
La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012*

Mental health: an insight on its evolution in Colombian law. 1960-2012

Saúde mental: um olhar desde a sua evolução na normatividade colombiana. 1960-2012

Fecha de recepción: 16-06-12 Fecha de aceptación: 14-08-12
SICI: 1657-7027(201212)11:23<12:LSMENC>2.0.TX;2-V

Nelson Ardón-Centeno**
Andrés Cubillos-Novella***

* Artículo basado en el informe de la consultoría número 1321 de 2011, realizada en el marco del convenio entre la Pontificia Universidad Javeriana y el Fondo Distrital de Salud para la actualización, la concertación y la validación interinstitucional e intersectorial de la Política Distrital de Salud Mental de la Secretaría Distrital de Salud, desarrollada del 22 de julio de 2011 al 22 de marzo de 2012 y financiada por la Pontificia Universidad Javeriana y el Fondo Distrital de Salud.

** Odontólogo, especialista en Política Social, magíster en Administración de Salud y en Educación de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Diploma de Estudios Avanzados en Educación vinculado al Área de Conocimiento, Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Deusto en Bilbao, España. Candidato a Doctor en Innovación Educativa y Aprendizaje a lo Largo de la Vida por la Universidad de Deusto en Bilbao, España. Profesor asociado de los Posgrados en Administración de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: nardon@javeriana.edu.co

*** Odontólogo, especialista en Administración de Salud con énfasis en Seguridad Social y magíster en Política Social de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Magíster en Migraciones, Conflictos y Cohesión Social en la Sociedad Global Actual de la Universidad de Deusto en Bilbao, España. Candidato a Doctor en Estudios Internacionales e Interculturales por la Universidad de Deusto en Bilbao, España. Profesor de los Posgrados en Administración de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana. Correo electrónico: cubillos.a@javeriana.edu.co



Resumen

La naturaleza del concepto de salud mental y los enfoques a los que se refiere determinan un marco contextual y político normativo internacional, nacional y distrital amplio, referente a los derechos y a las condiciones de vida: educación, vivienda, trabajo, sociales, económicas y del medio ambiente; por ello, este artículo aborda la legislación y las políticas concernientes a la salud mental de los distintos grupos poblacionales, ciclos de vida, etnia y género, condiciones y situaciones como pobreza, discapacidad (y rehabilitación), desplazamiento y conflicto armado, para realizar un recuento de su evolución vista a través de las normas que han sido promulgadas en Colombia desde 1960 hasta la actualidad. Se pretende, además de hacer un análisis de la aplicación y de la evolución de dichas normas, realizar un seguimiento de los avances logrados y las diferentes perspectivas bajo las cuales se ha abordado esta legislación, tanto a nivel nacional como en Bogotá, específicamente.

Palabras clave: salud mental, promoción de la salud, salud, jurisprudencia, población, Colombia

Palabras clave descriptor: salud mental, promoción de la salud, política de salud

Abstract

The nature of the concept of mental health and the approaches to which it relates, determine a contextual framework normative political and international, national and district wide, regarding the rights and conditions of life: education, housing, employment, social, economic and environment; Therefore, this article discusses the legislation and policies concerning the mental health of the various population groups, life cycles, ethnicity and gender, to conditions and situations such as poverty, disability (and rehabilitation), displacement and armed conflict, to perform a count in your evolution view through the rules that have been enacted in Colombia from 1960 to the present. Pretending, in addition to making an analysis of the application and development of the same, follow up on the progress made and the different perspectives from which has addressed this legislation; both at the national level, such as in Bogota specifically.

Keywords: mental health, health promotion, jurisprudence, population, Colombia

Keywords plus: mental health, health promotion, health policy

Resumo

A natureza do conceito de saúde mental e as abordagens a que ela se refere, determinar um enquadramento contextual e político normativo internacional, nacional e distritais ampla, sobre os direitos e condições de vida: educação, habitação, emprego, sociais, econômicos e ambientais; Por conseguinte, este artigo discute a legislação e políticas relativas à saúde mental dos diversos grupos populacionais, ciclos de vida, etnia e gênero, condições e situações tais como a pobreza, deficiência e reabilitação), deslocamento e conflitos armados, para efectuar uma contagem em sua evolução vista através das regras que tenham sido decretadas na Colômbia desde 1960 até o presente. Fingir, para além de fazer uma análise da aplicação e desenvolvimento da mesma, o acompanhamento dos progressos realizados e as diferentes perspectivas a partir das quais se debruçou sobre esta legislação; tanto a nível nacional como em Bogotá especificamente.

Palavras chave: saúde mental, promoção da saúde, jurisprudência, população, Colômbia

Palavras chave descritores: política de saúde, saúde mental, promoção da saúde



Introducción

En Colombia las normas específicas en materia de salud mental no son muchas, pero una aproximación a los antecedentes y a la evolución de sus referentes normativos permite plantear dos grandes momentos históricos cuyos límites podrían ubicarse en un extremo hacia la década de los años sesenta del siglo pasado y en el otro en el momento actual, separados por la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la Ley 100 de 1993. Aunque en los dos momentos se generan cambios apreciables, es en 1993 cuando se produce una transformación global del modelo de salud, del sistema de salud colombiano y, por ende, de lo relacionado con la salud mental.

Modelo de salud mental basado en los trastornos mentales y en su atención. Periodo comprendido entre 1960 y 1993

Este periodo se caracteriza por los esfuerzos del modelo por brindar atención a la enfermedad mental, ampliando, diversificando y modificando la oferta de servicios e intentando desplazar los servicios prestados en el hospital psiquiátrico, cuyas condiciones acababan de hacer evidente su papel en el deterioro de quienes sufrían algún tipo de trastorno mental.

Los hitos históricos atañen entonces a las transformaciones de la percepción de la enfermedad mental, de las personas que la padecen y de su atención, en cuanto el discurso sanitario supera al manicomio, ya que la noción de trastorno se va abriendo paso y quienes sufren estas patologías empiezan a ser considerados sujetos de derechos. Se propende por su inclusión social y por la reorganización y ampliación

de los servicios, enfatizando en la necesidad de un desplazamiento de la institución psiquiátrica total —modelo hegemónico de atención— hacia prestaciones de tipo ambulatorio en unidades de hospitales generales, centros comunitarios y en modalidades de hospitalización parcial. Este desplazamiento institucional constituye un hecho trascendental que genera debates importantes, por cuanto no siempre el entorno provee los apoyos necesarios para la inclusión de quienes salen o no son admitidos en un hospital, para que puedan ubicarse de manera efectiva en el medio familiar y social.

De otro lado, las modificaciones señaladas son el resultado de la ocurrencia de una serie de eventos, entre los que se puede señalar: la mayor participación de las ciencias sociales a través de la conformación de equipos interdisciplinarios de salud mental; la apertura de programas de especialización en psiquiatría; la provisión de psicofármacos que atenuaban las medidas de contención física; y la utilización desmedida de la terapia electroconvulsiva. Debido a una serie de eventos tienen gran impacto en todo el mundo: las experiencias italianas lideradas por Franco Basaglia, la psiquiatría del sector, la corriente antipsiquiátrica, el modelo de comunidad terapéutica, el movimiento de la psiquiatría comunitaria y los planteamientos acerca de la prevención de la patología mental y la promoción de la salud.

En este sentido, la introducción de los psicofármacos, a finales de la década de los años cincuenta, constituye uno de los grandes avances de la medicina del siglo xx y es considerada como una de las diez revoluciones de la medicina. Esto implicó un cambio radical, del modelo de atención del manicomio y la caridad a un modelo médico, con estancias de internación breves y con una finalidad de rehabilitación del individuo, trayendo consigo que otro tipo de intervenciones cayeran en desuso (1).



Además, con su irrupción, la antipsiquiatría abogó por la desinstitutionalización de los pacientes con enfermedad mental, lo que llevó en Europa a la reconversión de instituciones, mas no a su desaparición total. En Colombia siempre ha existido y aún existe un déficit de camas para psiquiatría, en tanto que el modelo de los hospitales generales con unidades de salud mental no ha funcionado.

Todos los referentes anteriores están relacionados con la normatividad en torno a los derechos, al derecho a la salud y, específicamente, el derecho a la salud de los sujetos de especial protección, teniendo en cuenta que está en conexión con un derecho fundamental como lo es el de la vida. En el caso de las personas con trastorno mental se destacan las declaraciones y los principios de distintos organismos que enfatizaban en la igualdad de sus derechos y libertades con respecto al resto de la población. La Organización de las Naciones Unidas promulgó la Declaración de los derechos del retrasado mental en 1971, la Declaración de los derechos de los impedidos en 1975, y los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental en 1991. A su vez, la Asociación Mundial de Psiquiatría es autora de la Declaración sobre derechos y protección legal de los enfermos mentales de 1989. Ese mismo año la Federación Mundial para la Salud Mental adopta la Declaración de Luxor (Egipto) sobre los derechos humanos para los enfermos mentales. La Declaración de Hawai de 1977 establece las normas éticas para la práctica de la psiquiatría; esta fue actualizada en Viena en 1983. Posteriormente, se dio a conocer la Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría de 1996, revisada en 2002 en Yokohama, Japón (2-4).

Estos importantes desarrollos tuvieron su efecto en el ámbito nacional, inicialmente en lo concerniente a la organización

administrativa central y de los servicios que manejan los problemas de salud mental, y luego en la ampliación y transformación de esa atención. Es así como en 1963 se crean y se determinan las funciones de la Sección de Salud Mental de la División de Atención Médica en el Ministerio de la Salud Pública, con el Decreto 3224, y en 1965 el Consejo Nacional de Salud Mental, integrado por representantes de diferentes Ministerios. En 1967, con la Resolución 679, se establece la política oficial de implantar unidades de salud mental en hospitales generales, la cual se adelanta a los lineamientos en este sentido de la Declaración de Caracas de 1990. En 1970 mediante el Decreto 1136 se dictan medidas de protección social para evitar la perturbación pública como consecuencia de la intoxicación por alcohol, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas (SPA). En 1974 se crea la División de Salud Mental, con dos secciones: prevención y promoción, y los programas asistenciales, que hacia finales del periodo en mención y hasta la actualidad, con la restructuración del Ministerio de Salud, pasan a ser el Programa de Comportamiento Humano, responsable de la salud mental en el sector (5). En las décadas de los setenta y de los ochenta se lleva a cabo el Primer Macrodiagnóstico de Salud Mental, el Primer Programa de Salud Mental y el Primer Plan Nacional de Salud Mental.

Desde esta década los problemas identificados y las orientaciones de política se expresan en términos epidemiológicos y de prestación de servicios: relación de camas y prevalencia de patologías; disminución de las estancias; mejora de los hospitales; aumento de profesionales vinculados a equipos de salud mental; creación de unidades en hospitales generales y consultas externas; centros comunitarios; servicios de fármaco-dependencia; servicios de atención infantil; hospitalización parcial; y granjas talleres para estancias prolongadas.



Además, y de conformidad con lo anterior, se presenta un desarrollo en la expedición de normas institucionales en relación con las funciones de los miembros de los equipos de nutrición y dietética, terapia ocupacional, enfermería, trabajo social y psicología. De esta manera, se inician programas en el marco de la atención primaria en salud en distintas regiones, y en 1986, con base en la Ley 30 de Estupefacientes, se conforma el Comité Nacional para la Prevención de la Drogadicción, en el cual participa el Ministerio de Salud, que mediante un convenio con el Fondo de las Naciones Unidas para el Control del Abuso de Drogas (UNFDAC, por sus siglas en inglés) venía realizando labores en ese sentido.

En Bogotá desde 1975 se llevaban a cabo investigaciones sobre consumo de SPA, logrando un impacto positivo en la línea de la organización de la estructura administrativa, de la atención y de los servicios de salud mental, a través de la creación de la Sección de Salud Mental de la División de Atención Médica de la Secretaría Distrital de Salud, mediante la Resolución 002 de 1979. En 1982 aparece la Fundación Granja Taller de Asistencia Colombiana (Fungrata), un programa de puertas abiertas para la rehabilitación de indigentes con enfermedad mental grave. Se llevan a cabo acciones comunitarias de salud mental en tres centros de salud, cobertura que se amplía luego con apoyo de convenios docente-asistenciales en psiquiatría, psicología y terapia ocupacional con la Pontificia Universidad Javeriana, el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Escuela Colombiana de Medicina. Para finales de 1987 ya se contaba con cuarenta profesionales y se prestaba atención ambulatoria en los servicios de consulta externa y hospitalaria en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Kennedy (6).

con la creación del Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano Desamparado, con el Acuerdo 17 de 1987, el cual favoreció por una década el desarrollo de programas; la ampliación de la oferta de servicios, con cuatro hospitales día para adultos, tres hospitales día para niños y adolescentes, cuatro unidades de salud mental, una unidad especializada en farmacodependencia, dos consultorios y un plan móvil de atención a indigentes; la mejora en la dotación de unidades especializadas y el fortalecimiento de los programas de salud mental comunitaria (7). Actualmente, el Ministerio de Salud no tiene una división de salud mental, no existe el Fondo Financiero Distrital, se han cerrado hospitales día y hay menos camas en la red distrital, lo que ha empeorado la atención para este tipo de pacientes.

En 1990 se dan dos eventos significativos. El primero es el Encuentro de Caracas, convocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que culmina con la Declaración de Caracas. Esta declaración impulsa la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los sistemas locales de salud, para lograr la promoción de modelos alternativos al hospital psiquiátrico, atención descentralizada, participativa, integral, comunitaria, continua y preventiva, de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). El segundo evento es la publicación por parte de la OMS del documento *Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*, que consideró dos aspectos: a) el conocimiento psicosocial para incidir en el funcionamiento de los servicios de salud generales, en el desarrollo socioeconómico, en la calidad de vida y en la promoción de la salud emocional; y b) la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales y neurológicos (8).



De 1991 data la Declaración a nivel internacional de los principios de la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental de la Asociación Médica Mundial. Ese mismo año se expide la nueva Constitución Política de Colombia, la cual consagra al país como un Estado Social de Derecho y define los lineamientos prioritarios en favor de la salud de los colombianos. En el nuevo texto constitucional se reafirman y establecen puntos específicos relacionados con el disfrute de la salud mental, tales como el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la protección de la familia; la protección de las personas con discapacidades; la protección de los niños, especialmente los menores de edad con enfermedad mental quienes tienden a ser maltratados; la protección de las mujeres y de los niños contra algunas de las formas de violencia que más les afectan; y diversos mecanismos para el reclamo de los derechos individuales y colectivos. Así mismo, se destaca que en 1992, mediante la Resolución 002417, se dictan los derechos de las personas con enfermedad mental.

Finalmente, es importante señalar que hacia finales de la década de los años ochenta se inician las reformas en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe —con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial (BM)—, y si bien la Ley 10 de enero de 1990 reorganizaba el Sistema Nacional de Salud, es mediante La ley 100 del 23 de diciembre de 1993 que se generan profundas modificaciones, al crearse el Sistema General de Seguridad Social Integral, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, adicionado a los anteriores Servicios Sociales Complementarios.

Modelo de salud mental basado en la Atención Primaria en Salud (1993-2012)

La reforma del sistema de salud en Colombia se asocia con lo constitucional y tiene un carácter global, pues supone profundas modificaciones en la legislación sanitaria, consecuencias intersectoriales, cambio sustancial de las relaciones entre prestadores y usuarios y la aparición de nuevos actores. Así, durante buena parte de los primeros años, y aún hoy, se invierte en adecuaciones y ajustes que para la salud mental son vividos como críticos, dada la limitación de recursos que se deriva, particularmente, de la reducción de los planes de beneficios en esta área y del cierre de algunas instituciones que no lograron responder a las exigencias económicas del modelo (9).

Posteriormente, la Ley 790 de 2002, en su artículo 5º ordena la “... fusión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Salud...”, conformándose así el Ministerio de la Protección Social, con lo cual se generaron nuevos marcos para el sector de la salud (9). Otras modificaciones al SGSS están incluidas en la Ley 1122 de 2007, en los aspectos de “... dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud” (10-11).

Durante esta época se hace evidente un énfasis en la salud mental promovido por la OPS/OMS, que intenta trascender la enfermedad, así como en la elaboración de políticas en esta misma línea. Desde el ámbito nacional se observan avances con miras a definir la



responsabilidad del Estado, a través de la adopción de políticas públicas para grupos vulnerables o según el ciclo vital, algunas con intención de intersectorialidad y que tratan de hacer posible la garantía de derechos que contribuyan directa o indirectamente a la salud mental. Debe señalarse que los avances en la formulación de políticas no obtienen los mejores resultados, debido a la fragilidad en la implementación de estas, a la falta de evaluación o a la fragmentación y a la dificultad para la articulación intersectorial.

En 1998 se había promulgado la Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante la Resolución 02358, la cual para este momento aún estaba vigente. Esta política integra los factores condicionantes de carácter biológico, ambiental, comportamental, social, político, económico y cultural y el nivel de salud —medido por la estructura de la morbilidad, de la mortalidad y de la discapacidad específicas por grupo etario y género—, ajustados a criterios de priorización como la magnitud, la vulnerabilidad y la trascendencia de los diferentes fenómenos que determinan el estado de salud de la población. Los objetivos de esta política nacional son: promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad mental; controlar las enfermedades mentales; fomentar la cultura de la salud mental; mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención en salud mental en todas sus fases. A nivel específico se propone reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud mental en el contexto del SGSSS, fomentar procesos de investigación básica y aplicada en salud mental y fortalecer la red de instituciones y la oferta de servicios.

Para desarrollar estos objetivos la política en mención propuso actuar, conjuntamente con el componente de vigilancia en salud pública y con la investigación epidemiológica, sobre cuatro aspectos fundamentales: factores

psicosociales y conductuales, que influyen en la salud y en el desarrollo de la población; promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades psiquiátricas; control de los trastornos psiquiátricos, estimulando las iniciativas legislativas al respecto y apoyando la formación del recurso humano; y la evaluación de programas y servicios de salud mental. Desafortunadamente, la escasa difusión y los cambios continuos generados por la adopción del SGSSS no lograron su plena implementación.

Entre los años 2003 y 2004, el Ministerio de la Protección Social —con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y mediante convenios de cooperación con la OMS, la Universidad de Harvard y la Fundación FES— desarrolla el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental, el cual permitió, además de delinear un panorama epidemiológico, establecer relaciones entre salud mental, condiciones socioeconómicas, estado de salud general, medio ambiente social y grado de vulnerabilidad. Luego de este diagnóstico se busca reformular la Política Nacional de Salud Mental que había sido diseñada en el año 1998, construyendo los “Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia”.

Dichos lineamientos proponen como objetivo general sugerir contenidos para esa reformulación, recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el SGSSS y diseñar la metodología para establecer los costos de atención de eventos prioritarios en salud mental. La población blanco identificada por este documento estaba constituida por las personas con trastornos mentales, las personas con problemas psicosociales y la población en general. Los lineamientos se encaminaban a promover la salud mental, prevenir los impactos negativos de los problemas psicosociales y reducir el impacto negativo de los trastornos mentales. Para ello se



basaron en los principios orientadores de continuidad, integración funcional, respeto por las diferencias, promoción y protección de los derechos humanos y participación de los pacientes, las familias y las comunidades. Las líneas de acción priorizadas fueron: organización de los servicios de salud mental; provisión de servicios; inclusión social; recursos humanos; vigilancia de eventos y servicios de salud mental; e investigación en asuntos prioritarios de salud mental. Finalmente, los lineamientos presentan una serie de estrategias centradas en el desarrollo de modelos de gestión de servicios de salud básicos en salud mental aplicables en todos los municipios del país; la integración de actividades, procedimientos e intervenciones básicas en el primero y en el segundo nivel de complejidad; el fortalecimiento de instituciones que prestan servicios de salud mental en el tercero y en el cuarto nivel de complejidad; el fortalecimiento de servicios de salud informales y de aquellos ofrecidos por entidades privadas sin ánimo de lucro; y el fortalecimiento de los lazos entre los servicios de salud mental de los diferentes niveles.

En el año 2004, y en respuesta a la indicación de llevar a cabo diagnósticos y planes territoriales en salud mental, se expide la Circular Externa número 0018 del 2004. Además, el Ministerio de la Protección Social publica la Guía para la Planeación del Componente de Salud Mental en los Planes Territoriales de Salud (12), donde se presentan distintos abordajes para los conceptos de salud mental, desarrollo y planeación. Así mismo, se realiza un recuento de la atención primaria en salud y de las normas correspondientes a la salud mental. Finalmente, con la perspectiva pedagógica de aprender haciendo, se presenta la guía metodológica. Este instrumento apoyó en distintos sitios del país la elaboración de diagnósticos locales y municipales de salud mental (13).

En 2006, la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP), por medio de un contrato con el Ministerio de la Protección Social, estructura una propuesta de política nacional del campo de la salud mental. La propuesta planteada, desde su marco conceptual considera a la salud mental como una fuerza transformadora que impulsa y coadyuva al desarrollo, al ejercicio y a la garantía de los derechos; contribuye a la solución de los problemas del país (el conflicto armado y sus secuelas, los desastres, la pobreza extrema, etc.); mitiga el sufrimiento derivado de las vicisitudes de la vida cotidiana y de situaciones específicas (discapacidad, deterioro de las condiciones sociales, etc.); y posibilita la atención de los trastornos. Para esta política, la salud mental representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional y, por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y que genera capital global conformado por capitales: social, cultural, simbólico y económico. Además de ello, hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos. En ella, la salud mental es una construcción dinámica y multidimensional, determinada y determinante; es, a la vez un fin, un medio y un producto. Un fin, en cuanto al bien con el que se cuenta; un medio para el desarrollo individual y colectivo, el incremento de capitales y el ejercicio de los derechos; y un producto de lo que ella misma ha contribuido a desarrollar, incrementar y garantizar (14).

La política en mención planteó como objetivo propiciar la salud mental y su capacidad transformadora, conjugando acciones que desde múltiples lugares garantizaran el cumplimiento de los derechos; incidieran sobre el capital simbólico; facilitaran el establecimiento de relaciones más equitativas e incluyentes; aminoraran el sufrimiento; restauraran el bienestar emocional y permitieran a los colombianos



incrementar su capital global y gozar de una mejor vida en el marco del desarrollo. Hasta este momento los intentos nacionales por reformular y consolidar una propuesta de política no habían sido exitosos y algunas de las orientaciones contemporáneas no habían sido recogidas por las regiones.

A pesar de estos esfuerzos por precisar la problemática y las opciones para intervenir en salud mental, la normatividad en salud hacía referencia, se centra solo en aspectos puntuales relativos a dicha problemática, sobre todo problemas como el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, la depresión, el trastorno de ansiedad, la hiperactividad con déficit de atención, el suicidio y el intento de suicidio. También se ocupaba de la integralidad del Plan Obligatorio de Salud (POS), la atención de urgencias psiquiátricas y las intervenciones y procedimientos en los niveles de atención, definiendo actores, fuentes de financiación y competencias en salud mental en el SGSSS (15-19).

Sin embargo, desde el año 2001 se había logrado avanzar con los desarrollos y se había creado el Comité Interinstitucional para el Estudio y Prevención de la Conducta Suicida, un comité distrital de salud mental, un comité de redes de buen trato y los comités de discapacidad, que entre otros trabajan en el campo de la salud mental, fortaleciendo la participación de los espacios locales en la formulación y en el desarrollo de los Lineamientos de la Política Distrital de Salud Mental del 2002 (20).

Es importante recordar que desde tiempo atrás el consumo de sustancias psicoactivas ha constituido un fenómeno de gran interés en el sector de la salud. Así, el anexo 1 de la Resolución 02358 —adoptado por la Política de Salud Mental ya nombrada— trata acerca de la Estrategia de Disminución del Riesgo del Consumo de SPA. En la misma línea,

se diseñan las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación (resoluciones 196 de 2002, 4750 de 2005, 1043 y 1315 de 2006), y ya en el año 2007 el Ministerio de la Protección Social, con la participación de la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, presentó la Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto, aprobada por el Consejo Nacional de Estupefacientes. Además, con base en la Resolución 014 de 2008 de ese Consejo, se crean las comisiones técnicas interinstitucionales para la formulación de una política nacional antidrogas de carácter integral y se estructura el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas (21-25).

Otra problemática que se había identificado en la Política Nacional de Salud Mental de 1998 —considerando su impacto en la salud mental— era la del desplazamiento forzado. Sin embargo, por distintas razones, entre estas algunas administrativas que establecieron la dependencia de las intervenciones en reparticiones distintas a las de salud mental, se da lugar a acciones que no siempre pudieron coordinarse. En este mismo sentido, debe anotarse la ocurrencia de debates conceptuales relativos a la multiplicidad de enfoques y usos del término psicosocial (26), además de las posturas consideradas opuestas, explicadas por Naranjo y colaboradores en el 2003: una psicoterapéutica, que es vinculada a la tragedia, al trauma, a las víctimas y a una atención individual, y la otra social-comunitaria, asociada con las crisis, la resiliencia, los actores sociales y la atención desde las redes sociales (27).

Ahora bien, con la Ley 1098 de 2006 se lanza el Código de Infancia y Adolescencia, el cual identifica necesidades específicas, no solo por ciclo vital, sino también apuntando a la defensa de derechos de este grupo



vulnerable. Por su parte, la Ley 1146 de 2007 expide normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de niños y adolescentes abusados sexualmente, además de la creación del Comité Consultivo Interinstitucional de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual, adscrito al Ministerio de la Protección Social (28- 29).

Los desarrollos de la Secretaría Distrital de Salud y su traducción en el documento de la política y otros derivados de esta dan cuenta parcialmente de lo que sucede en el ámbito nacional. Al principio del ejercicio de apropiación, durante el trazado de los lineamientos de política en salud mental para Bogotá realizados entre 2001 y 2004, predominaron las epistemes de corte epidemiológico, administrativo y de atención primaria en salud o psiquiatría comunitaria, junto con los discursos que exaltaban la movilización social en salud como la estrategia más adecuada para implementar dicha política, así como las posturas sistémico-constructivistas-construccionistas (30).

En el lapso entre 2004 y 2005, coincidiendo con un cambio en las tendencias políticas del gobierno distrital, se habían introducido masivamente discursos propios del Movimiento Latinoamericano de la Salud Colectiva, de la perspectiva de la salud como derecho y de la equidad en salud, mientras se conserva como eje la Atención Primaria en Salud, introduciéndose en este momento el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (31).

Posteriormente, en el año 2005 el enfoque promocional de calidad de vida y salud permitió conjugar la perspectiva de derechos con una orientación transectorial, encaminada a la satisfacción de las necesidades sociales a partir de la universalidad, la integralidad y la equidad en la acción sanitaria. En

este sentido, se reorganizó el Plan de Atención Básica en Salud (PAB) para el Distrito Capital, como un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, el cual había sido estructurado por programas y luego por ciclo vital y por líneas de intervención que respondían a los principales problemas de salud pública, lográndose con ello una interrelación de acciones con el fin de favorecer el desarrollo de valores como la autonomía, la equidad, la democracia, la sostenibilidad ambiental y el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural para la construcción de nuevas representaciones sociales en torno a la salud mental (32).

A este respecto se realizó un análisis de las acciones del PAB realizadas entre los años 2002 y el 2003, llevadas a cabo por las Empresas Sociales del Estado (ESE) de primer y de segundo nivel en las veinte localidades de la ciudad, a través de las actividades desarrolladas por los profesionales, que en el espacio comunitario realizaban acciones de promoción y prevención enmarcadas en habilidades para la vida, fomento de la resiliencia, salud mental comunitaria y fortalecimiento de las redes familiares y sociales (33).

Ese mismo año, con el Acuerdo 144 de 2005, se establece el Sistema de Salud Mental en el Distrito Capital conformado por: "... el conjunto de instituciones públicas y privadas y redes sociales de apoyo que comprende entre otras a las empresas sociales del Estado, las IPS, organizaciones sin ánimo de lucro, representantes de la comunidad organizada y universidades que realicen el control y seguimiento de las diversas expresiones de violencia, estrés y salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, suicidio, trastornos afectivos y trastornos de ansiedad etc.; para la



determinación de políticas públicas, planes, programas y proyectos que tengan como objetivo la prevención, la promoción de la salud, atención, habilitación, rehabilitación, educación, orientación de la salud mental en el Distrito Capital [...] El sistema dará cumplimiento, dentro de los marcos legales, a las políticas de salud mental y al plan de Salud Mental del Distrito Capital” (34-35).

Posteriormente, con los avances en la conceptualización de los procesos de salud mental, la Secretaría Distrital de Salud presenta el documento resumen de la Política Distrital de Salud Mental de 2005, que luego se encuentra reflejada en el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, 2008-2012 y en el Plan de Salud Distrito Capital, 2008-2011 (Acuerdo 308 de 2008), “como una apuesta política para la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud de los Bogotanos” (31). Hoy está inscrita en la Dirección de Salud Pública. Estos lineamientos son imprescindibles para la política misma y para las relaciones con las diferentes políticas con las que se relaciona: adulto; infancia; juventud; sexualidad; persona mayor; salud para grupos étnicos; género; para las personas LGTB; seguridad alimentaria y nutricional; salud ambiente; salud de los trabajadores; salud para personas en situación de desplazamiento; y personas en condición de discapacidad, aclarando que la normatividad se refiere a discapacidad física y cognitiva (retardo mental) y no incluye a las personas con enfermedad mental, como es el caso de los esquizofrénicos.

De acuerdo con este postulado, la promoción de la autonomía en individuos y colectivos generará conocimiento y acciones consecuentes que permitan el cuidado de sí mismos y de la comunidad, la participación social y, progresivamente, la disminución de condiciones de discriminación, riesgo,

coerción y violencia, entre otros. Así mismo, en estas políticas se promueven acciones desde los planos comunitario, sectorial y transectorial que buscan la articulación de todos los actores competentes, pertenecientes tanto al Distrito como a la sociedad en general, y que deben asumir un papel activo en beneficio de toda la población.

Es importante destacar la relación con la política de sexualidad, pues al realizar un análisis más cercano entre la política de sexualidad “Sexualidad sin indiferencia” y la Política Distrital de Salud Mental se encuentra el eje articulador para el ejercicio de los derechos y la consecución de condiciones de equidad para todos, en la promoción del ejercicio de la autonomía, entendida como el ejercicio de la libertad en relación con las decisiones que las personas toman en el marco de sus deseos y necesidades. En las líneas de acción de la Política Distrital de Salud Mental y en la Política de “Sexualidad sin indiferencia” se encuentran acciones comunes en formación y capacitación, participación social, articulación de redes sociales y promotoras de calidad de vida y salud, y vigilancia epidemiológica, de tal manera que esto permita la identificación, prevención y atención de problemáticas de una manera integral y que se logre evidenciar un impacto positivo en la población y puntualmente en los blancos poblacionales dispuestos por la política, dadas las condiciones epidemiológicas mencionadas.

Así, resulta prioritario que se incluyan los eventos de salud mental en las estrategias de divulgación e intervención lideradas por los programas de salud sexual y reproductiva, y viceversa, desarrollando de manera conjunta el proceso de identificación de eventos asociados con la salud mental, tales como situaciones de violencia, problemáticas familiares, toma de decisiones sobre la vida sexual o cualquier vulneración de los



derechos o atentado contra la integridad de las personas.

También es importante mencionar el Acuerdo 091 de 2003 del Concejo de Bogotá, por la relevancia de sus vínculos con la salud mental. El acuerdo en mención establece el plan de igualdad de oportunidades para la equidad de género en el Distrito Capital. De la misma manera, se destacan el Acuerdo 152 de 2005, relativo al Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas; el Acuerdo 137 de 2004, por medio del cual se crea el Sistema Distrital de Atención Integral de Personas en Condición de Discapacidad en el Distrito Capital; el Decreto 470 de 2007, por medio del cual se adopta la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital; y el Decreto 170 de 2007, que dicta disposiciones en relación con la ejecución del Plan de Atención Integral al Ciudadano Habitante de la Calle.

Es importante destacar que el interés por lo comunitario ha sido una constante. Dicho interés se encuentra representado en importantes aspectos de desarrollo estructural de la estrategia de APS de la Secretaría de Salud Pública desde el año 2005, con participación comunitaria. Ese año la Secretaría de Salud de Bogotá se propone acciones en un contexto social de desempleo; informalidad; pobreza; inequidades en salud; baja capacidad de respuesta del sistema, barreras de acceso; enfermedades crónicas; enfermedades infecciosas; y muertes generadas por causas evitables, en particular en la población materna infantil. A esto se suma el desconocimiento y la falta de información y de participación de la población. Además, había una evidencia internacional que sugería que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación de la APS alcanzaban mejores y más equitativos resultados en salud, además de que eran más eficientes, tenían costos más bajos de atención y lograban

una satisfacción más alta del usuario, en comparación con aquellos sistemas que tienen una débil orientación a la APS. En consecuencia, la Secretaría plantea que la reorientación de los sistemas de salud con un enfoque de la APS demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención, ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; el desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios (36). Por ello se inicia la formulación y el desarrollo de la política pública orientada hacia la garantía del derecho a la salud, apoyada en el enfoque promocional de calidad de vida y salud y en la APS (37).

Esta adopción de la estrategia de APS basada en la integralidad de la atención, según las necesidades de las personas, entendida como una forma de organización de los servicios de salud en los diferentes niveles, articulando las acciones individuales y colectivas que dan respuesta a las necesidades de la población, estaba en consonancia con la equidad social, la corresponsabilidad entre población, sectores público y privado, la solidaridad, la participación social y un concepto amplio de salud. Con base en ello, se pretendía orientar y articular los esfuerzos del sector salud con otros sectores sociales (educación, Secretaría de Integración, etc.) para que las intervenciones que se desarrollaran con y para la comunidad dieran respuesta, de manera integral, a sus problemas y necesidades y se lograra enfrentar los determinantes sociales de la inequidad en salud.

Los desarrollos alcanzados para la afectación de los determinantes sociales de la salud por parte de la APS en el escenario local,



permiten llegar a formular la creación del Complejo de Atención Primaria en Salud, entendido como el conjunto de procesos, recursos y requerimientos institucionalmente incorporados que propicien la articulación de todas las intervenciones sociales que se desarrollan con los individuos y con las colectividades. Para ello este complejo estaría ubicado en cada una de las localidades del Distrito, bajo la responsabilidad de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención, y operaría a través de tres puertas de entrada: los ámbitos de vida cotidiana, el programa Salud a su Hogar y los servicios de salud, las cuales realizan coordinación permanente entre sí y con la comunidad y el usuario. Este último jugaría un papel preponderante en el ejercicio de la autonomía y en la participación activa para la identificación, resolución y seguimiento de las necesidades colectivas, destacando como eje central los procesos de participación social (37).

Antes de hacer operativa esta estrategia se encontraron dificultades, a pesar del aumento en el aseguramiento en salud de la población afiliada—tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo—, dificultades que se deben a la separación de funciones de administración y prestación de servicios, con planes de beneficios diferenciales y prestados por diferentes actores en el sistema de salud. Esto da lugar a situaciones de conflicto de intereses, cuyo resultado no siempre favorece el acceso a la atención y deteriora el estado de salud y la calidad de vida de la población. La distribución geográfica de la oferta de servicios de salud respondía a las preferencias de los prestadores más que a las necesidades de atención de la población, lo cual creaba barreras para el acceso a los servicios de los más pobres, a pesar de su incremento, ya que la mayoría de instituciones de servicios de salud se ubicaba en el norte y en el centro de la ciudad. Para esta época la red hospitalaria pública estaba conformada por veintidós

ESE y se encontraba organizada por niveles de complejidad tecnológica: cinco ESE de tercer nivel de atención, siete de segundo nivel y diez de primer nivel, estas últimas compuestas por centros de atención médica inmediata (CAMI), unidades primarias de atención (UPA) y unidades básicas de atención (UBA).

Además, había problemas entre las dinámicas internas de los que aseguraban y aquellas de los que prestaban los servicios de salud. Estos problemas se expresaban en la dificultad para la autorización de servicios de mayor complejidad o servicios complementarios, la existencia de excesivos trámites administrativos, demoras en la atención y falta de información, lo cual ocasionaba un abandono en la solicitud del servicio y en el seguimiento de los controles establecidos por los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Además, había un desconocimiento por parte de los profesionales, de la historia clínica de los usuarios, lo que acarrea la utilización de tratamientos diferentes. Esto suscitaba desconfianza y abandono en la demanda de los servicios y, en consecuencia, deterioro de la salud. Además, implicaba un desconocimiento por parte del personal de salud, del papel del individuo, la familia y la comunidad en la identificación y solución de los problemas, en medio de la desinformación y la negligencia, lo que favorecía la aplicación de prácticas inadecuadas para enfrentar la enfermedad.

Ante esta situación, la Secretaría de Salud de Bogotá toma la decisión de implementar la estrategia de Atención Primaria en Salud, entendida como un conjunto de acciones que se llevan a cabo para promover la salud para todos, así como para prevenir y controlar la enfermedad, mediante la mejor distribución de los recursos y medios disponibles. Esta estrategia se basa en la APS Renovada, que entiende los valores como principios sociales,



metas o estándares mantenidos o aceptados por un individuo, clase o sociedad (36). Estos valores son esenciales para fijar prioridades y para evaluar si los planes sociales satisfacen las necesidades y las expectativas de la población. A este efecto, la Política Distrital de Salud y su enfoque promocional de calidad de vida y salud deben edificarse con base en los mismos valores formulados por la APS Renovada: derecho a la salud, equidad y solidaridad (36).

Así, para el desarrollo y la evaluación de esta estrategia se adoptan principios definidos internacionalmente y relacionados con la asistencia sanitaria: *accesibilidad* o facilitar el servicio cuando la población lo requiera; *integralidad* o articulación de las intervenciones educativas, de comunicación, de protección, de promoción, de prevención de enfermedades, de atención y de rehabilitación; *continuidad* o seguimiento de los procesos de atención en el tiempo, en las redes de servicios sectoriales y en las redes sociales disponibles; *longitudinalidad* o *vínculo*, que es la permanencia en el tiempo de la relación entre las personas, los equipos de atención y los servicios de salud; y *participación social*, principio a través del cual la comunidad, las organizaciones sociales y otras instituciones aportan a la identificación e intervención de la situación de salud, ya sea en procesos de planeación o en la promoción y consolidación de factores protectores de la salud.

Los avances de la implementación de la estrategia se dan a conocer con la implementación del programa Salud a su Hogar, como una primera fase, en territorios vulnerables: población de estratos uno y dos y

condiciones sociales y ambientales precarias, donde se vincula a 1.200 familias, con un equipo de salud familiar y comunitaria¹ encargado de identificar, de manera conjunta con la población, sus necesidades y problemas, además de planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones y realizar seguimiento a los cambios en las condiciones de vida y salud de la población y del territorio. A partir de 2006 se da inicio a la segunda fase, a través de la creación del Complejo de Atención Primaria en Salud, mencionado anteriormente. Todo este conjunto de intervenciones realizadas de manera articulada por parte de las instituciones que debían atender “lo social”, en un territorio determinado, se denominó “Gestión Social Integral”, para la cual se requería la participación de la comunidad.

Las intervenciones de la APS en lo local se fundamentaron en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades (38), puesto que eran de bajo costo y se obtenían buenos resultados, dado que conferían poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud y además porque eran esenciales para abordar los principales determinantes sociales de la salud. Por ello, el desarrollo de la APS requirió articular las intervenciones individuales y colectivas y los recursos de los diferentes actores del Sistema y de otros actores del eje social² que facilitaron el cumplimiento de los principios: mejoró la *accesibilidad*, ya que ayudó a la población en la identificación de problemas de salud que por su desconocimiento no eran tratados a tiempo, acercando así los servicios de salud a los hogares; incrementó la *oferta de servicios*, ampliando horarios de atención, disminuyendo trámites

1 Los equipos estaban conformados por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería, promotores de salud, un auxiliar de enfermería y un técnico ambiental, quienes dependerían de las ESE de primer nivel de atención.

2 Incluye las acciones del sector salud y las de otros sectores del eje social: Secretaría Distrital de Integración Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Secretaría de Educación, Metrovivienda, Caja de Vivienda Popular (CVP) y otras instituciones y actores locales.



administrativos (verificación de derechos, facturación, admisiones) e informando permanentemente a la población sobre sus derechos; mejoró la *integralidad*, porque a partir de una necesidad específica, se daba respuesta a los diferentes problemas que afectaban la salud del individuo y de su entorno; se definieron mecanismos únicos, sencillos y claros de referencia entre los diferentes niveles de atención en salud y de canalización y seguimiento entre ámbitos; se articularon las necesidades encontradas desde el sector salud con las redes sociales, para integrar acciones y recursos en la solución de problemas, dando continuidad en la medida en que construía mecanismos que posibilitaban el flujo de atención, según la complejidad o complementariedad que se requería hasta que se pudiera solucionar favorablemente la problemática y procurando su vinculación más duradera a los programas e intervenciones del sector. Además, permitía la *longitudinalidad*, porque fomentaba una relación cercana entre el personal de salud y la población, a través de mecanismos estables como una historia clínica disponible, la disponibilidad de consultas para los programas de promoción y prevención y la permanencia de los profesionales, para garantizar que los ciudadanos se mantuvieran activos dentro de los programas.

En cuanto a la participación, el derecho de todos fue impulsado y reconocido como el principio de la Estrategia APS. Así, se planteó como una responsabilidad de los ciudadanos y las organizaciones sociales, en la medida en que les permitiría entender y reflexionar sobre las necesidades sociales, tomar parte en las decisiones que los afectaban, promover el fortalecimiento de la organización social y, finalmente, lograr la movilización social para exigir el derecho a la salud; todo ello concertado con las comunidades y con el Estado, con compromisos más allá de intereses particulares.

La generación de organizaciones comunitarias que buscaran la respuesta a sus necesidades de condición de vida, implicaba convertir a las personas en constructoras y creadoras de cambios en sus vidas y en la de los otros. Así, a fin de consolidar la acción institucional y comunitaria en el Complejo de Atención Primaria en Salud, se crearon los siguientes espacios de participación comunitaria:

Los grupos gestores escolares, conformados principalmente por estudiantes, profesores, directivos de colegios y orientadores, los cuales trabajarían en la identificación de problemáticas que afectarían a los niños y a los jóvenes y en propuestas para solucionarlas; *los grupos u organizaciones sociales*, encargados de promover la salud en los barrios de su influencia; *las asociaciones o alianzas de usuarios*, que velarían por la mejora en la prestación de los servicios; *los núcleos de gestión*, conformados por veinte o más habitantes del territorio que estuvieran interesados en trabajar conjuntamente en la búsqueda de soluciones a problemas relacionados con el entorno, las vías y los espacios comunitarios, entre otros; *los comités de participación comunitaria en Salud* o *Copacos*, *las asociaciones de usuarios* y *los comités de veeduría ciudadana*. Los Copacos son espacios de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, existentes en cada localidad. Su gestión está orientada a la articulación, el fortalecimiento y la dinamización de la participación comunitaria en torno a la promoción de la salud y los procesos de planeación en salud. Las asociaciones de usuarios son agrupaciones de afiliados a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado y de población pobre no afiliada atendida por las ESE, que tienen derecho a utilizar los servicios de salud de una institución prestadora de servicios de salud, pública o privada, y que se asocian con el objetivo de velar



por la calidad del servicio y por la defensa de los derechos en salud. Los comités de veeduría, por su parte, se encargan de hacer control social y seguimiento a la inversión en salud de cada localidad y su propósito es contribuir a la elaboración eficiente y a la ejecución de los proyectos en salud. Estos comités se encuentran conformados por los ciudadanos que libremente expresen la voluntad de hacerlo. Además, las *unidades de análisis comunitario* pretenden apoyar el levantamiento del diagnóstico de salud, evidenciar con mayor fuerza situaciones de difícil solución e involucrar a la comunidad y a las instituciones en la planeación territorial como el *Consejo Local de Política Social*, el *Consejo de Planeación Local*, las *redes de discapacidad*, las *redes de buen trato*, las *mesas* y los *comités*, que buscaban de forma integral dar solución a los problemas sociales de la localidad. Finalmente, es importante mencionar a los *comités de ética*, que incluyen dos representantes de la comunidad y velan por los derechos de los enfermos. En el caso de los enfermos mentales existen los mismos deberes y derechos que para el resto de los enfermos, pero a nivel institucional, en ciertos casos, se han presentado solicitudes específicas de servicios.

Ahora bien, en el marco de lo sucedido en el país a partir de la implementación de la Ley 100 de 1993 y sus posteriores modificaciones, altamente restrictivas en el campo de la atención sanitaria en salud mental, la ciudad de Bogotá había logrado mantener a lo largo de los años una de las ofertas de servicios asistenciales de salud mental más completas de Colombia, protegiendo muchos de los logros alcanzados, mediante estrategias como el diseño de paquetes de atención integral en salud mental que se prestaban a través de la red adscrita a la población beneficiaria del régimen subsidiado y a la población vinculada. Algunas de las modificaciones en la normatividad, que implicaban avances en la prestación para el

resto del país, suponían un menoscabo en el caso de Bogotá; por ejemplo, la atención de niños y adolescentes y los servicios cerrados al descargar su pago en las EPS subsidiadas a partir de 2009, son modificados en el año 2011 por medio de la Ley 1438, la cual dispone la unificación de los planes de beneficio, lo que implica para las personas que son atendidas a través de los paquetes en salud mental en Bogotá, comenzar a ser atendidas, ya no a través del ente territorial, sino a través de la EPS subsidiada y bajo el POS del sistema contributivo que todos conocemos y que limita enormemente la atención en psiquiatría. Estos paquetes enfatizan en la atención primaria y en distintas situaciones y poblaciones (39).

Con base en la Ley 1438 de 2011, se realizará el proceso de actualización de la política distrital de salud mental, teniendo en cuenta el proceso de reforma a la salud, que establece la estrategia de APS como el marco obligado. La norma en mención dispone en su artículo 12: “Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”.

La APS es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo, la ley en mención en su artículo 65 define la atención integral en salud mental en los siguientes términos:



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.

Es importante recordar que en el año 2008, el Ministerio de la Protección Social había generado el borrador para revisión del documento titulado *Un modelo para el componente de salud mental en la Estrategia de Atención Primaria en Salud para el SGSSS*, elaborado por Posada ese mismo año. Este componente:

... posibilita realizar actividades de promoción de la Salud Mental y prevención de los problemas y trastornos mentales, en la que los usuarios reciben primeros auxilios mentales y si es necesario los productos o servicios diseñados para la atención de problemas y trastornos mentales agudos y episódico que así lo requieran, así como para el manejo de los trastornos mentales crónicos además de la integración a servicios más especializados y otras partes del sistema cuando ello sea necesario. (40)

En la actualidad se están dando pasos para implementar este modelo, a través de los siguientes avances: la puesta en marcha del Observatorio Nacional de Salud Mental, cuyo lanzamiento se realizó en octubre de 2011; la capacitación de recurso humano en salud mental, especialmente los médicos generales; y la elaboración de guías de atención integral en salud mental para la depresión, el alcoholismo, el déficit de atención, la hiperactividad, la ansiedad y la bulimia. Como se puede apreciar, es entre los años 2009 y 2012 que se amplía la normatividad a nivel nacional y distrital que tiene interés en la unificación del

plan de beneficios, la atención en caso de emergencias y la atención primaria en salud. Además, se generan cambios en la normatividad relacionada con la salud mental —algunas veces por presión de asociaciones de usuarios y otras veces por los intereses de los laboratorios— que aun cuando aparentemente contribuyen a la asistencia, crean inquietudes y reflejan inequidades en la garantía del derecho a la salud mental.

Esta normatividad incluye el Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011, por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011, que tiene por objeto la definición, la aclaración y la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado, y que debe ser ofrecido por las EPS y por los demás prestadores de servicios de salud a todos sus afiliados. Además de la definición de conceptos, el acuerdo en mención reitera los principios generales del POS: integralidad; territorialidad; complementariedad; pertinencia demográfica y epidemiológica; costo-efectividad; eficiencia y sostenibilidad financiera; participación; transparencia; competencia; corresponsabilidad y calidad. En cuanto a la cobertura del POS, y en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el artículo 12 del Acuerdo manifiesta que de conformidad con la estrategia de APS, el POS cubre todas las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana, todas ellas adoptadas mediante las resoluciones del Ministerio de la Protección Social número 412 y 3384 de 2000, 3442, 0769 y 1973 de 2008.

Específicamente en el campo de la salud mental, el artículo 17 dice que el POS debe cubrir la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, con independencia de la fase en que se



encuentre la enfermedad, así: treinta sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatría o psicología, durante un año calendario, y treinta terapias grupales, familiares o de pareja, en total, por psiquiatría o por psicología, durante un año calendario. Además, en el artículo 18 dice que se debe cubrir la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando sea pertinente y a criterio médico.

El artículo 22, por su parte, señala que en el caso de la atención de urgencias relacionadas con la salud mental, esta deberá ser cubierta por el POS, en el servicio de urgencias y con observación durante las veinticuatro horas, cuando el evento ponga en peligro la vida o integridad de la persona, sus familiares o la comunidad. Además, en el artículo 24 se menciona que para el manejo de la enfermedad mental, cuando requiera internación, el POS cubrirá hasta noventa días, y esta se manejará de preferencia en internación parcial.

Posteriormente, aparece la Aclaración CRES número 20123210004271, del 17 de enero de 2012, donde se ratifican los contenidos del POS en cuanto a las acciones de salud mental en el caso de pacientes con trastornos o enfermedad mental, afiliados al régimen contributivo o al régimen subsidiado, menores de dieciocho años o mayores de sesenta años, en lo que hace referencia a medicamentos con cargo a la UPC del régimen que corresponda, así: todos los medicamentos relacionados en el Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011 y los procedimientos, especificando los niveles donde se deben brindar; atención de visita domiciliaria por medicina general —primer nivel—; atención de visita domiciliaria por medicina especializada, psicología, trabajo social y por el equipo interdisciplinario —segundo nivel—; además, consulta

de primera vez por medicina general —primer nivel—; consulta de primera vez por medicina especializada, psicología, trabajo social y por el equipo interdisciplinario —segundo nivel—; consulta de control y seguimiento; interconsultas; junta médica; manejo intrahospitalario y consulta de urgencias. También incluye la administración de pruebas de personalidad, la evaluación de alteraciones emocionales y de conducta, la determinación del estado mental; psicoterapia individual; intervención en crisis; psicoterapia de pareja; psicoterapia familiar e intervención en salud mental comunitaria e internación en salud mental de baja, mediana y alta complejidad, además de internación parcial y sala de observación de urgencias de baja, mediana y alta complejidad. La Aclaración ratifica la internación hasta por noventa días y la psicoterapia individual por psicología o psiquiatría, así como la psicoterapia ambulatoria grupal, familiar y de pareja hasta por treinta sesiones durante el año.

Así mismo, determina la ampliación de la cobertura cuando se trata de mujeres víctimas de violencia, de cualquier edad, y de menores de dieciocho años víctimas de violencia intrafamiliar, con abuso sexual, trastornos alimentarios, uso de sustancias psicoactivas y discapacidad. Especifica también los medicamentos y los procedimientos para los pacientes entre los 18 y los 59 años de edad con trastornos o enfermedad mental, afiliados al régimen subsidiado, los cuales no se han unificado en el POS; permanecen los medicamentos del Acuerdo 029 en caso de hospitalización total o parcial y durante la fase terapéutica incluida en el POS. Los procedimientos realizados en el ámbito ambulatorio se mantienen según el Acuerdo 008 de 2009 y estarán a cargo de los entes territoriales, de conformidad con lo señalado en la Ley 715 de 2001.

Es importante señalar que para contribuir a



la clarificación en materia de la normatividad en cuanto al trabajo en redes, la Secretaría de Salud de Bogotá adopta la Resolución 1505, del 19 de diciembre de 2011, por medio de la cual se conforman las redes territoriales de hospitales públicos para el desarrollo del modelo de atención en salud, teniendo en cuenta que el servicio de salud a nivel territorial debe prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta y la racionalización del costo de las atenciones. La red se define como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos más eficientes, equitativos, integrales y continuos, a una población definida de acuerdo con su demanda, donde la implementación de la estrategia de APS debería guiar la organización y el funcionamiento de la red. Además, la Resolución propone la determinación de ocho territorios en el Distrito Capital para la conformación de las redes, de las cuales destacan por sus eventos de interés las siguientes: la red materno-perinatal, la red de salud mental, la red de rehabilitación funcional y la red de cáncer (41).

Finalmente, es importante resaltar que a pesar del avance en la normatividad en el sector salud, que protege aspectos físicos de salud y en ese sentido debería proteger los aspectos relacionados con la salud mental, dicha normatividad no es específica para el área de salud mental. De otra parte, no se hace una apropiada vigilancia y control de su aplicación, pues para que efectivamente haya un investigación debe existir antes un caso de queja de algún usuario. Además, desde la perspectiva de los propios profesionales prestadores de servicios de salud mental, aunque se ha logrado un posicionamiento progresivo de la atención sanitaria en salud mental, además del constante esfuerzo de los

profesionales de salud mental por prestar sus servicios de manera ética, cálida, eficiente y con calidad, existen diversas deficiencias en la disponibilidad de recursos humanos y en la organización de la atención sanitaria en salud mental, que deberán ser subsanadas con la participación de la Secretaría de Salud para poder incidir de la mejor manera en la salud de los habitantes del país (42).

Así mismo, existe una oferta desigual de paquetes de atención en salud mental a lo largo de las distintas localidades y empresas sociales del Estado de la ciudad. Adicionalmente, uno de los aspectos más relevantes que plantea dificultades para una adecuada asistencia en salud mental desde la red adscrita, es el de la contratación de personal capacitado en salud mental (psiquiatras, psicólogos, terapeutas y trabajadores sociales)³ por parte de las ESE que operan los paquetes contratados con la Secretaría Distrital de Salud en cantidades inferiores a las realmente requeridas según los lineamientos de contratación, exigiendo a los profesionales⁴ que atiendan un número de pacientes que sobrepasaría su capacidad laboral contratada si se cumpliera con estándares mínimos de calidad y duración de las intervenciones. Así mismo, les piden que cubran simultáneamente varios tipos de intervención, e inclusive varios puntos de atención en zonas diferentes de la ciudad. Además del desgaste indebido del recurso humano, este tipo de prácticas atentan, sin lugar a dudas, contra la calidad de los servicios prestados y contra los derechos de los pacientes.

3 Esta situación es especialmente notable en el caso de los psiquiatras.

4 Habitualmente contratados mediante la modalidad de prestación de servicios profesionales, la cual crea condiciones de especial vulnerabilidad para los profesionales.



Referencias bibliográficas

1. López Muñoz F, Álamo C, Cuenca E. La década de oro de la psicofarmacología (1950-1060): transcendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Congreso Virtual de Psiquiatría, España, 2000.
2. Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración sobre los problemas éticos de pacientes con enfermedades mentales. París: Asociación Médica Mundial; 1995.
3. Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos para la práctica de la psiquiatría. Madrid: World Psychiatric Association; 1998.
4. Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración de Hawái, 1977.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Programa de Salud Mental. Washington: Oxford University Press; 1990.
6. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Conducta suicida en la ciudad de Bogotá. Seguimiento a meta tasa de suicidio. Manuscrito no publicado, 2011.
7. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública y Equipo Técnico Poblacional. Lineamientos del enfoque poblacional. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2011.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS; 1990. Consultado en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243561367.pdf>
9. Infante A, De la Mata, I, López-Acuña, D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública. 2000; 8 (1/2).
10. Congreso de Colombia. Ley 790 de 2002.
11. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007.
12. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud; 2005.
13. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Circular Externa 0018. Colombia: Despacho del Ministro; 2004.
14. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social y Asociación Colombiana de Psiquiatría. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento para discusión y acuerdos. Bogotá: El Ministerio; 2007.
15. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Circular Externa 0018 de 2004. Colombia; 2004.
16. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007.
17. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007.
18. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 0425 de 2008.
19. República de Colombia, Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 008 de 2009.
20. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Lineamientos de la política de la salud mental en Bogotá, Manuscrito no publicado; 2002.
21. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 196 de 2002.
22. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 4750 de 2005.
23. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006.
24. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1315 de 2006.
25. República de Colombia, Dirección Nacional de Estupefacientes, Consejo Nacional de Estupefacientes. Resolución 014 de 2008.
26. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Pontificia Universidad Javeriana. Desplazamiento interno y atención psicosocial. El reto de reinventar la vida. Un estado del arte. Bogotá: OIM; 2002.
27. Naranjo G, et ál. Sistematización de experiencias de atención psicosocial en Antioquia. Municipios afectados por el conflicto armado y población desplazada 1999 -2003. Bogotá: OPS, Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003.
28. Congreso de Colombia, Ley 1098 de 2006.
29. Congreso de la República de Colombia. Ley 1146 de 2007.
30. Urrego Z. Vínculos, redes y ecología: reflexiones sobre la experiencia demostrativa de un modelo de salud mental basado en la comunidad efectuada en la Red Suroccidental de Bogotá, 2002. Bogotá: Universidad Santo Tomás, Maestría en Psicología Clínica y de la Familia; 2002.
31. Urrego Z. Propuestas de ajuste de plan de acción de salud mental, del plan de acciones colectivas y para el mejoramiento de la respuesta asistencial en salud mental del Distrito Capital. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2010.
32. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública, Componente de Gestión Local para la Salud. Fortalecimiento de espacios locales



- (mesas, consejos y comités) para la construcción e implementación de políticas públicas para la salud. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2011.
33. Rúa L. Acciones de promoción y prevención en salud mental. Una experiencia desde el plan de atención básica en Bogotá, 2002-2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2003; 32 (Supl. 1).
 34. Concejo de Bogotá. Acuerdo 144 de 2005.
 35. Concejo de Bogotá. Acuerdo 152 de 2005. Colombia; 2005.
 36. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas; 2005.
 37. Secretaría Distrital de Salud Bogotá. Por el derecho al desarrollo de la autonomía: Política Distrital de Salud Mental. Colombia; 2005.
 38. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C; 2006.
 39. Barrera N. Unificación total del POS subsidiado y contributivo: reflexiones acerca de las implicaciones para la salud mental en Bogotá. Bogotá: Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, 2008-2012. Bogotá: Alcaldía Mayor; 2008.
 40. Posada J. Un modelo para el componente de salud mental en la estrategia de Atención Primaria en Salud para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (borrador para revisión). Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.
 41. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Política Distrital de Salud Mental, Programa Distrital de Salud Mental, Proyecto de Autonomía en Salud Mental. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.
 42. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Referentes gestión local de salud mental. Matriz descriptiva integrada sobre intervenciones de salud mental en las Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital (documento de trabajo). Colombia; 2009.



Anexo I

Recuento de leyes, decretos, resoluciones y acuerdos que regulan la salud mental en el ámbito nacional colombiano

Leyes

Ley 1448/2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438/2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1361/2009	Por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia.
Ley 1346/2009	Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
Ley 1315/2009	
Ley 1306/2009	Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados.
Ley 1295/2009	Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sisben.
Ley 1276/2009	A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.
Ley 1251/2008	
Ley 1122/2007	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
Ley 1164 /2007	
Ley 790/2002	Por la cual se reforma parcialmente la Ley 100 de 1993. El artículo 33 menciona que el Plan Nacional de Salud Pública debe incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental; la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio; y el tratamiento de los trastornos mentales de mayor prevalencia.
Ley 789/2002	
Ley 745/2002	Ley de Talento Humano en Salud
Ley 715/2001	
Ley 575/2000	Por medio de la cual se ordena la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y se crea el Ministerio de la Protección Social.
Ley 383/1997	Por medio de la cual se define el Sistema de Protección Social.



Ley 361/1997	Por medio de la cual se establecen las sanciones sobre el consumo de SPA, aun para dosis personales, cuando se hace en sitios públicos en presencia de menores.
Ley 387/1997	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Reforma la Ley 60 de 1993.
Ley 294/1996	Por medio de la cual se reforma la Ley 294/1996.
Ley 115/1994	En donde se establece la destinación del IVA social, según grupos de riesgo, entre los cuales se encuentran las personas con trastorno mental inimputables y discapacitados menores de edad.
Ley 152/1994	Por medio de la cual se establece el mecanismo de integración social de las personas con limitación, reconociendo su dignidad y sus derechos fundamentales de carácter económico, social y cultural, para su completa realización personal y su total integración social y para garantizar a las personas con limitaciones severas y profundas la asistencia y protección necesarias.
Ley 124/1994	Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado y para la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia.
Ley 100/1993	Por medio de la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política, en lo relativo al tratamiento integral de las diferentes modalidades de violencia en la familia.
Ley 65/1993	Por medio de la cual se definen, entre otros, los fines de educación respecto a la formación para la promoción y la prevención de la salud e higiene y la prevención integral de problemas socialmente relevantes.
Ley 10/1990	Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud. Prevé el establecimiento de la Junta Nacional de Tarifas, para la venta de los servicios en los hospitales públicos. Obliga a los gobernadores y a los jefes seccionales de salud a responder por la política regional de salud y les entrega la administración de los hospitales regionales y universitarios. Declara la salud como un servicio público y define los servicios de urgencia que deben ser prestados obligatoriamente a la población. Establece los servicios básicos gratuitos y moderniza la gestión hospitalaria. Crea la participación comunitaria y los fondos especiales de medicamentos.



Ley 30/1986	Conocida como la ley antidroga. Plasma principios generales y adopta definiciones relacionadas con las sustancias, sus usos, dosis, etc. Así mismo, señala los programas de educación en la materia y la formación de comités cívicos para luchar contra el flagelo de la drogadicción. Limita el trabajo de menores en sitios donde se expenden licores y obliga a incluir en las cajetillas de advertencias sobre el carácter nocivo del tabaco.
Ley 9ª/1979	Se relaciona con la temática en sus artículos 460, 594 y 599, en lo relacionado con los medicamentos de control especial, el carácter de bien común que tiene la salud, el derecho a vivir en un ambiente sano, el cuidado y el autocuidado de la salud y el carácter de orden público de las normas relativas a la salud de la población, respectivamente.
Decretos	
Decreto 2973/2010	Por el cual se fijan los criterios para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental a las víctimas de la violencia política y se dictan otras disposiciones.
Decreto 0133/2010	Por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 0132/2010	Por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 4976/2009	Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos que permitan garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud de la población beneficiaria.
Decreto 4975/2009	Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social.
Decreto 0366/2009	Por medio del cual se reglamenta la organización del servicio de apoyo pedagógico para la atención de los estudiantes con discapacidades o con talentos excepcionales, en el marco de la educación inclusiva.
Decreto 3039/2007	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010
Decreto 205/2003	Por medio del cual se estructuran y se definen las funciones del Ministerio de la Protección Social.
Decreto 1320/1997	Por medio del cual se crea el Comité de Evaluación Interinstitucional para la atención de los pacientes inimputables.



Decreto 1757/1994	Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y las formas de participación social en la prestación de los servicios de salud, en particular lo planteado en el capítulo V “Participación Social”, en donde se habla de su expresión en los procesos cogestionarios de planeación y veeduría comunitaria en salud.
Decreto 1108/1994	Por medio del cual se reglamenta el consumo de SPA.
Decreto 2177/1989	Por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1982, aprobatoria del Convenio 159 suscrito con la OIT y relativa a la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.
Decreto 2737/1989	Por el cual se expide el Código del Menor.
Decreto 3788/1986	Sobre estupefacientes y control a las campañas para promover el consumo de alcohol y tabaco.
Decreto 3430/1982	Por medio del cual se reglamentan los artículos 16, 18 y 20 del Decreto-Ley 1188/74m, sobre la propaganda para promover el consumo de alcohol.
Decreto 2358/1981	Por el cual se coordina el Sistema Nacional de Rehabilitación.
Decreto 1136/1970	Por medio del cual se dictan algunas medidas sobre protección social, sobre rehabilitación de la vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos.
Decreto 1355 /1970	Por medio del cual se dictan normas sobre policía, disposiciones relativas a contravenciones nacionales de policía y sus medidas correctivas.
Resoluciones	
Resolución 3470/2011	Por la cual se establecen los valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).
Resolución 1507/2011	Mediante la cual se asignan recursos provenientes de la subcuenta ECAT del Fosyga a las entidades territoriales para la atención en salud a las personas en situación de desplazamiento no asegurados o lo no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, durante la vigencia 2011.
Resolución 0658/2011	Por la cual se establecen los requisitos mínimos que deben cumplir los albergues, las escuelas y otros lugares similares para prestar servicios de salud a la población afectada por la emergencia invernal.
Resolución 0216/2011	Por medio de la cual se fijan mecanismos y condiciones para consolidar la universalización en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 0425/2008	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución y seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.



Resolución 00315/2006	Continuación de la resolución por la cual se definen las condiciones de habilitación para los centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia y se dictan otras disposiciones.
Resolución 474/2003	Por la cual se definen los cupos indicativos para la distribución de los recursos de la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.
Resolución 196/2002	Por medio de la cual se adoptan normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral que prestan servicios a personas con problemas asociados al consumo de SPA.
Resolución 412/2000	Por la cual se reglamenta el Acuerdo 117/1998, en lo relativo a la demanda inducida, protección específica y detección temprana. Permitió la definición de las normas técnicas y las guías de atención integral (Guía de atención a la mujer y menor maltratada y normas técnicas sobre crecimiento y desarrollo).
Resolución 2358/1998	Por medio de la cual se acoge la Política Nacional de Salud Mental.
Resolución 3997/1996	Por medio de la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS.
Resolución 4288/1996	Por la cual se define el PAB del SGSSS.
Resolución 5261/1994	Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 03913/1994	Por la cual se adoptan unas medidas sanitarias en desarrollo de políticas de salud mental en lo relativo a la adquisición y distribución de los fármacos básicos.
Resolución 04108/1993	Por medio de la cual se establecen los criterios técnicos para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas y se deroga la Resolución 003001/1993.
Resolución 02417/1992	Por medio de la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental.
Resolución 06980/1991	Por medio de la cual se expiden normas para el control de la importación, exportación, fabricación, distribución y venta de medicamentos, materias primas y precursores de control especial.
Resolución 14130/1985	Por medio de la cual se adopta el documento titulado <i>Manual general de organización, modelo normativo para trabajo social en el programa de salud mental, según niveles de atención, organización y funciones.</i>
Resolución 14129/1985	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización <i>Modelo normativo para la psicología en el programa de salud mental, organización y funciones.</i>



Resolución 9090/1982	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización <i>Modelo normativo para la unidad de terapia ocupacional en el hospital psiquiátrico y la unidad de salud mental integrada al hospital general.</i>
Resolución 02417/1982	Relativa a los criterios técnicos para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas.
Resolución 08187/1982	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización <i>Modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental, según niveles de organización y atención y funciones.</i>
Resolución 08186/1982	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización <i>Modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental a nivel local.</i>
Resolución 08185/1982	Por medio de la cual se adopta el documento para la organización del departamento de nutrición y dietética en los hospitales psiquiátricos.
Resolución 09089/1982	Por medio de la cual se adopta el manual normativo y de organización <i>Propuesta para un taller protegido, en el área de la salud mental.</i>
Acuerdos y circulares	
Acuerdo 003/2009	Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos.
Acuerdo 003/2009	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.
Acuerdo 415/2009	Por medio del cual se modifica la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 144/2005 SDS	Crea el Comité Distrital de Salud Mental.
Circular 0052/2011	Intensificación de las acciones de inspección, vigilancia y control en salud pública en el transporte y en los establecimientos donde se comercializa, distribuye, expende y consume licor; así mismo, incremento de las acciones de prevención y vigilancia epidemiológica de la intoxicación metélica.
Circular Externa 00018/2004	Se establecen los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública. Define como una acción prioritaria para el país de conformidad, con el numeral 12 del artículo 42 de la Ley 715/2001, la reducción del impacto de la violencia y la implementación de las políticas de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.