



Atención en salud mental a las víctimas del  
desplazamiento forzado interno en Colombia

**Sonia López Rendón**

Trabajo de grado para optar al título profesional:  
**Maestría en Derechos Humanos y Derecho Internacional  
de los Conflictos Armados**

**Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto"**  
Bogotá D.C., Colombia

2018

002  
EJ. 2

Ministerio de Defensa Nacional  
Comando General de las Fuerzas Militares  
Escuela Superior de Guerra

Maestría en Derechos Humanos y Derecho Internacional de los Conflictos Armados



Atención en Salud Mental a las Víctimas del Desplazamiento Forzado Interno en  
Colombia

Maestrando

Sonia López Rendón

Director del Trabajo de Grado

Carlos Andrés Guzmán Díaz

Bogotá-Colombia

2018

## Resumen

La presente investigación permite visibilizar los mecanismos y el papel del Estado con relación a la salud mental y la accesibilidad que tienen las víctimas del conflicto armado, específicamente la población víctima del desplazamiento forzado interno en Colombia.

El derecho a la Salud mental a la luz de la Declaración Universal de los Derechos humanos, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y los Derechos fundamentales señalados en la Constitución Política de Colombia, analizados desde la primacía de la igualdad, prohibición de discriminación, derecho a la privacidad y a la autonomía personal, prohibiendo los tratos inhumanos y degradantes.

El principio del ambiente menos restrictivo de la libertad y los derechos a la información y a la participación en el plan de acción de salud mental establecido en la legislación sobre salud mental la cual debe integrarse de acuerdo con la organización Mundial de la salud; la atención psicológica individual como un derecho prioritario, sin restricciones y más para las personas que han vivido un conflicto armado.

La rehabilitación en salud mental desde el componente de la reparación a las víctimas del conflicto, el reconocimiento de los derechos individuales y los procesos de atención psicológica individual en correspondencia de los derechos vulnerados a las víctimas.

Las acciones integrales en salud mental en conexidad con lo establecido por las Naciones Unidas, el comité consultivo y la organización mundial de la salud encargada de recomendar a los países miembros las políticas a formular e implementar.

La atención primaria en salud ~~se~~ debe garantizarse sin ningún tipo de discriminación, una atención igualitaria en los regímenes de salud, con objetivos tangibles en los procesos de rehabilitación que ordena la justicia, hacia un ~~foque~~ de los derechos humanos que las víctimas del desplazamiento forzado interno en Colombia deben recibir.

**Palabras clave:** Víctimas del desplazamiento interno, Salud mental, Derechos humanos, Justicia, Reparación, Rehabilitación.

## Summary

The present investigation allows to visualize the mechanisms and the role of the State in relation to mental health and the accessibility that the victims of the armed conflict have, specifically the population victim of internal forced displacement in Colombia.

The right to mental health in light of the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights and the fundamental rights indicated in the Political Constitution of Colombia, analyzed from the primacy of equality, prohibition of discrimination, right to privacy and personal autonomy, prohibiting inhuman and degrading treatment.

The principle of the least restrictive environment of freedom and rights to information and participation in the mental health action plan established in mental health legislation which must be integrated in accordance with the World Health Organization; individual psychological attention as a priority right, without restrictions and more for people who have lived an armed conflict.

The rehabilitation in mental health from the component of the reparation to the victims of the conflict, the recognition of the individual rights and the processes of individual psychological attention in correspondence of the rights violated to the victims.

**Key words:** Victims of internal displacement, Mental health, Human rights, Justice, Reparation, Rehabilitation.

## Tabla de Contenido.

Tabla de Abreviaturas.....	8
1. Introducción .....	11
2. Problema de Investigación .....	13
2.1. Situación Problemática.....	14
3. Pregunta Problema.....	15
4. Justificación .....	16
5. Objetivos.....	20
5.1. Objetivo General .....	20
5.2. Objetivos Específicos .....	20
6. Supuestos de Investigación .....	21
7. Diseño Metodológico .....	23
Capítulo I.....	24
8. La Salud Mental y Los Derechos de los Derechos humanos.....	24
8.1. La Salud mental y su vínculo con los Derechos humanos .....	26
Capitulo II.....	30
9. Los Derechos Fundamentales.....	30
9.1. La Atención Psicológica Individual como un Componente de la Rehabilitación .....	34
Capítulo III.....	39
10. La Salud en los Derechos Económicos, Sociales y Culturales .....	39
10.1. La Organización Mundial de la Salud Como Órgano Rector de la Salud .....	42
10. 2. Los lineamientos en Salud Mental de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud. ....	45
11. Declaraciones y Principios Internacionales de la Salud Mental .....	47
11.1. Declaración de Luxor .....	48
11.2. Consejo de Derechos de los Derechos humanos Sesión 32 <sup>º</sup> .....	50
11.3. Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.....	51
11.4. El Principio de Brasilia .....	52

11.5. Declaración de Caracas: La Promoción y Protección de los Derechos humanos de las Personas con Discapacidades Mentales. ....	53
11.6. Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental.....	55
Capitulo IV .....	62
12. El Sistema General de Seguridad Social en Salud .....	62
12.1. Ley 1438 de enero de 2011, por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. ....	64
12.2. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos, 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política de Colombia.....	66
12.3. Ley 1414 de 2010. De la protección para las personas que Padecen Epilepsia .....	67
12.4. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. ....	76
12.5. Ley 1616 de Salud Mental de 2011. ....	77
12.6. Plan Nacional de Salud Mental 2014- 2021.....	86
13. Plan Decenal Política de Salud Pública: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental. ....	92
13.1. La prevención y Atención de los Trastornos Mentales a Causa de la Violencia.....	96
13.2. El Reconocimiento de las Víctimas y la Adopción de los Mecanismo de Reparación en el Componente de Salud Mental Señalado en la Ley de Victimas 1448 de 2011. ....	100
13.3. Atención a las Víctimas del Conflicto Armado en Colombia .....	107
14. Programas de Atención en Salud Mental a la Víctimas del Conflicto Armado.....	109
14.1. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI.....	109
14.2. La Atención Psicológica a Partir de la Implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado. ....	118
14.3. Reconocimiento de la Condición de Víctima a través los Sistemas de Información Vivanco ....	120
14.4. Centros Regionales de Atención a Víctimas .....	120
Capítulo V .....	123
15. Estudios Estadísticos Asociados a la Salud Mental y el Desplazamiento Forzado Interno en Colombia. ....	123
15.1. Modelo de atención de Acceso a Herramienta del Sistema Integrado de Gestión AdministrativaSIGA y los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS.....	131
Capítulo VI .....	141

16. Análisis y Discusión de la Atención Psicológica Individual y la Rehabilitación Como una Medida de Reparación.....	141
17. Conclusiones.....	149
Referencias .....	157
Cibergrafia .....	166
Lista de Figuras .....	167
Lista de Tablas .....	168
Lista de Gráficos.....	168

## Tabla de Abreviaturas

<i>ACNUR</i>	Agencia de la ONU para los refugiados
<i>ARS</i>	Administradoras del régimen subsidiado
<i>APS</i>	Atención Primaria en salud
<i>CADH</i>	Convención Americana de Derechos humanos
<i>CD</i>	Consejo Directivo
<i>CRAV</i>	Centro Regionales para Atención a las víctimas
<i>CIDH</i>	Comisión Interamericana de Derechos humanos
<i>CONPES</i>	Consejo Nacional de Política Económica y Social
<i>CP</i>	Constitución política de Colombia
<i>DANE</i>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<i>DESC</i>	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<i>DDHH</i>	Derecho de los Derechos humanos
<i>DSM5</i>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
<i>DIH</i>	Derecho Internacional Humanitario
<i>DIDH</i>	Derecho Internacional de los Derechos humanos
<i>DUDH</i>	Declaración Universal de Derechos humanos
<i>EAPB</i>	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
<i>EM</i>	Enfermedad Mental
<i>EMS</i>	Equipo Multidisciplinario de Salud
<i>ENSM</i>	Encuesta Nacional de Salud Mental
<i>ENT</i>	Enfermedades no transmisibles
<i>EPS</i>	Entidad prestadora de salud
<i>ESE</i>	Empresas Sociales del Estado
<i>FGN</i>	Fiscalía General de la Nación
<i>FMSM</i>	Federación mundial de la salud mental
<i>FOSYGA</i>	Fondo de Solidaridad y Garantía
<i>FRISCO</i>	Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado
<i>IDH</i>	Corte Internacional de derechos humanos
<i>IPS</i>	Institución prestadora de salud
<i>JEP</i>	Justicia Especial para la Paz
<i>MINSALUD</i>	Ministerio de salud y de la protección social
<i>MIAS</i>	Modelo de Atención integral
<i>OEA</i>	Organización Estados Americanos
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud mental
<i>ONU</i>	Organización de las naciones unidas
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>PAPSIVI</i>	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a las Víctimas
<i>PIDESC</i>	Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales

<i>PNSP</i>	Plan Nacional de Salud Pública
<i>RC</i>	Régimen Contributivo
<i>RIPS</i>	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
<i>RUV</i>	Registro Único de Víctimas
<i>RS</i>	Régimen Subsidiado
<i>SGSSS</i>	Sistema de Seguridad Social en Salud
<i>SIVIGILA</i>	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
<i>SM</i>	Salud mental
<i>SPA</i>	Sustancias Psicoactivas
<i>SQR</i>	Cuestionario de auto reportaje de síntomas psiquiátricos.
<i>SUPERSALUD</i>	Superintendencia Nacional de Salud
<i>TEPT</i>	Trastorno por Estrés Postraumático
<i>UARIV</i>	Unidad de atención y reparación integral para las víctimas.
<i>UNESCO</i>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
<i>VI</i>	Violencia Intrafamiliar

**Dedicatoria:**

A Dios por darme las fuerzas y la salud, a mi madre por acompañarme constantemente, a mis pacientes por compartir sus historias y al profesor Carlos Andrés Guzmán Díaz por creer en la psicología y su contribución hacia una justicia más humana.

*Recuerdo una niña que me decía que en su familia estaba prohibido que las mujeres se llamaran María, ya que habían asesinado a sus dos tías que se llamaban María, ella cuenta como llegaron a Bogotá; pero ella no logra comprender porque no puede ponerle María a ninguna de sus hijas; dice entonces, es eso algo que está ahí pero que realmente no sabe de donde proviene.*

Romero (2018)

*Cómo significar un dolor de algo que nunca se eligió vivir, cómo entender historias que jamás se vivieron, pero que al escucharlas de nuestros padres causan dolor y sufrimiento, cómo llorar a nuestros seres queridos, sino hay un lugar santo donde hacerlo, cómo vivir el duelo, si aún queda la esperanza de que algún día regresen. cómo perdonar a mi ofensor, si nunca he visto su rostro, cómo entender tanto sufrimiento si nunca supe porque me lo causaron.*

Lopez (2018)

## 1. Introducción

La presente investigación se centra en el análisis de los derechos humanos y su vinculación con la salud mental, indagando la manera en que el sistema de seguridad Social en Salud colombiano brinda atención psicológica individual a las víctimas del desplazamiento forzado interno en correspondencia con los derechos humanos.

Los derechos humanos están estrechamente unidos con el derecho a la Salud; es por medio de estos donde se consolida el derecho a la vida, a la autonomía personal y garantía judicial, componentes fundamentales para el fortalecimiento de los demás derechos.

La atención en salud desde el principio de la rehabilitación en las víctimas del desplazamiento forzado se convierte en un mecanismo abordado en el modelo de la justicia restaurativa en el cual prevalece la víctima y el reconocimiento del daño causado; se espera entonces reivindicar los derechos vulnerados por medio de la atención en salud que el Estado debe garantizar a este grupo poblacional.

Otros aspectos de relevancia son los tratados firmados por Colombia con relación a los derechos humanos ya que son de obligatoriedad puesto que están incorporados en la constitución política a través del artículo 93<sup>1</sup> y en el cual se identifica la declaración de los derechos humanos, el convenio internacional sobre derechos políticos y civiles, el

---

<sup>1</sup> El artículo 93, según el cual “Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno”. [...] “se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos [...] y que han sido ratificados por Colombia”. (Arango, 2018)

Convenio internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales firmados y ratificados mediante la Ley 319 de 1996. De otra parte, se encuentra el Protocolo adicional a la convención Americana sobre derechos humanos, protocolo de San Salvador, mediante la Ley 16 de 1972, la convención Americana sobre derechos humanos, el pacto de San José y el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales aprobado mediante la Ley 74 de 1968.

*Sin embargo, la presente investigación se basará en dos pilares fundamentales, por una parte, los derechos humanos los que han permitido el desarrollo social e individual de las naciones y sus conciudadanos, y por otra el pacto internacional de los derechos económicos sociales y culturales, identificando que estos se relacionan con la garantía y la protección de la salud mental inherente a la individualidad de las personas.*

*En consecuencia, con lo mencionado anteriormente, la presente investigación documenta el derecho de los derechos humanos, el pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales y los derechos fundamentales, los cuales garantizan la atención en materia de salud brindados por el sistema general de seguridad social en salud SGSSS.*

## 2. Problema de Investigación

La importancia de reconocer la salud mental como un mecanismo en los procesos de reparación, conlleva a investigar la manera en que se garantiza este derecho en el sistema general de seguridad social en salud SGSSS, reconociendo al Estado como el garante del derecho a la salud centrado en la forma en que se brinda la atención a la población desplazada; promoviendo garantías sin ningún tipo de restricción.

Teniendo en cuenta lo anterior, vale la pena resaltar que la salud mental como un derecho fundamental debe estar en armonía con los tratados internacionales, reconocidos por Colombia y conducentes con las medidas trazadas en los procesos de reparación; es por esto por lo que los métodos psicoterapéuticos individuales son necesarios en los términos de la rehabilitación psicológica.

El proceso terapéutico se desarrolla en diferentes fases, [...] en sucesión jerárquica, donde el primer requisito [...] es la instalación de la relación terapéutica, el desarrollo y resultados del proceso. [...] las fases iniciales son de vital importancia para el establecimiento, desarrollo y resultado del proceso, Fernández, Pérez, Gloger, & Krause (2015).

Un método psicoterapéutico requiere de una intervención con un enfoque específico, en donde se establezcan objetivos y pautas que permitan abordar la problemática de cada persona a través de encuentros frecuentes que permiten el desarrollo de un proceso terapéutico efectivo.

Es pertinente destacar que la asistencia del profesional en salud mental es necesaria para que las personas puedan expresar sus emociones y mitigar en algo el dolor causado.

## **2.1. Situación Problemática**

El daño psicológico experimentado por las personas a causa del desplazamiento forzado conlleva a la vulneración de la dignidad y la calidad de vida, por lo cual la presente investigación analizará el modelo de atención psicológica individual en correspondencia con los derechos humanos y la aplicación de estos derechos en los procesos de rehabilitación psicoterapéutica.

### **3. Pregunta Problema**

¿De qué manera el sistema de seguridad social en salud Colombiano brinda atención psicológica individual a las víctimas del desplazamiento forzado en correspondencia con los derechos humanos?

#### 4. Justificación

La salud mental es un derecho protegido constitucionalmente, es la base fundamental en el desarrollo de la vida digna de las personas miembros de una comunidad, Artículo 49<sup>2</sup> Constitución Política de Colombia.

La atención psicológica individual conlleva a plantear que el goce de los derechos desde la singularidad es referido a las condiciones de vida propias de cada persona, dando lugar a un derecho inalienable; de allí que se entiende la salud mental como parte de la dignidad humana por lo cual la garantía de este derecho va encaminado a atender la rehabilitación psicológica con relación a cada circunstancia y hecho victimizante, en donde la persona experimenta psicológicamente un afrontamiento distinto.

Lo anterior conlleva a entender que la salud mental no es una situación exclusiva de las personas diagnosticadas, puesto que la población en general se ve expuesta a constantes cambios psicológicos, debido a estímulos medio ambientales en el favorecimiento de las afectaciones emocionales, cognitivas y volitivas de las personas.

---

<sup>2</sup>Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Retomando lo anterior se concibe entonces que la exposición constante a la violencia y con relación a la desensibilización y naturalización de las situaciones violentas en las dinámicas sociales se debe a la frecuencia constante en que las personas padecen este suceso. La teoría conductista resalta que el entorno influye en las problemáticas psicológicas por lo cual se estima que en Latinoamérica la pérdida de la salud de las personas es equivalente a tres días por año, siendo la salud mental el principal causante de la pérdida de la salud en general, Londoño & Gaviria (2000).

Siguiendo con lo anterior no existe un estudio que permitan correlacionar la variable de violencia versus enfermedades biológicas y alteraciones mentales, esto quizás se deba a que la violencia solo puede identificarse estadísticamente a través del reporte de las denuncias que se reciben por parte de las autoridades competentes; razón por la cual hacer un seguimiento correlacionando la violencia y la de salud mental, requiere de estudios longitudinales los cuales exigen dinero y tiempo, factores limitantes para algunas investigaciones.

El presente estudio indaga las acciones que se adelantan en la atención de la salud mental brindada a la población víctima del conflicto armado; el fin del conflicto no debería abordarse exclusivamente como un tema de seguridad territorial y retorno, se debe entonces analizar desde la salud mental la recuperación del tejido social y que desde el abordaje de la justicia restaurativa se concluye de manera satisfactoria si los mecanismos propuestos centrados en la rehabilitación se brindan por el sistema general de seguridad social en salud efectivamente.

Los conceptos, los principios, las normas y las directrices de los derechos humanos establecidos en el derecho internacional de los derechos humanos, tratados y estándares son aplicables en los sistemas de salud mental y conexos con las políticas internas, salvaguardando los derechos que tienen las víctimas en el componente de la rehabilitación y las medidas adoptadas, las que permiten que las garantías del derecho a la salud mental se ofrezca bajo condiciones dignas y propias del contexto en coherencia con las recomendaciones realizadas por las organizaciones internacionales y en correspondencia con los derechos humanos, Levav, (2018).

La salud mental de acuerdo con lo expuesto por la T-248/98, señala: Los tratamientos que se requieran no pueden ser negados por ninguna institución de salud ya que propenden por limitar la autonomía, igualdad, goce y dignidad de las personas; dignidad humana afectada por causa de la violencia y la cual solo puede restablecerse a través de una calidad de vida satisfactoria aunada a la atención en salud mental necesaria.

La importancia de examinar el modelo de atención en salud mental en Colombia y los mecanismos establecidos para la rehabilitación psicológica de las víctimas del desplazamiento forzado interno es relevante, de acuerdo con las altas cifras de desplazamiento registradas por la ACNUR.

De acuerdo con lo expuesto por Kelsen y citado Gálvez, Pastrana Pastrana, & Venega (2004), “Se hace necesario establecer una legislación que procure la reparación y atención de las personas afectadas por cuanto la falta de justicia y la impunidad generan resquemores que se refuerzan Inter generacionalmente”.

En este sentido, la justicia restaurativa atribuye un enfoque más humano, orientado a la búsqueda de la reconciliación, el perdón y la no repetición; teniendo en cuenta que un daño psicológico a causa de la violencia puede ser heredado de una generación a otra impidiendo la elaboración del duelo y a cambio de esto reubicándolo en el significado de injusticia que va a desencadenar una incapacidad de perdón al ofensor.

Siguiendo lo expuesto por Kofi A Annan, lo humano y su seguridad trasciende más allá de un cese bilateral del conflicto armado, en términos equitativos la posibilidad de brindar una seguridad social, educativa, laboral, económica va encaminada a responder a las necesidades de las personas, en donde se debe resaltar que la salud mental es un factor principal en los procesos del postconflicto, siendo el estado el máximo protector de los derechos fundamentales y la salud mental en el proceso de reparación del tejido social.

Retomando lo expuesto anteriormente, la presente investigación examinará la rehabilitación en salud mental contemplada en los procesos de reparación, sustentada en la justicia restaurativa y los derechos humanos de las personas víctimas del desplazamiento forzado interno en Colombia.

## **5. Objetivos**

### **5.1. Objetivo General**

Examinar el modelo de atención en salud mental para las víctimas del desplazamiento forzado en Colombia en conformidad con los estándares internacionales.

### **5.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los derechos fundamentales aplicados a la garantía de la salud mental.
- Analizar el pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales aplicados a la garantía del derecho a la salud mental.
- Identificar las declaraciones y principios sobre salud mental y determinar si resultan ser aplicables a la legislación colombiana.
- Analizar el modelo de atención en salud mental colombiano en concordancia con los lineamientos establecidos por las organizaciones rectoras de la salud a nivel Internacional.

## 6. Supuestos de Investigación

El sistema de seguridad social a quien los instrumentos internacionales e internos señalan una corresponsabilidad en los modelos de atención que se les debe brindar a las víctimas del desplazamiento forzado en materia de salud adecuada no es suficiente, haciendo que la reparación en el componente de salud mental sea ineficaz.

El Sistema general de seguridad social en Salud SGSSS, no logra una cobertura eficiente y especializada con relación al número de víctimas del desplazamiento forzado interno versus atención psicológica individual.

A través de la propuesta de la creación de una institución exclusiva que aborde la atención en salud mental, con una naturaleza de una entidad pública descentralizada de orden Nacional, con el con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, artículo 194 de la ley 100/93.

Otros países que han padecido el conflicto armado han creado instituciones especializadas en salud mental y derechos humanos como es el caso del instituto de salud mental y derechos humanos, reconocido con las siglas ILAS, el cual fue creado a partir del régimen militar en Chile, mediante un modelo de atención individual Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos (2018).

Crear unidades móviles de salud mental, como un mecanismo alternativo de un modelo de atención primaria en salud para lleguen a zonas de difícil acceso; bajo un modelo que incluya la detención, atención y canalización de la salud mental, que tenga un periodo de permanecía en el territorio o zona afectada por la violencia; logrando así que la

rehabilitación se cumpla dentro de los procesos de restauración que de manera individual y grupal como lo señala la justicia restaurativa.

Es importante mencionar que en algunos países en donde han sufrido un conflicto armado las políticas en salud que no son conducentes para atender la situación acontecida, han desarrollado otras alternativas mediante decretos, resoluciones y demás normas conducentes para dar respuesta a las necesidades en salud mental; periodos de emergencia es el caso de Pakistán, el cual adoptó medidas perentorias bajo la ordenanza número 4/01 en donde se proclamó el estado de emergencia y el cual señalaba que existían circunstancias en salud mental las cuales necesitaban de acciones urgentes” Organización Mundial de la Salud (2006).

## 7. Diseño Metodológico

La presente investigación se enmarca desde un diseño metodológico cualitativo a la luz de una revisión documental del derecho Internacional y la exploración de las normas relativas al *ius cogens*; se partirá entonces de la búsqueda, clasificación, análisis y discusión de los instrumentos internacionales relacionados con la salud mental y cuáles de estos han sido ratificados por Colombia.

De otra parte, se conceptualizarán las variables más importantes de la presente investigación: salud mental, rehabilitación, derechos humanos y finalmente se elaborará una conclusión que permita comprobar o rechazar los supuestos de la presente investigación.

Es importante definir que la investigación documental se caracteriza por ser una investigación con una estructura metódica y objetivos puntuales que conllevan a una nueva comprensión del fenómeno investigado; es un método de exploración científica el cual se constituye en una estrategia de discusión y conclusión mediante el análisis y revisión de diferentes fuentes documentales, Nancy & Myriam (2008).

Inicialmente la selección de fuentes primarias de información como los tratados internacionales, normatividad, leyes, políticas públicas, informes estadísticos y documentos especializados en el tema de salud mental y finalmente se complementará la exploración con la elaboración de entrevistas focales a instituciones relacionadas con el tema en salud mental.

## Capítulo I

### 8. La Salud Mental y Los Derechos de los Derechos humanos

En el marco de los derechos humanos la salud mental se define como la garantía, bienestar y respeto por la individualidad de las personas y su desarrollo fisiológico y psicológico en el cual el ambiente es el mediador central para el pleno desenvolvimiento de la vida familiar, laboral, educativa y cultural.

El bienestar psicológico se relaciona con las condiciones favorables anteriormente citadas las cuales brindan al individuo establecer satisfactoriamente los vínculos sociales que le permitirá relacionarse eficazmente al contexto.

Por otro lado, es importante destacar el Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales y los derechos civiles y políticos los cuales son parte de la declaración universal de los derechos humanos, artículo 1º, “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, Naciones Unidas (2017).

Lo citado anteriormente conlleva a plantear preguntas que permiten reconocer la forma en la cual se relacionan los nombrados pactos con la salud mental, puesto que es un derecho humano y un derecho fundamental; la salud mental no puede ser estigmatizada y centralizada únicamente con las personas que sufren un trastorno.

De lo anterior se identifica que la salud mental requiere de una atención con particularidades específicas para cada individuo, siendo la conducta influenciada constantemente por el entorno social pro activo.

[...]” un patrón conductual, el cual está representado por un conjunto de valores y creencias adscritos a un estilo de vida que tiene como prioridad la salud y la búsqueda de un sentido de equilibrio mental y físico” Moscoso (1996).

Citando lo anterior se puede afirmar que cada contexto moldea la conducta, lo cual implica una ejecución que tenga en cuenta la etnia, raza, credo y/o prácticas culturales propias de cada entorno y persona.

La salud mental es definida como una enfermedad de carácter no trasmisible según la organización mundial de la salud, esto quiere decir que la ausencia de enfermedad mental no significa que no requiere atención y tratamiento, por el contrario de be ser tratada como una enfermedad de carácter fisiológico, ya que algunas veces la salud mental puede conllevar a que se presenten enfermedades de orden biológico o quizás conjuntamente desde lo psicobiológica afectando la calidad de vida.

## 8.1. La Salud mental y su vínculo con los Derechos humanos

Desde lo consagrado por la Constitución política de Colombia en los artículos 13<sup>3</sup>, 44<sup>4</sup>, 47<sup>5</sup>48<sup>6</sup> y 49<sup>7</sup> en relación con el derecho inherente a la persona y en conexidad con el pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, el cual Colombia firmó y ratificó mediante la Ley 79 de 1996 reconociendo que:

---

<sup>3</sup>**Artículo 13.** Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

<sup>4</sup>**Artículo 44.** Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. [...].

<sup>5</sup> **Artículo 47.** 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.

<sup>6</sup>**Artículo 48.** 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, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la Ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La Ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

<sup>7</sup>**Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Los tratados y convenios internacionales ratificados, [...] reconocen los derechos humanos, prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia. Congreso de la Republica de Colombia (1991).

De lo citado anteriormente, se entiende que los derechos fundamentales poseen unas características conformes a la imprescriptibilidad, intransferibilidad y universalidad ya que son propios del ser humano y su dignidad, refiriéndose a lo inherente.

La salud analizada en los tratados internacionales, los cuales son parte del bloque de constitucionalidad, adquiere un carácter fundamental de acuerdo con lo expuesto por la corte constitucional y los artículos mencionados en la Constitución y citados en el presente documento. Como derecho fundamental la salud adquiere esta connotación ya que se afecta la vida directamente de la persona, por lo cual en el artículo 11<sup>8</sup> se menciona lo asistencial, debido a que de esto depende el adecuado tratamiento del individuo y es el Estado el quien debe garantizar la protección del mismo referido en la T-571/92.

Desde del nivel colectivo e individual “el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta” artículo 13 de la CP.

Retomando los artículos citados anteriormente, se deduce que las víctimas del desplazamiento forzado son personas a las cuales se les ha puesto en un estado vulneración, los procesos de reparación en el componente de la salud y la rehabilitación

---

<sup>8</sup>Artículo 11. El derecho a la vida es inviolable.

psicológica deben de ser eficaces en el sentido que este derecho es un mandato constitucional y conexo a los derechos humanos; por lo tanto, no admite restricción alguna.

La afectación de cualquiera de los derechos fundamentales perturba la dignidad de la persona, es así como la salud fue consagrada en la Declaración Universal de los Derechos humanos, como un derecho universal artículo 25<sup>9</sup>.

Las víctimas del desplazamiento forzado en el componente de la rehabilitación se les debe brindar una atención especializada que no afecte de lo que trata el anterior artículo citado, ya que la integridad psíquica permite la autorrealización individual y social.

Por otra parte, Colombia al ser un Estado parte en la convención Americana de derechos humanos aceptó las competencias de la Comisión Interamericana de Derechos humanos y de la Corte Interamericana de Derechos humanos; el pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, consagrados en el artículo 12<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (La Declaración Universal de los Derechos Humanos, 2018)

<sup>10</sup> Artículo 12. 2) Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (Naciones unidas, 2018)

De acuerdo con lo señalado en la Declaración Universal de los Derechos humanos<sup>11</sup>, la salud mental se relaciona entonces con el Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales Naciones Unidas (2018).

Los estados suscritos a la declaración Universal de los Derechos Humanos deben procurar por el cumplimiento de la seguridad social de todas las personas con miras al fortalecimiento de la dignidad humana de acuerdo con los derechos humanos descritos en el artículo 22<sup>12</sup>, por lo cual la atención en salud mental a las víctimas del desplazamiento forzado interno es necesaria y no podrá condicionarse por modelos que impidan la accesibilidad al sistema de salud.

---

<sup>11</sup>La Declaración de los Derechos Humanos insta en 1948, los derechos humanos fundamentales que deben resguardarse en el mundo entero y firmado por todos los estados miembro los cuales se comprometen a garantizar estos derechos y que uno de los apartados de su preámbulo se menciona (...) “dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres” (...) “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”.

<sup>12</sup> Artículo 22: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

## Capítulo II

### 9. Los Derechos Fundamentales

Los derechos fundamentales aparecen después de la segunda guerra mundial y contemporáneamente se clasifican como derechos de primera, segunda y tercera generación. La segunda guerra mundial acarrió los derechos fundamentales los que después aparecieron en las constituciones de los Estados con el objetivo de garantizar el cumplimiento.

Los derechos fundamentales se definen desde el *iuspositivismo* como un ordenamiento jurídico formal y desde un *iusnaturalismo* como derechos propios de la naturaleza humana y que para Ferrajoli (2012).

Aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de personas o ciudadanos, con capacidad de obrar; entendiendo por derecho subjetivo cualquier expectativa positiva (de prestación) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica; y por status la condición de un sujeto, prevista así mismo por una norma jurídica positiva como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones y/o autor de los actos que son ejercicio de éstas.

De acuerdo con lo explicado por Ferrajoli (2012) los derechos fundamentales son estrictamente formales ya que se conciben a través de una estructura formal en la cual los derechos fundamentales tienen una representación universal por medio de las Constituciones, convenciones y declaraciones que los Estados ratificaron; resulta ser entonces un compromiso ineludible inicialmente garantizado por el ordenamiento constitucional de los Estados.

Retomando los derechos fundamentales, como es: El derecho a la dignidad humana, la vida y la salud son derechos que el Estado debe garantizar conforme lo señala la Corte Constitucional desde el concepto del principio de *pro homíne*:

Es la interpretación de las normas jurídicas que sea más favorable al hombre y sus derechos, esto es, la prevalencia de aquella interpretación que propenda por el respeto de la dignidad humana y consecuentemente por la protección garantía y promoción de los derechos humanos y de los derechos fundamentales consagrados a nivel constitucional” Sentencia C-438/13.

Es por lo anterior que los derechos humanos abarcan también los derechos fundamentales debido a que hacen parte de la dignidad a la que toda persona tiene derecho por su propia condición de ser humano; es entonces que este principio es aplicado sin excepción alguna y en el caso en el que se tenga que tomar una decisión para la garantía del mismo, se elegirá el que sea más apropiado y conveniente para llevar a cabo la consolidación y la aplicación del derecho fundamental.

Retomando el bloque de Constitucionalidad, Colombia reconoce el respeto por los derechos humanos y los Pactos Internacionales, estos últimos encargados de salvaguardar a los primeros; conexos con los derechos fundamentales para la presente investigación el derecho a la salud de acuerdo al pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales los cuales son parte de los derechos fundamentales y que desde el orden Nacional tienen un carácter de supremacía por estar señalado en la CP; es así que la exigencia del derecho a la salud primero debe tener un trámite desde el orden interno y si este no se garantiza por parte del Estado, entonces los ciudadanos podrán acudir a otros mecanismos desde el orden internacional.

De lo citado anteriormente, los mecanismos jurídicos a los cuales los ciudadanos podrán acudir como parte de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de Colombia son:

- Artículo 93, Los tratados y convenios internacionales.
- Capítulo I, título I. Principios Fundamentales artículos 1,2,3,4,5,6,7,8,9, y 10.
- Título II, Garantías y los deberes. Capítulo 1. De los Derechos Fundamentales.
- Ley 74 de 1968 por el cual Colombia adopta PIDESC.

Es de obligatoriedad por parte del Estado el reconocimiento de los derechos humanos señalados en la carta; las instituciones no podrán lesionar las condiciones individuales de estos derechos, siendo un precepto nacional y más aún cuando de la salud se trata.

Los Estados mediante acciones favorecedoras permitirán el goce efectivo de los derechos fundamentales reconociendo la representación de supremacía que estos derechos tienen en el desde el orden Constitucional, Nogueira ( 2003, pág. 91).

Una forma de garantizar los derechos fundamentales son los programas de gobierno, pero estos no pueden ser exclusivamente los responsables del derecho a la salud, la salud es un derecho de progresividad, por lo anterior los programas que propenden por la garantía de la salud deben estar siempre vigentes e independiente de cualquier propuesta administrativa; en un Estado social de derecho prevalece la dignidad humana, la solidaridad el trabajo e igualdad y la responsabilidad no solo es asunto de un gobierno de turno.

El derecho a la salud como parte de los derechos fundamentales se encuentra señalado en el artículo 49<sup>13</sup> de la CP. De lo anterior se reconoce que la atención en salud debe brindarse independientemente de cualquier condición y por ninguna circunstancia podrá ser negada, siendo conexo con los derechos humanos lo que permite que se consolide la dignidad humana de lo que trata la ley.

La afectación a la salud es un mandato constitucional artículo 13 de la CP, “el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

La Corte Constitucional se pronunció frente a los Derechos Sociales, Económicos y Culturales y su conexidad con los derechos fundamentales, mediante la Sentencia T-428/12, considerando a los últimos como derechos de progresividad; entendida como el disfrute de los derechos que deben estar constantemente orientados a la optimización a través de la adopción de medidas que conlleven a su protección y disfrute.

De otra parte, en artículo 25<sup>14</sup> de la Declaración Universal de Derechos humanos, la calidad de vida depende también de la adecuada atención a la salud y que en el artículo

---

<sup>13</sup> Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (Congreso de la Republica de Colombia, 1991)

<sup>14</sup> Artículo 25 - Declaración Universal de Derechos Humanos. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

12<sup>15</sup> del pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales en relación con la seguridad psicológica garantizada a través del ordenamiento jurídico.

Retomando lo anterior, la calidad de vida se ve afectada si no se cuenta con el derecho a la salud física y mental perturbando la dignidad del ser humano y por ende la calidad de vida; precisamente la salud mental es la que adquiere relevancia ya que es un derecho vulnerado constantemente por la falta de reconocimiento dentro del entramado del derecho a la salud observado meramente desde una salud que corresponde a lo fisiológico.

### **9.1. La Atención Psicológica Individual como un Componente de la Rehabilitación**

El concepto de rehabilitación surge a partir de la primera guerra mundial con los soldados que sufrieron la pérdida de alguna extremidad, es a causa de la guerra, que surgen los primeros centros de rehabilitación para atender a los militares heridos en combate, inicialmente se involucraron a los médicos y posteriormente a los psicólogos en este proceso.

Desde la perspectiva formativa la rehabilitación aparece en los años 50 con los primeros somato psicólogos los cuales realizaron sus primeros estudios de la discapacidad, alejados de las explicaciones de las ciencias médicas postulando que las personas debían tener una igualdad psicológica; incluyendo los que tenían una discapacidad y los que no

---

<sup>15</sup>El Artículo 12 del Pacto reconoce el derecho de toda persona al "disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental."

la presentaban. Sin embargo, el posicionamiento de la rehabilitación psicológica se dio paulatinamente, ya que estaba sujeto al desarrollo de la psicología científica y solo hasta que el conductismo aparece la rehabilitación toma un rumbo distinto dentro de la psicología, dándole un carácter científico y cambiando de lugar a la profesión vista como una ciencia auxiliar de la medicina.

El concepto de rehabilitación abarca una intervención interdisciplinar, es decir que la rehabilitación comprende tres esferas fundamentales: La social, la psicológica y la médica; desde el aspecto fisiológico como desde el aspecto psicológico los procesos de rehabilitación buscan mejorar la calidad de vida de las personas a través de procedimientos y técnicas propias de las ciencias de la salud.

En conclusión, el componente de la salud mental en el proceso de la rehabilitación se centra en características neuropsicológicas, enfermedades mentales y trastornos psicológicos. Los profesionales de la salud mental tienen como objetivo lograr que las personas puedan retomar su vida familiar, laboral y social, Aceptación o rechazo: Perspectiva histórica sobre discapacidad, la rehabilitación y la psicología de la rehabilitación (2006).

Recapitulando lo anterior desde un concepto normativo toda persona que presenta una afectación mental o física se les debe brindar una atención que conciba condiciones igualitarias en los procesos de rehabilitación; donde se resalta lo actitudinal<sup>16</sup> por parte de

---

<sup>16</sup> a) Actitudinales: Aquellas conductas, palabras, frases, sentimientos, preconcepciones, estigmas, que impiden u obstaculizan el acceso en condiciones de igualdad de las personas con y/o en situación de discapacidad a los espacios, objetos, servicios y en general a las posibilidades que ofrece la sociedad.

todos los integrantes del sistema de salud, definiéndolo como la disposición positiva que los profesionales deben tener para brindar estos servicios en salud, ley estatutaria 1618/13, artículo 2 numeral 1<sup>17</sup>.

La anterior ley citada, señala dos tipos de rehabilitación que se deben brindar por parte del SGSSS; la rehabilitación funcional<sup>18</sup> basada en tratamientos terapéuticos y médicos en los cuales se incluye la discapacidad psíquica en todos sus componentes: Psicológicos, neuropsicológicos y la discapacidad física como la rehabilitación integral<sup>19</sup> tendiente a mejorar la calidad de vida de las personas.

Para lograr una vida funcional a través del proceso de rehabilitación se plantean programas educativos y terapéuticos señalados en la ley 1346/09 en el artículo 26°<sup>20</sup> el cual hace alusión a la habilitación y rehabilitación, ley por la cual se aprueba la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Se deduce que la importancia de la rehabilitación desde el componente de la salud mental se aborda bajo el análisis de los derechos individuales en los cuales los procesos

---

<sup>17</sup> Artículo 2, numeral 1. Personas con y/o en situación de discapacidad: Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

<sup>18</sup> Rehabilitación funcional: Proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes.

<sup>19</sup> Rehabilitación integral: Mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad.

<sup>20</sup> Artículo 26°. Numeral 1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

de rehabilitación deben tender a favorecer este reconocimiento; la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud hace parte de las políticas y es el Estado el que debe asegurar que se brinde un tratamiento eficaz para la adecuada rehabilitación teniendo en cuenta lo individual en la intervención, como anteriormente se expuso no puede plantearse una política exclusivamente al gobierno que esta de turno, ley estatutaria 1751/15 , artículo 2<sup>21</sup>.

El proceso de rehabilitación en salud mental parte de una singularidad reconocida en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en la cual se expone la privacidad como un componente fundamental en relación con el salvaguardar la información personal relativa a la salud y a la rehabilitación en el artículo 22°.

Desde la psicología jurídica se concibe que para que se lleve a cabo un proceso de rehabilitación desde el componente de la salud mental idóneamente, es fundamental el reconocimiento de las particularidades de cada individuo para lograr un proceso de reparación al daño causado y que desde un marco jurídico esta singularidad puede entenderse como el libre desarrollo de la personalidad. En este sentido las intervenciones colectivas en los procesos psicoterapéuticos deben seguir una dinámica primero general, intergrupala, interindividual y por último individual para el logro de una rehabilitación efectiva Montero (1994).

---

<sup>21</sup> Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo [...]El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades Enel acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la CP.

La rehabilitación psicológica por otro lado debe de ser brindada por el SGSSS, responsable del tratamiento de acuerdo al trastornos que se presente mencionado en el artículo 4<sup>o</sup><sup>22</sup> y en el artículo 5, numeral 8; el concepto de rehabilitación psicosocial está dirigido a proporcionar “el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad” de la ley 1616/13.

Se concluye que la rehabilitación debe comprender un acompañamiento desde lo psicológico con técnicas y procedimientos propios de la disciplina los cuales tienen como objetivo que las personas puedan alcanzar un ajuste social para el logro de una calidad de vida digna, así como la garantía al derecho a la salud sin ningún tipo de discriminación y vulneración a los derechos humanos mencionados en el capítulo 1 y 2.

---

<sup>22</sup> Artículo 4°. Garantía en salud mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

## Capítulo III

### 10. La Salud en los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Retomando los derechos fundamentales y específicamente el derecho a la salud como parte de la dignidad humana centrada en los procesos de rehabilitación en salud mental que el sistema de seguridad social en salud ofrece a la población colombiana, se hace necesario entonces nombrar los derechos económicos, sociales y culturales los cuales están unidos al derecho internacional de los derechos humanos y que son de obligatorio cumplimiento por parte de los Estados.

El objetivo de los pactos es proteger la declaración universal de los derechos humanos, siendo estos instrumentos el compendio que comprende la Carta Internacional de derechos humanos. Los Estados que han ratificado las convenciones tienen la obligación de presentar formalmente informes que permitan visibilizar el compromiso a nivel nacional de los tratados que han firmado, para el presente análisis el derecho a la salud considerado como fundamental.

De otro lado los comités son los encargados de evaluar los informes y emitir recomendaciones si fuesen necesarias, por lo cual el pacto mencionado en la presente investigación está regido por el derecho internacional y su objetivo es el de lograr instaurar derechos y obligaciones que comprometen a dichos Estados.

Para entender que son los tratados es importante mencionar la convención de Viena la cual define que un tratado es un principio del derecho internacional, el cual persigue los principios de la Carta de las Naciones Unidas.

Para el presente análisis se retomó el PIDESC, ya que tiene una estrecha relación con la salud mental, señalado en el artículo 12, párrafo 2<sup>23</sup>, los Estados adheridos al pacto reconocen el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental y se comprometen a la garantizarla, Corte Constitucional de Colombia (2018).

Retomando las disposiciones definidas en el Artículo 12; la salud mental tiene una estrecha relación con el pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales, ya que este indica que el disfrute físico, mental y social por lo cual es necesario brindar sistemas de atención que permitan superar la afectación psicológica de una forma más adecuada, atendiendo lo expuesto por el consejo de derechos humanos, la Salud mental debe protegerse.

Las personas con afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales, en particular las personas que utilizan los servicios de salud mental, puedan ser objeto, de manera generalizada, de discriminación, estigma, prejuicios, violencia, abusos, exclusión social y segregación, internamiento ilegal o arbitrario, medicalización excesiva y tratamientos que no respeten su autonomía, voluntad y preferencias, entre otras cosas, ONU (2018).

El consejo de derechos humanos destaca que la asistencia en salud mental debe evitar cualquier trato de vulneración a los derechos de las personas que acuden al servicio de salud mental en coherencia con los derechos económicos, sociales, culturales y políticos.

---

<sup>23</sup>Artículo 12. (2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En el período 36 de las sesiones realizadas por la Organización de las Naciones Unidas para la protección de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, reiteran a todos los Estados miembros a garantizar el plan de acción integral de la salud mental año 2013 a 2020 el cual ha de estar en correspondencia con los servicios de acceso y cobertura de acuerdo con lo solicitado por la organización mundial de la salud y el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturas.

De lo anterior se entiende que las recomendaciones realizadas por el comité en las observaciones generales comprometen a los Estados a cumplir con el derecho a la salud de todos sus ciudadanos. La generalización no puede vulnerar este derecho la condición de cada persona específicamente en salud mental debe abordarse ajustada a la necesidad individual, sin ningún tipo de estigmatización, respetando la cultura y el entramado del entorno social.

Para el cumplimiento al derecho a la salud que los Estados deben garantizar a todos los ciudadanos se han establecido organismos rectores de monitoreo en salud que operan en los países que han ratificado el pacto, por último, estos organismos emiten informes finales los cuales se presentan ante la Organización de las Naciones, Organización mundial de la salud (2006).

De lo mencionado anteriormente por el consejo de derechos humanos y el comité de la Organización mundial de la salud para el año 2020 los Estados deberán tener en sus políticas y planes de salud mental las siguientes especificaciones:

- Accesibilidad física y económica ajustada a la información; referente al conocimiento de los servicios en salud.

- Aceptabilidad, con relación al ejercicio ético del profesional; respetando las diferencias culturales.

- Calidad, conforme a las necesidades que deben ir adoptándose paulatinamente para el logro de la rehabilitación y reparación.

Retomando la salud física y mental definida como un derecho fundamental y conexas a los principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud se señala lo siguiente:

“No se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental”, Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (1991).

Se concluye que los derechos económicos, sociales y culturales en relación con la atención psicológica no puede incurrir en lo estigmatizante, de ahí parte la importancia de la salud mental y los derechos humanos en el cual se concibe el derecho al trabajo, la salud, el agua, la seguridad, la vivienda, la educación, el medio ambiente etc. Todos estos posibilitan condiciones psicobiológicas que permiten un bienestar integral en las personas, Mungny & Juan (1998).

### **10.1. La Organización Mundial de la Salud Como Órgano Rector de la Salud**

Continuando con los derechos fundamentales se hace importante mencionar la Organización Mundial de la salud como el órgano rector en materia de salud.

Históricamente esta organización se remite a la segunda guerra mundial cuando se reconoce la salud como un derecho de todo ser humano.

La conformación de esta organización se dio a través de la conferencia sanitaria Internacional realizada en Nueva York en el año de 1946 de conformidad artículo 57<sup>24</sup> de la Carta de las Naciones Unidas; de otra parte la Organización de las Naciones Unidas reconoció a la Organización mundial de la salud como el órgano rector en materia de salud mundial; el de 7 de abril de 1948 entra este organismo hacer miembro de la Naciones Unidas y de ahí en adelante los Estados deberán atender a las recomendaciones dadas por la Organización mundial salud.

Siguiendo con el rol de la Organización mundial de la salud como parte de las Naciones unidas, las recomendaciones que se presenten en los informes anuales por parte de la asamblea mundial de salud a los Estados miembros se tendrán en cuenta, tanto por la organización mundial de la salud como la Organización Panamericana de la Salud para el caso de caso de Latinoamérica.

De lo anterior es importante resaltar que la CIDH puede requerir a los Estados adoptar medidas cautelares con relación a los DESC en cumplimiento al artículo 25<sup>25</sup> en donde el Estados deberá adoptar las que en su defecto correspondan.

---

<sup>24</sup> El artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas dispone que los organismos especializados establecidos por acuerdos intergubernamentales y que tengan amplias atribuciones internacionales, definidas en sus estatutos, relativas a materias de carácter económico, social, cultural, educativo, sanitario y otras conexas, serán vinculados con las Naciones Unidas.

<sup>25</sup> Medidas cautelares reúne los requisitos establecidos en el artículo 25 del Reglamento de la CIDH. Durante esta etapa es posible que se hagan requerimientos a los solicitantes para aclarar o completar algunos aspectos relevantes de la solicitud. La etapa finaliza con la decisión de la Comisión de otorgar, requerir

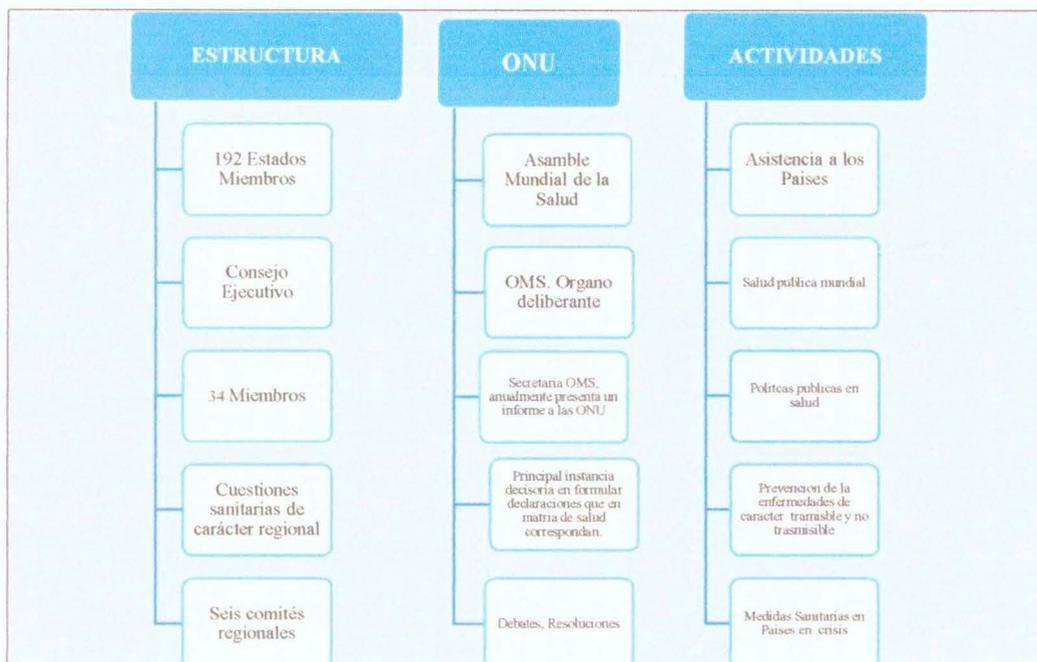
Se concluye que los Estados miembros de las Naciones Unidas automáticamente adquieren responsabilidades en relación con los lineamientos que en materia de salud la Organización mundial salud MS emita, por ser este un organismo rector en salud y parte de la Organización de la Naciones Unidas. Por otro lado la asamblea general en salud mundial traslada los informes a la comisión interamericana de derechos humanos para que realice las observaciones a los países como ya se explicó anteriormente; es la Organización mundial de la salud la encargada de apoyar y trazar las políticas que serán ajustadas a cada país respecto a la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad que permiten que el derecho a la salud se consolide y se reconozca como un derecho fundamental, Cueto, Brown & Fee (2011).

De otra parte, las funciones y la estructura de la organización mundial de la salud se dividen:

---

información al Estado, o rechazar la solicitud de medidas cautelares. (Organización de los Estados Americanos, 2012)

Figura 2. La estructura de la Organización Mundial de la Salud.



*Nota:* Elaboración propia a partir de la OMS (Organización mundial de la salud OMS, 2018).

## 10. 2. Los lineamientos en Salud Mental de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.

Siguiendo con la organización mundial de la salud como un órgano rector, es fundamental mencionar que Colombia se adhirió a la constitución de esta organización en 1959, por lo cual a partir de ese momento aceptó las recomendaciones y lineamientos que en materia de salud este organismo realice.

De otra parte, todas las acciones que se adelanten en materia de salud mental se realizarán juntamente con las asociaciones internacionales y nacionales las cuales deberán tener una participación en el plan de acción de salud mental, en las políticas que se construyan y la legislación que se propone.

En conclusión, las leyes en salud mental que Colombia sancione deberán tener una participación de la sociedad en general de acuerdo con lo señalado por la organización mundial de la salud (2013, pág. 13).

Por otra parte, para el logro de planes, programas y leyes los Estados deberán apoyarse en los indicadores que a nivel mundial establece la Organización mundial de la salud; estos son los que permiten evaluar a los países pertenecientes a la Organización de las Naciones Unidas. La creación de una política o plan nacional de salud mental deberá estar en correspondencia con los instrumentos internacionales de derechos humanos y por otro lado con el plan de acción integral sobre salud mental el cual se ajustará.

En la asamblea mundial de la salud del año 2017 se evidencio la falta de recursos que cada país tiene para atender la salud mental y se denunció una distribución desigual en el uso ineficiente de esos recursos Organización mundial de la salud, (2013. Pág. 8).

Los Estados miembros deben proponer mecanismos para la vigilancia y supervisión, estos deben estar plasmados en la Política y la legislación en cumplimiento con los instrumentos Internacionales los cuales garantizan los Derechos Humanos; en cuanto a la planificación de los recursos, los Estados deberán disponer tanto económicamente como profesionalmente de los recursos para dar cobertura a las necesidades que se requieran en materia de salud mental, siendo reiterativos en la existencia de información que permita evidenciar las acciones realizadas en salud mental.

## 11. Declaraciones y Principios Internacionales de la Salud Mental

La salud mental centrada en los principios y declaraciones los cuales son necesarios mencionar en el presente documento, no crean una vinculación de tipo jurídico para los Estados, pero son importantes ya que proveen pautas y principios normativos reconocidos como *the soft law*, no revistiendo un carácter vinculante; son de gran importancia a nivel regional, dichas declaraciones y se ubican desde la categoría de programas y planes de acción que los Estados acogen, según la definición de la United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2018).

Las Declaraciones no crean obligaciones legales para los Estados; estas reflejan principios que los Estados acuerdan en el momento de su aprobación y proclaman estándares que, sin ser vinculantes, imponen obligaciones morales. Ciertas declaraciones tienen un fuerte valor moral. Algunas de ellas pueden volverse incluso ‘semi-vinculantes’, como es el caso de la Declaración Universal de Derechos humanos.

Citando lo anterior así no sea vinculante las declaraciones y los principios, desde la concepción monista<sup>26</sup> se entiende que los derechos se “identificaran con los principios morales, porque la validez del derecho depende de su reconocimiento”. Lo cierto es que hay derechos que son considerados completamente universales por sustentarse desde la teoría *iusnaturalista*; vinculando lo moral con el sujeto, moralidad inserta en la autonomía, la individualidad y la satisfacción de sus necesidades básicas que conllevan a la dignada humana siguiendo a Ignacio & Agustina (2007, pág. 21).

---

<sup>26</sup>Definen los derechos desde una naturaleza moral y una jurídica. Las primeras iusnaturalistas y las segundas positivistas. (Ignacio & Agustina, 2007)

En conclusión, su carácter no represente una responsabilidad legal para los Estados, pero desde la perspectiva moral se configura su responsabilidad social, ya que se centran en proveer medidas que permiten la materialización de la libertad, el desarrollo humano, el respeto por las subjetividades entre otros. De lo anterior se entiende que las políticas son efectivas si se logran ajustar a estas declaraciones y principios que anudan la elaboración de adecuadas prácticas de los Estados en lo que respecta a la salud mental.

### **11.1. Declaración de Luxor**

Definiendo en el anterior apartado las declaraciones y principios es relevante destacar la declaración de Luxor<sup>27</sup> la cual fue adoptada en el 17 de enero de 1989 con el “objetivo de promover los derechos humanos en las personas que sufren un trastorno mental o emocional”; las personas que son vulnerables a la enfermedad mental deben estar protegidas en conexidad con los derechos económicos, sociales y culturales, derechos inherentes a todos los seres humanos sin distinción alguna.

La federación mundial de la salud mental<sup>28</sup> en su declaración señala que la no atención limita y afecta la calidad de vida de las personas impidiéndoles vivir plenamente, es por eso por lo que los procesos de organización de los servicios en salud mental contarán

---

<sup>27</sup>Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales [...] no sólo por los individuos definidos como enfermos mentales, sino también por aquellos que son vulnerables a la enfermedad o trastorno mental y emocional, o que corren el riesgo de estar expuestos a ella. (Federación Mundial de la Salud Mental, 2018)

<sup>28</sup> Artículo I. La promoción de la salud mental incumbe a las autoridades gubernamentales y no gubernamentales, [...] intergubernamentales, sobre todo en tiempos de crisis. [...] los programas de salud y de salud mental contribuirán tanto al desarrollo de la responsabilidad individual y familiar en relación con la salud personal y con la de grupos, como a la promoción de una calidad de vida lo más elevada posible.

con la participación de los usuarios para que dichos principios estén acordes a las situaciones culturales, económicas, históricas, sociales y espirituales.

Siguiendo la misma declaración, en el artículo 6<sup>29</sup> se advierte que toda la comunidad vulnerable deberá recibir un cuidado en la salud mental, que disponga de medidas no solo enfocadas a la atención, sino que también se realicen acciones preventivas que eviten la aparición del trastorno mental o psicológico.

Retomando los derechos humanos la presente declaración deja de manifiesto que por circunstancias de la guerra y/o injusticias, las personas que se hayan visto afectadas, el Estado ha de brindarles una atención en salud mental valorando tales circunstancias ya que la “la guerra, abusos colectivos que proceden del estado y sean víctimas a causa de la movilidad emigrantes, y refugiados”<sup>30</sup> tendrán la asistencia necesaria como parte de la responsabilidad del propio Estado.

En conclusión, los principios de la declaración de Luxor resaltan el respeto de los derechos individuales y colectivos, entendiendo que la enfermedad mental también amerita un trato diferencial y único, el padecimiento propio de cada persona, las

---

<sup>29</sup> La colaboración intersectorial es esencial para proteger los derechos humanos y legales de los individuos que están o han estado mental o emocionalmente enfermos o expuestos a los riesgos de una mala salud mental. Todas las autoridades deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales mayores ligados a la salud mental, del mismo modo que a las consecuencias de condiciones catastróficas para la salud mental. *La responsabilidad pública incluirá la disponibilidad de servicios de salud mental especializados, en la medida de lo posible dentro del contexto de una infraestructura de atención primaria [...] (Federación Mundial de la Salud Mental, 2018)*

<sup>30</sup> Ibid. Artículo 6. Todas las poblaciones contienen grupos vulnerables y particularmente expuestos a la enfermedad o trastorno mental o emocional. Los miembros de estos grupos exigen una atención preventiva, y también terapéutica, particular, el igual que el cuidado en la protección de su salud y de sus derechos humanos. Se Incluyen las víctimas de las catástrofes naturales, de las violencias entre comunidades y la guerra, las víctimas de abusos colectivos, comprendidos aquéllos que proceden del Estado; también los individuos vulnerables a causa de su movilidad residencia (emigrantes, refugiados).

circunstancias en las que se fue víctima y es el Estado el que dará prioridad a las poblaciones que padecieron hechos traumáticos a causa de la guerra o del conflicto armado para el caso colombiano.

### **11.2. Consejo de Derechos de los Derechos humanos Sesión 32º**

Retomando el periodo de sesiones que anteriormente fue citado en la página 42, la presente investigación específicamente destaco la sesión 32 del consejo de derechos humanos, puesto que esta sesión da un carácter de supremacía e importancia a la salud mental, especificando la protección de la salud mental:

[...] los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas, sin distinción de ningún tipo y de una manera justa y equitativa, le corresponde una función importante en el ámbito de la salud mental y los derechos humanos a fin de fomentar el diálogo y la cooperación internacional y constructiva [...] los servicios de asesoramiento, asistencia técnica, fomento de la capacidad y la concienciación Naciones Unidas: asamblea general (2016).

De lo cita anterior se puede inferir que el consejo visibiliza la importancia y la función que tiene la salud mental y los derechos humanos, de acuerdo con esto cabe resaltar que los espacios privados en consulta psicológica son los que permiten de cierto modo brindar una atención conforme al respeto por la dignidad humana consagrada en la carta de los derechos humanos.

En conclusión, si se tienen los medios que se requieren para la adecuada asistencia en salud mental, no solo se logrará el respeto por los derechos humanos, sino que también se espera que la rehabilitación logre alcanzar una recuperación y/o mitigación a las

personas afectadas, igualmente se consolidará la dignidad juntamente con lo descrito por la justicia restaurativa.

### **11.3. Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.**

Retomando nuevamente la función que cumple la Organización mundial de la salud y su comité delegado para las Américas, se insta a los países miembros a recordar que los derechos humanos aplicados a la salud mental también abordan los derechos económicos, sociales y culturales y la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, señalada en la resolución CD53/7.

De otro lado como ya antes se había mencionado anteriormente el de acción con que deberán contar los Estados en salud mental para el año 2021, corresponderá a las diversas necesidades del contexto, y más tratándose de países que han sufrido conflictos armados de carácter interno, Comité regional de la organización para la Américas (2014).

La conclusión a la que llegó el comité sobre el plan de acción sobre salud mental en el componente de la rehabilitación y la reintegración social permitió evidenciar que no se habían tenido en cuenta indicadores, importantes y necesarios para abordar los planes y analizar los eventos epidemiológicos en salud mental, por lo cual se hizo énfasis en que estos indicadores deberían ser más específicos para poder medir en términos de cumplimiento dichos planes de acción, señaladas en el documento CD53/8, Rev. 1.

El comité discutió que los Estados miembros debían adoptar planes ajustados a las políticas, por lo cual reiteró al consejo directivo tener en cuenta:

Incorporasen claramente tanto los trastornos mentales como los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, [...] poner en marcha un re estructuración progresiva del sistema de salud a fin de promover la atención de los trastornos mentales al nivel primario y secundario, reservando el nivel terciario de la atención para una porción más pequeña de los pacientes con una necesidad mayor; Comité regional de la organización para la Américas (2014).

Se resume entonces que el consejo elaboró unas observaciones a tener presentes para llevar a cabo el plan de acción de salud mental:

- Apoyo hacia la cooperación técnica para que los Estados miembros desarrollen políticas y planes dentro de los marcos legales y vigentes, teniendo en cuenta a las personas o grupos más vulnerables.
- desarrollar una atención más igualitaria en coherencia con los diagnósticos y la utilización de prácticas que permitan evidenciar indicadores para medir el cumplimiento de los lineamientos.
- Igualmente, se le sugirió a los Estados miembros buscar alianzas a nivel estatal y gubernamental tendientes a buscar mejores procesos en el desarrollo y ejecución de los planes que en salud mental se requieran, aplicadas desde el nivel local hasta el nivel nacional.

#### **11.4. El Principio de Brasilia**

Siguiendo las declaraciones es obligatorio hablar de los principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas, el llamado principio de Brasilia el cual señala en el artículo 4, “el aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación de los servicios de salud mental en especial con

referencia a la atención de las víctimas”, este principio también reitera el compromiso y el avance que han tenido los Estados miembros, pero hacen un llamado a trabajar en la atención de la salud mental de las víctimas.

De lo anterior se entrevé que la declaración de Brasilia permite recordar la importancia de otras declaraciones en salud mental como lo es la declaración de Montevideo firmada en septiembre del año 2005 y la cual señala que todos los lineamientos por la organización panamericana de la Salud se deben atender ya que dicho organismo es el actual representante de la Organización mundial de la salud para las Américas, sin olvidar que son los principios rectores establecidos primeramente por la organización mundial de la salud en temas que traten en salud mental a nivel mundial.

#### **11.5. Declaración de Caracas: La Promoción y Protección de los Derechos humanos de las Personas con Discapacidades Mentales.**

Otra de las declaraciones es la de Caracas que sin duda alguna tiene una importancia debido a que esta declaración vincula las convenciones que anteriormente se mencionaron.

La declaración de Caracas tuvo lugar el 14 de noviembre de 1990 y su principal objetivo era el respeto por los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Los países que se fueron adhiriendo a esta declaración, adoptaron políticas en salud mental garantizando los derechos humanos que hasta ese momento no se consideraban como parte de la atención en salud mental.

En materia de derechos humanos esta declaración es referente a nivel internacional, siendo la que inicialmente promulgó los derechos humanos en los modelos de internalización para los pacientes psiquiátricos.

En este orden de ideas, la declaración de Caracas permitió que las personas que padecieran un trastorno mental también se les garantizará sus derechos los cuales deben ser garantizados a través de las políticas para la atención en salud mental mencionados anteriormente.

La declaración de Caracas retomó las recomendaciones de los instrumentos Internacionales que en materia de salud mental se promulgan para la protección de los derechos humanos que tienen todas las personas involucradas en la atención. De otro lado la presente declaración está en correspondencia con las convenciones de los derechos económicos, sociales y culturales que los países han ratificado, siendo a su vez estos miembros de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Se resalta que dicha declaración ha sido un referente fundamental para establecer los lineamientos y directrices que los Estados deben seguir en materia de salud mental con el propósito de garantizar la protección de este derecho a través de acciones basadas en el enfoque de protección de los Derechos humanos.

En conclusión, la declaración de Caracas promueve intervenciones más dirigidas a la protección de los derechos humanos y civiles de las comunidades, la inclusión social de

los pacientes y los tratamientos que deben brindarse salvaguardando siempre la dignidad personal y los derechos humanos de los enfermos mentales y sus familias.

### **11.6. Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental.**

Para realizar una aproximación a la Comisión Interamericana de Derechos humanos es necesario mencionar en primera instancia a la Organización de los Estados Americanos la OEA, conformada en el año 1948 en la ciudad de Bogotá. Los Estados de la Región suscritos a la carta de la organización deberán seguir los designios de la carta de las Naciones Unidas.

La comisión interamericana de derechos humanos es el principal organismo encargado de proteger los derechos humanos, el cual tiene como función ser un órgano consultivo ante la OEA.

Las competencias de la comisión interamericana de derechos humanos van dirigidas a emitir las medidas cautelares en los casos que se requieran a los Estados parte y de conformidad a la carta de la Organización de los Estados Americanos, artículo 53<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup>Ibid. Artículo 53. La Organización de los Estados Americanos realiza sus fines por medio de: a) La Asamblea General; b) La Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores; c) Los Consejos; d) El Comité Jurídico Interamericano; e) La Comisión Interamericana de Derechos Humanos; f) La Secretaría General; g) Las Conferencias Especializadas, y h) Los Organismos Especializados.

De lo anterior se identifica que la relación del Sistema Interamericano con referencia a la salud mental aparece en el año de 1990 con el asocio de la convención Interamericana de derechos humanos y la organización panamericana de la salud en la declaración de Caracas ya anteriormente citada. En el año 2001 la comisión Interamericana de derechos humanos aprobó las recomendaciones para la garantía de los derechos de las personas con discapacidad mental:

Las recomendaciones a todas las partes involucradas en la promoción de la salud mental (incluyendo asociaciones de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras; agrupaciones cívicas; Organizaciones no Gubernamentales; asociaciones de usuarios y familiares; abogados; estudiantes de derecho), a los usuarios y sus familiares, así como también a los Estados; Organización Panamericana de la Salud (2013, pág. 63).

En conclusión, las recomendaciones de la comisión Interamericana con relación a la salud mental están dirigidas a los Estados que aún no han ratificado la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación de las personas con discapacidad, invitan a los Estados a ratificarla e invita a establecer leyes con el apoyo de personas jurídicas y naturales:

- Incorporar estándares Internacionales para la promoción de los Derechos humanos y la salud mental.
- La creación de defensorías *Habitantes u Ombudsman*.
- Medidas informativas a través de la exposición y visualización en lugares comunes para que los pacientes y los familiares puedan reconocer sus derechos a la salud mental.
- Establecimiento de entidades que supervisen y vigilen los servicios en salud mental y el cumplimiento de los Derechos humanos.

Figura 3. Comisión Interamericana de los Derechos humanos.



Nota: Elaboración propia a partir de la (Carta de la Organización de los Estados Americanos , 1948).

Como se había mencionado anteriormente sobre las funciones de la comisión Interamericana; se encuentra la emisión de medidas cautelares relacionadas con la salud mental, por lo cual la comisión discute:

- Mecanismos cautelares, casos individuales, supervisión de hospitales y o entidades de salud mental y los establecimientos de estándares internacionales que protegen el Derecho a la Salud.

- Exigibilidad del derecho a través de una solicitud que permita a la persona ser escuchada en una audiencia ante la comisión interamericana para tratar el tema específico; Organización Panamericana de la salud (2013).
- Funciones del comité dentro la Organización de Estados Americanos: Examina la aplicación de la Convención por parte de los Estados, Incluyen las medidas que los Estados adoptan e Informes de aplicación de la convención y las observaciones que se requieran.

La Convención Americana sobre derechos humanos no hace referencia concretamente al derecho a la salud, empero si establece mecanismos progresivos para la protección de los derechos humanos a nivel Regional, Cantón (2009).

Los derechos económicos, sociales y culturales desde la interpretación del Pacto de San Jose, artículo 26<sup>32</sup> señala una protección de derechos que son vinculantes con el derecho a la Salud:

La Comisión Interamericana y la Corte Interamericana de Derechos humanos han establecido repetidamente que las medidas cautelares y provisionales tienen un doble carácter, uno cautelar y otro tutelar. Respecto a su carácter tutelar, las medidas buscan evitar un daño irreparable y preservar el ejercicio de los derechos humanos. Con respecto a su carácter cautelar, las medidas tienen por objeto preservar una situación jurídica mientras está siendo considerada por la CIDH Jessica Liliana Ramírez Gaviria respecto de Colombia (2017).

---

<sup>32</sup> Artículo 26. Desarrollo Progresivo. Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados. (Convención Americana Sobre Derechos Humanos. Pacto de San José, 1969)

De lo anterior cabe destacar que a la luz de la comisión y la corte mientras se lleven a cabo procesos deben existir medidas transitorias que permitan responder y brindar una atención y protección de las necesidades de las personas que se están viendo afectadas.

Los Estados miembros de la Organización de Estados Americanos tienen un compromiso frente a la garantía de los derechos humanos de aquellas personas que presentan una discapacidad mental, los cuales son reconocidos en la carta de la OEA y en correspondencia con la declaración América de los deberes y derechos del hombre.

Vale la pena mencionar algunas de las medidas cautelares pronunciadas por el CIDH; para Colombia una de las medidas cautelares adoptadas en relación con la fallecida Jessica Liliana Ramírez Gaviria mediante el número 445-14 por la cual la comisión se pronunció en relación con el derecho a la atención psicológica; la enfermedad que padecía la paciente afectaba a la vez su salud mental.

De lo anterior la Comisión ordenó al Estado Colombiano frente al cumplimiento de sus obligaciones de la protección de los derechos humanos establecidos en la Carta de la OEA, concluyendo que el Estado Colombiano debió haber proporcionado la atención psicológica y física a la paciente sin ningún tipo de barreras por parte del SGSSS.

También es importante mencionar otro de los casos emblemáticos de conocimiento de la corte Interamericana: caso Ximénez Lopez contra el Estado de Brasil en el año 2006, el paciente falleció mientras se le brindaba el tratamiento psiquiátrico.

La comisión solicitó que la corte investigara y declarara la vulneración de los derechos bajo la interpretación de los artículos: Derecho a la vida<sup>33</sup>, derecho a la integridad personal<sup>34</sup>, garantías judiciales<sup>35</sup> y protección judicial<sup>36</sup>.

En conclusión, estas sentencias permitieron que se abrieran caminos para nuevas jurisprudencias relacionadas con el derecho a la salud mental, en donde la Corte tuvo en cuenta los estándares Internacionales determinados para la atención en salud mental señalados por la Organización Mundial de la salud y la Organización Panamericana de la salud. Los Estados son los responsables de proteger el derecho a la salud mental de las personas teniendo en cuenta la condición ya que, de no ser así, la persona se puede poner en un estado de vulnerabilidad.

Para lograr un atención necesaria, eficiente y acorde a las necesidades del paciente los Estados deberán adoptar las medidas necesarias desde la:

---

<sup>33</sup>Ibid. Artículo 4. Parágrafo 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la Ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

<sup>34</sup>Ibid. Artículo 5. Parágrafo 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

<sup>35</sup>Ibid. Artículo 8. Parágrafo 1. Toda persona tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial, establecido con anterioridad por la Ley, en la sustanciación de cualquier acusación penal formulada contra ella, o para la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter.

<sup>36</sup>Ibid. Artículo 25. Parágrafo 1. Toda persona tiene derecho a un recurso sencillo y rápido o a cualquier otro recurso efectivo ante los jueces o tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la Constitución, la Ley o la presente Convención, aun cuando tal violación sea cometida por personas que actúen en ejercicio de sus funciones oficiales.

- Perspectiva del enfoque poblacional, atendiendo las necesidades específicas y apaleando al derecho a la vida el cual está directamente relacionado con la salud.
- Independientemente del régimen de salud al que se pertenezca; el Estado es que debe proveer los mecanismos para la atención, regulación, supervisión y accesibilidad de estos servicios conforme a la Convención Americana sobre Derechos humanos.

## Capítulo IV

### 12. El Sistema General de Seguridad Social en Salud

A partir de la ley 100 sancionada por el congreso de la República, el Estado Colombiano adoptó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, reconocido por sus siglas SGSSS, desde la sanción de esta ley se delegó a las instituciones públicas y privadas la prestación de los servicios en salud.

Por otra parte, las instituciones que entraron hacer parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud fueron instituciones de carácter público y privado reconocidas dentro de éste como instituciones prestadoras de servicios (IPS); entidades promotoras de salud (EPS), administradora del régimen subsidiado (ARS) y empresa social del Estado (ESE).

En conclusión, esto no significó que el Estado Colombiano renunciara a la responsabilidad de garantizar a todos los ciudadanos el derecho a la salud, sino que otorgo la administración de la salud a entidades de orden público y privado como ya se había mencionado anteriormente.

De otro lado retomando nuevamente la importancia de la atención en salud mental a las víctimas del desplazamiento forzado, es importante resaltar los aportes que se obtuvieron en el proceso de la presente investigación por parte del equipo de salud mental del ministerio de salud y protección social.

*¿Desde el Ministerio de salud y la protección social como se garantiza que la salud mental sea un derecho para las víctimas del desplazamiento forzado?*

- La garantía del derecho a la salud mental se plantea a través de los distintos frentes de la política pública del Ministerio de salud y protección social, sin duda tiene un sustento en la ley de víctimas 1448.

La doctora Bautista al respecto se refiere que el PAVSIVI

[...] es el programa de atención psicosocial que tiene toda la información, para que las atenciones en los servicios de salud de acuerdo con las necesidades específicas en salud mental se brinden, sin embargo, se ha observado una barrera muy importante para que las personas efectivamente accedan a estos servicios, aunque también es cierto que las personas víctimas del conflicto armado son las que actualmente utilizan este servicio en salud. Esto es como en líneas gruesas la respuesta que el ministerio brinda a las necesidades en salud mental de la población víctima, Bautista (2018).

De otro lado es importante destacar que el programa PAVSIVI, del cual más adelante se abordara en la presente investigación es una de las líneas de acción que el ministerio de salud propone para el cumplimiento y la garantía del derecho a la salud mental de las víctimas.

### **12.1. Ley 1438 de enero de 2011, por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Para entender específicamente las medidas adoptadas por el ministerio de salud en relación con la atención en salud mental es importante ilustrar el modelo del sistema de salud en Colombia, para lo cual se mencionarán algunas leyes que regulan dicho sistema.

La ley 1438, Artículo 30<sup>37</sup> por medio del cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. La anterior ley permitió que se llevara a cabo la exigibilidad en el cumplimiento de los principios de lo que trata la misma ley, para esto el ministerio de la protección social en salud y la superintendencia nacional de salud fueron las instituciones encargados de vigilar y supervisar el cumplimiento de las entidades prestadoras de salud dentro del SGSSS; Congreso de la República (2011).

Mediante la Ley 1438 se reforman algunos artículos citados en la Ley 100, uno de estos fue el artículo 12, relacionado con la atención primaria en salud en el cual se introduce cuatro componentes en los servicios de salud:

- Acción Intersectorial y transectorial.
- Salud y Participación Social
- Comunitaria y Ciudadana
- Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

---

<sup>37</sup>ARTÍCULO 30. Principios del sistema general de seguridad social en salud: Universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad (Ley 1438 Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2011).

Los anteriores componentes relacionados corresponden a lo señalado en la ley 1438/11, cumpliendo una atención integral e integrada para la promoción de la salud para lo cual se incluyó en el plan decenal de salud los siguientes aspectos.

El primer aspecto corresponde con el plan de salud decenal 2012 a 2021 el cual va dirigido a coordinar acciones en salud pública con el objetivo de unir y armonizar el trabajo de todos los actores responsables.

El segundo aspecto se orienta a ejecutar acciones en caminadas a la promoción de la salud, plan intervenciones colectivas, gestión del riesgo de la salud, (plan obligatorio de la salud y riesgos laborales) y gestión de la salud pública (vigilancia y control).

El tercero involucra toda la sociedad frente a la responsabilidad, vigilancia, empoderamiento de los derechos a la salud y estilos de vida saludables, Acosta (2017).

De acuerdo con lo anterior el plan decenal de salud año 2012 a 2021, busca garantizar una plena armonía entre lo psíquico, biológico, social y cultural para que exista un funcionamiento adecuado del individuo en cada una de las áreas de su funcionamiento.

En conclusión, la ley 1438 de 2011, reforma al sistema de seguridad social en salud y da paso a la salud mental como parte del plan decenal de salud, el cual propone el empoderamiento y capacitación a las comunidades para el logro del reconocimiento de este derecho, título II, artículo 6<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup>ARTÍCULO 6. *Plan Decenal para la Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el*

**12.2. Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos, 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política de Colombia.**

A partir de esta ley se reconoce el sistema general de participación en salud, el cual tiene como propósito descentralizar los servicios en salud. De otro lado a través del acto legislativo 01 de 2001 se modifica el Artículo 356 de la Constitución Política:

Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación y de los Departamentos, Distritos, y Municipios. Para efecto de atender los servicios a cargo de éstos y a proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación, se crea el Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios.

De lo anterior es importante destacar que las categorías que tienen los municipios permiten que la Nación asigne recursos dependiendo del nivel, ejemplo de ello, en el caso de los municipios de categoría sexta, el departamento es el encargado de administrar los recursos en salud y solo la dirección local de salud estará encargada de transferirle pagos de prestación de servicios a las entidades del régimen subsidiado.

Otras de las leyes es la ley orgánica de 1994, la cual establece el plan de desarrollo y tiene como propósito “elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo”, así como la regulación de los demás aspectos contemplados por el artículo 342<sup>39</sup> señalado en la Constitución Política.

---

estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

<sup>39</sup>**Artículo 342.** La correspondiente Ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales. Determinará, igualmente, la organización y funciones del Consejo Nacional de Planeación y de los consejos

Los Conpes permiten realizar asignaciones económicas a las regiones que más necesidades a nivel social presentan, incluyendo la salud, es así como estas asignaciones extras, permiten ejecutar e implementar programas de mayor cobertura beneficiando a las comunidades menos favorecidas aparentemente; Consejo Nacional de Política Económica y social (2007).

### **12.3. Ley 1414 de 2010. De la protección para las personas que Padecen Epilepsia**

En la Ley 1414 se establecen las medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y citando el artículo 11 de la misma ley, modificado después por la Ley 1122 de 2007 en el artículo 33<sup>40</sup>, se señaló que el perfil epidemiológico en salud mental debe contemplar la promoción y prevención, por lo cual se deben adoptar las medidas necesarias de acuerdo a las situaciones más prevalentes que se registran en el país, específicamente las relacionadas con la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas identificadas en las encuestas para la salud mental; Congreso de la Republica (2010).

---

territoriales, así como los procedimientos conforme a los cuales se hará efectiva la participación ciudadana en la discusión de los planes de desarrollo, y las modificaciones correspondientes, conforme a lo establecido en la Constitución.

<sup>40</sup>**Artículo 33. Plan Nacional de Salud Pública.** El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir: [Ver el Decreto Nacional 3039 de 2007](#)

Se puede concluir que la alta prevalencia de estas problemáticas conllevó a que desde un marco normativo la violencia intrafamiliar dejara de ser querellable y desistible para ser parte de una serie de leyes que tipificaron estas conductas penalmente y por consiguiente se delegó a las entidades de salud la responsabilidad de reportar los casos de violencia intrafamiliar de los cuales tuvieran conocimiento.

Para llevar el registro de los casos de violencia intrafamiliar el sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA, construyó una ficha de notificación y un protocolo de vigilancia en salud pública el cual aborda la violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual.

Es importante destacar que las anteriores leyes son necesarias examinarlas ya que estas tienen estrecha relación con la ejecución y atención en salud mental, entendiendo que existe una prevalencia en las comunidades más vulnerables en cierto tipo de trastornos como son los diferentes tipos de violencias.

Por último, es importante mencionar lo que la Corte ha dicho frente al derecho a la integridad personal y el de la salud que: Están protegidas, siendo la salud mental parte integral de todo lo que se define como el derecho a la salud. De acuerdo con las consideraciones por la Corte en relación con el favorecimiento de la salud mental se encuentra una estrecha conexión con el derecho fundamental a una vida digna, T-248/98.

En conclusión, la Corte Constitucional por medio de esta sentencia señala que las entidades prestadoras de salud deben brindar la atención psicoterapéutica y asistencia necesaria, para lo cual el caso alusivo en la sentencia trataba la negación a la paciente, a

tener un proceso psicoterapéutico prolongado. De otro lado, la Corte Constitucional de acuerdo con las reglas jurisprudenciales, es clara en señalar que el derecho a la salud aborda cualquier especialidad, por lo cual es sensible la aplicación de la acción de tutela, puesto que en este caso la salud mental es participe del mismo Derecho a la Salud que el Sistema de Seguridad Social en Salud debe brindar T-306/2006.

Retomando la entrevista a la doctora Bautista en relación con lo que ha dicho la corte y que es obligación del SGSSS brindar la atención necesaria, se refiere al respecto:

[...] los conductos especiales que se puedan hacer efectivos para la garantía de estos derechos se hacen a través de unos recursos que son generales y relacionados por ejemplo con la intervención de la superintendencia Nacional de salud que tiene el rol de inspección, vigilancia y control, lo mismo que las secretarías departamentales; las personas que tienen dificultades al acceso de los servicios de salud, digamos que hay rutas tanto en lo local como en lo nacional para la garantía del acceso. Hay otras garantías que son las de tipo jurisprudencial como las de la corte, tal como es el caso de la asociación Colombiana de Juristas y otras tantas instituciones digamos que velan por la garantía de derechos que están ahí, al pendiente para que efectivamente estos mandatos de la corte se cumplan; Bautista (2018).

La siguiente imagen ilustra la conexidad que la salud mental tiene con la constitución Política de Colombia y los pactos internacionales

Figura 4. Sentencia T-306/06, derechos conexos.

#### **DDHH**

- Reconocidos en la Constitución y en tratados internacionales a la luz de la interpretación que de los mismos hacen los órganos internacionales que tienen la competencia de aplicar las normas de derecho internacional

#### **INTERPRETACIÓN A LA LUZ DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES**

- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales interpretando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuyo artículo 12 consagra el derecho a la salud.

#### **EL DERECHO A LA SALUD MENTAL**

- Constitución colombiana a la luz de los tratados internacionales de derechos humanos que aludan a él, de conformidad con el artículo 93 de la Carta y la noción del bloque de constitucionalidad.

#### **OMS**

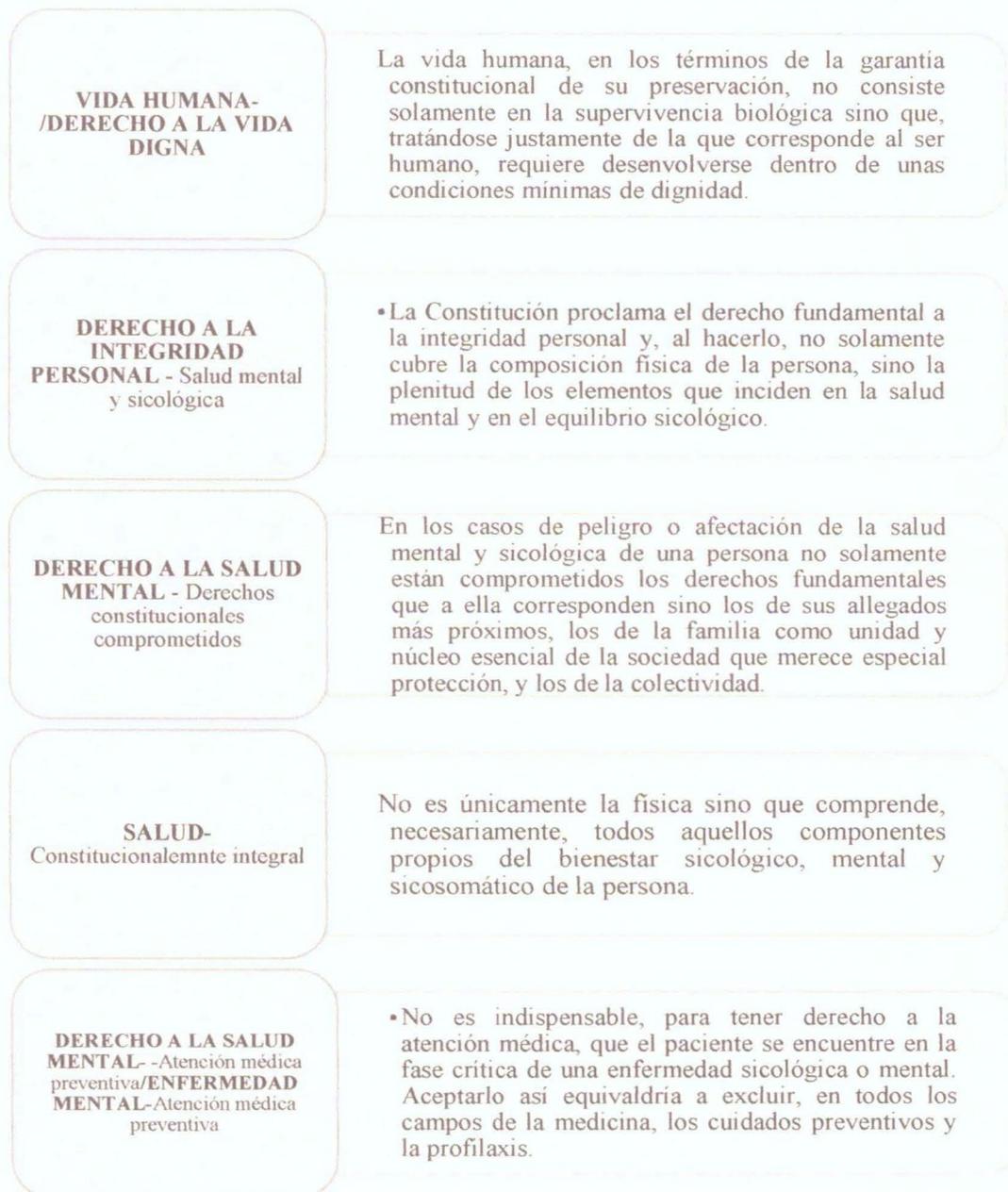
- El Comité manifiesta que “los Estados Partes deben utilizar la información y los servicios de asesoramiento amplios de la OMS en lo referente a la reunión de datos, el desglose de los mismos y la elaboración de indicadores y bases de referencia del derecho a la salud

#### **División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias de la OMS**

- 10 Principios básicos de las normas de atención en salud mental.
- Principio 2.
- Expresa que “Todo el que esté necesitado debe tener acceso a una atención básica de salud mental. Lo anterior implica que debe existir “un sistema de atención de la salud mental de calidad adecuada”, debiendo ser esta atención, entre otras cosas, voluntaria y “económicamente accesible y equitativa.

*Nota:* Elaboración propia a partir de la <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/T-306-06.htm>

Figura 5. Sentencia T-248/98. Vida humana, Dignidad, Derecho a la Vida Digna, Salud Mental y Psicológica.



El ministerio de salud con el objetivo de dar cumplimiento a la atención en salud mental teniendo en cuenta que se está afectando la vida de las personas y la dignidad, explicada en la anterior imagen y definida por la Sentencia T-248/98.

De lo anterior se expone por parte del grupo de salud mental del ministerio de salud y protección social:

- La exigibilidad por la cual las víctimas reclaman estos derechos: Derechos de la mujer, derechos de petición, no solo para el acceso a la información sino también para la garantía de derechos.
- Las sentencias de la corte y el auto 092 que es el tema de la violencia sexual, auto 045, la sentencia 025.
- Los derechos tienen un ejercicio de proximidad y exigibilidad, como Ministerio de Salud y como parte del Estado, no solamente se tiene la responsabilidad de garantizar este derecho, sino también de hacer de manera intersectorial el cumplimiento y la garantía.
- El Ministerio juntamente con defensoría del pueblo, contraloría y procuraduría, tanto departamentales, provinciales como nacional, sino también a través de los seguimientos a los autos y a las sentencias de los informes, se elaboran procesos de reglamentación de las normas y de las leyes.

Referenciando específicamente derecho de petición el cual da vía hacia la acción de tutela a la cual se refiere el grupo de salud mental del ministerio en la Sentencia T-414/99 se define:

Los informes de tutela se consolidarán por la presunción de veracidad sobre los hechos e investigación de causas por la omisión; vida humana, dignidad, derecho a la vida digna y a la salud mental y psicológica.

Los informes de tutela se aplicarán por la presunción de veracidad sobre los hechos e investigación de causas por la omisión, teniendo un alcance en el cual:

“El titular del derecho amenazado o vulnerado se encuentra en imposibilidad de promover su propia defensa, bien sea por circunstancias físicas, como la enfermedad, o por razones psíquicas que pudieren haber afectado su estado mental, o en presencia de un estado de indefensión que le impida acudir a la justicia; persona con incapacidad mental”

Teniendo en cuenta lo anterior el derecho de petición, tiene una primera instancia el cual es el núcleo fundamental en palabras de la corte y consagrado en el artículo 23 de la constitución política de Colombia. De lo anterior es de orden prevalente que el plan obligatorio de salud brinde la cobertura necesaria para las personas mayores de 18 años que presenten una discapacidad permanente como lo señala la corte y no podrá ser negada por ninguna circunstancia.

Otras de las sentencias que vale la pena mencionar es la Sentencia T-1090/04, derecho a la salud mental, derecho fundamental por conexidad con la vida.

Esta sentencia se señaló el derecho a la salud del disminuido físico y psíquico define que la rehabilitación e integración social debe ser garantizada por el Estado, para el logro de una vida digna, la persona que requiera un tratamiento intrahospitalario deberá brindársele bajo las condiciones de su entorno social.

De otro lado señala que las reivindicaciones de los derechos fundamentales en las personas con baja capacidad psíquica tienen el derecho a no permanecer internados de manera definitiva, de acuerdo con la presente sentencia es responsabilidad del estado, la familia y los

particulares para el logro de la recuperación de la persona que presenta una disminución mental.

Retomando el plan de la política en salud mental para el año 2021 y lo expuesto por la doctora Bautista (2018) el gobierno nacional junto con los gobiernos departamentales y municipales deberán ajustar los programas para atender a esta población, es así como esta sentencia sigue una hilaridad jurisprudencial que ya esta propuesta en las acciones que se deben implementar para las políticas en salud mental en general.

Citando la entrevista al grupo de salud mental del ministerio de salud y protección social en relación con las rutas de atención en salud mental refieren las siguientes observaciones en respuesta a:

*¿Existe una ruta definida y ampliamente divulgado por el ministerio de salud y la protección social para que las víctimas accedan a los servicios en salud mental?*

La atención en salud en general para víctimas del conflicto armado teníamos más o menos estructurada la atención psicosocial, con todos los debates que hay alrededor de esta modalidad y el enfoque en particular que se requiere para las víctimas del conflicto armado fundamentado en la ley 1448.

- El ministerio hizo un protocolo que es complementario a lo que también estamos trabajando que es el modelo integral en salud que por supuesto debe tener un enfoque diferencial para las víctimas pero que es para todos los colombianos en general; en este protocolo hay una ruta, y esa ruta hace parte de otro gran grupo de rutas, donde están las violencias de género, las violencias del conflicto armado, como esta y otras relacionadas con la conflictividad social, donde están todo el resto de violencias.

- El protocolo ha sido más divulgado, pero aún está en proceso de implementación por parte de los actores del sistema que son procesos lentos, implementar un modelo de atención salud es un proceso lento, tiene muchos componentes y tiene muchas implicaciones, así que por eso que no se nota la velocidad que debería tener, desarrollos técnicos del proceso van en marcha; Bautista (2018).

Se concluye que el ministerio de salud y protección social está implementando el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado mencionado anteriormente por la doctora Bautista (2018), el cual busca brindar una atención integral, retomar el enfoque psicosocial y diferencial en el componente de la rehabilitación, alcanzar la implementación de mecanismos diferenciados en la atención, involucrar a los equipo multidisciplinario de salud y establecer la ruta integral en el marco del modelo del Pasiva; Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (2017).

Para el análisis jurisprudencial en cuanto al derecho a la salud mental es relevante distinguir algunas sentencias en las cuales la corte ha sentado un precedente en relación con el derecho a la salud mental<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Sentencia T-1005/04. Derecho a la Salud Mental Fundamental por conexidad con la vida, Sentencia T-760/07. Derecho a la Salud Mental-Fundamental por conexidad con la vida e integridad personal, Sentencia T-409/00 Derecho a la Salud-Fundamental por conexidad. Sentencia T-1005/04. Derecho a la Salud Mental-Fundamental por conexidad con la vida.

#### **12.4. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.**

Después de mencionar algunas leyes es importante resaltar algunos decretos reconocidos en el sistema de salud, como lo es el decreto 3039 de 2007, por el cual se adoptó el plan Nacional de salud pública año 2007-2010.

Retomando lo establecido por este decreto, son las entidades territoriales las que deberán elaborar una política pública en salud mental, con líneas de acción que abarcarán para ese entonces encaminadas a la promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en salud y vigilancia en salud y gestión del conocimiento.

Se concluye que este decreto resalta la importancia en dos aspectos que tocan la salud mental y que, hasta la actualidad están vigentes: Prevención del consumo sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar; igualmente el presente decreto propone en una de las líneas para la consecución del plan Nacional de salud pública en relación con la recuperación y superación de los daños en la salud mental. “Promoción de la salud y la calidad de vida”.

## **12.5. Ley 1616 de Salud Mental de 2011.**

Por último, se tiene la ley 1616 la cual está vigente hasta el momento en cumplimiento con lo requerido por la organización mundial de la salud, de acuerdo con lo mencionado en el capítulo III. Esta ley propone una política de salud mental más incluyente, con un alcance más específico, el cual conciba el bienestar psíquico, biológico, social y cultural ajustado al contexto de cada una de las comunidades que lo demanden.

Retomando el artículo 5° el cual señala que:

La promoción de la salud mental intersectorialmente, los métodos encaminados a mejorar la calidad de vida, control y vigilancia en la atención individual y colectiva son necesarios para la prevención del trastorno mental desde el nivel primario de atención en salud.

En conclusión, a través de intervenciones que permitan disminuir los factores de riesgo asociados a la ocurrencia de eventos en salud mental, por medio de intervenciones dirigidas a las comunidades, familias e individuos.

De otro lado es la atención integral definida por la presente ley:

[...] es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. Ley 1616 (2013).

Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes componentes de atención: Prevención primaria del trastorno mental, promoción de la salud

mental, atención integral e integrada en salud mental, problema psicosocial, rehabilitación psicosocial, discapacidad mental y el trastorno mental.

La presente ley también señala que se deberán establecer programas dirigidos a la salud mental, para lo cual el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud garantizaran los derechos que conciernen a la salud mental expuestos en el Artículo 4<sup>42</sup> Y 6<sup>43</sup> en coherencia con los derechos humanos. Para brindar un servicio en salud mental eficiente, la entidad prestadora de salud debe reconocer los derechos del paciente.

De otro lado en título II, de los derechos de las Personas en el ámbito de la salud mental, se identifica los siguientes derechos citados textualmente:

- Recibir atención integral e integrada y humanizada
- Recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica en salud mental.
- Intervenciones menos restrictivas de las libertades individuales
- A recibir psicoeducación a nivel individual y familiar
- A recibir el medicamento que requiera siempre y cuando tenga fines terapéuticos
- A mantener el vínculo al sistema educativo
- Recibir incapacidad Laboral por el profesional de la salud tratante
- A no ser sometido a ensayos clínicos

---

<sup>42</sup>Artículo 4°. Garantía en salud mental. atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

<sup>43</sup> Artículo 6°. Derechos de las Personas. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales. Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental (Ley 1616 de salud mental, 2013).

- Ejercer sus Derechos Civiles y en caso de incapacidad para ejercer sus derechos. Ley 1306 de 2009.
- A no ser discriminado o estigmatizado por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
- Reintegro a la familia y comunidad.
- Recibir Atención, clara, oportuna y veraz.
- A tener un proceso psicoterapéutico con los tiempos y sesiones necesarias para un trato digno.
- A recibir o rechazar ayuda espiritual.
- Confidencialidad de la información.
- Consentimiento informado para recibir el tratamiento.

De lo anterior se concluye que los derechos anteriormente especificados permiten que las personas accedan a la atención en salud mental, los cuales deben ser garantizados por las EPS e IPS y que de acuerdo con la sentencia de la Corte Constitucional T-760/08, estos derechos deberán publicarse en las instituciones que prestan estos servicios y serán visibles para los pacientes y familiares.

En conclusión, en esta ley surge:

- La priorización de un enfoque diferencial para los niños, niñas y adolescentes señalada en el artículo 23<sup>44</sup>, pero llama la atención que no especifica un enfoque diferencial para la población y la atención que deben tener las víctimas del conflicto armado.

---

<sup>44</sup>Ibid. Artículo 23. Atención Integral preferente en salud mental.

- De acuerdo con el artículo 13<sup>45</sup>, las prestaciones de los servicios de atención en salud mental deben contar con una infraestructura y de talento humano que permitan garantizar la atención de los pacientes idóneamente.
- Atención ambulatoria, domiciliaria, prehospitalaria, centro de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, centro de salud mental comunitario, grupos de apoyo de pacientes y familias. Hospital de día para adultos y hospital de día para niñas, niños y adolescentes. Rehabilitación basada en comunidad, unidades de salud mental y urgencia de psiquiatría.

De otro lado el ingreso a la atención en salud mental señalado en el Artículo 15<sup>46</sup> describe la entrada al primer nivel de atención en salud mental. Los niveles de atención en salud son definidos por la organización mundial de la salud y el primer nivel corresponde a la APS atención primaria en salud, este nivel ha propuesto un avance progresivo para la atención universal, integral e integrada según Osorio & Álvarez (2013).

Cuando se habla de atención primaria, necesariamente hay que retomar la conferencia Internacional sobre la atención primaria en salud de la organización panamericana de la salud; los Estados parte deberán por propender por mejorar las condiciones de salud logrando una atención integral, interdisciplinaria y equitativa en las poblaciones.

En Latinoamérica y específicamente para el caso de Colombia las estrategias para la implementación de la APS corresponden deberán:

---

<sup>45</sup> Ibid. Artículo 13. Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental.

<sup>46</sup> Ibid. Artículo 15. Puerta de entrada a la red.

Fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud para permitir la acción coordinada del Estado, de las instituciones y de la sociedad para la mejora de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Promover acciones intersectoriales para el trabajo sobre los determinantes sociales de la salud. Incentivar los procesos de participación ciudadana y comunitaria.

En conclusión, desde el planteamiento de la atención primaria en salud se deberá formular e implementar estrategias que permitan garantizar los derechos en salud mental, sin ningún tipo de discriminación, una atención igualitaria en sus regímenes de salud con un enfoque de Derechos humanos, intersectorial y articulado con el desarrollo de la atención integral y oportuna.

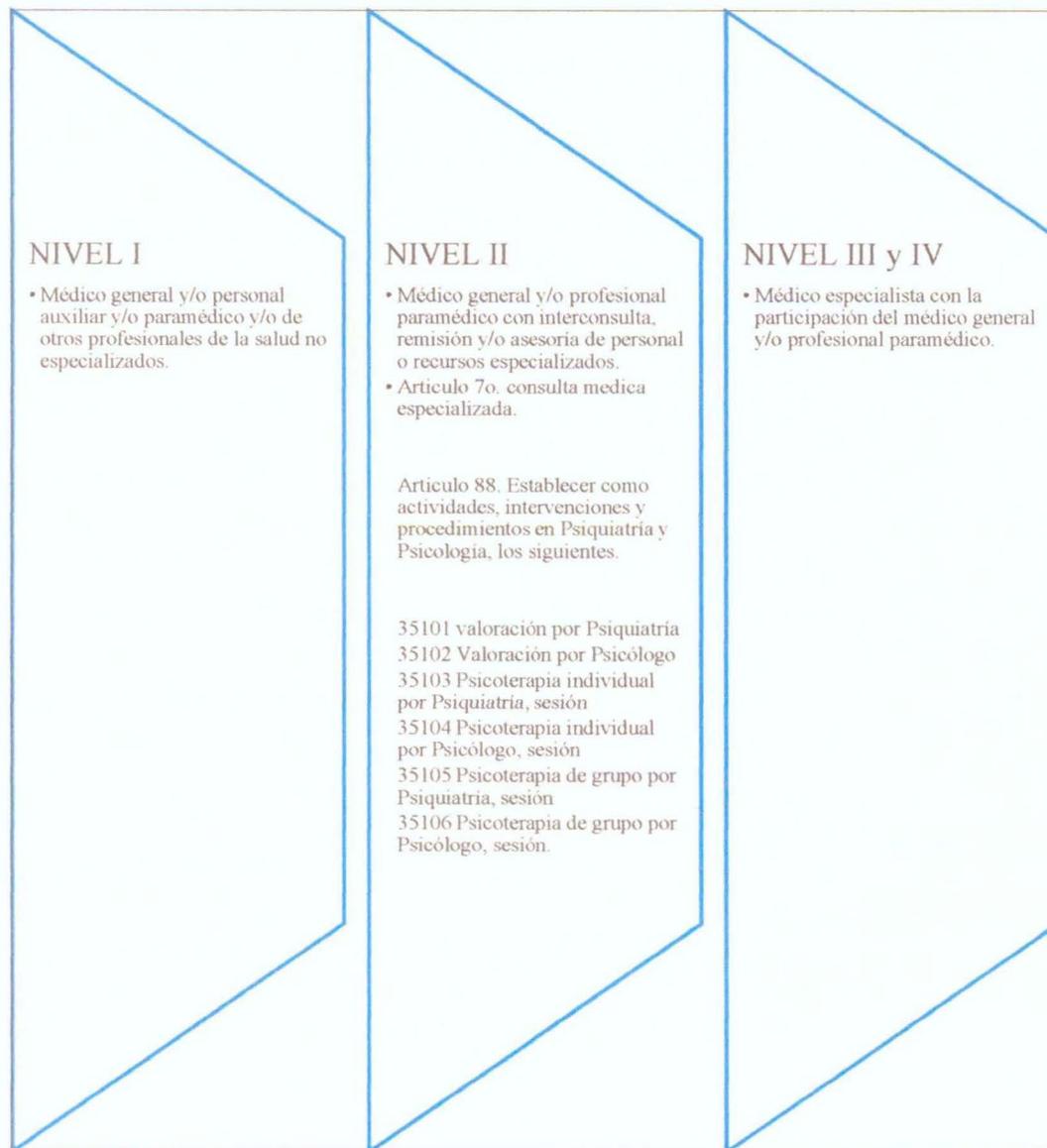
En consecuencia, con lo anterior, cuando se hace una referencia a los niveles de atención en salud, se deben tener en cuenta las diferencias entre éstos, ya que se encuentran tres niveles diferentes:

- El nivel de atención primarios el que permite el primer acceso para la atención en salud mental, las entidades pertenecientes al SGSSS son las encargadas de brindar dicha atención y de acuerdo con lo propuesto en el plan Nacional de salud mental en el marco del componente de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.
- La salud mental se promueve desde la participación, acciones transectoriales, convivencia, intervención de las diversas formas de la violencia, igualdad, enfoque diferencial y trastornos.

- El establecimiento del tipo de atención que se debe brindar siguiendo el Plan Decenal de Salud, resolución número 5261/94. Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (2014).

Cada vez que un paciente requiera el servicio de salud deberá ingresar al primer nivel, en donde será remitido al siguiente nivel, de acuerdo con las consideraciones del médico general y siguiendo los lineamientos establecidos en salud para el proceso de remisión al siguiente nivel; de acuerdo con el artículo 20 de la mencionada resolución, las responsabilidades en cada uno de los niveles dependen de la complejidad de la atención, la cual se ilustran en la siguiente imagen.

Figura 5. Niveles de Atención en Salud mental.



*Nota:* Elaboración propia a partir de Resolución número 5261 DE 1994.

De acuerdo con la imagen anterior los procesos de atención psicológica requieren inicialmente del primer nivel de complejidad de atención en salud, para luego ser remitidos al segundo nivel de complejidad de acuerdo con la necesidad evaluada por el médico general, en este nivel se ubican los profesionales de la salud mental.

Siguiendo la ley 1616/13, la cual señala los niveles de atención para la salud mental y que anteriormente se explicó en el presente documento, el primer nivel de acceso a la salud mental y que de acuerdo con el artículo 12<sup>47</sup> se debe implementar en la atención primaria de salud una estrategia que permita establecer un modelo que incluya todos los niveles de atención en salud buscando garantizar con eficacia, suficiencia, y pertinencia la atención en salud mental.

Es obligación de brindar la atención en salud mental son las EPS públicas, privadas y las empresas sociales del Estado la cuales deberán seguir las políticas y las modalidades de atención descritas por el Ministerio de salud y la protección social, el no brindar la atención de acuerdo con los lineamientos establecidos incurrirán en sanciones contempladas en la legislación vigente ley 1616/13, artículo 14<sup>48</sup>.

Retomando el componente de la rehabilitación psicosocial, se requiere pues, una intervención directa que permita la asistencia técnica a las entidades locales y así estas mismas desarrollen estrategias para la implementación de las intervenciones individuales y colectivas en cada una de las comunidades, resolución 5261/94.

---

<sup>47</sup> Artículo 12. Red Integral de Prestación de Servicios en Salud Mental. Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud.

<sup>48</sup> Artículo 14. Se exceptuarán de estos porcentajes los predios rurales previstas en el numeral 1.1.1 del acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera, y agotado lo allí ordenado. el 40%) restante para el Gobierno nacional, infraestructura penitenciaria y carcelaria. 25%, a la Fiscalía General de la Nación el 10%, a la Policía Judicial de la Policía Nacional y 25% a la Rama Judicial

La rehabilitación en salud mental de acuerdo con el Artículo 43 especifica que:

El Consejo Nacional de Estupefacientes a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Educación con la asesoría del Ministerio de Salud en la promoción y prevención.

El Fondo para la rehabilitación, inversión social y lucha contra el crimen organizado, nació a partir de la ley 1708/14, el cual se encarga de manejar los recursos económicos provenientes de los bienes incautados por extinción de dominio y que de acuerdo con el Artículo 43 de la ley de salud mental, el FRISCO proporcionará recursos para los programas dirigidos a la rehabilitación de la salud mental en concordancia con el decreto 135/10.

Sin embargo, la Corte Constitucional señaló en la Sentencia C-292/10 ut, supra la inixequibilidad del decreto 135/10, “Por medio del cual se distribuyen recursos del FRISCO para el fortalecimiento de la política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto y se dictan otras disposiciones”.

Igualmente cabe mencionar lo señalado en la ley 1708/14, artículo 91 el cual fue modificado después por la ley 1849/17, artículo 22 el cual especifica la administración y destinación de los bienes incautados, mencionados en este aparte ya que como se dijo anteriormente eran destinados a programas de salud mental relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas.

## 12.6. Plan Nacional de Salud Mental 2014- 2021.

Los componentes de salud mental en el marco el Plan Nacional para la Política de salud mental tienen como prioridad las problemáticas más prevalentes las cuales fueron identificadas en las encuestas de salud mental:

- De la promoción, prevención y atención primaria en salud la cual incluye a la salud mental como parte del plan decenal, título II, el artículo 6<sup>49</sup>.
- Una atención integral en salud mental, ajustada al plan de beneficios y a las políticas de salud mental del territorio y las comunidades, artículo 65<sup>50</sup>. Congreso de la Republica de Colombia (2011).

De lo anterior es importante resaltar que las políticas de salud mental deben ajustarse también a los últimos estudios epidemiológicos, los cuales muestran las necesidades más prevalentes.

Los componentes prioritarios para el ajuste de la política surgen a partir de la primera política de salud mental, la cual fue elaborada en 1998. Lo prioritario de lo que trata el Plan Nacional de Salud Mental, se identifica a partir de los estudios y resultados que se han observado en las encuestas de salud mental y los reportes por el observatorio de salud metal.

---

<sup>49</sup> El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

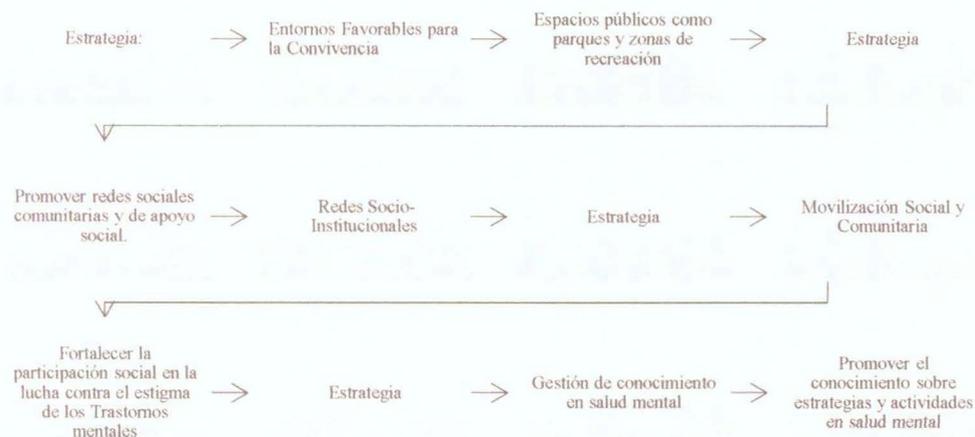
<sup>50</sup> Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental.

Componentes Prioritarios: Enfoque de determinantes sociales, énfasis en promoción y prevención primaria, estrategias ante el abuso y dependencia de sustancias, eestrategias ante los trastornos mentales comunes, estrategias ante el problema de violencia y preferencia por intervenir sobre factores protectores y de riesgo genéricos. Cada uno de los componentes sugeridos citados anteriormente son sugeridos para la elaboración de una política de salud mental ajustada a las necesidades, las cuales se dividen en:

- Enfoque de determinantes sociales: Este permite realizar acciones desde la perspectiva social los cuales tratan de valorar desde la dimensión económica acciones preventivas que son más favorables que la intervención dentro del sistema.
- Énfasis en promoción y prevención primaria: Descrito en el primer nivel de salud este permite realizar acciones para el cuidado de la salud mental y amenorar los factores surgidos a partir de la violencia y las condiciones socioeconómicas y preferencia por intervenir sobre factores protectores y de riesgo genéricos: Relacionadas con una intervención más concluyente hacia el nivel social.

En la siguiente imagen se describen las estrategias para atender las problemáticas relacionadas con la violencia.

Figura 6. Estrategias Ante el Problema de Violencia.

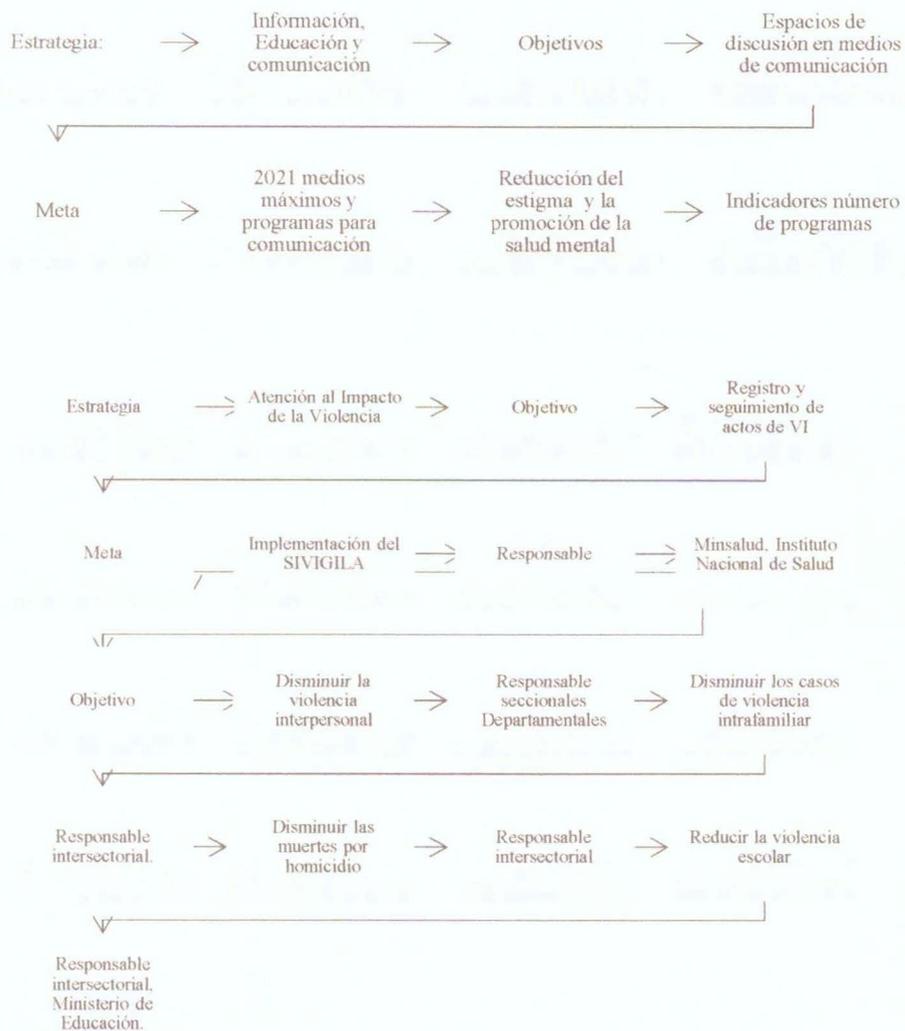


Nota: Elaboración propia a partir de (Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, 2014).

La infraestructura acorde a las necesidades sociales, entornos sociales y de recreación, programas de redes comunitarias que positiven el tejido social, estrategias que permitan la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental canalizada a empresas prestadoras de salud EPS y financiación de programas de investigación para la promoción de la salud mental.

Siguiendo con las estrategias para la atención y prevención de las violencias y sus causas a nivel de la salud mental se propone que para el año 2021 se tenga el 100% de estas estrategias implementadas.

Figura 7. Estrategias ante el problema de violencia



Nota: Elaboración propia a partir de (Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, 2014).

Figura 8. Estrategia para la atención al impacto de la violencia.

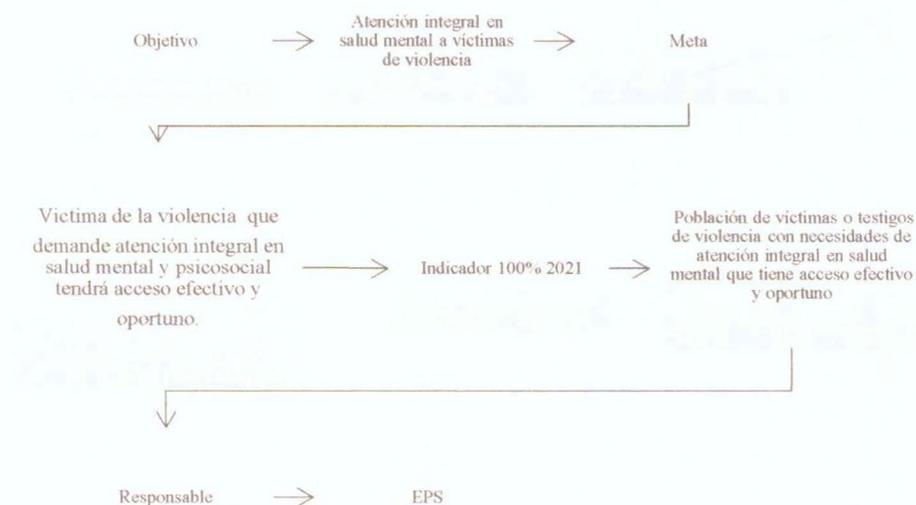
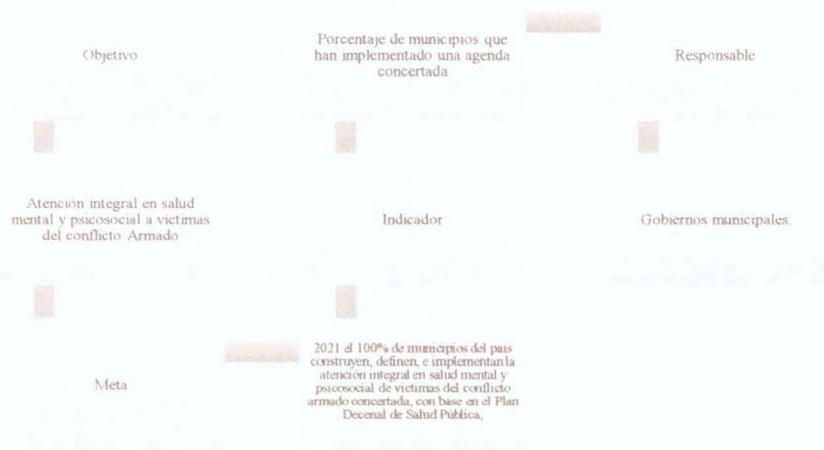


Figura 9. Atención psicosocial y en salud mental a víctimas de violencia



Nota. Recomendaciones de la OMS-OPS contextualizadas para la República de Colombia (Hosman, Jané Llopis, & Saxena, 2004; World Health Organization, 2013).

En conclusión, las representaciones de las anteriores imágenes muestran la implementación de las estrategias en la atención integral en salud mental y psicosocial de las víctimas del conflicto armado interno las cuales tendrán en cuenta:

Entornos Favorables para la Convivencia, información, educación y comunicación, atención al impacto de la violencia y Porcentaje de municipios que han implementado una agenda concertada.

De lo citado anterior mente se espera que sea concertada con la población las necesidades que en salud mental que se requieran y serán ajustada a los territorios en coherencia con el plan decenal de salud pública y la implementación se realizará paulatinamente hasta el año 2021.

Finalmente recaerá en cada uno de los municipios del país dicha implementación, la cual deberá proporcionar un acceso adecuado, positivo, y eficaz para la atención integral en salud mental y psicosocial.

### **13. Plan Decenal Política de Salud Pública: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental.**

Siguiendo el documento del plan decenal de salud pública año 2012 a 2021, publicado por el ministerio de salud y protección Social, se observa la propuesta de un tipo de intervención que desde el aspecto social procure por el logro de la salud mental a partir de espacios que integren tanto el nivel institucional como comunitario para el impulso de la salud mental:

“La convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes [...] la intervención sobre las diferentes formas de la violencia contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos”. Plan decenal de Salud Pública. Dimensión Convivencia Social y Salud y Salud Mental (2018).

De lo anterior se aborda el componente de convivencia y salud mental como un factor fundamental para promoción de una intervención social comunitaria, acorde a las necesidades de cada entorno, teniendo en cuenta las dinámicas humanas, prácticas culturales e historia de los territorios; este tipo de intervención permite que se aborde al sujeto desde una individualidad y su interrelación en lo colectivo.

Con relación a la convivencia se busca fortalecer las formas de comunicación, la empatía, la solidaridad, la igualdad y el reconocimiento de los derechos que consientan unas dinámicas sociales establecidas mediante el respeto y las diferencias individuales de los integrantes de dicha comunidad.

- Los objetivos que se describen en el plan decenal de salud pública entorno a la salud mental y la convivencia se ilustran en la siguiente imagen:
- Entornos protectores para la salud mental y la convivencia social.
- Corresponsabilidad Social y fomento de la cultura del autocuidado y la corresponsabilidad social.
- Incidir en la transformación de los imaginarios sociales y culturales.
- Calidad de vida de la población víctima del conflicto.
- Intervenir de manera positiva los determinantes psicosociales.
- Promover factores protectores de la salud mental y la convivencia.
- Poblaciones con Riesgos específicos

Para el lograr alcanzar estos objetivos y la materialización de los mismos, las acciones propuestas para la implementación del plan decenal en el componente de la salud mental, se recurrirá al acompañamiento de local, departamental y nacional.

Tabla 1. Estrategias del componente Convivencia Social y Salud Mental.

Estrategia	Mejorar y mantener la salud mental	Envejecimiento mentalmente saludable. Movilidad y la seguridad vial	Atención primaria en Salud
	Entornos favorables para la convivencia	Resolución pacífica de conflictos. Autorregulación y regulación Social. Fortalecimiento del diálogo intergeneracional. espacios libres de contaminación visual y auditiva.	Poblaciones de alta vulnerabilidad priorizadas en el Plan
	Redes socio-institucionales	Conformación, Fortalecimiento de redes institucionales y comunitarias protectoras de la salud mental Promover el tejido social a través del trabajo en red social y la red de servicios en el marco del derecho a la salud mental.	Redes Institucionales
	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en pro de la salud mental.	Implementación de un código de ética pública de los medios de comunicación orientado a fortalecer los factores protectores de la salud mental.	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
	Información, educación y comunicación para la convivencia	Concertación, financiación e implementación de acciones pedagógicas dirigidas a la ciudadanía. Respeto por la diferencia, el reconocimiento del otro como sujeto de derechos y el trato digno	Sin identificar en el documento (financiación e implementación)
	<i>Movilización social y comunitaria para la garantía del derecho a la atención psicosocial y salud integral a las víctimas del conflicto armado:</i>	<i>Agenda pública de los territorios los temas relevantes en salud mental que garanticen permanencia y respaldo institucional y comunitario a estas iniciativas.</i>	<i>Instituciones y comunidad</i>
	<i>Agenda psicosocial para víctimas del conflicto:</i>	Unificar la respuesta transecto rial de Atención Integral a Víctimas del Conflicto.	<i>Entidades responsables</i>
	Gestión del conocimiento en salud mental	fortalecimiento de la gestión de la información, la vigilancia epidemiológica de los factores protectores y la investigación en salud mental.	Sistemas y actores de la Vigilancia en Salud Pública. Observatorio de Salud Mental.

*Nota:* Elaboración propia, información tomada del(Plan decenal de Salud Pública. Dimensión Convivencia Social y Salud y Salud Mental, 2018).

Tabla 2. Indicadores Projectados al Año 2021 en el componente Convivencia Social y Salud Mental.

META	METAS DEL COMPONENTE
10%	Aumentar en el promedio de los niveles de resiliencia en la población general.
	Aumentar el nivel de satisfacción de parques o sitios públicos, con respecto a mantenimiento, infraestructura, ruido, basuras e iluminación.
100%	Municipios y Departamentos adoptan y adaptan la política de salud mental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos
	Municipios y departamentos del país construyen, definen e implementan una agenda social concertada, que unifica la respuesta transecto rial de Atención Integral a Víctimas del Conflicto
30%	Aumentar el nivel de percepción de seguridad de la población general.
	Aumentar la percepción de apoyo social en n la población general.
50%	Aumentar el involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados
60%	Aumentar el promedio de la toma de decisiones conjunta con la pareja sobre asuntos específicos del hogar.

*Nota:* Elaboración propia, información tomada del(Plan decenal de Salud Publica. Dimensión Convivencia Social y Salud y Salud Mental, 2018).

La anterior tabla expone la cobertura en términos de porcentajes para el cumplimiento de los objetivos al año 2021 en el plan decenal de salud; se exponen un serie de indicadores que dependen más ampliamente de diversas acciones como la infraestructura que tiene como resultado impactar la salud mental de las personas colectivamente y que no solo depende de las metodologías intervenciones específicas en salud mental, sino por el contario de entornos más seguros, espacios recreativos, participación ciudadana, seguridad, medio ambiente, comunicación y adopción de políticas de acuerdo a los lineamientos establecidos desde el nivel nacional.

### **13.1. La prevención y Atención de los Trastornos Mentales a Causa de la Violencia.**

El propósito central de la presente investigación es indagar sobre la atención de las personas que han sido afectadas a causa del desplazamiento forzado, sin embargo, para entender el lugar que ocupa específicamente la atención psicológica, se debe entender las diversas formas de violencia que también afectan a esta población.

Los cambios psicológicos que sufre esta población pueden corresponder a estados temporales o permanentes en correspondencia con las circunstancias vividas y los recursos emocionales que cada persona posee. Teniendo en cuenta que el ser humano es un individuo social y que por consiguiente debe estar en constante interacción con su entorno, quizás conlleve a que se presenten ciertas dificultades en las dinámicas familiares, laborales, comunitarias etc.

El componente de la prevención y atención de los trastornos propuesto en el plan decenal de salud pública busca mitigar a través de la atención y de la prevención estimular factores protectores que permitan prevenir nuevas formas de violencias de los individuos que han sido ya afectados por el conflicto armado. Plan decenal de Salud Pública. Dimensión Convivencia Social y Salud y Salud Mental (2018).

De lo anterior el componente de convivencia social y salud mental busca generar habilidades y desarrollar recursos psicológicos que son importantes para el afrontamiento de dichos procesos emocionales y así lograr el desarrollo de capacidades individuales que

permitan a los individuos víctimas de la violencia afrontarse al entorno comunitario en el cual se encuentran.

Los Componente de Salud mental entorno a la Prevención y Atención de los Trastornos Mentales por Causa de la Violencia.

Intervenir los factores de riesgo asociados a las diferentes formas de violencia, fortalecer redes institucionales y comunitarias para la atención psicosocial de las víctimas del conflicto armado, promover la capacidad de respuesta institucional y comunitaria, intervenir la violencia escolar y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, suicidio, y otros eventos emergentes.

Para lo anterior se tendrá en cuenta los problemas y trastornos mentales, fortalecer la gestión institucional, lograr mitigar las diferentes formas de violencia e identificar las necesidades en la atención desde el nivel sectorial.

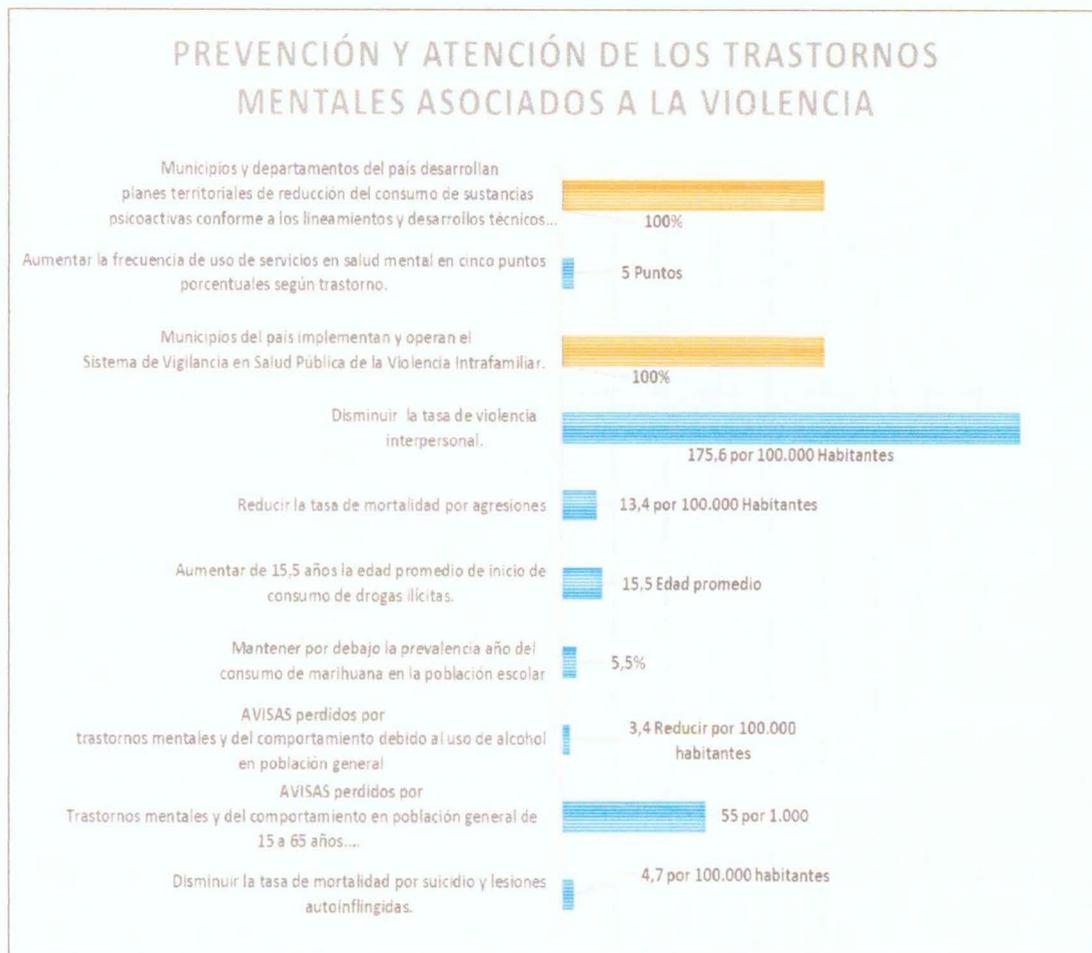
Otra las estrategias para la prevención y atención de los trastornos mentales por causa de la violencia se ilustran en la imagen anterior; el componente de la convivencia social y la salud mental incluye estrategias para la atención de los trastornos causados por la violencia. El plan decenal en el componente de la salud mental plantea las siguientes metodologías para lograr que esta atención se brinde descritas en la tabla 3.

Tabla 3. Estrategias del componente Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia.

Estrategia	Participación social y comunitaria	Prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas	Estrategia Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad
	Información, educación y comunicación para la prevención de la violencia	Construcción de mecanismos alternativos para la solución pacífica de los conflictos.	Acciones transectoriales en los entornos familiar, escolar, laboral y comunitario
	Políticas públicas de desarme	Prevención de la violencia y la mortalidad asociada al uso de las mismas	Políticas públicas para la disminución del porte y uso de armas en los diferentes entornos
	Estrategia nacional frente al consumo de alcohol.	Reducción del consumo nocivo de alcohol y su impacto en la salud pública.	Acciones transectoriales y comunitarias
	Atención psicosocial a víctimas de la violencia	Implementación, monitoreo y evaluación de un modelo intersectorial de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado Colombiano	No está plenamente identificado a cargo de quien se ejecutará.
	Atención al impacto de la violencia.	Rutas que involucren servicios sociales y de salud mental, para la respuesta integral al impacto individual y colectivo de las diferentes formas de violencia.	No está plenamente identificado a cargo de quien se ejecutará.
	Mejoramiento de la atención en salud de los problemas y trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas	Acciones orientadas a garantizar el acceso, oportunidad, calidad, utilización y satisfacción	Servicios de atención
	Asesoría, asistencia técnica y acompañamiento	Garantizar la aplicación de la normatividad vigente y la implementación de lineamientos técnicos para la promoción, diversificación y ampliación de la oferta.	Diferentes modalidades de prestación de servicios en salud mental
	Fortalecimiento de la capacidad de respuesta.	Atención integral integrada de los problemas y trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas.	Sistema de Protección Social Integral
	Vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar.	Unidades primarias generadoras de datos, notificación y seguimiento a los casos, mejorar la información a nivel territorial y Nacional.	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA

*Nota:* Elaboración propia, información tomada de (Plan decenal de Salud Pública. Dimensión Convivencia Social y Salud y Salud Mental, 2018).

Grafico 1. Indicadores Propyectados al Año 2021 en el componente de Atención y promoción de la Salud Mental.



*Nota:* Elaboración propia, información tomada de (Plan decenal de Salud Pública. Dimensión Convivencia Social y Salud y Salud Mental, 2018).

La anterior gráfica, es una estimación porcentual de los indicadores que se tienen proyectados en términos de cobertura y acciones para llevar a cabo la consecución del plan decenal de salud año 2012 a 2021 en el componente de salud mental.

Se tiene proyectado en términos cuantitativos anteriormente expuestos la cobertura que se debe alcanzar en atención y promoción de factores emergentes de la violencia; siguiendo los lineamientos establecidos por el ministerio de salud y de protección social, así como las recomendaciones de la organización mundial de la salud en materia de salud mental estos son los retos para Colombia en concordancia con los estudios situacionales y diagnósticos en salud mental realizados.

### **13.2. El Reconocimiento de las Víctimas y la Adopción de los Mecanismo de Reparación en el Componente de Salud Mental Señalado en la Ley de Víctimas 1448 de 2011.**

Es importante contextualizar el derecho a la salud mental que tienen las víctimas del conflicto armado en Colombia haciendo una aproximación a la ley 1448/11. Se hace necesario resaltar que el reconocimiento de las víctimas del conflicto armado interno según la presente ley en Colombia se dio a partir del año 1985.

A partir de la ley de víctimas se reconoce por primera vez que existe un conflicto armado interno en Colombia; por lo cual se indica que existen unas víctimas a las que hay que reparar en cumplimiento a lo que dicta la constitución, los tratados y pactos internacionales, surge entonces la jurisprudencia la cual establece las medidas de reparación señaladas en la ley con el fin de proteger y resarcir los derechos de las personas víctimas del conflicto armado interno. Ley de Víctimas 1448, (2011).

Retomando la ley de víctimas y el reconocimiento al derecho a la salud, señalada específicamente en el artículo 58<sup>51</sup> de los servicios que deben brindar las empresas prestadoras de salud, instituciones prestadoras de salud y demás responsables; por lo cual se exige a las instituciones de vigilancia y control un riguroso seguimiento para el cumplimiento de la garantía del derecho que tienen las víctimas a los servicios de salud y en los cuales se incluye la atención de la salud mental.

La reparación a las víctimas se examina no solo desde lo colectivo sino también desde lo individual, teniendo en cuenta el hecho victimizante definido por la ley 1448: desplazamiento forzado, homicidio, amenaza, desaparición forzada, acto terrorista, abandono o despojo de tierras, delitos contra la libertad e integridad sexual, secuestro, tortura, accidentes por minas antipersona, municiones sin explotar o artefactos explosivos improvisados y reclutamiento forzado.

Los mecanismos para la implementación de las medidas de asistencia y reparación integral de acuerdo con lo señalado en el artículo 3<sup>52</sup>, solo serán aplicables para aquellas personas que han sufrido un hecho a manos de un grupo organizado al margen de la ley, como anteriormente se había mencionado a partir del año 1985.

---

<sup>51</sup>Artículo 58. Inspección y Vigilancia. El incumplimiento de lo dispuesto en este capítulo será para las entidades prestadoras de los servicios de salud, para las EPS, regímenes especiales y para los empleados responsables, causal de sanción por las autoridades competentes en desarrollo de sus funciones de inspección y vigilancia, de conformidad con lo previsto en los artículos 49 y 50 de la Ley 10 de 1990, y demás normas concordantes.

<sup>52</sup>Ibid. Artículo 3. Para los efectos de la definición contenida en el presente artículo, no serán considerados como víctimas quienes hayan sufrido un daño en sus derechos como consecuencia de actos de delincuencia común.

Siguiendo con la ley 1448 la atención en salud mental específicamente en el entramado de la rehabilitación; todas las medidas referidas a la rehabilitación serán garantizadas por el sistema de SGSSS, y todos los servicios que se brinden entorno a la rehabilitación deberán estar en coherencia con lo dispuesto por la Organización Panamericana de la Salud y la organización mundial de la salud, título IV, Cap. 1, artículo 69<sup>53</sup>.

La ley también propone unas etapas de ayuda humanitaria las cuales se clasifican en: **Inmediata**, referida al albergue temporal; **humanitaria de emergencia**, referida al grado de necesidad y urgencia respecto de la subsistencia mínima y la **humanitaria de transición**, referida a las medidas conducentes para garantizar el alojamiento temporal de la población en situación de desplazamiento, artículo 62 y reglamentada por el decreto 2569. Ley de Víctimas 1448 (2011).

De lo anterior, la población que haya sido víctima del desplazamiento forzado interno podrá recurrir a alguna de las instituciones del Ministerio Público de acuerdo con la Sentencia C-280/13 artículo 61<sup>54</sup>. La población víctima de la violencia realizará una declaración sobre los hechos del desplazamiento, a nivel local o en poblaciones lejanas

---

Ibid. <sup>53</sup> ARTÍCULO 69. MEDIDAS DE REPARACIÓN. Las víctimas de que trata esta ley tienen derecho a obtener las medidas de reparación que propendan por la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima dependiendo de la vulneración en sus derechos y las características del hecho victimizante.

<sup>54</sup>Artículo 61. La persona víctima de desplazamiento forzado deberá rendir declaración ante cualquiera de las instituciones que integran el Ministerio Público, dentro de los dos (2) años siguientes a la ocurrencia del hecho que dio origen al desplazamiento, siempre y cuando estos hechos hubiesen ocurrido a partir del 1º de enero de 1985, y no se encuentre registrada en el Registro Único de Población Desplazada. (Sentencia C-280, 2013)

podrán acudir a las instituciones que están asignadas para atender este tipo de situaciones a causa del conflicto.

Las personas que contaran con un tiempo de dos años establecidos por la ley para hacer su declaración, para ser incluidas en el registro único de víctimas RUV, de acuerdo con lo señalado en el artículo 16<sup>55</sup>, de acuerdo con la unidad administrativa especial para la atención y reparación de víctimas UARIV, según Decreto número 4800 de 2011.

*En relación con la salud integral (atención individual, familiar y comunitaria) Numeral 2; [...] “en el cual se deberán diseñarse protocolos de atención e implementarse localmente en función del tipo de violencia y del marco cultural de las víctimas”. [...] Numeral 5 de la duración de los tratamientos, Numeral 6 de los medios de ingreso y Numeral 7 de la interdisciplinariedad de los profesionales, ley 1448/11, artículo 137<sup>56</sup>.*

De lo anterior se entiende que las acciones a ejecutar para la consolidación de la atención y seguimiento de la prestación de estos servicios, primeramente, será responsabilidad del ministerio de salud, el cual estará encargado de dar marcha a las medidas de implementación y adopción desde el orden nacional hasta el nivel local, artículo 13<sup>57</sup>. Las acciones para el cumplimiento se describen en la siguiente figura.

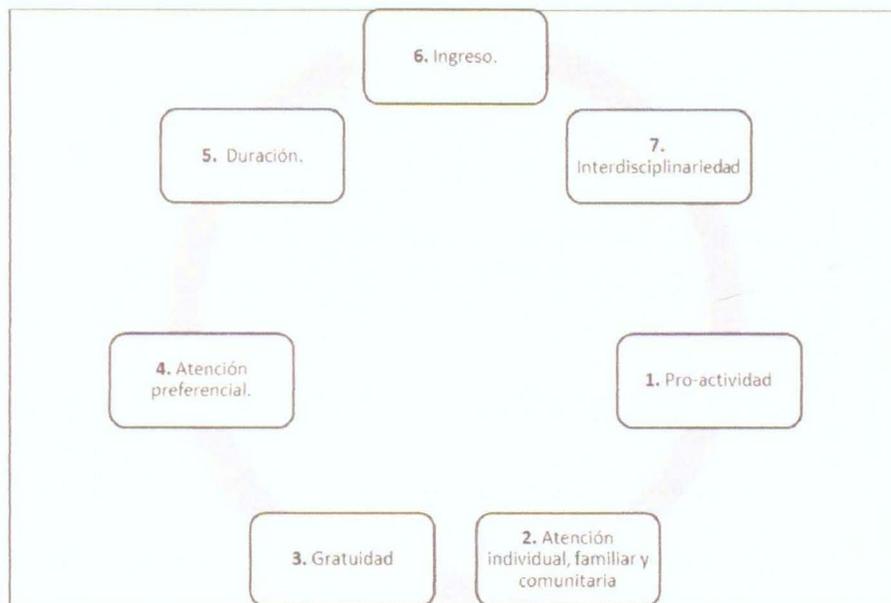
---

<sup>55</sup>Definición de registro. El Registro Único de Víctimas es una herramienta administrativa que soporta el procedimiento de registro de las víctimas [...]. El Registro Único de Víctimas incluirá a las víctimas individuales a las que se refiere el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 e incluirá un módulo destinado para los sujetos de reparación colectiva en los términos de los artículos 151 y 152 de la misma Ley.

<sup>56</sup> Artículo 137. programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, creará dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, el cual se implementará a través del Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, comenzando en las zonas con mayor presencia de víctimas.

<sup>57</sup> Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

Figura 10. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas.



*Nota:* Elaboración propia, tomado de los Artículo 137 (Ley 1448: Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones., 2011).

La anterior imagen esboza los siete criterios para el logro de la adecuada atención psicosocial y salud integral prestada a las víctimas en el cumplimiento con el artículo 137 anteriormente mencionado.

- Los servicios de integralidad en la salud deberán buscar el acercamiento a las víctimas.
- Se deberá incluir entre sus prestaciones la terapia individual, familiar y acciones comunitarias según protocolos de atención.
- Garantía a las víctimas y el acceso gratuito a los servicios del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas.

- Se otorgará prioridad en aquellos servicios que no estén contemplados en el programa.
- La atención estará sujeta a las necesidades particulares de las víctimas y afectados, y el concepto emitido por el equipo de profesionales.
- Se diseñará un mecanismo de ingreso e identificación que defina la condición de beneficiario del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas y permita el acceso a los servicios de atención.
- Se crearán mecanismos de prestación de servicios constituidos por profesionales en psicología y psiquiatría, con el apoyo de trabajadores sociales, médicos, enfermeras, promotores comunitarios entre otros profesionales, en función de las necesidades locales.

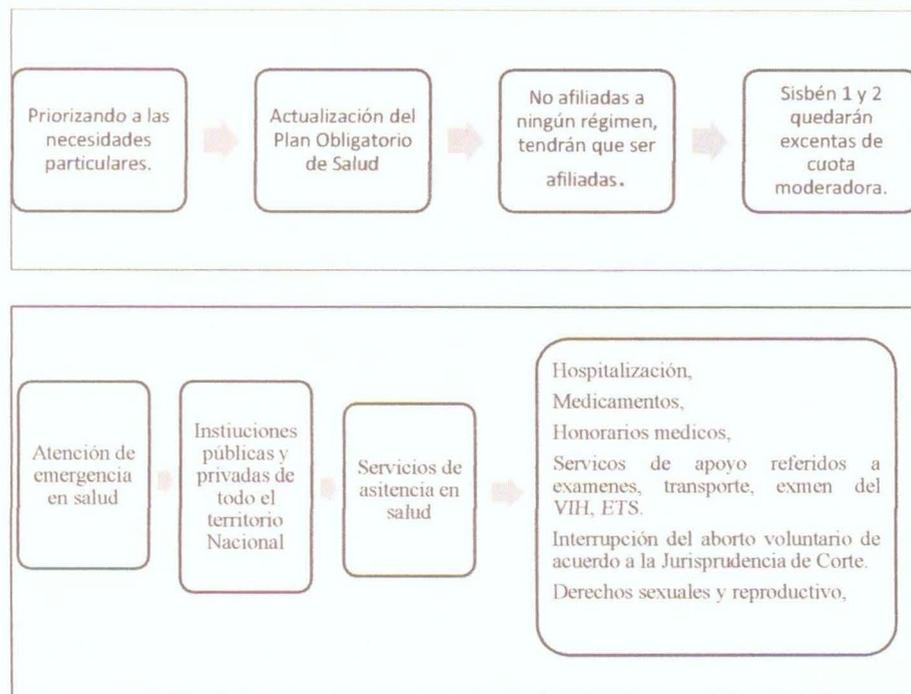
Desde análisis del artículo 52<sup>58</sup> se especifica las medidas necesarias para que las víctimas reciban una asistencia oportuna en concordancia con sus necesidades, para garantizar este derecho las víctimas tendrán un registro único y podrán ser vinculadas al sistema de seguridad social en salud de acuerdo con lo expuesto en la ley 1438 anteriormente mencionada, la cual expone la universalización en el aseguramiento en salud de todas las poblaciones.

Para el logro de la universalización de la afiliación de toda la población en salud el gobierno nacional establece los siguientes mecanismos.

---

<sup>58</sup> Artículo 52. Medidas en materia de salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará la cobertura de la asistencia en salud a las víctimas de la presente ley, de acuerdo con las competencias y responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Toda persona que sea incluida en el Registro Único de Víctimas de que trata la presente Ley, accederá por ese hecho a la afiliación contemplada en el artículo 32.2 de la Ley 1438 de 2011, y se considerará elegible para el subsidio en salud, salvo en los casos en que se demuestre capacidad de pago de la víctima.

Figura 11. Medidas en materia de salud, Atención de Emergencia en Salud y Servicios de Asistencia en Salud.



*Nota:* Elaboración propia, tomado de los Artículos 52, 53 y 54 (Ley 1448: Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones., 2011).

De la anterior imagen se concluye que las instituciones públicas y privadas deberán atender a las víctimas en caso de emergencia y no podrán negar el derecho a la atención por cuestiones económicas, el plan obligatorio en salud deberá actualizarse teniendo en cuenta las necesidades específicas de esta población señaladas en la ley 1438/11.

Los servicios como exámenes de laboratorio, radiografías etc., no podrán ser negados salvo y cuando la persona se encuentre afiliadas a un régimen contributivo que cubra todos estos servicios y así garantizar una cobertura total a las víctimas del conflicto

armado de acuerdo con lo que trata la presente ley 1448/11 y la ley 1438/11 de las competencias y responsabilidades de los actores del SGSSS.

### **13.3. Atención a las Víctimas del Conflicto Armado en Colombia**

La Corte Constitucional señaló en la sentencia C-280/13, el alcance de la ley de víctimas 1448 en relación a las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno; la ley de Víctimas, instrumento de justicia transicional, medidas para aliviar el desplazamiento forzado y posibilidad de retorno a las tierras despojadas, instrumentos internacionales: Principios DENG<sup>59</sup> y principios PINHEIRO<sup>60</sup>; instrumentos internacionales contenidos en documentos de las Naciones Unidas.

Es importante destacar que la sentencia en mención explica que la ley de víctimas por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones, tiene una línea jurisprudencial para salvaguardar los derechos que tienen las víctimas.

Siguiendo con la sentencia C-280/13 es relevante mencionar que esta misma hace alusión a otros documentos de las Naciones Unidas, los cuales abordan principios rectores, normas y directrices sobre el derecho de las víctimas; derechos humanos y de violaciones

---

<sup>59</sup>Principios Rectores de los desplazamientos internos; Principios sustentados en los derechos, humanos, derecho humanitario y derecho de los refugiados, la elaboración de estos principios estuvo en cabeza del Secretario General de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos de los desplazados internos, Francis M. Deng (Cohen, 2014)

<sup>60</sup>Los Principios rectores sobre la restitución de las viviendas y el patrimonio de los refugiados y las personas desplazadas. Estos principios se aplican en los casos de desplazamiento forzado a causa de los conflictos armados Internacionales o Nacionales. (The Un Refugee Agency, 2007)

y derecho internacional humanitario, de allí la reflexión de la línea jurisprudencial de que trata la sentencia.

De otra parte, la corte señaló en esta sentencia que los derechos económicos, sociales y culturales abordados en el pacto son necesariamente un mandato de progresividad, siendo algo primordial la naturaleza prestacional para la garantía de este derecho. La progresividad, señala la corte “se trata de reglas directamente enfocadas a la plena recuperación de las llamadas víctimas”, de allí que el artículo 17 de la progresividad distinguida en la ley de Víctimas 1448 fue declarada exequible por la corte en la sentencia C-438/13.

Retomando la rehabilitación la cual es tema de discusión en el componente de la salud mental en la presente investigación y la cual es imperativa en los procesos de la aplicación de la justicia restaurativa, definida en la ley de víctimas, artículo 135:

La rehabilitación como medida de reparación consiste en el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas en los términos de la presente ley.

De lo anterior vale la pena resaltar que el derecho a las medidas de reparación en el componente de rehabilitación psicológica se encuentra establecida en la ley de víctimas, sin embargo, el seguimiento a las medidas y metodología para que esta rehabilitación se lleve a cabo esta designada a las instituciones de vigilancia y control en salud, abordándose *como cualquier otro servicio de atención el cual requiere de una vigilancia especializada* para su cumplimiento y garantía.

## **14. Programas de Atención en Salud Mental a la Víctimas del Conflicto Armado.**

Siguiendo con la exploración de la atención y los mecanismos planteado en la atención en salud mental de las víctimas del conflicto armado en Colombia y específicamente para la población víctima del desplazamiento, se hizo importantes para la presente investigación realizar una aproximación a las instituciones responsables de estos procesos, cuyo proceso de investigación conllevó a la realización de algunas entrevistas semi estructuradas en las cuales se realizaron algunos hallazgos que son relevantes para dicho análisis.

### **14.1. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas PAPSIVI**

El programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado PAPSIVI. El objetivo de este programa es el adelantar acciones que permiten atender las afectaciones que se presentan en la salud física y psíquica a consecuencia de los hechos victimizante sufridos en el marco del conflicto armado; de lo anterior se reconoció por parte de algunos profesionales involucrados directamente con la atención a esta población los siguientes aspectos a destacar en la atención de la salud mental de las víctimas del desplazamiento forzado:

- La rehabilitación entra a la cabeza del el Ministerio de salud, como unidad de atención a las víctimas solo complementamos algunas medidas de rehabilitación, acompañamos a la población víctima para mitigar su sufrimiento a partir de estrategias de recuperación emocional.
- Aproximadamente hace dos años en el plan de desarrollo se hizo este ajuste, entonces queda como algo complementario, donde atendemos, tanto población étnica y no

étnica y a los sujetos individuales de reparación colectiva, la medida de rehabilitación desde este enfoque si es competencia directa de la unidad para las víctimas.

- Las diferencias que se han encontrado desde la unidad para las víctimas es la concepción del sufrimiento de las víctimas; es decir el sufrimiento que tienen las personas a causa del conflicto armado es una respuesta natural al conflicto, lo normal es la guerra, por lo tanto, la respuesta que ellos tienen es una respuesta natural, es decir ellos no se pueden catalogar dentro de un manual diagnóstico.
- La población puede sufrir en términos de enfermedad mental trastornos, y por eso la salud mental esta como catalogada en dos aspectos: Atención que se hace en general y otra, que es la salud mental especializada, donde se evidencia que pudo ser causa del conflicto y otra en el cual el conflicto la exacerbo; estos casos son exclusivamente del sistema de salud, sin embargo, como una medida de rehabilitación, eso solamente competencia del ministerio de salud. Romero (2018).

De lo anterior este programa busca una rehabilitación psicosocial la cual propende por “estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas”, más allá de este proceso, la rehabilitación esta delegada al ministerio de salud y por ende al SGSSS.

El programa PAVSIVI actualmente es el programa bandera para la atención psicosocial de las víctimas, hablando en términos del enfoque psicosocial<sup>61</sup> como lo define el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a las víctimas del conflicto armado.

---

<sup>61</sup> El Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial, es el lineamiento técnico del componente de salud integral del PAPSIVI, en él se comprende al Enfoque Psicosocial, como una herramienta para que la atención en salud integral contribuya a la reparación integral de las víctimas. (Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, 2017; Pg. 20)

Figura 12. Enfoque Psicosocial para la Atención Integral en Salud.



*Nota:* elaboración propia, tomado de (Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, 2017)

El enfoque psicosocial permite pues un proceso de acompañamiento que mitigue los daños procedentes por las graves violaciones a los derechos humanos y al derecho internacional humanitario acontecidas en el marco del conflicto armado. De otro lado, la rehabilitación psicosocial establece medidas desde el marco de la salud con el fin de promover la recuperación de las afectaciones psicosociales generadas a las comunidades y familias, respetando su cultura, evaluando el contexto y articulando interinstitucionalmente los procesos para la atención psicosocial.

En conclusión, las acciones tendientes a consolidar las intervenciones psicosociales de acuerdo con el protocolo de atención integral en salud están diseñadas:

A adoptar prácticas y procedimientos que eviten el re experimentación del maltrato, el sufrimiento o estado de indefensión en las víctimas; Promover acciones que protejan la integridad psicosocial y mental de las víctimas, sus familias, comunidades y colectivos étnicos y, Favorecer la autonomía, inclusión y participación que merecen las víctimas en cualquier acción con y para ellas. Romero (2018).

Por otra parte, para llevar a cabo la atención psicosocial se deben tener en cuenta los enfoques indicados por el protocolo del PAPSIVI:

- Enfoque diferencial, enfoque de derechos y enfoque de acción sin daño.
- El enfoque diferencial se plantea en coherencia con lo señalado en la Constitución Política de Colombia Artículo 13<sup>62</sup>, en donde la atención se brindará teniendo en cuenta las características y el respeto por las diferencias culturales y la diversidad.
- El enfoque de derechos se relaciona con el Derecho Internacional de los Derechos humanos el cual circunscribe los tratados, convenciones y pactos.

De lo anterior existe una estrecha relación que permite abordar un enfoque de derechos desde la Convención sobre los derechos del niño (1989), Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1965), Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948), Pacto Internacional de

---

<sup>62</sup>Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.

De otra parte, se encuentra los organismos regionales como el sistema interamericano de derechos humanos, corte Interamericana de derechos humanos, la convención Interamericana de derechos humanos (1969), la cual cuenta con la reconocida comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Es por lo anterior que el derecho internacional humanitario procura por la protección de las personas que no participan en el conflicto armado, es deber de los Estados cumplir con la normatividad apoyada por el Comité Internacional de la Cruz Roja y que tiene como objetivo el respeto recíproco por las partes involucradas en el conflicto y de los compromisos señalados en los protocolos anteriormente mencionados.

En conclusión el Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas aborda un enfoque de derechos los cuales deben estar contenidos en las políticas propuestas para la atención a las víctimas del conflicto armado; todas las instituciones deberán propender por un enfoque de derechos de acuerdo con el marco jurídico del derecho internacional humanitario y los derechos humanos, por otra parte, las políticas serán trazadas en coherencia con este marco normativo para el logro de la consolidación de los derechos humanos y el respeto por la dignidad.

Sin embargo, de acuerdo con lo informado en la entrevista por el profesional de la salud el doctor Romero (2018) expresa que la estrategia de recuperación individual consta de cinco encuentros con las personas y que de ahí se infiere, si es necesario o no remitir.

[...] mucha de la población siente que es algo que no debe hablar todavía; hay algo de miedo, la atención individual depende también mucho del hecho victimizante, hay hechos diferentes al desplazamiento forzado que las personas prefieran hacerlo más de forma individual

Derechos Económicos, Sociales y Culturales () (1966) y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).

De acuerdo con la anterior el enfoque de derechos en el programa PAPSIVI propone una la atención psicosocial en cumplimiento con lo establecido por la organización de las Naciones Unidas y el DIH.

Como anteriormente se mencionó el enfoque de derechos propuesto en el programa del PAVSIVI tiene en cuenta el derecho aplicado a los conflictos armados por lo cual es necesario hablar de estos:

- Convenio de Ginebra, protocolo adicional relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales.
- Protocolo adicional artículo 3 común, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional, este último aplicado al conflicto armado colombiano de aquí se desprende la importancia de las recomendaciones del CICR para la atención y rehabilitación de las víctimas del conflicto armado interno.

El enfoque de Derechos en conexidad con los derechos humanos y el derecho Internacional humanitario se identifica en el Convenio de Ginebra de (1949); Comité Internacional de la Cruz Roja CICR, protocolo facultativo de la convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1984) y la convención internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas (1984).

hechos en contra la integridad física, la violencia sexual tanto en mujeres como hombres, personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas, en el caso del desplazamiento en la atención individual lo que hemos encontrado específicamente es ese cambio específico, ese cambio de llegar a otro lugar, el desplazamiento forzado casi nunca va solo siempre va acompañado de una amenaza, que hubo una masacre o un secuestro o sea está relacionado con otros hechos, entonces el llegar a ese nuevo lugar lo que llega a significar Romero (2018).

Desde la mirada institucional la gran reflexión va encaminada a entender que cada víctima vive un proceso diferente, le da un significado a la situación distinto a su historia y a los hechos del cual fue víctima etc.

Por último, Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas, propone la acción sin daño basada en “acuerdos y valores deseables de convivencia humana en condiciones de pluralidad y multiculturalidad, fundamentados en las nociones de dignidad, autonomía y libertad”.

La acción sin daño examina y considera que los daños causados por el conflicto desde el enfoque de la prevención buscan deben buscar una intervención que evite el aumento de las afectaciones causadas que se pueden generar en los procesos de intervención por lo cual este enfoque promueve una valoración de las consecuencias y los impactos:

- Identificación de fuentes reales o potenciales del conflicto que pueden desarrollarse de forma violenta.
- El reconocimiento a las situaciones relacionadas con las dinámicas de violencia.
- comprender el contexto: donde los actores ejercen sus intervenciones.
- Comprender las interacciones antes de intervenir.

Para concluir en relación con la atención individual que se ha estado mencionando a lo largo de la presente investigación, en palabras del psicólogo Romero (2018).

[...] lo que hemos encontrado en el acompañamiento individual, es que muchos de los sobrevivientes parten de la justificación, que el malestar emocional tiene que ver por no conocer las razones por las cuales sucedió lo que sucedió, entonces el que les digan o el encontrar la verdad, no sé, si hacia el perdón porque tienen una concepción diferente; pero si hacia la reconciliación, entonces si se les permite cambiar esa justificación y conocer qué fue lo que sucedió con respecto a la persona que les causo su daño, podrán entonces superar en algo lo vivido.

Las acciones sin daño reconocen las singularidades de los individuos, entendiendo las características sociales, culturales y psicológicas de las personas que han vivido una situación traumática en el desarrollo del conflicto armado.

Por otro lado, se busca fortalecer el aspecto individual de las víctimas a través de metodologías como:

Espacios de reflexión y de dialogo al interior de las instituciones que permitan la participación de actores sociales diversos para abordar de esta manera la complejidad de los procesos, y dar respuesta a las necesidades específicas con acciones reparadoras y dignificantes. Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (2017).

De lo anterior se entiende que el enfoque Psicosocial tiene una primacía en relación con la comprensión y el acercamiento a los daños causados a las víctimas, previamente al establecimiento de las intervenciones que se pretende realizar por parte de las diferentes entidades.

Otro aspecto propuesto en el protocolo de atenciónva dirigido al “reconocimiento de la integralidad teniendo en cuenta el contexto, los hechos, el significado y el sufrimiento

que han experimentado las víctimas”. Siguiendo el marco normativo en el decreto 4800/11, artículo 6, enfoque de daño o la afectación; en los términos del artículo 3° de la Ley 1448.

Retomando la atención psicosocial de finida por la coordinación del grupo de salud mental del ministerio, se plantean dos acercamientos lo psicosocial y la salud mental; entendiendo que hacen parte del mismo proceso; lo psicosocial es más la atención en los entornos donde la personas viven, se desarrollan, trabajan, teniendo una connotación más comunitaria, justamente porque se da en los entornos, todo esto hace parte de la salud mental según Bautista (2018).

El modelo de atención en salud para las víctimas del conflicto armado (2017), señala esboza la ruta de atención psicosocial que se le debe brindar a esta población, iniciando por una “valoración clínica, tamizaje de posibles problemas y trastornos mentales, identificación de factores de riesgo de la salud para el individuo y su grupo familiar y establecer diagnóstico de condiciones físicas o mentales”.

Luego de identificar el diagnóstico y elaborar un plan de intervención integral para superar las afectaciones físicas o mentales se tiene en cuenta la evaluación e intervención de otros profesionales y se determina si hay que efectuar una remisión a un nivel de mayor complejidad.

Para dar cumplimiento a la atención requerida en el modelo de atención integral se establecen acciones encaminadas a valorar el avance del plan terapéutico para lo cual se coordinarán de manera efectiva las acciones en salud con el Equipo Multidisciplinario tendiente a brindar la atención a la familia y la persona, de otra parte, el equipo

Multidisciplinario proporcionara una atención especializada en el caso que se identifique un trastorno mental.

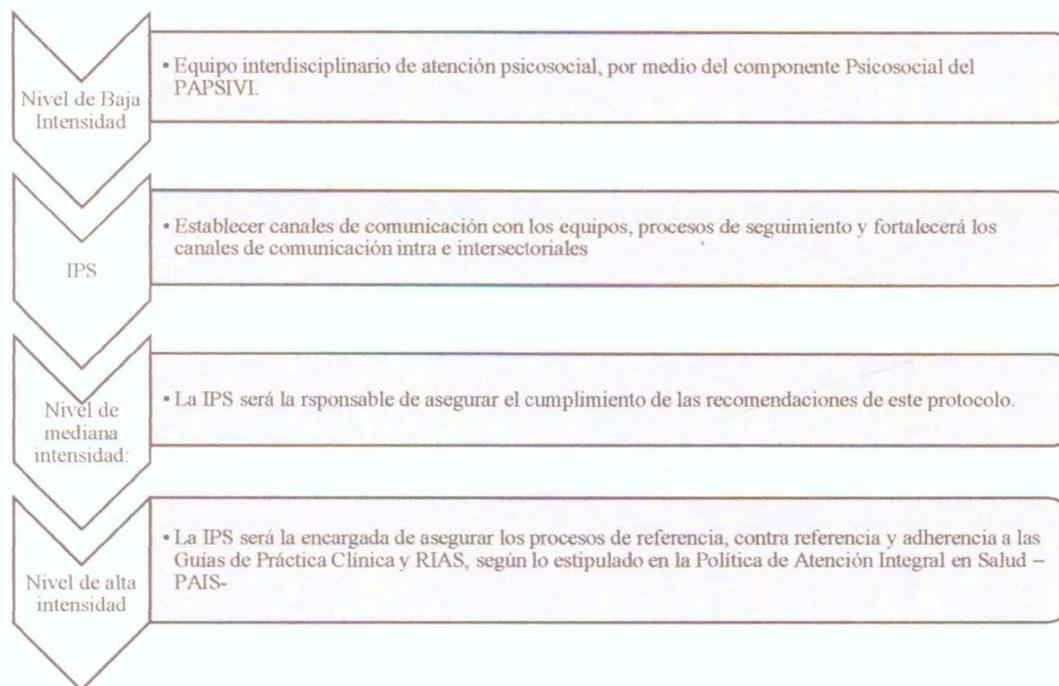
#### **14.2. La Atención Psicológica a Partir de la Implementación del Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado.**

con relación a la Valoración por psicología señalada en el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (2017):

[...] un enfoque psicosocial, Identificación de posibles problemas y trastornos mentales, Evaluación integral del estado de salud de la víctima del conflicto armado desde una perspectiva psicológica y social, así como la elaboración conjunta del plan de trabajo y seguimiento [...]de acuerdo a sus competencias y experticia, hacer uso de las cajas de herramientas dispuestas en el Protocolo de atención, [...] Intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos en los casos en que se requiera [...] seguimiento del plan de manejo instaurado en la valoración inicial, comunicar al coordinador del grupo oportunamente la no consecución de metas, así como la identificación de factores de riesgo [...] capacidad para identificar el trastorno mental que requiere manejo clínico.

De acuerdo con los niveles de complejidad para la atención en salud mental señalados por Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (2017), se estableció la ruta a partir de los mismos, permitiendo garantizar la accesibilidad de estos servicios.

Figura 13. Ruta de Atención para la Salud Mental en las Instituciones Prestadoras de Salud



*Nota:* elaboración propia, tomado de (Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado, 2017)

En cumplimiento al derecho a la salud mental, la población víctima del conflicto armado podrá ser contactada por vía telefónica por parte de la IPS, estimulando a dicha población hacer parte del programa de atención integral en salud con enfoque psicosocial.

El proceso de identificación por parte de la IPS se realizará a partir de la facturación o atención, en donde los profesionales pertenecientes a la entidad remitirán a la persona a una cita la cual será atendida por primera vez por la enfermera del equipo multidisciplinario de salud, se establecerá el primer contacto que antecede al ingreso formal al programa de atención integral en salud con enfoque psicosocial.

### **14.3. Reconocimiento de la Condición de Víctima a través los Sistemas de Información Vivanco**

De acuerdo con el comunicado emitido por el Ministerio de Salud y la Unidad para las Víctimas las empresas prestadoras en salud, podrán acceder al sistema de información Vivanco para identificar la población víctima del conflicto armado.

Las personas que se declaren víctimas serán verificadas en este sistema con el objetivo de poder recibir la atención integral en salud con enfoque psicosocial; teniendo en cuenta que el ministerio recomienda que el usuario y la contraseña será asignado al referente del Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas (2017), la Institución prestadora de salud IPS o a las entidades administradoras de planes de beneficios, según comunicado (2017).

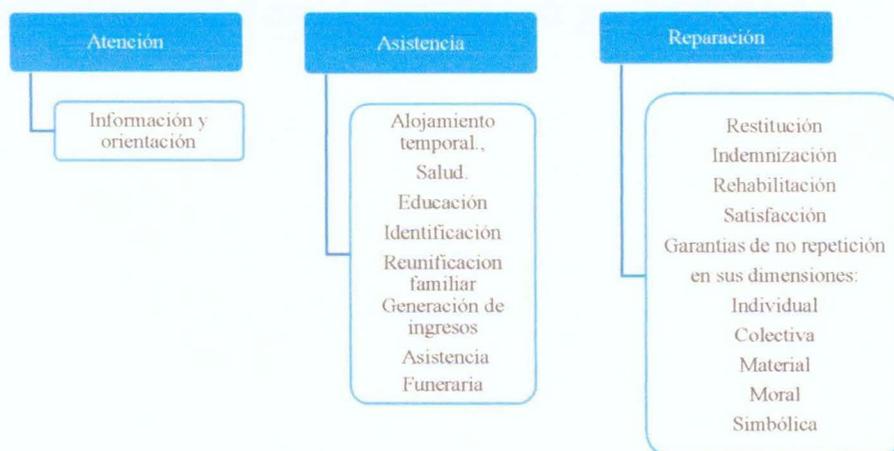
### **14.4. Centros Regionales de Atención a Víctimas**

Como parte de la implementación de las políticas que se deben adelantar para la atención y reparación a las víctimas del conflicto armado todas las entidades desde la esfera regional deberán adoptar las medidas para la asistencia, atención, protección y reparación integral, de allí que surgen los centro regionales para atención a las víctimas, los cuales son direccionados por la Unidad de víctimas y permitiendo que desde el orden regional exista una articulación interinstitucional para la garantía en la atención necesaria que requiere la víctima por parte de las instituciones responsables.

Esta implementación busca desde el nivel local ofrecer la atención directamente sobre el Plan de Asistencia, Atención y Reparación Integral informando, asistiendo y orientando Plan de Asistencia, Atención y Reparación Integral (2018)<sup>63</sup>.

El Centro Regional de Atención a Víctimas, realiza un acompañamiento y seguimiento a las poblaciones que requieran acceder a los procesos de reparación individual y colectiva. A partir del año 2015 la Unidad para las Víctimas en el componente de la rehabilitación implementa la estrategia de la recuperación emocional, la cual tiene como objetivo ofrecer atención psicosocial individual a las víctimas que acuden a los Centro Regional de Atención a Víctimas los cuales están ubicados diferentes partes del territorio Nacional y así mismo permiten orientar a las personas para la atención brindada por el SSGSS.

Figura 14. Componente de Asistencia atención, y Reparación Integral a las Víctimas.



Nota: Tomada [http://escuela.unidadvictimas.gov.co/cartillas/Jueces\\_tierras.pdf](http://escuela.unidadvictimas.gov.co/cartillas/Jueces_tierras.pdf)

<sup>63</sup>Plan de Asistencia, Atención y Reparación Integral PAARI, se pueden actualizar los datos personales, conocer la situación socioeconómica y sicosocial, y también establecer un plan de reparación de acuerdo con las necesidades reales de cada ciudadano.

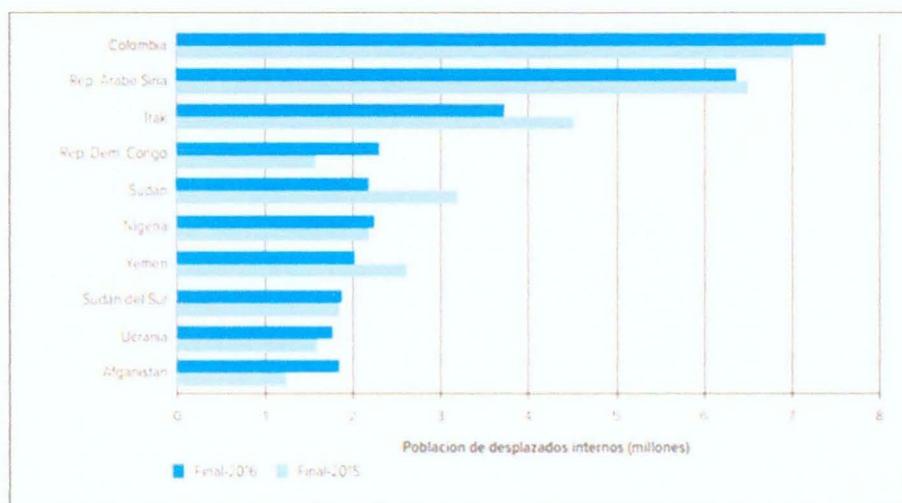
En conclusión, los Centro Regional de Atención a Víctimas conocidos con su sigla CRAV, fueron pensados para brindar en todo el país información que las personas requieran en cuanto a la información para acudir a las instituciones responsables en cual algunas veces la víctima necesita que le ofrezcan este tipo de información ya que la desconoce y en cumplimiento a lo señalado en la ley de víctimas 1448 & Unidad para las Víctimas (2017).

## Capítulo V

### 15. Estudios Estadísticos Asociados a la Salud Mental y el Desplazamiento Forzado Interno en Colombia.

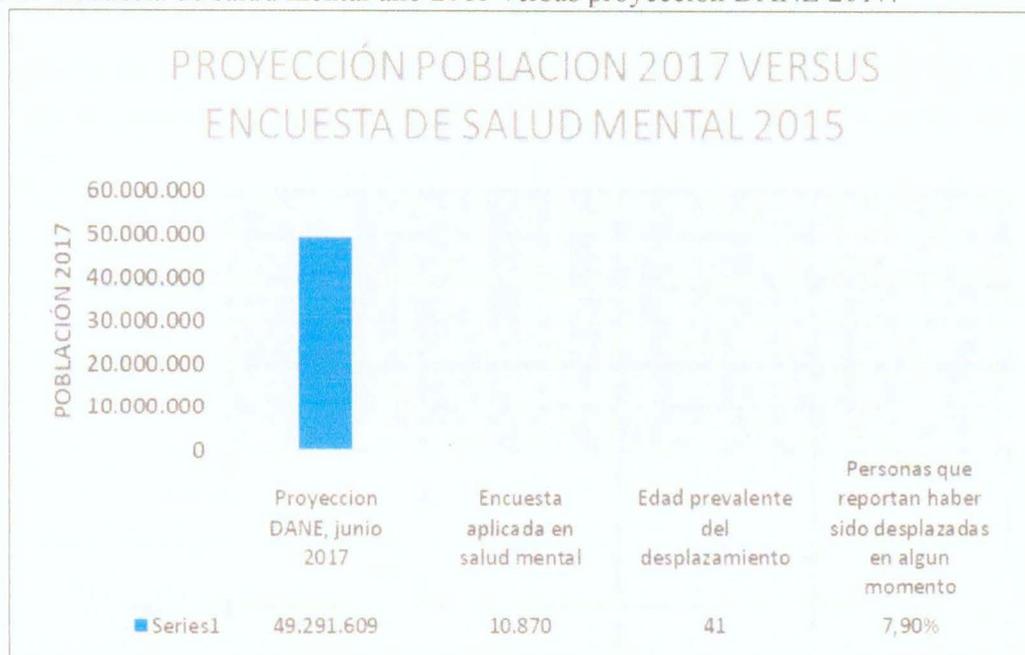
El informe de la agencia para los refugiados ACNUR revela una cifra significativa en Colombia en comparación con otros países que han presentado conflictos como Irak, Sudán, República Democrática del Congo, Somalia entre otros. En la actualidad Colombia es el País con mayor desplazamiento interno en el mundo de acuerdo con el informe de la agencia para los refugiados, esta cifra muestra que se han desplazado al interior del País 7,4 millones de personas. Agencia para los Refugiados & Organización de las Naciones Unidas (2016).

Grafico 2. Datos del desplazamiento forzado interno. Agencia para los refugiados Informe 2016.



Nota: Tomado de (La agencia de la ONU para los refugiados. UNHCR, ACNUR, 2016, pág. 37). Consultar <http://www.acnur.org/recursos/estadisticas/>

Gráfico 3. Encuesta de salud mental año 2015 versus proyección DANE 2017.



*Nota:* Elaboración propia. A partir del estudio de (Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la encuesta nacional de salud mental, 2015). Ministerio de salud y protección social. Colciencias. Pontificia Universidad Javeriana. (Estadística, 2017). Proyección DANE.

Colombia de acuerdo con el último informe presentado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, proyectó un número poblacional a junio del año dos mil diecisiete de (49.291.609), cuarenta y nueve millones, doscientos noventa y un mil seiscientos nueve habitantes. Información tomada de la página del DANE (2017).

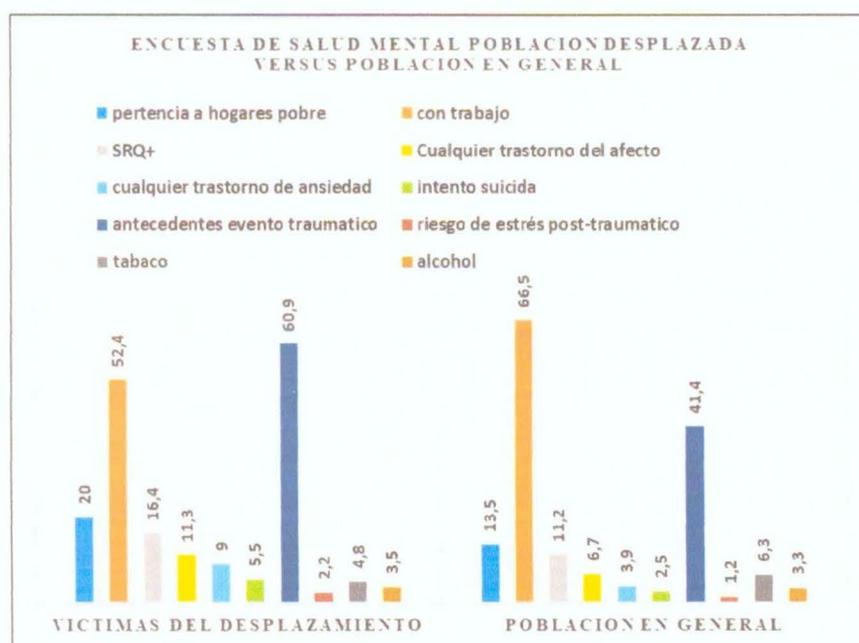
El último estudio realizado por el grupo de profesionales del ministerio de salud y de la protección social con el apoyo de la Universidad Javeriana y Colciencias en el cual se realizó la encuesta Nacional de salud mental, publicada en el año 2015 y la cual fue aplicada a (10.870) diez mil ochocientos setenta personas, donde el 79% reporto haber sido víctima del desplazamiento forzado.

En el citado estudio se advierte que esta información es sensible, en cuanto no es una obligación por parte de la persona víctima del desplazamiento forzado interno informar en dicha encuesta su situación de desplazamiento.

De otro lado cabe aclarar que para el año en el que se realizó la encuesta Colombia contaba con un aproximado poblacional según información del departamento Nacional de estadística con una población aproximada de (48.202.617) personas. DANE (2107).

De lo anterior de acuerdo con el total de la población la encuestada en salud mental que se realizó en su momento versus el total de la población para ese año, corresponde a una muestra poblacional del 0,022% encuestada.

Gráfico 4. Encuesta Nacional de salud mental. Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Javeriana y Colciencias.



Nota: Elaboración propia, a partir del estudio de (Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la encuesta nacional de salud mental, 2015). Ministerio de salud y protección social. Colciencias. Pontificia Universidad Javeriana.

La metodología de referencia para la encuesta Nacional citada en el presente documento fue la Entrevista internacional diagnóstica asistida por computador CIDI-CAPI 3.0, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV y el instrumento de tamizaje Cuestionario de Auto reporte de Síntomas Psiquiátricos<sup>64</sup> SRQ.

La anterior encuesta citada en la presente investigación permite concluir que:

- La encuesta Nacional de salud mental caracterizó los trastornos mentales más prevalentes que se presentan en las personas víctimas del desplazamiento forzado interno.
- Esta población reporta con más frecuencia un evento traumático con relación al resto de la población.
- Se evidenció un mayor riesgo a sufrir estrés postraumático en comparación con el resto de la población.
- No hay una diferencia significativa frente al consumo de sustancias psicoactivas en comparación con las personas que no son víctimas del desplazamiento forzado.
- El consumo de alcohol se presenta en igual proporción para las dos poblaciones víctimas del desplazamiento forzado y las que no son desplazadas.
- Se evidencia un mayor reporte de trastornos mentales de acuerdo con el instrumento de tamizaje: Cuestionario de auto reporte de síntomas psiquiátricos el SRQ en la población víctima del desplazamiento.
- La edad más prevalente de las personas que reportaron ser víctimas del desplazamiento forzado de acuerdo con esta encuesta se encuentra entre los 41 años, siendo considerada para Colombia una edad productiva laboralmente.
- Las personas desplazadas pertenecen con más frecuencia a hogares pobres, 13,5 % comparado con 20,0 %.
- Con relación a la presencia de problemas mentales y trastornos mentales se encuentra que en toda la población colombiana el SRQ es positivo, sin embargo, hay una

---

<sup>64</sup> SQR. Es un cuestionario compuesto por 20 preguntas que permiten un tamizaje de síntomas de depresión y ansiedad, y de trastornos desde el componente psiquiátrico como el convulsivo, psicótico y consumo de alcohol.

diferencia entre las personas que no son desplazadas del 11,2 % frente a las personas en condición de desplazamiento con el 16,4 %.

- Hay un mayor reporte de los trastornos del afecto para la población desplazada del 11,3 % frente al resto de la población con un 6,7 %.
- Los trastornos de ansiedad para la población desplazada son de 9,0 % frente al 3,9 % para el resto de la población.
- Conducta suicida: Ha pensado seriamente en suicidarse es del 6,6 % población en general frente a la población víctima del desplazamiento 12,5 %.
- Intento suicida del 2,5 % población en general frente al 5,5 % de la población desplazada. En todos los ítems se identifica una diferencia entre la población en general y la población desplazada, siendo esta última más prevalente a presentar cualquier trastorno. Martínez, Rodríguez, Santacruz, Bautista & Collazos (2015).

Se concluye que en la encuesta Nacional de salud no se determinó el tiempo en el que sucedió el hecho del desplazamiento forzado, lo cual no permite hacer un estudio que indique el tiempo en el cual aparecen los trastornos psicológicos a causa de este evento, se identificó que el 77% de las víctimas desplazadas viven en zonas urbanas distribuidos de la siguiente forma:

- Bogotá, región central, Atlántico, región oriental y pacífico, siendo la región central la que presenta un mayor número de víctimas de desplazamiento forzado. Martínez, Rodríguez, Santacruz, Bautista & Collazos (2015).

Citando los resultados de la encuesta Nacional de salud mental, se evidencia que la región central es la que mayormente concentra a la población desplazada, región que abarca cuatro Departamentos: Tolima, Huila, Caquetá y Cundinamarca los cuales corresponden al 13,7% del territorio colombiano. Banco de la Republica (2017).

Gráfico 5. Diagnósticos en Salud Mental Año 2015.



Nota. Elaboración propia a partir del informe presentado por (Grupo Gestión Integrada para la salud mental; Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

Gráfico 6. Informe del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas.



Nota. Elaboración propia. A partir del informe programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas PAPSIVI 2016.

El informe del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas brindó una intervención psicosocial en el año 2016, en donde se identificó que mayormente una

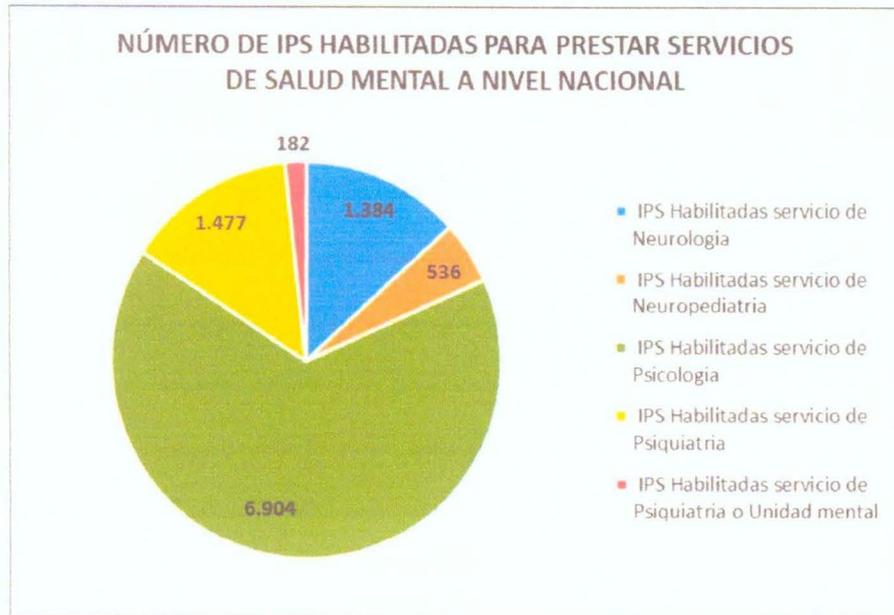
participación corresponde a las mujeres con relación a la de los hombres. No se evidencia el tipo de intervenciones dentro del enfoque psicosocial realizado para ese año en el informe.

Recapitulando la información anteriormente menciona por el profesional de la Unidad de víctimas:

Los cambios roles desde la perspectiva de la masculinidad, significa para el hombre tener un modo de vida campesino con unas ideas muy arraigadas, donde la mujer tiene más facilidad para lograr el cambio ese cambio, produce una ruptura en la familia que muchas veces llega hacer difícil afrontar. Romero (2018).

Se concluye de lo anterior que llegar a la población masculina a través de intervenciones de promoción y prevención en salud mental de una forma colectiva, a veces suele ser complejo; debido a que aún existe una cultura en la cual el rol del hombre es considerado como aquel que atiende las labores del campo, si se trata de intervenciones en zonas rurales y si es en los contextos urbanos es la mujer que asiste y acude a estos programas ya que se tiene una percepción de que este tipo de intervenciones en salud mental corresponden a la mujer como parte de las labores de las cuales se encarga en el hogar.

Gráfico 7. IPS Habilitadas para Prestar Servicios en Salud Mental a Nivel Nacional.



Nota. Elaboración propia. A partir de datos tomados del gráfico elaborado por el Grupo Gestión Integrada para la salud mental Ministerio de Salud y Protección Social año 2015.

Algunas entidades prestadoras de salud han sido liquidadas en los últimos años en Colombia, quizás este gráfico en la actualidad no refleja el total de entidades que prestan los servicios en salud mental, sin embargo, se tomó como referencia para el informe final de la encuesta Nacional de salud mental año 2015 presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

### **15.1. Modelo de atención de Acceso a Herramienta del Sistema Integrado de Gestión Administrativa SIGA y los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS.**

El SIGA es una herramienta que permite al ministerio de salud y la protección social consolidar la información, dando cumplimiento con la Sentencia T-025/10 emitida por la Corte Constitucional. Sistema de Seguimiento y Monitoreo a las Atenciones de las Víctimas (2017).

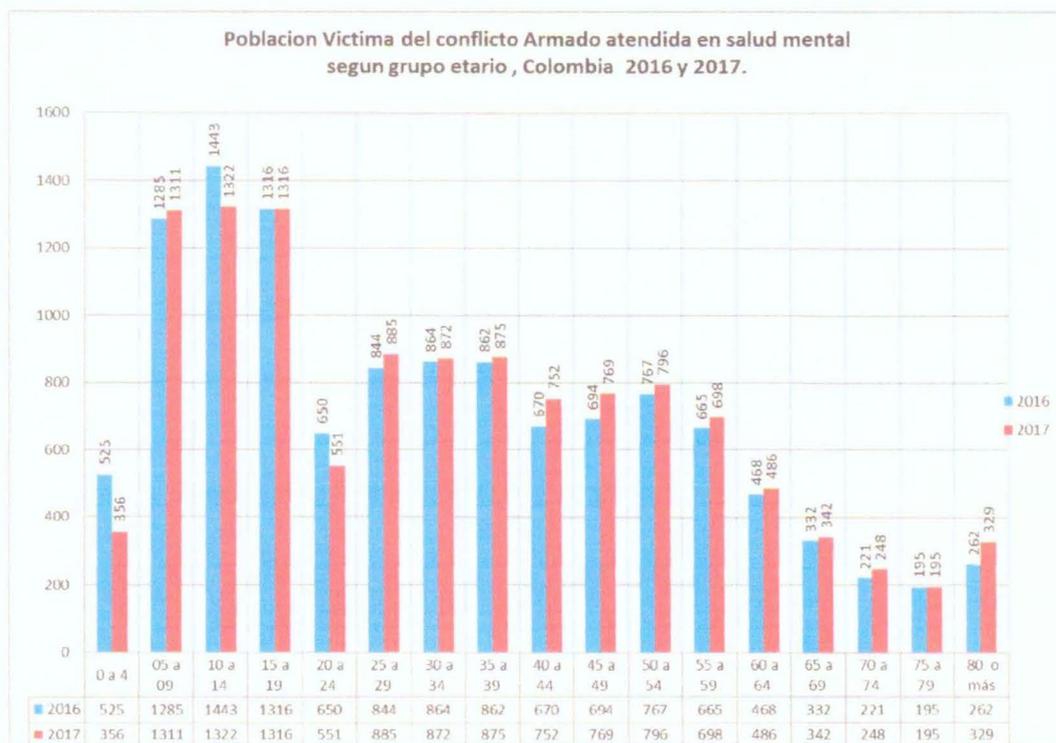
La citada herramienta, permite la identificación de las víctimas a través de esta, se identifica el tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud; permite una caracterización para adoptar medidas de reparación y fortalecimiento institucional a las víctimas. El Sistema genera reportes periódicos de indicadores y datos estadísticos que se presentarán en forma de cubos y mapas entre otros.

Tabla 4. Formas de Ingresar a los Servicios de Atención en Salud en los cuales se Identifica la Población en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS.

SERVICIO	VICTIMAS AFILIADAS SGSSS Régimen subsidiado	VICTIMAS NO AFILIADOS SGSSS,
Se requiere una atención de urgencia vital	Puede acudir a cualquier IPS u hospital cercano.	Puede acudir a cualquier IPS u hospital más cercano
Se requiere un servicio de salud básico-baja complejidad	Debe solicitar en la IPS de primer nivel que seleccione como IPS primaria de la red prestadora que le ofrece su EPS	Puede acudir alguna IPS publica o ESE del municipio residente donde debe brindársele el servicio.
Se requiere mediana y alta complejidad cubierto por el POSS	Debe solicitar primero consulta en su IPS de primer nivel y esta lo remitirá a la especialidad o servicio que necesita según la red prestadora que su EPS le ofrece. Deberá gestionar la autorización por parte de la EPS.	Como las personas no afiliadas no están cubiertas con el POS deben: Solicitar una consulta en alguna IPS publica o ESE del municipio donde le darán orden para el servicio de alta complejidad según lo requerido. Gestionar con la IPS donde le ordenó el servicio de alta complejidad, la asignación de la IPS.
Se requiere un servicio de mediana y alta complejidad no cubierto por el POSS	Debe gestionar con la IPS para que esta solicite la autorización a la secretaria de salud Departamental con cargo a los recursos ECAT para la población desplazada o con la secretaria de salud municipal con los recursos propios SGP.	

Nota. Elaboración propia, a partir de datos tomados del Ministerio de Salud 2017

Gráfico 8. Morbilidad en Salud Mental de las Víctimas del Desplazamiento Forzado en Colombia Atendidas por el Sistema de Seguridad Social en Salud. Datos Año 2016 y 2017

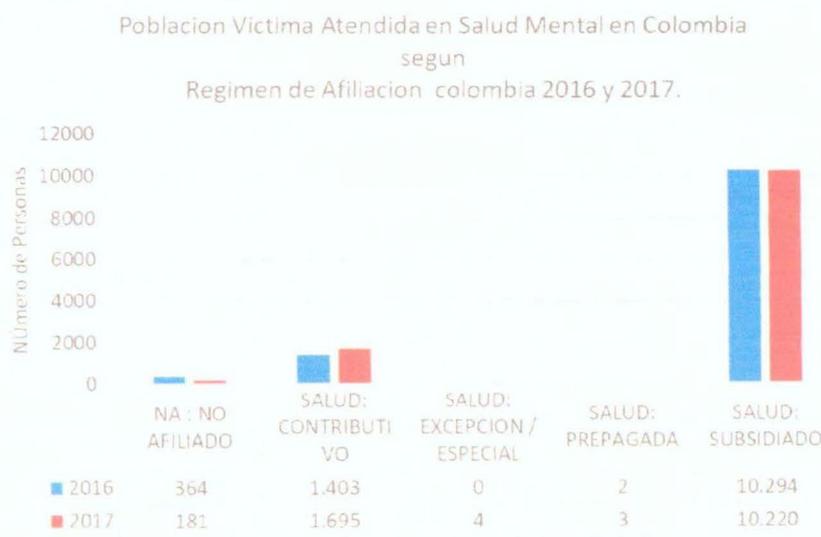


Nota: Elaboración propia a partir del Chubo RIPS, Bodega Vvrtual del Mministerio de Salud y Ppotección Ssocial.

- Durante la vigencia 2016 en Colombia con relación a la salud mental se atendieron un total de 12.063.
- Para la vigencia 2017 las personas atendidas por la misma especialidad fueron de un total de 12. 103.En el grafico se puede evidenciar como es transversal la enfermedad mental en toda la población comparando las dos vigencias.
- La población comprendida entre los 5 y 19 años representa un 37% de total de la morbilidad del año 2016 y del 36% de la morbilidad para el año 2017.

- Los demás grupos de edad mostraron una afectación mucho menor siendo mayor la capacidad de resiliencia a este tipo de situaciones. Se evidencia como víctima del desplazamiento al grupo etáreo de 0 a 4 años, lo cual indica que el desplazamiento puede incidir en el desarrollo evolutivo de estos menores que para el año 2016 fue de 525 niños y niñas y para el año 2017 de 356 niños y niñas.

Gráfico 9. Morbilidad en Salud Mental de las Víctimas del Desplazamiento Forzado en Colombia Según Régimen de Afiliación en Salud. Datos Año 2016 y 2017.



Nota: Elaboración propia a partir del Chubo RIPS, Bodega Virtual del Mministerio de Salud y Pprotección Social.

En el año 2016 fueron atendidas por los servicios de salud mental en Colombia 12.063 personas víctimas del conflicto armado y para la vigencia 2017 esa cifra ascendió a 12.103 personas.

El grafico anterior muestra como el régimen subsidiado alberga la mayor parte de la población victima con un 85% en el 2016 equivalente a 10.294 personas y un 84% en el 2017 equivalente a 10.220 personas.

En conclusión, el régimen subsidiado es el que más personas cobija, esto explica que esta población no tiene un adecuado acceso al mundo laboral formal y tiene que desenvolverse en la informalidad.

La población que se encuentra afiliada en el régimen contributivo corresponde, para el año 2016, solo al 11%, es decir a un número de 1.403 personas que tenían un trabajo formal para ese año.

Para el año 2017 el régimen contributivo ascendió al 14% es decir a 1.695 personas, lo cual significa que es una proporción mínima la que puede acceder a un trabajo formal que le permite aportar a este tipo de régimen.

Se evidencia que para el año 2016 un total de 364 víctimas del desplazamiento no tuvieron acceso a ningún tipo de afiliación y para el año 2017 esta cifra descendió a 181 personas sin afiliación.

Tabla 5. Morbilidad en Salud Mental de las Víctimas del Desplazamiento Forzado en Colombia Atendidas por el Sistema de Seguridad Social en Salud. Análisis de un rango de Edad de 18 a 50. Datos Año 2016.

VIGENCIA 2016		
Diagnósticos	total	%
F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	1029	9%
F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO	745	6%
F200 - ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	515	4%
F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	462	4%
F317 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISION	452	4%
F209 - ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	442	4%
F319 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO	388	3%
F809 - TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE NO ESPECIFICADO	388	3%
F900 - PERTURBACION DE LA ACTIVIDAD Y DE LA ATENCION	362	3%
F320 - EPISODIO DEPRESIVO LEVE	329	3%
	total personas atendidas	12063

*Nota:* Elaboración propia a partir del Chubo RIPS, Bodega Virtual del Ministerio de Salud y Protección Social.

En conclusión, en Colombia para el año 2016 un total de 12.063 personas víctimas del conflicto armado fueron atendidos por los servicios en salud mental; de esos pacientes un total de 1.029 personas fueron diagnosticadas con:

- Trastorno mixto de ansiedad, es decir el 9% del total de las causas constituyéndose así en la primera causa de morbilidad en salud mental.
- Seguimiento del trastorno de ansiedad con 745 casos. La tercera causa correspondió a esquizofrenia paranoide con 515 casos, seguido del episodio depresivo moderado con 462 casos diagnosticados.
- El trastorno afectivo bipolar ocupó el quinto lugar con 452 pacientes diagnosticados, seguido de la esquizofrenia no especificada con 442 casos.

- El trastorno afectivo bipolar ocupó el séptimo lugar con 388 casos, igual cifra que el trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje que ocupó el octavo lugar.
- Los diagnósticos de perturbación de la actividad y de la atención y episodio depresivo leve se constituyeron el último lugar de morbilidad.

Tabla 6. Morbilidad en Salud Mental de las Víctimas del Desplazamiento Forzado en Colombia Atendidas por el Sistema de Seguridad Social en Salud. Análisis de un rango de Edad de 18 a 50. Datos Año 2017.

0		
Diagnósticos	total	%
F412 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	1207	10%
F419 - TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO	815	7%
F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	577	5%
F200 - ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	527	4%
F209 - ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	414	3%
F319 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO	395	3%
F320 - EPISODIO DEPRESIVO LEVE	369	3%
F329 - EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	352	3%
F317 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISION	335	3%
F411 - TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	309	3%
	total personas atendidas	12103

*Nota:* Elaboración propia a partir del Chubo RIPS, Bodega Virtual del Ministerio de Salud y Protección Social.

En conclusión, para el año 2017 un total de 12.103 personas víctimas del conflicto armado en Colombia fueron atendidos por los servicios en salud mental:

- -Un total de 1.207 casos correspondieron al trastorno mixto de ansiedad, y depresión, ósea el 10% de toda la carga de enfermedad.
- -Como segunda causa se ubicó el trastorno de ansiedad no especificado con 815 casos en total.

- -El episodio depresivo moderado se instaló como la tercera causa de morbilidad con 577 casos diagnosticados.
- La esquizofrenia paranoide en esta vigencia fue la cuarta causa con 527 casos en total, en relación con la esquizofrenia no especificada la cual solo presentó 414 casos, quedando en quinto lugar de las enfermedades mentales diagnosticadas.
- El trastorno afectivo bipolar con 395 casos, seguidamente el episodio depresivo leve con 369 casos y el episodio depresivo no especificado con 352 fue la octava causa de enfermedad.
- La novena y décima causa de enfermedad en esta vigencia fue el trastorno bipolar afectivo y el trastorno de ansiedad generalizada con 335 y 309 el último de los diagnósticos en salud mental para la población víctima del desplazamiento forzado.

Concluyendo que el trastorno mixto de ansiedad aparece en primer lugar en el año 2016 y 2017, es importante definir la sintomatología del mismo de una manera más global y que según el manual para la Clasificación de enfermedades mentales (2018).

[...] ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada exclusivamente a una circunstancia ambiental en particular.

Cuando se habla de una circunstancia en particular, se entiende que la persona no necesita vivir una situación específica para exacerbar esta ansiedad.

[...] los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca etc.

Desde el aspecto psicológico, estos síntomas pueden ir acompañados con pensamientos de enfermedades graves, temor a la muerte, baja capacidad para resolver situaciones de la vida cotidiana y establecer relaciones, lo cual influye en las dimensiones del funcionamiento, (laboral, social, familiar etc.).

Pautas para el diagnóstico: preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, tensión muscular e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, e incapacidad de relajarse.

Definiendo lo anteriormente citado es importante mencionar primero que todo, que estos diagnósticos se clasifican de acuerdo con la primera asamblea mundial de la Salud, la cual asintió una guía diagnóstica reconocida por sus siglas CIE10 Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades con una primera versión en 1948. Unidad Técnica de Codificación CIE-10, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017).

Ahora bien, teniendo en cuenta la sintomatología anteriormente citada en relación con la ansiedad mixta como primer trastorno prevalente en el pequeño análisis estadístico de consulta para el año 2016 y 2017; se concluye que las personas que han acudido a la atención primaria en salud, inicialmente no lo han hecho por consulta psicológica y psiquiátrica, sino por presentar malestares de orden fisiológico.

Citando el primer capítulo en el cual se abordaba la importancia de la salud mental, se concluye que la enfermedad mental, trastorno y/o psicológico, no reviste la importancia que tiene la enfermedad de tipo fisiológico; teniendo en cuenta que la salud mental no tiene los mismos tratamientos y la frecuencia de atención.

De lo anterior se muestra que el costo en la salud seguirá siendo más alto sino se plantean otras estrategias como es la atención psicológica de las víctimas, considerando que es una población bastante alta en el país y aún sigue siendo baja las consultas en comparación con el total de la población desplazada.

## Capítulo VI

### **16. Análisis y Discusión de la Atención Psicológica Individual y la Rehabilitación Como una Medida de Reparación.**

Los mecanismos de reparación como parte de un proceso de rehabilitación psicológica que la justicia restaurativa plantea contemplan un compromiso importante desde los principios de la declaración de los derechos humanos y específicamente lo relativo al artículo 22 de la misma declaración; reconociendo que la salud mental hace parte de la dignidad humana la cual fue vulnerada en la población víctima del desplazamiento forzado interno.

En Colombia el derecho que tiene la víctima del desplazamiento forzado a recibir una atención individual ha sido delegado a las instituciones prestadoras de salud pertenecientes al SSGSS<sup>65</sup> en el cual se realiza la primera valoración por parte de un profesional en enfermería reconocida dentro del sistema como el primer nivel de atención.

De otro lado, como ya se había mencionado no existe una categoría diagnóstica desde la salud mental para caracterizar a las personas víctimas del dentro de los diagnósticos propuesto por la Clasificación de enfermedades mentales CIE-10; sería rotulante entonces, es una respuesta psicológica natural y propia de la víctima frente a las circunstancias acontecidas; muchas veces esta compleja situación tiene una trascendencia

---

<sup>65</sup> La CIE-10 es la clasificación de diagnóstico ordinaria internacional para fines epidemiológicos y de gestión sanitaria y uso clínico y se utiliza para recolectar información sobre salud en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria.

generacional hablando, pues es heredada de abuelos a padres e hijos y que finalmente aún no logran comprender los sucedido y que en palabras del psicólogo Romero (2018).

Un dolor diferente que no puede ser catalogado todavía porque ellos no saben que es el estar en una cultura diferente a la de sus padres, entonces eso genera una ruptura con ellos. Temas como la tecnología a la cual se deben enfrentar, el crecer en una ciudad y sus padres haber sido distintos a otra cultura muchas veces genera controversias; por ejemplo los hechos que son relacionados a la desaparición forzada y homicidios, es el llorar a alguien que nunca conocieron es entonces un dolor incomprensible, un familiar que fue asesinado por un actor armado al que nunca conocieron y que en palabras de la víctima “tengo que sentir dolor porque todos sufren en mi familia”.

Sin duda de lo anterior se puede resaltar que el acompañamiento a la víctima es necesario abordarse en un espacio diferente al que actualmente se propone en el sistema de salud; es una situación compleja en el que el dolor psíquico está presente todo el tiempo.

*Es necesario establecer mecanismo para el ingreso al primer nivel más coherentes con la situación padecida por las víctimas hablando en términos de derechos humanos.*

La psicoterapia individual sino se brinda en otras circunstancias ajenas al modelo de salud planteado es quizás una re victimización por parte del Estado, entendiendo que la atención psicológica requiere de un tratamiento diferente para el logro de la rehabilitación.

La propuesta del protocolo de atención por parte del ministerio de salud y demás entidades no va más allá de ser un proceso y una necesidad de codificar y clasificar fuentes de información que permiten elaborar planes de desarrollo transversales; sin embargo, aún no se evidencia contundentemente el seguimiento realizado a cada una de las regiones en

materia de los derechos a la salud mental que se le deben garantizar a las víctimas en cumplimiento a los procesos de rehabilitación integral.

En las prácticas clínicas existen manuales que se deben seguir conforme a la organización mundial de la salud y la organización panamericana de la salud las cuales permite trazar la ruta de los tratamientos y evidenciar desde el aspecto mórbido lo más prevalente en la población; empero ya se había discutido antes que quizás la patológica también podría caer en la estigmatización.

De otro lado aparece el dilema en los procesos de atención en salud versus el componente de rehabilitación a las víctimas en salud mental; el contar con diagnósticos, conlleva pues a que se garantice desde el aspecto de la salud mental la atención requerida dentro del modelo de salud Colombiano; ahora bien se presenta un segundo dilema ético y moral el cual conlleva a plantearse si un diagnóstico en una persona que ha sido víctima del conflicto armado no resultaría ser re victimizante ya que es una condición que la persona no eligió y era una responsabilidad del Estado proteger la integridad de la persona.

La reflexión entonces para que este proceso no sea un derecho convertido en un diagnóstico patologizante desde el primer nivel en salud, sería promover la adecuación de un sistema de salud especial, que abarque la asistencia en salud mental específica a las víctimas brindando todas las garantías necesarias y que permita la rehabilitación integral; es decir que se brinde una atención en salud mental más sensible a partir de los derechos humanos y los derechos fundamentales.

La Salud Mental y Justicia desde la percepción en las víctimas del desplazamiento forzado conlleva a generar significantes que se construyen a partir de la respuesta que la justicia brinda a las víctimas, basadas en el reconocimiento de los derechos vulnerados de manera individual y colectiva.

Es por lo anterior que las medidas adoptadas por la justicia restaurativa conllevan a una percepción favorable o desfavorable psicológicamente en las víctimas; si dentro del sistema de la justicia restaurativa no se hace el seguimiento a las medidas ordenadas y termina delegándose la responsabilidad a las instituciones de vigilan y control, así mismo como a las defensorías, personerías etc.

En conclusión, la justicia entra hacer parte de un proceso más allá de la aplicación de las normas, la justicia contribuye de manera fundamental en la recuperación de la persona, exigiendo la reparación de los derechos vulnerados y haciendo que estos se cumplan y consoliden por las partes involucradas en el proceso de restauración.

Otro aspecto de vital importancia en el proceso; la subjetivación de la persona que ha sido víctimas a mediano o largo plazo ya que puede conllevar a malestares que se convierten con el tiempo en enfermedades de carácter biológico o psicológico, afectando las dinámicas sociales en general, de allí que se requiera una atención con procesos adecuados, tanto de la justicia como del ministerio y todas las instituciones involucradas.

Las dificultades presentes en el sistema de salud en términos de la accesibilidad oportuna a los servicios refuerzan el sentimiento de injusticia e iniquidad, que desde el

aspecto emocional se convierte quizás en un sentimiento de dolor que no logra ser aminorado a través de las medidas adoptadas por la justicia.

De otra parte, si bien es cierto, desde una intervención psicológica se pueden mitigar ciertos malestares emocionales, empero como tal, no pueden generalizarse en toda la población, quizás el hecho victimizante nunca se pueda medir de una víctima a la otra en términos psicológicos, el dolor causado a la víctima hace parte de una experiencia personal y única, es entonces, donde la justicia en términos de ocurrencia categoriza el hecho victimizante, que desde el aspecto psicológico sería imposible, por lo cual la rehabilitación debe atenderse de forma personal; entendiendo que es un mecanismo de la justicia restaurativa pero que en términos económicos es difícil repararse.

Siguiendo con las medidas adoptadas en el proceso de rehabilitación en salud mental, la recuperación emocional de las víctimas cobra relevancia con relación a que el ser humano establece el mundo de acuerdo a sus experiencias, la persona afectada a causa de la violencia puede tomar varias posiciones; algunas de ellas pueden estar referidas a la indignación o desconfianza, la desconfianza atribuida a las instituciones que representan al Estado y la indignación puede llevarlo a tomar iniciativas para proteger sus derechos vulnerados conformando asociaciones, grupos, justicia por sus propias manos etc.

Es importante tener en cuenta dos aspectos: Las estructuras psicológicas y las dinámicas de la justicia, ya que esto a su vez permite que realmente se puedan generar cambios saludables en los procesos de transformación del conflicto.

Retomando el concepto de justicia restaurativa, se logra una comprensión más humana en el cual este modelo de justicia se centra en el daño y afectación causado a la víctima, Afanador (2016).

En conclusión, reconociendo que las víctimas del desplazamiento forzado interno han sufrido una afectación la cual no se logra visibilizar a profundidad, empero que de una forma más amplia muestra una problemática a nivel social que afecta la familia, el empleo, la economía, el patrimonio, la pérdida de la identidad cultural factores que configuran una indefensión aprendida, traducida en desesperanza y que por lo general contribuye a otras problemáticas de orden social.

También es importante destacar que los procesos de reparación integral en el marco de la justicia restaurativa versus rehabilitación mental, afrontan un reto significativo que se define:

El proceso restaurativo es un proceso constructivo porque a partir de la narración de las partes, se busca reflexionar sobre lo ocurrido, identificando las causas y las consecuencias del hecho. Esa narración permite re elaborar los acontecimientos, transformar a los actores en la medida en que logran reconocerse en su dignidad humana y asumen responsabilidad frente a los hechos y a la reparación de los daños causados, señalado por García & Muñoz (2009).

Citando lo anterior de la justicia restaurativa, son los mecanismos los que tienen un efecto en la salud, impactando positivamente a la víctima y provocando un proceso terapéutico a partir de unas medidas propuestas por este modelo de justicia; la escucha activa entre víctima y victimario, contribuye en gran medida a los procesos de duelo inconclusos.

Desde el aspecto cognoscitivo también se genera un cambio en el victimario, el hecho de narrar como ocurrieron los hechos y responder a las preguntas planteadas por la víctima, producirá en también un cambio favorable en las conductas del ofensor; debido a que esta narración de los hechos manifestada en un entorno de sensibilización, favorecen una interiorización por parte del victimario en relación con la conducta y los daños causados.

De lo anterior entonces se puede reflexionar en que si no existen los espacios adecuados para estos procesos, que tocan tan íntimamente a la víctima y su sensibilidad, de cierto modo se estaría vulnerando la dignidad humana consagrada en los derechos humanos, el bloque de constitucionalidad y constitución Política.

La ley de la verdad, la justicia y reparación desde la mirada de los derechos humanos y el estudio de la victimización, permite analizar el derecho a conocer la verdad de los hechos; también conlleva al reconocimiento de las vulneraciones que se han cometido en contra de las víctimas del conflicto armado y es ahí, donde las sanciones aplicadas a cada caso en particular en cumplimiento al bloque de constitucionalidad aportan un elemento importante en el proceso de rehabilitación psicológica. Como se dijo anteriormente, cada víctima tiene un proceso emocional diferente como lo señala Arrubla (201). “el derecho a la verdad incorpora como garantías implícitas el derecho inalienable a la verdad, el deber de recordar y el derecho a saber”.

Retomando el reconocimiento de los derechos se impone entonces una corresponsabilidad que tiene la justicia, pero también las entidades del Estado, quiénes deben orientar acciones hacia el restablecimiento integral de los derechos vulnerados.

Citando nuevamente la verdad, justicia y reparación se resalta la ley de justicia y paz; nace de la desmovilización que tuvieron los paramilitares, allí tuvo lugar las primeras practicas del reconocimiento de la verdad, en donde:

- La víctima conocía los hechos ocurridos,
- Actos simbólicos y programas ofrecidos para la recuperación y re dignificación de acuerdo con la ley 975, artículo 8, derecho a la reparación.

Aparecen entonces instituciones encargadas de la verificación, asistencia integral y programas que permitieron brindar la reparación integral a las víctimas, conocida como la ley 1448 de 2011.

La presente investigación busca visibilizar la obligación por parte de las autoridades con relación a la verificación y el restablecimiento de los derechos, entendiendo que la salud mental debe ser recibida obligatoriamente por quien lo necesite como parte de las garantías de los derechos vulnerados dentro del marco del conflicto armado sufrido en Colombia y en cumplimiento de los derechos fundamentales y la protección de los derechos humanos y el pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales.

## 17. Conclusiones

La salud mental es un derecho que puede ser exigible de manera individual a través de mecanismos internacionales, si desde el nivel nacional no se adoptan las observaciones recomendadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y señalado en el periodo veintidós de Sesiones (2000).

Los tratados internacionales proponen políticas públicas en salud mental protegiendo los derechos humanos de acuerdo con la organización mundial de la salud y la meta mundial propuesta para el año dos mil veinte es que el ochenta por ciento de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas y planes de salud mental de conformidad con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

De acuerdo con estas acciones y metas citadas por la organización mundial de la salud, Colombia dispondría solo de tres años para armonizar las políticas de salud mental con los tratados internacionales señalados por la OMS (2013, pág. 136).

El sistema Interamericano de derechos humanos y el sistema europeo permiten presentar denuncias individuales para temas de la salud mental, en el caso que no se les brinde la atención a las víctimas del desplazamiento forzado interno; configurando así violaciones de los derechos humanos, es entonces que las víctimas por estar en un estado de vulnerabilidad podrán reclamar las reparaciones a sus respectivos gobiernos.

En el preámbulo de la Constitución de la organización mundial de la salud, se considera la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, teniendo en cuenta que es un proceso de reparación, en donde la superación del daño moral depende

de la atención psicológica y el modelo apropiado para brindarlo, cumplimiento con el pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales.

Se requiere entonces del estableciendo de mecanismos internos de supervisión que involucren a todos los sectores sociales y estatales, los cuales deben fomentar los derechos humanos y velar hacia los servicios de salud más accesibles.

La política en salud mental debe proponer un mecanismo diferente al de la superintendencia Nacional de salud; una entidad que permita promover desde la pedagogía y formación las prácticas que incluyan los derechos humanos y su puntual cumplimiento dentro del sistema de salud colombiano.

El modelo de justicia restaurativa es un soporte fundamental en el proceso de la rehabilitación, por lo cual debe vigilar que la medida de reparación en el componente de rehabilitación específicamente en salud mental se cumpla independientemente de las funciones que las entidades encargadas de la vigilancia en salud tengan.

Por otra parte, la población ubicada en el sector rural se le brinda un servicio de atención psicosocial, las intervenciones colectivas no son mecanismos individuales en la reparación.

De acuerdo con los principios de la salud mental las víctimas no pueden recibir una asistencia meramente farmacológica; teniendo en cuenta el hallazgo estadístico de la población desplazada que fue atendida para el año 2016 y 2017; así mismo la encuesta nacional de salud mental.

La clasificación de los trastornos mentales corresponde meramente a tratamientos de carácter patologizante que conllevan a ser manejados farmacológicamente, pues es la única información consolidada con la que se cuenta en temas de servicios y atención en salud mental.

Se le delegó al Sistema General de Seguridad Social en Salud la atención psicológica individual como parte del proceso de rehabilitación, sistema el cual no es apto para llevar a cabo este tipo de intervenciones, de otro lado la carencia de profesionales especializados en atención para este tipo de población.

El modelo del sistema de salud concibe una ruta de accesibilidad poco favorable la cual termina problematizando más el proceso de rehabilitación al cual tiene derecho la víctima y por el contrario se le siguen vulnerando los derechos a la víctima.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la dificultad de narrar las situaciones al profesional en espacios no adecuados, como se evidencia desde el primer nivel de salud en donde es atendido por el profesional de enfermería de acuerdo con el protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado.

El hecho traumático ya es difícil para la víctima y no es claro más allá de la llamada telefónica por parte del profesional de enfermería, que aspectos se tienen en cuenta para que la víctima no evoque en ningún momento el hecho victimizante en el momento que está siendo atendido por la enfermera@, antes de ingresar al programa.

Es necesario la instalación de equipos multidisciplinarios permanentes en los territorios donde se presente el retorno, tomando como ejemplo Países de África en los

que se adoptó este modelo que sirvió de apoyo a la comunidad, brindando una asistencia desde el componente terapéutico de fácil accesibilidad como párate del mecanismo reparador en el reconocimiento y restablecimiento de los derechos vulnerados<sup>66</sup>.

Cada una de las etapas de atención humanitaria expuestas por la ley 1448, artículo 62, señala una temporalidad para recibir la atención humanitaria, empero la salud mental no está definida dentro de la ayuda que la persona debe recibir en cada una de estas etapas. El impacto emocional a causa del hecho victimizante agravan la condición psicológica a futuro por lo cual sea necesario especificar la intervención urgente, especial y determinante en cada una de estas etapas.

[...] un cambio inesperado y abrupto como es el desplazamiento forzado origina en los individuos severas crisis por las intensas e innumerables experiencias que debe afrontar; cuyos efectos y duración están condicionados por las circunstancias en que se presenten [...] el afrontamiento personal y acceder o contar con otros medios de ayuda emocional, bien sea familiar, comunitaria o profesional señalado por Suarez & Motta (2018).

La atención humanitaria en sus tres etapas no deja ver claramente el rol de la asistencia psicológica o los primeros auxilios psicológicos, los cuales permitirían sensibilizarse inicialmente frente a la futura búsqueda de un apoyo psicológico al cual tiene derecho la víctima.

---

<sup>66</sup> Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. (Congreso de la Republica de Colombia, 1991)

La formalización de programas en derechos humanos desde las escuelas en adelante permitiría educar a los niños y niñas con relación al daño causado a las víctimas el cual debe ser reconocido y reparado por lo menos en dos generaciones; tomando como ejemplo el modelo de sensibilización que se llevó a cabo en las escuelas de Alemania con relación a las víctimas del holocausto nazi.

La autonomía y privacidad en lo individual involucra los procesos psicológicos desde el aspecto cognoscitivo y emocional; desde el ambiente la participación de los individuos y el reconocimiento de sus derechos, desde la prevención del maltrato psicológico, la violencia intrafamiliar, comunitaria y social.

En el marco del Derecho Internacional Humanitario el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), organización con amplia trayectoria en la asistencia humanitaria y líder de procesos psicosociales en territorios que han sufrido el conflicto armado; reconoce que los programas psicosociales y de salud mental deben apuntar a los problemas psicológicos que se generan en desarrollo del conflicto armado durante y después, señalando que:

[...] las intervenciones destinadas a ayudar a las víctimas de la violencia deben responder a sus necesidades y preocupaciones de manera directa y culturalmente apropiada y con un enfoque sensible a la situación particular de cada persona. [...] los programas de apoyo psicosocial y en salud mental [...] Consultas individuales, extensión, información y sensibilización en la comunidad acerca de temas de salud mental y física, visitas domiciliarias para casos graves, mayor conciencia y comprensión de las consecuencias de la violencia [...] del personal de los centros de atención primaria de la salud y de los agentes de salud de las comunidades.

El Comité Internacional de la Cruz roja deja de manifiesto que los mecanismos deben estar integrados desde el primer nivel de atención en salud; teniendo en cuenta que

las derivaciones que se den en dicho sistema deben propender por buscar el bienestar mental alejado de la estigmatización, donde es necesario sensibilizar a los profesionales y al mismo sistema con el objetivo tratar la salud mental vulnerada desde el enfoque de los derechos humanos.

También es necesario que las zonas que han sido afectadas por el conflicto armado no solo se les brinde una asistencia de acuerdo con lo señalado por el derecho internacional humanitario; sino que también después de finalizado el conflicto el Estado garantizara el acceso a la salud en los diferentes niveles de atención que se les brinden a las víctimas:

Siendo de conocimiento por parte de todos los actores del conflicto en cumplimiento al derecho internacional humanitario y los derechos humanos, esto quiere decir que así el Estado haya delegado la administración de la salud al sistema general de seguridad social en salud, la responsabilidad sigue siendo del Estado.

La Constitución Política de Colombia de 1991 en el artículo 1 y 2, señalado en los principios fundamentales, refiere que dignidad humana y el bienestar colectivo e individual es aquel que no afecta la vida de las personas; la salud mental desde la generalidad de los artículos citados, configuran como un deber constitucional la garantía y el derecho a la salud mental de las víctimas del desplazamiento forzado. artículo 49, Congreso de la Republica (2015).

En la actualidad la limitada atención psicológica individual que tienen las personas víctimas del desplazamiento forzado por ende vulnera la libertad de expresión, la privacidad y autonomía; es por lo anterior que la población requiere un proceso

psicológico individual y diferenciado, coherente a sus recursos emocionales y su historia de vida como ya se había explicado antes.

Retomando la encuesta nacional de salud mental la población víctima del desplazamiento forzado interno tiene más prevalencia de padecer trastornos mentales o psicológicos en comparación al resto de la población colombiana. Martínez, Rodríguez, Santacruz, Bautista, & Collazos (2015).

La constitución política de Colombia, los tratados internacionales, el modelo de justicia restaurativa, la ley de víctimas y demás normas concernientes a brindar una reparación integral abarcan una rehabilitación psicológica por lo cual ya se está observando un incumplimiento a la garantía de estos derechos por parte de las entidades prestadora de salud.

*Siguiendo lo mencionado por Bautista (2018)*

Si bien la atención psicosocial es el foco principal, [...] se cuenta con 70 guías alrededor de la atención psicosocial [...] cuando hablamos de la atención individual en los servicios de salud, podríamos decir que es la parte más débil, quien debe garantizarlo en nuestro sistema es la entidad aseguradora, son las EPS, los regímenes especiales, los que deben garantizar la atención en salud de la población víctima, ¿que estamos haciendo desde el ministerio para facilitar esa garantía? estandarizar la atención, es decir las víctimas deben recibir con una frecuencia anual la atención psicológica, ¿qué es lo que hace el protocolo? el protocolo incluye integralmente la atención por psicología para las víctimas del conflicto armado, y en el marco del modelo integral de atención en salud la ruta que gestiona el ministerio, es la de problemas y trastornos mentales.

Citando lo anterior la atención individual debe prevalecer para que se genere un proceso de transformación psicológica.

Se hace necesario ajustar la ley 1616 de salud mental con el objetivo de lograr atender a la población bajo un modelo eficaz y re habilitante

Por último, no hay que olvidar que por el hecho de que la salud mental no corresponda a un orden de enfermedad fisiológica o justifica que no reciba una atención pertinente, la enfermedad mental a diferencia de la fisiológica a futuro provoca en la comunidad y sociedad situaciones que tienen mucho más impacto en términos de costos en el orden jurídico, social, económico y político para el país.

## Referencias

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1994). Observación General N° 5. Los derechos de las personas con discapacidad. Ginebra Suiza: Centro por la Justicia y el Derecho Internacional.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. Principios de Brasilia (págs. 1-6). Brasilia: Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil.

Portales, R. E., & Sánchez, R. (5 de Mayo de 2018). Los Derechos Fundamentales en la Filosofía Jurídica Garantista de Luigi Ferrajoli. Obtenido de <http://letrasjuridicas.cuci.udg.mx/numeros/articulos4/filosofia%20garantista%20de%20ferrajoli.pdf>.

Abraham H, M. (1991). Motivación and personality. Madrid: Dias de Santos S.A.

Aceptación o rechazo: perspectiva histórica sobre la discapacidad, la rehabilitación y la psicología de la rehabilitación. (4 de Julio de 2006). *Psicología y Salud*, 16(2), 188-196.

Acosta, J. (18 de Octubre de 2017). Plan decenal de salud 2012-2021. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/peru-pdsp-visita-peru.pdf>

Afanador, M. (16 de Diciembre de 2016). Justicia Trancisional: ¿las dos caras de la moneda? Obtenido de <https://www.google.com.co/url?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiZ4o-ol4rWAhUW9mMKHWyNANYQFggI1MAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ustabuca.edu.co%2Fgpresenzia%2Fcomunidades%2Fustabmanga%2Fustabmanga%2Ffiles%2Fdoc%2Fvustabmanga69054220120>

Agencia de la ONU para los refugiados. (2017). Situación Colombia. Colombia, Ecuador y Venezuela. Bogotá: Agencia de la ONU para los refugiados.

Arango, O. M. (3 de Abril de 2018). El Bloque de Constitucionalidad en la Jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia . Obtenido de <http://www.icesi.edu.co/contenido/pdfs/C1C-marango-bloque.pdf>

Arrubla, J. (2010). La justicia restaurativa: una nueva vía, desde las víctimas, en la solución al conflicto penal. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 87-124.

Banco de la republica de Colombia. (19 de Octubre de 2017). Composición de la economía de la región Centro. Obtenido de <http://www.banrep.gov.co/es/node/32754>

Baró, M. (1993). Guerra y salud mental. *Papeles del Psicólogo*, 56, 50-53.

Bautista, N. (26 de Enero de 2018). Entrevista Coordinadora, Grupo de Salud Mental, Ministerio de Salud y Protección Social. (S. Lopez, Entrevistador)

Becker D; Weyermann B. (2006). Manual práctico de análisis y reflexión para formular proyectos que incorporen una mirada psicosocial en contextos de conflicto. Berna: Agencia Suiza para el desarrollo y la cooperación (COSUDE).

Bernal, A. (2009). Las estructuras clínicas en el psicoanálisis Lacaniano. *Poiésis*(18), 1-2. Recuperado el 26 de Marzo de 20018, de <http://www.funlam.edu.co/poiesis>

Bronfenbrenner. (2002). *The ecology of human development*. Barcelona: Paidós.

Cantón, S. (26 de Marzo de 2008). *El Derecho Internacional como un Instrumento Esencial para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos*. . Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

Carta de la Organización de los Estados Americanos (Organización de los Estados Americanos Sf de Sf de 1948).

Código de Procedimiento Penal, Ley 906 (Congreso de la República de Colombia 31 de Agosto de 2004).

Cohen, R. (Sf de Marzo de 2014). *Qué nos enseñó el desarrollo de los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos*. Obtenido de <http://www.fmreview.org/sites/fmr/files/FMRdownloads/es/crisis/cohen.pdf>

Comisión Interamericana de derechos humanos. (3 de Marzo de 2008). *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas*. Obtenido de <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>

Comisión Internacional de Juristas, la Facultad de Derecho de la Universidad de Limburg. (12 de Mayo de 2018). *Los Principios de Limburg sobre la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/los-principios-de-limburg-sobre-la-aplicacion-del-pacto-internacional-de-derechos-economicos-sociales-y-culturales-2.pdf>

Comite de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 22 Periodo de Sesiones. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Observación General 14. Ginebra Suiza: Consejo Económico y Social.

Comité Internacional de la Cruz Roja. (2016). *Apoyo psicosocial y en salud mental*. Ginebra Suiza: CICR.

Comité regional de la OMS para las americas. (7 de Octubre de 2014). *Plan de acción para la salud mental*. Washington: Organización panamericana de la salud; Organización mundial de la salud. Obtenido de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>

Concejo Directivo, 53CD.R7 (Comite Regional de la OMS para las Americas 3 de Octubre de 2014).

Congreso de la Republica de Colombia. (23 de Diciembre de 1993). *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. LEY 100 DE 1993. Bogotá D, C, Colombia: Gaceta del Congreso De la Republica de Colombia.

Congreso de la Republica. (11 de Noviembre de 2010). Ley 1414. 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. Bogotá, Colombia: Diario Oficial 47890 .

Congreso de la Republica de Colombia. (4 de Julio de 1991). Constitución Política de Colombia de 1991. Bogotá D,C, Colombia: Gaceta del congreso. Obtenido de <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2>

Congreso de la Republica de Colombia. (19 de Enero de 2011). Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1438. Bogotá, Colombia: Gaceta del congreso de la Republica de Colombia.

Congreso de la Republica de Colombia. (2015). Constitución Política de Colombia. Bogotá: Corte Constitucional; Consejo Superior de la Judicatura; Sala Administrativa - Cendoj. Edición especial preparada por la Corte Constitucional.

Constitución Política de Colombia, XI Encuentro de la Jurisdicción Constitucional (Corte Constitucional; Consejo Superior de la Judicatura 28 y 29 de Septiembre de 2016).

(1969). Convención Americana Sobre Derechos Humanos. Pacto de San José. San José: Departamento de Derecho Internacional OEA.

Corte Constitucional. (26 de Mayo de 1998). Vida Humana, Dignidad, Derecho a la vida digna, Salud mental y psicológica. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-248-98.htm>

Corte Constitucional De Colombia. (22 de Abril de 2018). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Resolución 2200 A (XXI) . Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/funciones.php>

Corte Constitucional República de Colombia. (11 de Agosto de 1999). Sentencia C-582/99. Bloque de Constitucionalidad. Bogotá, Colombia: Corte Constitucional República de Colombia.

Cueto, M., Brown, T., & Fee, E. (sf de Agosto de 2011). El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. Obtenido de <file:///C:/Users/slopezre/Downloads/Dialnet-ElProcesoDeCreacionDeLaOrganizacionMundialDeLaSalu-3834959.pdf>

D, B., & B, W. (Sf de Sf de 2006). Género, transformación de conflictos y enfoque psicosocial. Ginebra, Suiza: Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE). Ministerio Suizo de Asuntos.

Declaración política de la reunión de alto Nivel de la asamblea general sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, A/66/L.1 (Naciones Unidas 16 de Septiembre de 2011).

Decreto 2569 (Presidente de la Republica 12 de Diciembre de 2014).

Decreto 4800, Decreto 4800 (Ministerio de Justicia y de Derecho 21 de Diciembre de 2011).

Decreto Número 4800, Decreto Número 4800; Artículo 16 (Minjusticia 20 de Diciembre de 2011).

Deval, J. (2008). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo 21 de España editores.

Dimensión Convivencia Social y Salud Mental. (22 de Mayo de 2018). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/convivenciasocial-y-salud-mental.pdf>

Estadística, D. A. (19 de Octubre de 2017). DANE. Obtenido de <http://www.dane.gov.co/>

Federación Mundial de la Salud Mental. (1 de Abril de 2018). Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Obtenido de <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Derechosmental.shtml>

Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S., & Krause, M. (Diciembre de 2015). Relevance of early changes in psychotherapy with adolescents. *Scielo*, 33(3).

Ferrajoli, L. (Diciembre de 2012). Ferrajoli y su teoría de los derechos fundamentales. *Scielo*, 14(2), 18-27. doi:1851-9490

Galvez, J. M., Pastrana, I., & Venega, F. (2004). Proceso de traumatización en personas afectadas por el terrorismo de estado. *Un desarrollo conceptual*. Cuadernos de psicología Jurídica, 1-13.

García, D., & Muñoz, M. (2009). *Víctimas invisibles, conflicto armado y resistencia civil en Colombia*. Madrid: Huygens.

Grupo Gestión Integrada para la salud mental; Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Mujeres víctimas y desplazadas, grandes retos en salud mental en el postconflicto*. Bogotá: Ministerio de salud y de protección social. MINSALUD.

Guillén, C. (1996). *Intervención psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces*. Bogotá: Anthropodos.

Ibañez, T., Botella, M., Argemi, M., Lajeunesse, J., Martínez, L., Monguilod, C., . . . Serrano, F. (2004). *Introducción a la psicología social*. Catalunya: UOC.

Ignacio, C., & Agustina, P. (2007). *Igualdad, No Discriminación y Discapacidad: Una Visión Integradora de las realidades Española y Argentina*. Madrid: DYK YSON.

Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos. (7 de Abril de 2018). Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos. Obtenido de <http://accionag.cl/ong-asociadas/instituto-latinoamericano-de-salud-mental-y-derechos-humanos-ilas/>

Jessica Liliana Ramírez Gaviria respecto de Colombia, Medida Cautelar No. 445-14 (Comisión Interamericana de Derechos Humanos 04 de Agosto de 2017).

La agencia de la ONU para los refugiados. (2016). *Tendencias globales: desplazamiento forzado*. Noruega: Oficina Central de Estadísticas Eurostat y ACNUR.

La agencia de la ONU para los refugiados. UNHCR; ACNUR. (10 de Febrero de 2016). Tendencias Globales. Desplazamiento forzado en 2016. Obtenido de <http://www.acnur.es/PDF/Tendencias2016.pdf>

La Declaración Universal de los Derechos Humanos. (8 de Abril de 2018). La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Obtenido de [http://www.ligaproderechoshumanos.org/ddhh/derechos\\_original.htm](http://www.ligaproderechoshumanos.org/ddhh/derechos_original.htm)

Levav, I. (4 de Enero de 2018). Actas de la Conferencia Regional de Salud Mental. La alianza entre movimientos de derechos humanos y la reforma de la atención en salud mental: estrategias de superación de las violaciones de los derechos humanos por comisión y omisión. (págs. 1-44). Santiago de Chile: Organización Mundial de la salud; Organización panamericana de la salud. Obtenido de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=210&Itemid=40870&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=210&Itemid=40870&lang=es)

Ley 1346 , LEY 1346 (31 de Julio de 2009).

Ley 1438 Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Ley 1438 (Congreso de la Republica de Colombia 19 de Enero de 2011).

Ley 1448: 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 la Republica de Colombia 10 de Junio de 2011).

Ley 1592. Por medio de la cual se introducen modificaciones a la Ley 975 de 2005 (Congreso de la Republica de Colombia 3 de Diciembre de 2012).

Ley 1616 de salud mental (Congreso de la Republica de Colombia 21 de Enero de 2013).

Ley 975 Por la cual se dictan disposiciones para la reincorporación de miembros de grupos armados organizados al margen de la ley, que contribuyan de manera efectiva a la consecución de la paz nacional y se dictan otras disposiciones (El Congreso de la Republica de Colombia 25 de Julio de 2005).

Ley de Víctimas 1448, Ley 1448 (Congreso de la Republica 10 de Junio de 2011).

Ley Estatutaria 1618 (Congreso de Colombia 27 de Febrero de 2013).

Ley estatutaria 1751 (16 de Febrero de 2015).

Londoño, J. L., & Gaviria, A. (2000). Asalto al desarrollo. Violencia en America Latina. Washigton: Banco Interamericano de Desarrollo.

Lopez, S. (s.f.).

Martínez, N., Rodríguez, C., Santacruz, M., Bautista, N., & Collazos, J. (2015). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá: Colciencias; Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de asuntos exteriores y de cooperación. (1 de Enero de 2018). OMS  
 Ministerio de asuntos exteriores y de cooperación. Obtenido de  
<http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Organismos%20Especializados/OMS.aspx>

Ministerio de Justicia y del Derecho. (s.f.). Obtenido de  
<http://www.unidadvictimas.gov.co/es/decreto-4800-de-2011/13108>

Ministerio de la Protección Social. (2005). Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Cali: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social.

Ministerio de relaciones exteriores. (1 de Enero de 2018). Misión permanente de Colombia ante las naciones unidas en Ginebra. Obtenido de <http://ginebra-onu.mision.gov.co/organizacion-mundial-la-salud-oms>

Ministerio de salud y de la protección social. (18 de Mayo de 2015). Debate general: Construir resiliencia en los sistemas de salud. Obtenido de [http://ginebra-onu.mision.gov.co/sites/default/files/page/attachments/ams68\\_-\\_intervencion\\_leida\\_por\\_ministro\\_alejandro\\_gaviria\\_en\\_el\\_debate\\_general.pdf](http://ginebra-onu.mision.gov.co/sites/default/files/page/attachments/ams68_-_intervencion_leida_por_ministro_alejandro_gaviria_en_el_debate_general.pdf)

Ministerio de salud y protección social. (5 de Agosto de 1994). Resolución número 5261. Obtenido de  
[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 y Protección Social. (11 de Enero de 2017). Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI. Obtenido de  
[https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas\\_PAPSIVI.aspx](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx)

Ministerio de Salud y Protección Social; Colciencias & Pontificia Universidad Javeriana. (2015). Encuesta Nacional de salud mental. Bogotá: Ministerio de salud y protección social.

Ministerio de salud; Colciencias. (2015). Encuesta nacional de salud mental . Bogotá: Javegraf.

Ministerio del Interior y Justicia. (30 de Marzo de 2012). Ley de víctimas y Restitución de tierras y Decretos Reglamentarios. Obtenido de  
<http://www.centrodehistoriahistorica.gov.co/micrositios/caminosParaLaMemoria/descargables/ey1448.pdf>

Montero, M. (1994). Construcción y crítica de la psicología social. Barcelona: Anthropos.

Moreno, E., & Pol, E. (1999). Nociones psicosociales para la intervención y la gestión ambiental. Barcelona: Publicacions.

Moscoso, S. M. (1996). Hacia un Análisis Cognitivo del Cambio Conductual: El Comportamiento Social Proactivo. Revista de Psicología de la PUCP, XIV(1), 5-26.

Mugny, G., & Juan, P. (1998). Psicología social del desarrollo cognitivo. Barcelona: Anthropos.

Naciones Unidas. (11 de 10 de 2017). Declaración Universal de Derechos Humanos. Obtenido de [http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf)

Naciones Unidas. (7 de Marzo de 2018). La Declaración Universal de Derechos Humanos. Obtenido de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Naciones Unidas. (9 de Abril de 2018). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Naciones Unidas: asamblea general. (2016). Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Nueva York: Asamblea General.

Naciones Unidas: Derechos Humanos. (19 de Abril de 2018). Convención de Viena Sobre el Derecho de los Tratados Internacionales. Obtenido de [http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA\\_booklet\\_Spanish.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf)

Nancy, S., & Myriam, S. (2008). Metodología de la investigación social y jurídica. Bogotá: Ibañez.

Nogueira, H. (2003). Teoría y Dogmática de los Derechos Fundamentales. Mexico DC: Universidad Nacional Autónoma de México.

Organización de los Estados Americanos. (sf de sf de 2012). Sistema de Petición de Casos. Mexico DF: Suprema Corte de Justicia de la Nación de los Estados Unidos Mexicanos.

OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Biblioteca de la OMS.

ONSM. (7 de Abril de 2018). Observatorio Nacional de Salud Mental. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Observ\\_Salud%20Mental.%20V1\\_06\\_09\\_2012.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Observ_Salud%20Mental.%20V1_06_09_2012.pdf)

ONU. (29 de Abril de 2018). Consejo de Derechos Humanos. 36° periodo de sesiones. Obtenido de <https://consaludmental.org/publicaciones/Resolucion-DDHH-Salud-Mental.pdf>

Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (s.f.). El Derecho internacional como Instrumento Esencial para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de las Personas con Discapacidad Mental: La Experiencia del Sistema Interamericano de los Derechos Humanos. Buenos Aires: CIDH.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Mental Health Legislation and Human rights. Asturias: EDIMSA.

Organización mundial de la salud. (2006). Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS. Suiza: Ediciones OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Manual de recursos de la OMS sobre salud mental. Derechos Humanos y Legislación. Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra Suiza: Catalogación por la Biblioteca de la OMS.

Organización mundial de la salud. (2013-2020). Plan de acción sobre salud mental. Ginebra, Suiza : Catalogación por la Biblioteca de la OMS.

Organización mundial de la salud OMS. (8 de Febrero de 2018). Constitución d ela OMS: principios. Obtenido de <http://www.who.int/about/mission/es/>

Organización Mundial de la salud; Fundación Victorian para la Promoción de la salud; Universidad de Melbourne. (2004). Promoción de la Salud Mental; Conceptos, Evidencia y Practica. Informe Compendiado. Paris: Rob Moodie. Recuperado el 13 de Abril de 2018, de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

Organización mundial de la salud; Organización panamericana de la salud. (1990). Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina (págs. 1-5). Caracas: (OMS/OPS).

Organización Panamerica de la Salud. (s.f.). El Derecho internacional como Instrumento Esencial para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de las Personas con Discapacidad Mental: La Experiencia del Sistema Interamericano de los Derechos Humanos. Buenos Aires: CIDH.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Supporting the Implementation of Mental Health Policies in the Americas: a Human Rights Law-Based Approach. Findings, Trends, and Targets for Public Health Action. Washington, D.C: Biblioteca Sede OPS.

Organización panamericana de la salud; Organización mundial de la salud. (1990). Declaración de caracas. Declaración de caracas (págs. 1-5). Caracas: Organización panamericana de la salud; Organización mundial de la salud.

Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (29 de Septiembre de 2014). 53 Consejo Directivo: 66.a Sesión del Comite Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Americas . Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=8811%3Adc-documents&Itemid=41062&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774%3A2014-53rd-directing-council&catid=8811%3Adc-documents&Itemid=41062&lang=es)

Osorio, A., & Álvarez, C. (20013). Primary health care: Challenges for implementation in Latin America. Science Direct, 395-390.

Pan American Health Organization. (18 de Marzo de 2018). International statistical classification of diseases and related Health problems CIE10. Obtenido de <http://publications.paho.org/product.php?productid=990&cat=85&page=1%20>

Plan decenal de Salud Publica. Dimensión Convivencia Social y Salud y Salud Mental. (22 de Mayo de 2018). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/convivenciasocial-ysalud-mental.pdf>

Principio de Dignidad Humana, Sentencia T-881/02 (Corte Constitucional 17 de Octubre de 2002).

Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental, Resolución 46/119 (Asamblea de las Naciones Unidas 17 de Diciembre de 1991).

(2015). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la encuesta nacional de salud mental. Bogotá: COLCIENCIAS.

Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado. (Sf de Sf de 2017). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>

Romero, J. (7 de Febrero de 2018). Unidad de Víctimas. (S. Lopez, Entrevistador)

Sanchez, G. (2006). Un camino hacia la paz. Segundo foro sobre Paz y salud mental en Colombia. Montería: Academia Nacional de medicina.

Sentencia, No. T-571/92 (Corte Constitucional 22 de Abril de 1992).

Sentencia C-280, C-280 (Corte Constitucional 15 de Mayo de 2013).

Sentencia C-438 (Corte Constitucional 10 de Julio de 2013).

Sentencia C-438/, Sentencia C-438/ (Corte Constitucional 2013).

Sistema de Seguimiento y Monitoreo a las Atenciones de las Víctimas. (20 de Octubre de 2017). Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas\\_MonitoreoySeguimiento.aspx](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_MonitoreoySeguimiento.aspx)

Suarez, L., & Motta, H. (1 de Marzo de 2018). Estudios diagnósticos para el fortalecimiento integral de los Proyectos de Asistencia Humanitaria de Emergencia para Personas Internamente Desplazadas. Obtenido de <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/avre/DiagnosticoFortalecimiento.htm>

T-571-92, T-571-92 (Corte Constitucional 22 de Abril de 1992).

The UN Refugee Agency. (2007). Handbook on Housing and Property Restitution for Refugees and Displaced Persons. Ginebra, Suiza: UNHCR.

UNESCO. (30 de Marzo de 2018). El preámbulo de la Constitución de la Unesco. Obtenido de <http://www.unesco.org/new/es/unesco/about-us/who-we-are/history/constitution/>

UNESCO. (12 de Mayo de 2018). Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Obtenido de <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/advancement/networks/lamo/legal-instruments/nature-and-status/>

Unidad para las víctimas. (20 de Octubre de 2017). Centros regionales. Obtenido de <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/servicio-al-ciudadano/centros-regionales/8806>

Universidad Nacional Autónoma de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas. (2015). Filosofía y teoría del derecho. México D.F: Fabra, Jorge Luis; Rodríguez Verónica.

## Cibergrafia

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/T-306-06.htm>

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/T-306-06.htm>

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-248-98.htm>

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-414-99.htm>

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-1005-04.htm>

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/t-760-07.htm>

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-409-00.htm>

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-1005-04.htm>

[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf)

[https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/protocolos\\_adicionales.pdf](https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/protocolos_adicionales.pdf)

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>

[http://escuela.unidadvictimas.gov.co/cartillas/Jueces\\_tierras.pdf](http://escuela.unidadvictimas.gov.co/cartillas/Jueces_tierras.pdf)

<http://www.acnur.org/recursos/estadisticas/>

### **Lista de Figuras**

Figura 1. Funciones de la Organización Mundial de Salud

Figura 2. La estructura de la Organización Mundial de la Salud.

Figura 3. Comisión Interamericana de los Derechos humanos.

Figura 4. Sentencia T-306/06, derechos conexos.

Figura 5. Niveles de Atención en Salud mental.

Figura 6. Estrategias Ante el Problema de Violencia.

Figura 7. Estrategias Ante el Problema de Violencia

Figura 8. Estrategia para la atención al impacto de la violencia.

Figura 9. Atención psicosocial y en salud mental a víctimas de violencia

Figura 10. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas.

Figura 11. Medidas en materia de salud, Atención de Emergencia en Salud y Servicios de Asistencia en Salud.

Figura 12. Enfoque Psicosocial para la Atención Integral en Salud.

Figura 13. Ruta de Atención para la Salud Mental en las Instituciones Prestadoras de Salud.

Figura 14. Componente de Asistencia atención, y Reparación Integral a las Víctimas.

### **Lista de Tablas**

Tabla 1. Estrategias del componente Convivencia Social y Salud Mental.

Tabla 2. Indicadores Proyectados al Año 2021 en el componente Convivencia Social y Salud Mental.

Tabla 3. Estrategias del componente Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y diferentes formas de violencia.

Tabla 4. Formas de Ingresar a los Servicios de Atención en Salud en los cuales se Identifica la Población en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud RIPS.

Tabla 5. Morbilidad en Salud Mental de las Víctimas del Desplazamiento Forzado en Colombia Atendidas por el Sistema de Seguridad Social en Salud. Análisis de un rango de Edad de 18 a 50. Datos Año 2016.

Tabla 6. Morbilidad en Salud Mental de las Víctimas del Desplazamiento Forzado en Colombia Atendidas por el Sistema de Seguridad Social en Salud. Análisis de un rango de Edad de 18 a 50. Datos Año 2017.

### **Lista de Gráficos**

Gráfico 1. Indicadores Proyectados al Año 2021 en el componente de Atención y promoción de la Salud Mental.

Gráfico 2. Datos del desplazamiento forzado interno. Agencia para los refugiados Informe 2016.

Gráfico 3. Encuesta de salud mental año 2015 versus proyección DANE 2017.

Gráfico 4. Encuesta Nacional de salud mental. Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Javeriana y Colciencias.

Gráfico 7. IPS Habilitadas para Prestar Servicios en Salud Mental a Nivel Nacional.

Gráfico 8. Morbilidad en Salud Mental de las Víctimas del Desplazamiento Forzado en Colombia Atendidas por el Sistema de Seguridad Social en Salud. Datos Año 2016 y 2017

Gráfico 9. Morbilidad en Salud Mental de las Víctimas del Desplazamiento Forzado en Colombia Según Régimen de Afiliación en Salud. Datos Año 2016 y 2017.

BIBLIOTECA CENTRAL DE LAS FF. MM.  
"TOMAS RUEDA VARGAS"



**201002730**