



UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
GESTIÓN DE BIBLIOTECAS



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 1

Neiva, 16 de Mayo de 2024

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

Los suscritos:

LAURA ESTEFANÍA VARGAS JIMÉNEZ, con C.C. No. 1.075.259.001 y TEÓFANES VARGAS NASAYÓ con C.C. No. 71.685.418, Autores de la tesis y/o trabajo de grado titulado PROGRAMAS, PLANES Y POLÍTICAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA, presentado y aprobado en el año 2024 como requisito para optar al título de Magister en Derecho Público.

Autorizamos al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

LAURA ESTEFANÍA VARGAS JIMÉNEZ:

TEÓFANES VARGAS NASAYÓ:

Firma:

Firma:

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA					   	
	GESTIÓN DE BIBLIOTECAS						
DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO							
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	1 de 3

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: PROGRAMAS, PLANES Y POLÍTICAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA.

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
VARGAS JIMÉNEZ	LAURA ESTEFANÍA
VARGAS NASAYÓ	TEÓFANES

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
LOPEZ DAZA	GERMÁN ALFONSO

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
LOPEZ DAZA	GERMÁN ALFONSO

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: MAGISTER EN DERECHO PUBLICO

FACULTAD: FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y POLITICAS

PROGRAMA O POSGRADO: MAESTRIA EN DERECHO PUBLICO

CIUDAD: NEIVA **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2021 **NÚMERO DE PÁGINAS:**135

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una **X**):

Diagramas X Fotografías___ Grabaciones en discos___ Ilustraciones en general X Grabados___ Láminas___ Litografías___ Mapas___ Música impresa___ Planos___ Retratos___ Sin ilustraciones___ Tablas o Cuadros X

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento: NINGUNO

MATERIAL ANEXO: NINGUNO

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser **LAUREADAS** o *Meritoria*): NINGUNO

Vigilada Mineducación

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.

	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					   	
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 3

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Políticas públicas	Public Policies	6. SIVIGILA	SIVIGILA
2. Enfoque de derechos	Rights Approach	7. Ley 1616 de 2013	Law 1616 of 2013
3. Salud mental	Mental Health		
4. Marco político y jurídico	Political and Legal Framework		
5. Política Nacional de Salud Mental	National Policy for Mental Health		

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

A nivel internacional y nacional se han diseñado políticas para la atención en salud mental con un respaldo jurídico y con perspectiva a los derechos humanos, se referencia la norma puntual: la Política Nacional de Salud Mental y Ley 1616 de 2013. En cuanto a la aplicación de la normatividad, de acuerdo a la información pertinente de fuentes oficiales, donde por medio de un análisis comparativo se evalúan los casos presentados sobre el estado de salud de los huilenses, teniendo como base este antecedente, se hace un análisis de la correlación entre las políticas y la protección de los derechos.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

This work approaches political and legal information on mental health in Colombia specifically in the Department of Huila. With a law perspective, it takes as references two specific rules: the National Policy for Mental Health and the Law 1616 of 2013. To make this, the regional overview of mental health is contextualized and based on the information provided by the governing entity in the topic, where a series of results on the health conditions of the people from Huila is shown; the domestic violence, the attempted suicide and the events linked to the consumption of alcohol are the most common. Taking this precedent as a base, an analysis of the

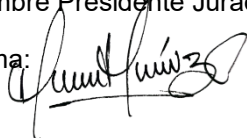
	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA GESTIÓN DE BIBLIOTECAS					   	
	DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	3 de 3

relationship between the policies and the protection of the rights is made.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: MARIELA MENDEZ CUELLAR

Firma:



**PROGRAMAS, PLANES Y POLÍTICAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN
EL DEPARTAMENTO DEL HUILA.**

TEÓFANES VARGAS NASAYÓ

LAURA ESTEFANÍA VARGAS JIMÉNEZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS

NEIVA

2023

**PROGRAMAS, PLANES Y POLÍTICAS EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN
EL DEPARTAMENTO DEL HUILA.**

TEÓFANES VARGAS NASAYÓ

LAURA ESTEFANÍA VARGAS JIMÉNEZ

Director

Ph. D GERMÁN ALFONSO LÓPEZ DAZA

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al Título de Magister en
Derecho Público**

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS

NEIVA

2023

RESUMEN

A nivel internacional y nacional se han diseñado políticas para la atención en salud mental con un respaldo jurídico y con perspectiva a los derechos humanos, se referencia la norma puntual: la Política Nacional de Salud Mental y Ley 1616 de 2013. En cuanto a la aplicación de la normatividad, de acuerdo a la información pertinente de fuentes oficiales, donde por medio de un análisis comparativo se evalúan los casos presentados sobre el estado de salud de los huilenses, teniendo como base este antecedente, se hace un análisis de la correlación entre las políticas y la protección de los derechos.

Palabras clave: Políticas públicas, enfoque de derechos, salud mental, marco político y jurídico, Política Nacional de Salud Mental, SIVIGILA, Ley 1616 de 2013.

ABSTRACT

This work approaches political and legal information on mental health in Colombia specifically in the Department of Huila. With a law perspective, it takes as references two specific rules: the National Policy for Mental Health and the Law 1616 of 2013. To make this, the regional overview of mental health is contextualized and based on the information provided by the governing entity in the topic, where a series of results on the health conditions of the people from Huila is shown; the domestic violence, the attempted suicide and the events linked to the consumption of alcohol are the most common. Taking this precedent as a base, an analysis of the relationship between the policies and the protection of the rights is made.

Key words: Public Policies, Rights Approach, Mental Health, Political and Legal Framework, National Policy for Mental Health, SIVIGILA, Law 1616 of 2013.

Contenido

Introducción.....	1
1. Programas, planes y políticas en materia de salud mental en el departamento del Huila. 7	
1.1 Políticas Públicas con Enfoque en Derechos	7
1.2. Aproximación al concepto: Salud.....	8
1.3 Salud Mental en Colombia	10
1.4. Eventos relacionados con salud mental	17
1.5. Eventos relacionados con salud mental en el Departamento del Huila.....	19
1.5.1. Violencia de género.....	24
1.5.6. Intento de suicidio	34
1.5.7. Suicidio.....	36
2. Línea jurisprudencial el derecho a la salud mental, como derecho fundamental.....	42
2.1. Descripción del derecho a la salud mental y su explicación	45
2.2. Escenario Constitucional	46
2.3 Línea jurisprudencial: análisis de sentencias emitidas por la honorable Corte Constitucional, en el tema: “el derecho a la salud mental, como derecho fundamental”.....	56
2.5 Narración Explicativa.....	66
3. Salud Mental aplicación de la política en salud mental	71
3.1 Políticas frente a la Organización Mundial de la Salud.....	71
3. 2 Aplicación de las Políticas Nacionales.....	76
3.3 Aplicación de la Política a nivel Departamental	79
3.3.1 Consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en el Departamento del Huila ..	79
3.3.2 Lesiones auto infringidas y suicidios	84
3.3.4 Abandono de los adultos mayores y discapacitados.....	92
4. Conclusiones.....	101
Referencias bibliográficas	111

Introducción

La salud mental es de prioridad nacional por ser un derecho fundamental y de importante interés público como un componente esencial para el bienestar general.

Para conseguir una salud mental en la población colombiana y prevenir o disminuir los principales problemas que la afectan, se invierten importantes esfuerzos económicos a nivel municipal, departamental y nacional.

Es una realidad que muchas personas sufren de algún problema de salud mental manifestado de forma extrema en los intentos de suicidio o suicidio, sumado al hecho de que, el padecimiento de alguna enfermedad mental genera estigmatizaciones y discriminación, lo que agrava aún más la condición. Durante la última década, en países como Japón, los índices de suicidio a pesar de ser altos han disminuido considerablemente; caso opuesto para Colombia, donde los índices son desfavorables, afectando principalmente a la juventud.

La salud mental es un indicador del bienestar de la sociedad y un derecho fundamental, por lo que el Estado se ha propuesto el diseño e implementación de políticas públicas para contrarrestar el flagelo. Esta tesis de grado aborda el tema abordando en el primer capítulo con la definición de qué es política pública con enfoque de derecho, desde un concepto de salud de forma integral y cómo se ha desarrollado el cuerpo normativo en Colombia. En el avance del tema se definen algunos indicadores y se comparan dos periodos 2016-2017 en el Departamento del Huila. Lo anterior permite a los autores medir la evolución de los indicadores y el desempeño de la política a nivel regional en un periodo determinado, lo cual legitima la inversión anual de un rubro presupuestal público con el fin de determinar si se impactan positiva o negativamente los indicadores en la población y así responder a la pregunta ¿La aplicación de las políticas públicas de salud mental impacta positivamente los indicadores de salud mental?

Es muy común el uso de la frase “enfoque en derechos” cuando se exponen temas de interés público, pero es necesario un conocimiento amplio de su contenido y alcance. De allí, surge la prioridad de presentar un estudio de las políticas públicas, específicamente del componente de salud mental, adoptadas en el Huila por el gobierno departamental. Es imperante entonces iniciar con la descripción de conceptos, los cuales nos permitirán llegar a un análisis integral del manejo del tema en el Departamento.

Considerando que es un deber del Estado garantizar la atención en salud de sus ciudadanos, y que este concepto de atención incluye el componente biológico, psicológico y social, se viabiliza la oportunidad de analizar qué tan oportunas y eficientes han sido esas políticas diseñadas y aplicadas recientemente, medido esto en términos de cobertura, de razonabilidad financiera, de capacidad y especialidad de la red de servicios y en los resultados obtenidos luego de sus intervenciones.

Son estos algunos de los planteamientos e interrogantes que conciben la necesidad de investigar acerca del desarrollo de los programas de salud mental en el departamento del Huila, donde si bien se habla mucho de salud mental, aún se siguen semana tras semana epidemiológica reportando un importante y creciente número de eventos que están asociados a la salud mental y que son muestra de la vulnerabilidad de las personas, afectando directamente la estabilidad y equilibrio de la sociedad.

Además, podrá conocer por qué la salud en Colombia es calificada como un servicio público y un derecho fundamental de acuerdo con la Constitución política de 1991 y la Ley 1616 del 2013. En este estudio se analizarán las metas establecidas en el Departamento en el año 2016 que contemplaba la implementación del plan de salud pública en el departamento y en 37 municipios, además de tener un plan de reducción del consumo de drogas y sostener la edad promedio de inicio del consumo de drogas. El análisis se realizó a partir de los datos recolectados en el sistema de vigilancia epidemiológica SÍVIGILA, el cual es de gran utilidad para identificar los problemas presentes y emergentes. El sistema de información

puede medir la eficiente y eficaz aplicación de las políticas públicas y sus planes de acción de acuerdo a la disminución o aumento de los eventos. Este sistema de vigilancia se creó en el año 2006 y en el departamento del Huila inicio en el 2013, siete (7) años después de su creación, y el tema de suicidio se incluyó como evento en el 2016, diez años después de creado el sistema de vigilancia. La presente investigación compara los datos de SIVIGILA en los años 2016 y 2017 en los temas de violencia de género, maltrato infantil, violencia sexual, violencia contra la mujer, intentos de suicidio y suicidio, de esta manera puede establecerse si la aplicación del plan impactó de forma positiva o no los indicadores.

Luego, en el segundo capítulo se busca establecer mediante un extracto de cada una de las Sentencias más relevantes que ha dictado la Honorable Corte Constitucional, con el fin de analizar sobre el carácter fundamental del Derecho a la Salud Mental y así establecer la evolución de la línea jurisprudencial: en este análisis se puede observar cómo las entidades prestadoras del servicio han vulnerado el derecho fundamental a la salud mental afectando la autonomía y autodeterminación de los individuos. La salud mental es un asunto de salud pública que requiere de atención especializada e integral para vincular al paciente a la sociedad y al mercado laboral. Además, el estudio podrá determinar qué sucede cuando la atención en salud mental va más allá de lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud (POS), cuando no exista un tratamiento allí incluido o cuando no existan los recursos económicos para proveerlo por parte del usuario, referente a esto las sentencias de la Honorable Corte Constitucional dan claridad con el fin de hacer cumplir los derechos fundamentales. También se presentarán las tutelas y su sentencias que finalmente obligaron a las entidades prestadoras del servicio y en consecuencia, al Estado a cumplir con la protección de los usuarios, estas tutelas lograron obligar la atención del accionante o de sus familiares, y evidenciaron debilidad en el sistema de seguridad social en el cumplimiento de derechos fundamentales y el derecho prevalente de los niños, mínimo vital, derecho a la solidaridad y el principio de continuidad e integralidad en la prestación del servicio público de salud. En el mismo orden, la Corte ha intervenido para ordenar la ejecución de procedimientos que le competen a la rama ejecutiva, incrementando los costos del estado por considerarse un servicio público a cargo del Estado, sujeto a los principios de universalidad y solidaridad como lo establece la

Constitución política, sin embargo, se esboza una falta de regularización en el tema aquí estudiado. Debe por tanto el estado contar con una política pública de salud mental que cierre estas brechas soportadas en planes, de acuerdo con las necesidades y características de la población.

Finalmente, en el tercer capítulo se muestra la evaluación de la aplicación de las políticas iniciando por los objetivos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde resaltan que es muy importante reforzar la gobernanza y liderazgo y es necesario que se priorice en Colombia, en sus departamentos y municipios, la Política pública de salud mental impulsada por sus gobernantes con un seguimiento de instancias como las Asambleas, Concejos, asociaciones, veedurías ciudadanas y del mismo modo, regular a las entidades prestadoras de salud para que atiendan de forma eficaz y eficiente a quienes presentan esta condición. Se dará claridad de que en Colombia se ha legislado sobre la salud mental y se han establecido planes, y para terminar con la verificación del avance, se analizará el Informe de avance de metas del Plan decenal de salud pública 2012 - 2022 y del informe técnico del periodo 2012 y 2019.

Para ejemplificar, abordaremos el programa “No Te Madures Biche” ejecutado por el Departamento del Huila, entre otras actividades priorizadas por la Administración Departamental, sin aún tener definida una política pública a nivel departamental; no obstante, se podrá observar cómo se han comportado los indicadores de Consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, lesiones auto infringidas y suicidios, La Violencia de Género, Abandono de los adultos mayores y discapacitados. Igualmente podrá conocer la identificación de la red de servicios de salud mental públicas y las resoluciones que obligan a las entidades prestadoras del sistema de salud a ofrecer un número de terapias obligatorias cuando se presentan eventos de violencia o intentos de suicidio, los autores identificaron las principales enfermedades que se han atendido en Neiva lo cual puede utilizarse para priorizar actividades y programas para la atención, de manera similar se identificaron algunas dependencias encargadas de la ejecución de la política de vejez y envejecimiento que tratan algunos aspectos de la salud mental de las personas de la tercera edad.

Entonces, a pesar de los esfuerzos en la estructuración de la política pública podrá conocer si existe alguna una estrategia que asegure la continuidad de los programas especialmente aquellos que se dirigen a los adolescentes y juventudes, especialmente en lo referente a la prevención del consumo de drogas.

Cabe destacar, que para garantizar un seguimiento real de los indicadores diseñados se requiere que estos sean medidos y contabilizados a partir de datos verídicos y verificados, con el fin de realizar ajustes y modificación de las estrategias y actividades y que estos sean de conocimiento público.

De esta manera, la presente tesis profundiza sobre el tema de salud mental siendo posible extraer de su lectura, que falta mucho camino por recorrer y que la ejecución de la política pública requiere del compromiso de las administraciones municipales, departamental y nacional con el concurso de la sociedad, incluidos el sector educativo, una iniciativa que se destaca es el programa “ No te madures biche” que fue diseñado por investigadores de la Universidad Surcolombiana, donde se vincularon los padres de familia, el entorno social, los estudiantes, los docentes y profesionales en el tema, pero la falta de continuidad de estos proyectos, ocasionada por los cambios de gobierno, no permite generar un impacto que perdure en el tiempo.

La invitación es a construir los programas basados en el diagnostico social, familiar, de valores y oportunidades de los jóvenes con el fin de encontrar las debilidades que motivan a consumir sustancias ilícitas, muchas veces como una forma de escape de su cotidianidad, siendo necesario encontrar la motivación personal desde un proceso conjunto porque es un problema que afecta el núcleo familiar y la sociedad. En cuanto a la atención de las enfermedades de salud, las EPS prestan el servicio de forma obligatoria, pero hay que perseverar en la NO estigmatización a las personas que presenten alguna condición.

Este documento es útil para la sociedad, los estudiantes y el sector salud, pero especialmente para los profesionales del área de conocimiento de las Ciencias sociales y humanas, al elaborarse como un estudio detallado de cómo se ha desarrollado la política pública de salud

mental, para la población en general porque su caso puede ser similar a los tratados por la honorable Corte Constitucional y claro está, para el sector político, como un llamado de atención a la ineficiente ejecución de la política representada en un plan diseñado hace más de diez años, para una sociedad en transformación continua.

1. Programas, planes y políticas en materia de salud mental en el departamento del Huila.

1.1 Políticas Públicas con Enfoque en Derechos

Haciendo una revisión bibliográfica del concepto de política pública, encontramos más de 29 definiciones de diferentes autores, que, en la búsqueda de concretar el verdadero interés y alcance del concepto, han replanteado en repetidas ocasiones su significado.

Para el presente artículo presentaremos las tres definiciones que, a nuestro criterio, sintetizan el real valor de dicha expresión. En el primer ejemplo exponemos a Kraft y Furlong (2007) citado por (Tello Astudillo, 2018); según ellos, la política pública es un “curso de acción o inacción gubernamental en respuesta a problemas públicos”. (p 8). Como segundo ejemplo de concepto elegimos a YVES MENY y JEAN-CLAUDE THOENIG citado por (CARLOS M, 2017), quien opina que, la política pública es “un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico. (p 187) Y por último seleccionamos la propuesta (Velásquez, 2009), quien concluye que, “la política pública es un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado, del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener”. (p156).

A partir de estos autores, es posible identificar un consenso en la aproximación al concepto de política pública, que responde a la reacción del estado, por medio de instrumentos utilizados para solucionar una problemática o necesidad de la sociedad, en pro de su bienestar. Dicho concepto se encuentra íntegramente ligado al enfoque de los derechos humanos, habida cuenta que, la política pública se entiende también como un conjunto de estrategias o gestiones intervencionistas por parte del Estado, dirigidas al avance de los objetivos, valores e intereses sociales, para el reconocimiento a escala mundial de esos derechos.

En este sentido, la conexión entre los derechos humanos y la política pública ha hecho realidad la solución de problemas y necesidades sociales, para lo cual ha sido esencial, la participación de la comunidad afectada. De manera que, para abordar la problemática que dará lugar a la Política Pública es relevante, la cantidad y la calidad de información, y es a través de los discursos entre la sociedad y el Estado, en un escenario de participación ciudadana, que se aborda una problemática real y se configura una política pública con mayor probabilidad de consecución del producto final: La resolución de las necesidades diagnósticas como básicas e importantes.

Se reporta como estudio previo el denominado Análisis de la salud mental en Colombia y la implementación de la política pública nacional de salud mental 2018 y que concluyo que “En cuanto a normatividad en Colombia se cuenta con documentos bien elaborados y estructurados con leyes, resoluciones, planes y programas. La debilidad se encuentra en la implementación (Correa, Ángel, & Silva, 2018).

1.2. Aproximación al concepto: Salud

La salud es una síntesis de una multiplicidad de procesos que acontecen en el ambiente, las relaciones sociales, la política, la economía internacional y afectan la biología del cuerpo, según Briceño-León (2000) citado por (Alcántara, 2008).Pag 95.

Y esta misma perspectiva interdisciplinaria fue la que tuvo en cuenta la OMS para definir el concepto sobre salud, el cual plasmó en el preámbulo de su Constitución y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Pág.7 (OMS, 2014)

El hecho de que internacionalmente se reconociera al individuo y su desarrollo, como un resultado de la conjugación de factores externos e internos, hizo más responsable al Estado del bienestar de sus ciudadanos. Era el momento de reconocer que los procesos de salud y ausencia de enfermedad de los Países estaban directa y proporcionalmente ligados al desarrollo social y cultural de sus sociedades. Lo que hacía difícil pensar que un País, con

bajos porcentajes de cubrimiento de las necesidades básicas de sus ciudadanos, tuviera resultados positivos en los procesos de salud y bienestar.

Con esta idea clara, entendemos que la salud no corresponde exclusivamente a la integridad y bienestar físicos; la salud trasciende lo corporal, y es allí donde adquiere especial valor, la salud mental, que empezaba a ser reconocida de manera tácita y casi imperceptible desde estas primeras definiciones, para posteriormente ser ampliamente reconocida pero tal vez no lo suficientemente atendida, como lo veremos más adelante. Sin embargo, el reconocimiento de la salud mental en el área legislativa que proporciona un marco legal para tratar asuntos clave como la integración en la comunidad de personas con trastornos mentales, asegurar la atención de calidad, la protección de derechos civiles y el derecho en otras áreas importantes como la vivienda, educación y el empleo. Pag 7., (Torales, 2009).

De ahí logramos dilucidar el gran abanico de beneficios que trae consigo reconocer legalmente el derecho a la Salud mental, el cual no atañe únicamente al individuo desde una perspectiva médica, también permite que la sociedad comprenda la importancia de su inclusión como parte de la comunidad, mejorando la calidad de vida y la protección de los derechos del paciente, desde una perspectiva de equidad. El reconocimiento de este derecho crea en la sociedad una comprensión de las enfermedades que afectan la salud mental, y con esto, es posible tomar medidas de prevención y reacción ante sus signos, síntomas y afecciones. Recordemos que el primer paso siempre será el reconocimiento, es muy difícil lograr la garantía y protección de un derecho que negamos o no sentimos como propio.

1.3 Salud Mental en Colombia

En la tabla No 1 se observa el cuerpo normativo de la Política de Salud Mental en Colombia. Inicia con la Constitución Política de 1991 donde se consagraron derechos como el libre desarrollo de la personalidad, la protección de la familia, de las personas con discapacidad, de las mujeres, niños y niñas contra algunas formas de violencia, restitución de derechos individuales y colectivos. e incluyó la figura del llamado “bloque de Constitucionalidad”, por medio del cual, cualquier convenio internacional relacionado con la salud mental, suscrito por el país, pasa a hacer parte de nuestra normativa siempre y cuando tenga similitud con la normatividad nacional. Mediante la Ley 100 se crea el Sistema de Seguridad Social y en Salud donde se amplía la cobertura a toda la familia, no solamente al empleado.

Tabla 1 Cuerpo normativo Política de Salud Mental en Colombia

Norma	Entidad generadora	Asunto
Constitución Política de Colombia	Presidencia de la República	Estado Social de Derecho, libre desarrollo de la personalidad y protección de la familia, de las personas con discapacidades, protección de las mujeres, niñas y niños
Ley 100 de 1993	Congreso de la República	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, entre ellas el Sistema de Seguridad Social en Salud.
Política Nacional en Salud Mental, Resolución 2358 de 1998	Ministerio de Salud y Protección Social	Establece factores condicionantes de salud de diversa índole: biológica, ambiental, comportamental, social, política, económica, cultural. Asimismo, estableció mediciones del nivel de salud a través de la estructura de

la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad específicas por grupo etario y por género

Resolución 412 de 2000	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Decreto 250 del 7 de febrero de 2005	Ministerio del Interior y de Justicia	Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia. Incluye otras disposiciones.
Ley 1098 de 2006	Congreso de la República	Por la cual se expide el Código de la Infancia y de la Adolescencia
Ley 1122 de 2007	Congreso de la República	Ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.
Ley 1146 de 2007	Congreso de la República	Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente
Decreto 3039 de 2007	Ministerio de Salud y Protección Social	Adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010
Ley 1257 de 2008	Congreso de la República	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

Ley 1361 de 2009	Congreso de la República	Ley de protección integral a la familia. Busca fortalecer y garantizar el desarrollo integral de la familia como núcleo fundamental de la sociedad, así mismo, establecer las disposiciones necesarias para la elaboración de una política pública para la familia.
Acuerdo 029 de 2011	CRES	Definición, aclaración y actualización integral del POS propio de los regímenes contributivo y subsidiado, que debe ser aplicado por las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud. Así mismo ratificó los contenidos del POS en salud mental para pacientes con trastornos o enfermedad mental afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, menores de 18 años y de más de 60 años, en cuanto a medicamentos y con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) del régimen que corresponda
Ley 1438 2011	Congreso de la República	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Busca fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación de servicios públicos de salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud
Ley 1448 de 2011 y Decreto 4800 de 2011	Congreso de la República	Se refiere a la atención y reparación integral a las víctimas del conflicto armado y, a partir de estas, a la atención en salud con enfoque psicosocial, y a la rehabilitación física, mental y psicosocial
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	Ministerio de Salud y Protección Social	Incluye específicamente la “Dimensión convivencia social y salud mental”

Ley 1616 del 21 de enero de 2013	Presidencia de la República	Por medio de la cual se expide la Ley Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y los adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.
----------------------------------	-----------------------------	--

Fuente: (Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C, 2016)

A nivel legislativo, nuestro país cuenta con una Política Nacional de Salud Mental desde 1998, adoptada mediante la Resolución 02358 por el Ministerio de Salud. Dicha Política Nacional surgió como respuesta a la necesidad de la población colombiana, epidemiológicamente se evidenció la magnitud de problemas relacionados con la salud mental de los ciudadanos, por lo que el Estado requirió contar con una herramienta efectiva para su atención y prevención.

Seguidamente, es a través de la Ley 1122 de 2007, que se estableció que la salud pública está constituida por políticas que de forma integrada atienden lo individual y colectivo en la búsqueda del bienestar y crecimiento, liderada por el Estado quien promueve la participación de la comunidad (L. 1122/2007), y se incluyeron en el Plan Nacional de Salud Pública, acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.

Con esto se evidencia que, a pesar de la adopción de la Política Nacional de Salud mental en el año 1998, fue hasta el año 2007 que se inició su implementación a través de una norma

diferente a la que la adoptó, con un plan especialmente de prevención de las enfermedades de salud mental, evidenciando la aplicación de un modelo profiláctico a la problemática.

Posteriormente, a través de la ley 1438 de 2011, se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y para el tema que nos interesa, en el artículo 65 *ibídem*, se abordó la atención integral de la salud mental, estipulando que 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. (L. 1438/2011)

Y finalmente, con la Ley 1616 del 2013 se expide la ley de Salud Mental (L. 1616/2013), la cual busca garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental, priorizando a niños y adolescentes, con un enfoque promocional de Calidad de Vida y aplicando la estrategia: Atención Primaria en Salud (APS), a través de tres pilares fundamentales:

- La promoción de la salud.
- La prevención del trastorno mental.
- La atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud

De igual forma, a partir de esta Ley se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Sin embargo, en el trasegar del tiempo se han evidenciado las limitaciones de la Política Pública en Salud Mental, demostrando dificultades en su aplicación de programas y evaluación de su impacto. Pues como lo veremos más adelante, se continúan evidenciado en alta los casos confirmados de enfermedades de salud mental; considerándose presuntamente insuficiente la acción del gobierno. Es decir, la implementación de la Política Pública de

Salud Mental, no ha demostrado un efecto de mejora sobre la situación problema, pues las cifras de población afectada no disminuyen, o siquiera se mantienen, lo que es peor, aumentan.

Recordemos que el proceso de la política pública se constituye en diferentes ciclos: 1. Agendamiento y Formulación. 2. Implementación. 3. Evaluación. Dicho ciclo debe entenderse de manera mixta y no individual, pues se considera la simultaneidad de estas tres partes del ciclo, al momento de la configuración de las políticas, es decir, mientras se está implementando una política, se está constantemente reformulando y evaluando. Es por esto que, durante el proceso se pueden encontrar distintas variables que deben ser tenidas en cuenta para que se obtenga el resultado esperado.

En una conclusión general los estudiosos en el tema, afirman que “Los recursos que se han proporcionado para afrontar esta enorme carga son insuficientes, se distribuyen desigualmente y se usan de modo ineficiente, lo cual hace que la gran mayoría de las personas afectadas por estos trastornos no reciban atención en absoluto (Mora, 2013). Pag 4.

Por lo anterior, en lo que respecta a la legislación aplicable en salud mental, es necesario que se busque su adecuada implementación, es decir, no se requiere el simple reconocimiento del derecho plasmado en papel, se trata de superar las dificultades que logren identificarse una vez entrada en vigencia. En el camino, pueden surgir dificultades en la ejecución debido a la falta de recursos humanos o a la ausencia de medios económicos, por esta razón se debe trabajar en tener estos recursos de forma suficiente sea de forma directa o indirecta. (Organización Mundial de la Salud, 2005). Los bajos resultados de la política, contribuyen a que se busquen ampliar las herramientas con las que el Estado y la sociedad cuentan para establecer orientaciones tendientes a la resolución de este problema de salud pública, así mismo, si es necesario durante su implementación, reformular la política, atendiendo las variables que se presenten.

No obstante, la responsabilidad institucional en cabeza del Ministerio de Salud y de la Protección Social, ha demostrado un esfuerzo en la modernización y ampliación de la

atención, con el paso del antiguo Sistema Nacional de Salud al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (L. 100/1993) y con la Ley 1122 de 2007, y consecuentemente ha reconocido que la organización institucional en salud mental no ha experimentado el desarrollo necesario. Esta situación es aún preocupante desde la perspectiva del campo de la salud mental, si se tiene en cuenta que no se lograron desarrollar estructuras y mecanismos que suplieran, de acuerdo con el nuevo paradigma, aquellos que desaparecían. (República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2007). Pag 11.

En las últimas dos décadas el tema de la salud mental ha tenido auge, debido al incremento de eventos relacionados con estas condiciones de salud; La Organización Mundial de la Salud considera que las enfermedades mentales abordan una enorme pieza secreta del peso de las enfermedades en el planeta, que muchas veces son desestimadas, sobre todo en las naciones cuyo ingreso no les permite adaptarse al tema. (OMS, 2018)

Culturalmente así se ha entendido, la salud mental se toma como un tabú o secreto de gran peso en el individuo, desde el entorno familiar es muy poco probable que se enfatice en la gestión emocional, que es considerada una gran herramienta para la prevención de las enfermedades de salud mental.

Las enfermedades mentales son tan comunes como las físicas y requieren de la misma atención, aún más por encontrarse plenamente relacionadas. Sin embargo, la población colombiana no da prioridad a la prevención, y tiende a recurrir a la atención del profesional en psicología de manera tardía, cuando ya se encuentra en el padecimiento de la enfermedad.

Para reafirmar lo expuesto, la OMS ha indicado que la salud mental es un estado de bienestar, en el que cada individuo es consciente de sus propias posibilidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Esta definición de salud mental es parte integral de la definición positiva de la salud dada también por la OMS “Salud es el completo bienestar de salud física, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. (OMS, 2022)

1.4. Eventos relacionados con salud mental

En este caso de estudio, analizaremos las políticas, planes y programas departamentales en salud mental, desde una perspectiva descriptiva, basada en la competencia y alcance, el enfoque de derecho que posee, y su efectiva medida desde la prevención. Pero antes de esto contextualizaremos los conceptos de los eventos relacionados con la salud mental, sobre los cuales iniciará la evaluación:

1.4.1. Violencia intrafamiliar: Se denomina violencia intrafamiliar al tipo de violencia que ocurre hacia cualquier miembro del núcleo familiar, o persona que no es miembro de la familia, pero está encargado del cuidado; puede ocurrir en el entorno doméstico o fuera de éste; comprende toda acción u omisión protagonizada por uno o varios miembros de la familia, a otros parientes infringiendo daño físico, psicoemocional, sexual, económico o social. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2021).

Considerando que existe una alta incidencia en los casos de violencia intrafamiliar y que estos ocasionan una vulneración en los derechos humanos de la víctima, se hace necesario que el gobierno implemente mecanismos idóneos para la contención de estos delitos por parte de los agresores, el igualmente, una reparación y garantía de no re-victimización al miembro de la familia afectado, teniendo en cuenta que la víctima, mayoritariamente se encuentra en una relación de subordinación ante su agresor.

Adicionalmente, es necesario recalcar que, la familia, en nuestro Estado Social de Derecho, se considera la institución más importante, el núcleo de la sociedad y, por lo tanto, goza de protección constitucional y legal. Así que, la problemática de la violencia intrafamiliar nos concierne como integrantes de una sociedad, pues afecta la unidad familiar y la mayoría de las veces, pasa a ser un patrón de crianza que será transmitido de generación en generación.

1.4.2. Maltrato infantil: Sobre el maltrato infantil en la Sentencia C – 442 de 2009 (reiterado por C-397 de 2010), define el maltrato infantil como toda conducta que tenga por resultado

la afectación en cualquier sentido de la integridad física, psicológica o moral de los(as) menores de dieciocho (18) años por parte de cualquier persona.

El maltrato infantil incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2020)

1.4.3. Violencia sexual: Consiste en cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. (Contreras, Bott, Guedes, & Dartnall, 2010). Pag 7.

1.4.4. Violencia contra la mujer: Es todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. (Contreras, Bott, Guedes, & Dartnall, 2010)

En un análisis Comparativo de la tasa de incidencia de Violencia de Género, realizado por la Secretaría de Salud del Huila para el período 2012 – 2020, se increpó el aumento en la tasa de incidencia de los eventos de Violencia de Género, registrado año tras año, especialmente a la intensificación de las acciones de asistencia técnica desde el Equipo de Vigilancia en Salud Pública y desde los programas de Salud Mental, Salud y Género, Trato Digno y el componente de Violencia Sexual, que según lo analizado, permitieron orientar los lineamientos para la vigilancia epidemiológica de los eventos de Violencia de Género, y brindar capacitación para la identificación de signos y síntomas de abuso - maltrato, dirigida a la red involucrada en la atención de estos eventos y a la comunidad en general, quienes podrían actuar como primeros respondientes.

Bajo esa premisa, coincidimos en que efectivamente la labor de un equipo de vigilancia epidemiológica permite identificar cifras que anteriormente no habían sido reconocidas, provocando un aumento en los registros de eventos de violencia de género. Sin embargo, sería desobligante imputar el aumento en los casos confirmados de este evento exclusivamente a la intensificación en su búsqueda e identificación.

1.4.5. Intento de suicidio: Según la OMS citado por (Secretaria de Salud de Medellín, 2019). Pag.3, es el acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

La vigilancia a este evento radica en que es el principal predictor del suicidio; su información oportuna permite a las autoridades generar alertas e iniciar la ruta de prevención del suicidio consumado.

1.5. Eventos relacionados con salud mental en el Departamento del Huila

Acercándonos más al contexto de nuestro estudio, llegamos al Departamento del Huila, uno de los treinta y dos departamentos de Colombia, su capital es Neiva, está ubicado al suroeste del país, en la región andina. De acuerdo con el DANE citado por Fundaciónbat (Fundaciónbat, 2021), posee una población estimada de 1.168.910 habitantes, y se encuentra dividido en 37 municipios.

Su plan de desarrollo departamental vigencia 2016-2019, lleva por nombre “El camino es la Educación”. (Asamblea Departamental del Huila, 2016). Y sus metas relacionadas con la salud mental propuestas para el cuatrienio son las siguientes:

De acuerdo a la Tabla 2, entre las metas del Plan de desarrollo 2016-2019, se pretendió implementar el Plan Decenal de Salud Pública en los 37 municipios del Departamento del Huila, encontrando que según el dato de la línea base, a 2016 el Plan Decenal no se

encontraba implementado en ningún municipio del Huila, a pesar de haber sido divulgado y presentado desde el año 2013, como acto oficial de lanzamiento del PDSP 2012-2021.

Tabla 2. Metas plan de desarrollo departamental 2016-2019

Meta de producto	Línea base	Meta 2019
Plan decenal de salud pública implementado en los municipios del departamento del Huila	0	37
Plan departamental de reducción del consumo de drogas diseñado y evaluado	1	1
Numero de planes locales intersectoriales de drogas y salud mental	35	37
Edad promedio de inicio del consumo de sustancias psicoactivas	13.1	13.1
% de intervención psicosocial a los intentos de suicidio y suicidio	86%	97%

(Asamblea Departamental del Huila, 2016) , pág. 144

Otra observación corresponde a la meta poco osada sobre la edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas; el gobierno no proyectó aumentar la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas, simplemente buscó mantenerla y con ello evitar que disminuya la edad de prevalencia total.

Los resultados de las dos vigencias ya desarrolladas de este plan se presentan en las siguientes tablas:

La Tabla No 3 evidencia los resultados a las metas esperadas para la vigencia 2016, encontrando que todas las metas tuvieron un 100% de cumplimiento conforme al nivel esperado para esa anualidad.

Tabla 3. Resultado vigencia 2016 plan de desarrollo departamental 2016-2019

Meta de producto	Línea base	Meta 2019	Valor esperado 2016	Valor logrado 2016	Nivel de cumplimiento 2016
Plan decenal de salud pública implementado en los municipios del departamento del Huila	0	37	37	37	100%
Plan departamental de reducción del consumo de drogas diseñado y evaluado	1	1	1	1	100%
Numero de planes locales intersectoriales de drogas y salud mental	35	37	37	37	100%
Edad promedio de inicio del consumo de sustancias psicoactivas	13.1	13.1	-	-	-
% de intervención psicosocial a los intentos de suicidio y suicidio	86%	97%	97%	97%	100%

Fuente: (GOBERNACION DEL HUILA, 2016). Pág. 21

Ahora, la tabla 4 expone los resultados a las metas esperadas para la vigencia 2017, para lo cual se alcanzó el 100% para una sola meta, demostrando un mínimo porcentaje de incumplimiento, pues las metas que no lograron el 100% se encontraron en un valor muy aproximado, con la más baja en un 86.49%.

Tabla 4. Resultado vigencia 2017 plan de desarrollo departamental 2016-2019

Meta de producto	Línea base	Meta 2019	Valor esperado 2017	Valor logrado 2017	Nivel de cumplimiento 2017
Plan decenal de salud pública implementado en los municipios del departamento del Huila	0	37	37	33	89.19%
Plan departamental de reducción del consumo de drogas diseñado y evaluado	1	1	1	1	100%
Numero de planes locales intersectoriales de drogas y salud mental	35	37	37	32	86.49%
Edad promedio de inicio del consumo de sustancias psicoactivas	13.1	13.1	-	-	-
% de intervención psicosocial a los intentos de suicidio y suicidio	86%	97%	97%	92%	94,85%

Fuente: (Gobernación del Huila, 2018). Pag 24

En la fase que nos encontramos del estudio, hemos logrado evidenciar, que no existe como meta de gestión, la construcción o adopción de una política departamental de salud mental, y que son pocos los indicadores relacionados con este componente, esto podría afectar la garantía de cumplimiento de los derechos a la hora de implementar los planes y programas diseñados, para promocionar los componentes de la política nacional. Pero es apresurado llegar a una conclusión, sin antes revisar los avances departamentales en el área, mirados desde la inversión, el seguimiento y la evaluación. Por lo tanto, continuaremos con la evaluación de estos componentes.

El componente Salud Mental hace parte del grupo de eventos que son objeto de vigilancia, de acuerdo a lo establecido en los lineamientos para la Vigilancia y Control en Salud Pública a nivel Departamental y Municipal. El Departamento del Huila ha implementado a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, la observación del comportamiento eventos de interés para la Salud Mental que hacen alusión a la conducta suicida y las problemáticas de violencia-abuso-maltrato, todos estos, eventos objeto de vigilancia en salud pública y de vigilancia departamental. (Secretaría de Salud del Huila, 2017)

El Decreto 3518 de 2006 (Ministerio de Protección Social, 2006). Pag 1. “crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, para el reporte de eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población”.

El Departamento del Huila, implementó dentro del proceso de vigilancia de los eventos, el intento de suicidio, considerando las altas tasas que se reportan anualmente. A partir del año 2012, el Instituto Nacional de Salud intensificó a nivel nacional el proceso de Vigilancia de los eventos de Violencia Contra la Mujer, Intrafamiliar y Sexual (Instituto Nacional de salud, 2017).Pag 6.

Y el departamento del Huila inició el proceso de adaptación de lineamientos de Vigilancia de estos eventos, institucionalizando para el año 2013 en todos los municipios, el uso del formato de notificación código: 875, como formato oficial para el reporte de eventos de abuso violencia y maltrato. Los lineamientos para la Vigilancia en Salud Pública durante el año

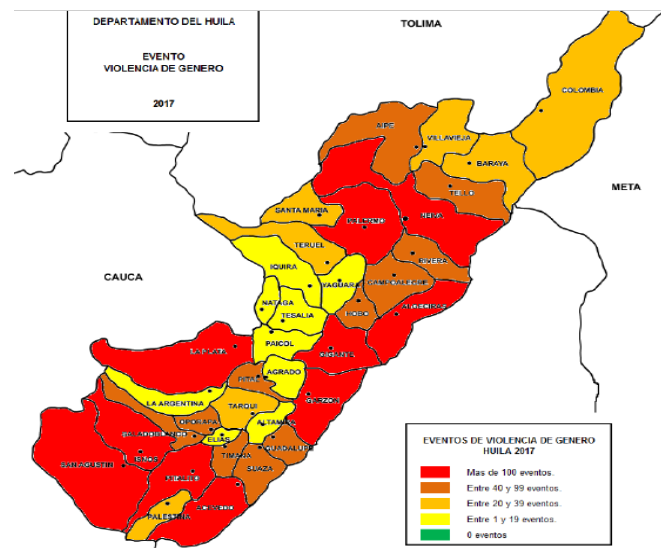
2016 incluyen como eventos de interés en Salud Pública a nivel Nacional, los asociados a conductas de Intento de Suicidio (Gobernación del Huila, 2018). Pag 264.

1.5.1. Violencia de género

En la ilustración No. 1 se observa que durante la vigencia año 2017, en el departamento del Huila se notificaron “5.279 eventos confirmados en el SIVIGILA, relacionados con Violencia de Género, representando un aumento del 17% con relación a la cifra registrada durante la vigencia anterior (2016)”, para un total de 4.468 casos confirmados. (Gobernación del Huila, 2018). Pag 265. De la misma forma, “la notificación de casos de violencia de género y escolar han presentado un comportamiento creciente desde el inicio de la vigilancia, para los dos últimos años se presentó un aumento del 5,8%, pasando de 93.614 en 2016 a 98.999 para 2017. En promedio, en 2017 se notificaron 1.904 casos semanales” (Instituto Nacional de Salud INS, 2017)

El departamento del Huila cuenta con la política de Equidad de Género y Autonomía de la Mujer Huilense (Asamblea Departamental, 2014), cuyo objetivo general corresponde a “Avanzar en el reconocimiento de los derechos, e inclusión de las mujeres huilenses de todas las edades, condiciones sociales, étnico-raciales, situaciones económicas vulnerables o de desplazamiento, de discapacidad, en los procesos del desarrollo regional; transversalizando acciones afirmativas en los planes, programas y proyectos, eliminando las barreras que les impiden el ejercicio de sus derechos y promoviendo la transformación cultural para erradicar todo tipo de discriminación, violencia e inequidad.”, implementada mediante la Ordenanza Departamental No. 013 de 2014. No obstante, el gran número de casos confirmados refleja deficiencias en la política y la necesidad de llevar a cabo actividades intersectoriales para prevenir casos de violencia de género.

Ilustración 1 Eventos de Violencia de Género por municipio. Huila, 2017



Municipio	Casos	Municipio	Casos
Neiva	2135	Guadalupe	44
Garzón	618	Rivera	40
		Santa	
Pitalito	452	Maria	38
La Plata	296	Tarquí	34
San Agustín	186	Palestina	32
Algeciras	160	Villavieja	28
Acevedo	145	Teruel	27
Isnos	135	Colombia	24
Gigante	107	Baraya	21
Palermo	101	Agrado	19
Suaza	83	Nataga	19
Timana	73	Tesalia	19
Pital	62	Iquirá	16
		La	
Oporapa	57	Argentina	16
Hobo	56	Paicol	13
Saladoblanco	54	Elias	10
Campoalegre	49	Yaguara	10
Aipe	47	Altamira	8
Tello	45	Total	5279

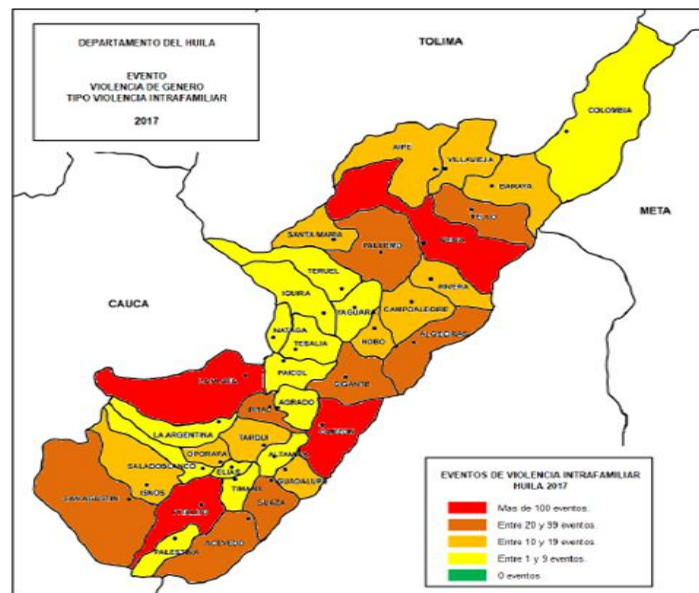
Fuente SIVIGILA 2017

1.5.2. Violencia intrafamiliar

Durante la vigencia 2017, en el departamento del Huila se notificaron 2.681 eventos relacionados con Violencia Intrafamiliar, presentándose un aumento del 18% con relación a la cifra registrada durante la vigencia anterior (2016).

Conforme a los datos arrojados por el SIVIGILA, la problemática de violencia intrafamiliar afecta a los municipios del Departamento, sin evidenciarse disminución alguna en las cifras conforme a las vigencias cumplidas, por el contrario, existe un aumento en las mismas, deslumbrando un problema de Salud Pública, de urgente atención por parte del Departamento, a mediante políticas, estrategias y acciones que contribuyan a reducir las cifras de casos confirmados, y a la atención integral a los afectados.

Ilustración 2 Eventos de Violencia Intrafamiliar por municipio. Huila, 2017



Municipio	Casos	Municipio	Casos
Neiva	1358	Hobo	12
Garzón	454	Campoalegre	11
Pitalito	204	Baraya	11
La Plata	102	Isnos	10
San Agustín	61	Saladoblanco	9
Gigante	59	Timana	8
Palermo	59	Tesalia	8
Pital	37	Agrado	7
Algeciras	35	Nataga	7
Acevedo	33	La Argentina	7
Suaza	25	Yaguara	7
Tello	24	Teruel	6
Guadalupe	17	Colombia	5
Santa Maria	17	Paicol	5
Oporapa	16	Altamira	4
Tarquí	16	Palestina	3
Villavieja	14	Elias	2
Aipe	13	Iquira	2
Rivera	13	Total	2681

Fuente SIVIGILA 2017

1.5.3. Maltrato infantil

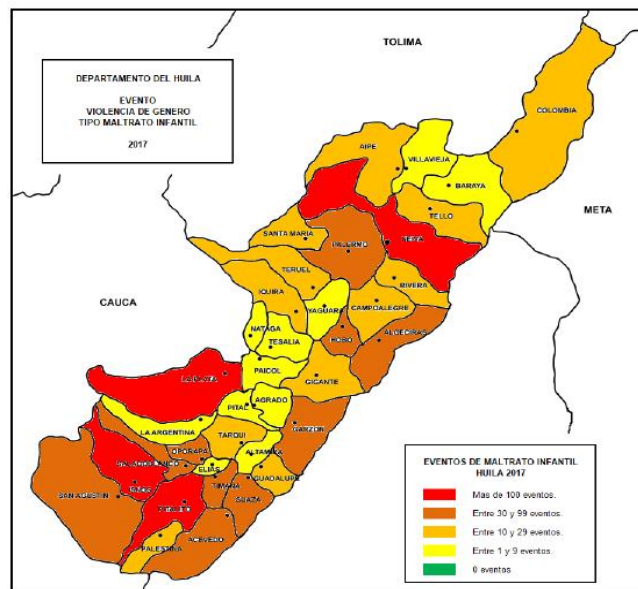
En la ilustración 3 se observa que durante el año 2017 se notificaron 1.632 eventos de Maltrato Infantil, representando un aumento de 423 eventos confirmados, en comparación con la cifra notificada para el año 2016, de 1.209 casos de Maltrato Infantil.

En el departamento del Huila, se trabaja para la disminución de los eventos de Maltrato infantil, a partir del fomento en los niveles de responsabilidad e involucramiento en la crianza de los hijos, a partir de los programas de Salud Mental y Promoción Social de la Secretaría de Salud Departamental, donde se han desarrollado estrategias dirigidas hacia padres y cuidadores de cada uno de los municipios, tales como:

- Hogar Seguro- Hogar Amoroso
- Involucramiento Parental
- Trato Digno- No te pases de la raya

Con el mismo fin, “se están implementado Planes Intersectoriales de Salud Mental, dentro de los cuales se desarrollan actividades dirigidas a Instituciones Educativas, en las cuales se realiza acompañamiento a docentes (entrenándolos en el reconocimiento de signos y síntomas de maltrato), a estudiantes (educando en autoprotección, reconocimiento de signos síntomas de maltrato y fomento de la denuncia) y padres de familia (escuelas de Padres y/o Cuidadores). El desarrollo de estos Planes Intersectoriales, dan como resultado el compromiso de todos los actores que intervienen en la niñez del departamento del Huila.” (Secretaría de Salud del Huila, 2017)

Ilustración 3 Eventos de Maltrato Infantil por municipio. Huila, 2017



Municipio	Casos	Municipio	Casos
Neiva	448	Teruel	15
Pitalito	135	Aipe	14
La Plata	121	Santa Maria	14
Isnos	103	Tarqui	12
Algeciras	95	Colombia	11
Acevedo	90	Tello	11
San Agustín	89	Iquira	10
Garzón	81	Pital	8
Timana	52	Elías	8
Palermo	37	Baraya	6
Hobo	36	Paicol	6
Suaza	35	Villavieja	5
Saladoblanco	35	La Argentina	4
Oporapa	32	Agrado	4
Gigante	28	Tesalia	4
Palestina	22	Yaguará	3
Campoalegre	20	Nátaga	3
Rivera	17	Altamira	3
Guadalupe	15	Total	1491

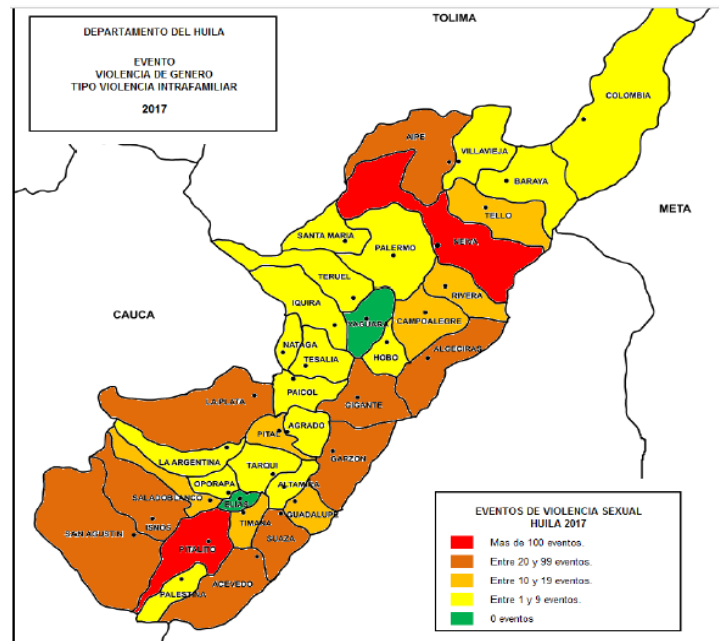
Fuente SIVIGILA 2017

1.5.4. Violencia sexual

En la ilustración 4 eventos de violencia sexual por municipio para la vigencia 2017 en el departamento, se notificaron 965 casos confirmados de Violencia Sexual (abuso sexual, acoso sexual, violación, acto sexual violento, entre otras) ante el Sistema de Vigilancia en Salud Pública tipo Violencia Sexual, reflejando un aumento del 18% en el número de eventos reportados para la vigencia anterior (2016), año en el se notificaron 818 eventos de Violencia Sexual.

Este flagelo se reconoce como una grave amenaza para la población huilense por afectar tanto a la víctima directa, como a las denominadas víctimas indirectas: Familia y entorno. Adicionalmente, el SIVIGILA reporta que la población menor de 5 años aporta 87 afectados a la problemática de Abuso Sexual. Estos comportamientos ameritan la capacitación por parte del ente departamental a los padres y cuidadores, para el pronto reconocimiento ante un posible abuso como medida de prevención o el reconocimiento de las señales del menor abusado, para que pueda recibir una atención integral en su condición de víctima.

Ilustración 4 Eventos de Violencia Sexual por municipio. Huila, 2017



Municipio	Casos
Neiva	329
Pitalito	113
Garzón	83
La Plata	73
San Agustín	36
Algeciras	30
Suaza	23
Acevedo	22
Isnos	22
Aipe	20
Gigante	20
Campoalegre	18
Pital	17
Timana	13
Guadalupe	12
Rivera	10
Salado Blanco	10
Tello	10

Municipio	Casos
Nataga	9
Oporapa	9
Villavieja	9
Agrado	8
Colombia	8
Hobo	8
Palestina	7
Santa Maria	7
Tesalia	7
Tarqui	6
Teruel	6
La Argentina	5
Palermo	5
Baraya	4
Íquira	3
Paicol	2
Altamira	1
Total	965

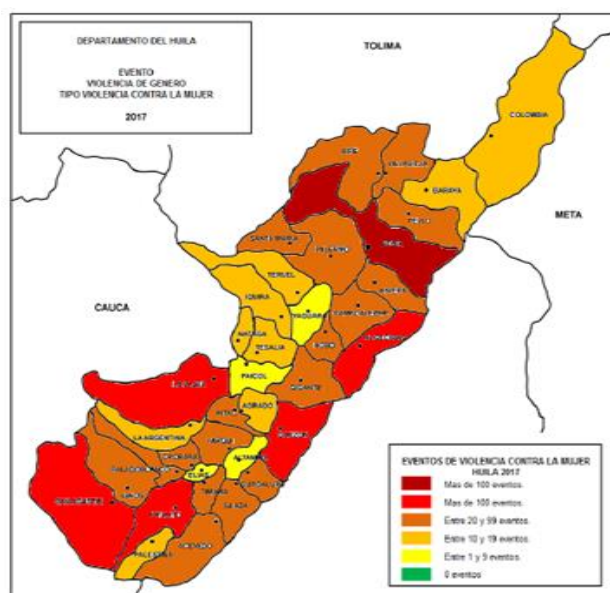
Fuente SIVIGILA 2017

1.5.5. *Violencia contra la mujer*

En la ilustración 5 Violencia contra la Mujer en la vigencia 2017 en el departamento del Huila, se notificaron en el SIVIGILA 3.991 casos de Violencia hacia la Mujer. De acuerdo al mismo reporte, durante los últimos 6 años se han notificado 17.996 eventos de Violencia de Genero, relacionados con violencia contra la mujer. Para la vigencia anterior (2016) se notificaron 528 eventos menos de Violencia Contra la Mujer, en comparación al año 2017; evidenciando una clara tendencia al incremento, reflejando para esos períodos un aumento del 53% en los eventos confirmado para el SIVIGILA.

Teniendo en cuenta las notificaciones efectuadas al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, referentes a eventos de Violencia Contra la Mujer, se logra observar cómo la población femenina del departamento del Huila es susceptible a verse afectada por cualquiera de las modalidades de maltrato, violencia y/o abuso, por lo tanto las acciones de intervención deben estar orientadas a todos los grupos etareos de la zonas urbanas y rurales, de tal manera que además de procurar la disminución de este tipo de eventos, se pueda identificar signos y síntomas de Violencia contra la Mujer, se puedan adelantar acciones de denuncia y penalización de los (as) agresores (as) y se pueda garantizar atención integral a las personas afectadas por esta problemática, desde todos los sectores y en especial desde el sector salud con el abordaje psicosocial pertinente a cada caso.” (Secretaría de Salud del Huila, 2017)

Ilustración 5 Eventos de Violencia contra la mujer por municipio. Huila, 2017



Municipio	Casos
Neiva	1714
Garzón	497
Pitalito	343
La Plata	204
San Agustín	120
Algeciras	104
Isnos	91
Acevedo	83
Gigante	80
Palermo	75
Suaza	64
Pital	54
Aipe	39
Timana	39
Oporapa	38
Saladoblanco	38
Tello	38
Campoalegre	36
Guadalupe	33

Municipio	Casos
Hobo	32
Rivera	32
Santa Maria	31
Tarqui	26
Villavieja	22
Agrado	17
Colombia	17
Teruel	17
Baraya	16
Nátaga	15
Palestina	14
La	
Argentina	13
Tesalia	13
Íquira	11
Paicol	9
Elías	6
Yaguará	6
Altamira	4
Total	3991

Fuente SIVIGILA 2017

1.5.6. Intento de suicidio

En la ilustración No. 6 Eventos de suicidio para la vigencia 2017 en el departamento del Huila se notificaron 1.051 casos confirmados de Intentos de Suicidio. Cifra que supera las registradas durante los años anteriores, conforme a información reportada por el SIVIGILA. La recopilación de estos datos es a partir de las tendencias desarrollar políticas y estrategias de prevención y control (Instituto Nacional de Salud, 2016), Pág. 7. Lo anterior con el fin de fortalecer a las comunidades y brindar herramientas que incluyen las siguientes:

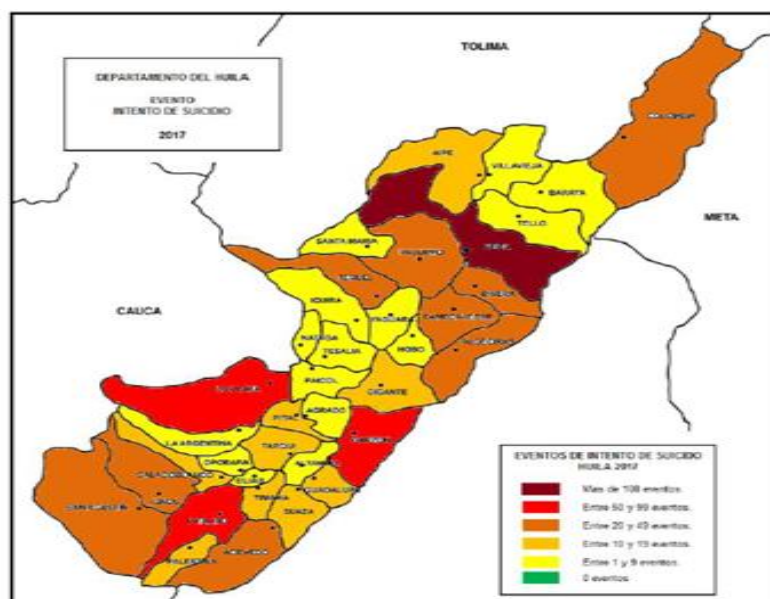
Fortalecer la coordinación interinstitucional entre las ESE, EPS, secretarías de Salud Municipales y Departamentales, Redes de Urgencias.

Sensibilizar y educar a la comunidad sobre los problemas y factores de riesgo más frecuentes, su identificación temprana y manejo

Promover la generación de familias y comunidades protectoras de la salud mental que contribuyan en la identificación temprana y canalización de los casos “ (Instituto Nacional de Salud, 2016). Pág. 15.

Es responsabilidad de la Secretaría de Salud Departamental a través de programas de prevención del Plan de Intervenciones Colectivas crear apego a la vida mediante seguimiento clínico y psicosocial para cada uno de los casos y sus familias con redes de apoyo comunitarias, IPS, direcciones locales de salud quienes notifican de acuerdo a los protocolos y comparten estrategias para la identificación, detección y atención integral a los eventos de suicidio. Igualmente, la Secretaría de Salud desarrolla programas con las instituciones educativas y capacita a la comunidad en conductas suicidas y su prevención. (Secretaría de Salud del Huila, 2017).

Ilustración 6 Eventos de Intento de Suicidio por municipio. Huila, 2017



Municipio	Casos
Neiva	380
Pitalito	88
Garzón	74
La Plata	61
Colombia	42
San Agustín	34
Campoalegre	32
Isnos	30
Algeciras	24
Rivera	23
Teruel	22
Acevedo	21
Palermo	20
Timana	18
Gigante	16
Aipe	14
Palestina	14
Suaza	13
Guadalupe	12

Municipio	Casos
Tarqui	12
Saladoblanco	11
Pital	10
La Argentina	9
Santa Maria	9
Tesalia	9
Oporapa	8
Nátaga	6
Tello	6
Villavieja	6
Íquira	5
Yaguará	5
Baraya	4
Altamira	3
Hobo	3
Paicol	3
Agrado	2
Elías	2
Total	1051

Fuente: SIVIGILA 2017

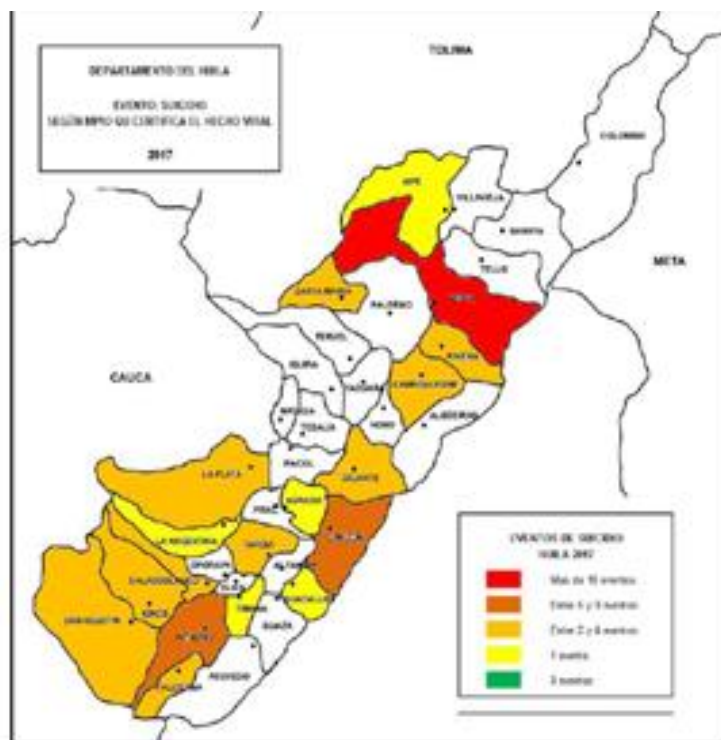
1.5.7. Suicidio

En la ilustración 7. Eventos de suicidio en el Huila según registros consolidados para la vigencia 2017 por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses (fuente primaria para la información de este evento) en el departamento del Huila se confirmaron 75 eventos de Suicidio. con un total de 65 casos confirmado en hombre, mientras que en el género femenino fueron confirmados 10 casos.

Ilustración 7. Eventos de suicidio en el Huila

Municipio	Casos	Municipio	Casos
Neiva	28	Tarqui	2
Pitalito	9	Saladoblanco	2
Garzón	5	Santa Maria	2
La Plata	4	Aipe	1
Rivera	4	Guadalupe	1
Palestina	4	Timaná	1
Gigante	3	La Argentina	1
San Agustín	3	Agrado	1
Campoalegre	2	Total	64
Isnos	2		

Fuente: SIVIGILA 2017



Fuente: SIVIGILA 2017

1.5.8 Consolidado de eventos de salud mental 2016-2017

En la Tabla No 5 donde se registra el consolidado de eventos 2016-2017, revisando los datos de los años seleccionados para la evaluación, es notorio el incremento de los casos reportados en todos los indicadores. Lo cual tendría diferentes lecturas en términos psicosociales. Esto podría ser analizado como una ganancia desde la promoción de los eventos, empoderando a la ciudadanía con conocimientos y redes de apoyo permanentes que les de la confianza de ejercer la denuncia de estos casos. Y desde este punto sugerir el incremento del reporte.

Los consolidados del reporte de eventos de salud mental en el departamento del Huila son los siguientes.

Tabla 5. Consolidados eventos reportados de salud mental 2016-2017

Evento	Casos reportados 2016	Casos reportados 2017	Diferencia	Incremento 2016-2017
Violencia intrafamiliar	2.441	2.681	240	10%
Violencia de genero	4.468	5.279	811	18%
Maltrato infantil	1.209	1.632	423	35%
Violencia sexual	818	965	147	18%
Violencia contra la mujer	3.463	3.991	528	15%
Intentos de suicidio	847	1.051	204	24%
Suicidio	68	75	7	10%

Fuente: Secretaría de Salud Departamental

Otra perspectiva de evaluación, podría ser la mejora en la capacitación a las unidades primarias del dato, de las cuales se podría presumir estuvieran aplicando los protocolos adoptados para estos casos, y activando oportunamente las rutas de atención institucional de estos eventos, lo cual paralelamente también incrementaría el número de hechos reportados.

Pero si lo analizáramos desde las teorías económicas, de efectividad, de impacto de la de los recursos, y las metas de la vigencia; posiblemente no se obtendrían resultados positivos de la ejecución de estos planes y programas de salud mental del departamento. Considerando que el incremento del número de casos agudiza el problema de salud pública, y afecta directamente el sistema de salud de toda la región.

Es entonces, cuando es necesaria la efectiva implementación de la guía para la Mejora de la Calidad de la Salud Mental, publicada por la Organización Mundial de la Salud, según la

cual, los gestores políticos tienen un papel clave en la lucha por la calidad de la salud mental. Están en una posición que les permite establecer los parámetros generales de calidad a través de la consulta, la asociación, la legislación, la financiación y la planificación. Adoptando dicho lineamiento, es posible que el país sea capaz de incrementar la probabilidad de que los resultados de los cuidados en salud mental reflejen los deseos y aspiraciones de la población que hace uso de ellos. Los objetivos últimos de la mejora de la calidad son el respeto por los derechos de las personas con trastornos mentales, el asegurar de que se les proporcionan los mejores cuidados disponibles basados en la evidencia, el aumentar su autoconfianza y el mejorar su calidad de vida. (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Recogiendo la evidencia científica y las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud, desde el orden nacional bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social, en el ámbito de sus competencias, se proyecta visibilizar la conducta suicida como el peor desenlace en salud mental, acompañando a los actores del sector salud y de otros que intervienen en el goce efectivo de la salud, en la ejecución de acciones que impacten los determinantes sociales de la salud de una manera integral e integrada, partiendo del enfoque de derechos, la intersectorialidad y la participación comunitaria; en el marco de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas de acuerdo a lo mencionado por la Organización Panamericana de la Salud, 2020; citado por (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

Y ahora desde el punto de vista que nos atañe, el del enfoque de los derechos, en el cual se ha determinado que las políticas públicas son instrumentos o vehículos para la concreción de los derechos humanos y la realización del derecho útil o regulativo. Diríamos que no se está garantizando como Estado el bienestar necesario y la atención oportuna para la prevención de este tipo de eventos. Y recordando que estos casos terminan en un gran porcentaje en muerte, y que los derechos son conexos los unos con los otros, estaríamos faltando a la garantía del derecho fundamental de la vida.

Por otro lado, los estudios de políticas públicas en derechos humanos se han planteado la necesidad del cambio de enfoque sobre los derechos humanos pasando de su identificación

con el conflicto armado interno y las violaciones a los derechos de primera generación (vida, integridad física, libertad, etc), a otra mirada más amplia que los concibe desde la aspiración humana por tener cubiertas ciertas condiciones necesarias propias de la dignidad de las personas. Pasaríamos así de una "razón de Estado" a una "razón humana", en cuanto a la concepción de los derechos humanos dice Roth, 2006 citado por (Jiménez W., El Enfoque de los Derechos y las políticas públicas, 2007)

“El enfoque de los derechos humanos pretende ser una nueva mirada que concibe los derechos humanos de manera integral, interdependiente y complementaria, superando de este modo, la visión tradicional de generaciones de derechos y la asimilación de los derechos fundamentales únicamente con los derechos humanos de primera generación. Otra característica de este enfoque es su preocupación por la concreción o materialización real de los derechos y la atención a grupos marginados. Dicha materialización se realiza mediante la adopción de políticas públicas con perspectiva de derechos y con amplia participación de la sociedad civil; de esta manera, los derechos humanos se convierten en el referente y fin último para las políticas públicas y éstas a su vez, en el instrumento o medio idóneo para su realización. De este modo, el enfoque de los derechos puede ser una perspectiva para guiar la acción e intervención de las autoridades públicas, a través de los diferentes planes y programas de desarrollo económico y social (Jiménez W., El Enfoque de los Derechos y las políticas públicas, 2007)

Y para alcanzar estos objetivos las políticas públicas podrían replantear su formulación, y transformarse en políticas de promoción de los derechos por parte de los ciudadanos. Políticas de defensa y protección que pretendan evitar el deterioro de los derechos humanos, su violación y vulneración. Y Políticas de concreción y materialización que consistan en acciones tendientes a generar las condiciones que posibiliten el ejercicio pleno de los derechos humanos. Hablamos sobre todo de políticas sociales en perspectiva de derechos humanos y de programas dirigidos a la búsqueda de la complementariedad y a la satisfacción integral de las personas. (Jiménez W., El Enfoque de los Derechos y las políticas públicas, 2007)

Esta ya es una aproximación a los primeros resultados de nuestro estudio, y nos permite un acercamiento a la realidad de las políticas públicas del departamento, y nos conduce a recrear un panorama, de cómo cada acto administrativo, cada inversión realizada y decisión tomada por los dirigentes y ordenadores del gasto del erario público, influyen directamente en nuestro desarrollo y en la generación de bienestar de las comunidades.

2. Línea jurisprudencial el derecho a la salud mental, como derecho fundamental

La línea Jurisprudencial sobre “El Derecho a la salud Mental, como Derecho Fundamental”, busca establecer la posición dada por la Honorable Corte Constitucional sobre este Derecho tan vulnerable, en que se ve inmerso un gran número de la población nacional e internacional.

Mediante un extracto de cada una de las Sentencias más relevantes que ha dictado la Honorable Corte Constitucional, se busca realizar un análisis sustancial sobre el carácter fundamental del Derecho a la Salud Mental, y así establecer la evolución jurisprudencial que ha tenido este tema tan crucial y relevante para nuestra sociedad en la actualidad, máxime, cuando el Estado ha establecido medidas en la que las personas tienen acceso a la dosis personal.

Teniendo en cuenta que el ser humano es sujeto de derechos, concretamente de Derechos Fundamentales o Constitucionales, propios de un Estado Social de Derecho, la Honorable Corte Constitucional, en razón a las constantes transgresiones de estos Derechos a las personas que padecen algún tipo de discapacidad mental, o trastornos mentales, o con problemas de farmacodependencia, pese a los grandes avances de la medicina en este campo, se ha pronunciado en reiteradas oportunidades, con el fin de garantizar y hacer prevalecer el Derecho a la Salud Mental, como Derecho Fundamental, de cara a evitar la discriminación de esta población tan vulnerable y de especial protección constitucional, orientado a que se le brinde una atención integral, oportuna y eficiente, hasta lograr su recuperación y posterior reincorporación a la sociedad.

Con este trabajo se pretende realizar una Línea Jurisprudencial sobre el Derecho a la Salud Mental y la Responsabilidad que tiene el estado con este Derecho Constitucional Fundamental, la cual enmarca tanto la obligación de velar por su protección de manera integral, como la de asegurar el cabal cumplimiento de este deber constitucional y las

consecuencias que conlleva la omisión de brindar una adecuada y oportuna prestación del servicio de salud mental.

El análisis permitirá determinar desde la noción de vigilancia, supervisión, control y garantía de la prestación del servicio de salud mental, si éste es una función que le compete al Estado, en cumplimiento de su fin esencial, como Estado Social de Derecho, y si lo debe proyectar a través de políticas públicas.

Igualmente, se determinará si el seguimiento que se le debe hacer a estas políticas públicas desde su diseño, construcción y funcionamiento en el sistema de seguridad social en salud en Colombia, permiten determinar si el Estado está cumpliendo con la obligación constitucional de brindar una adecuada, oportuna y eficiente prestación del Servicio de Salud Metal, o, por el contrario, se evidencia omisión frente al cumplimiento de este deber constitucional.

En el tema que nos ocupa, se tiene bajo estudio distintas providencias emitidas por la Honorable Corte Constitucional, en las que se adoptaron decisiones en la que se abarcan casos en los que los usuarios del servicio público de salud mental requieren la prestación eficaz de los mismos, pero por diferentes motivos las EPS se le han negado, por lo que los usuarios se han visto obligados a accionar previamente, con el fin de obtener la protección de sus intereses.

En los casos analizados en los expedientes, a los usuarios se les negaron la prestación del servicio de salud mental, con el argumento de que lo requerido por éstos, se encontraba por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS), o porque los usuarios no contaban con los recursos necesarios para realizar los copagos que se les exigían.

De ésta forma, la Honorable Corte Constitucional ha emitido diferentes Sentencias de Tutela o denominadas sentencias tipo T, con efectos *inter-partes*, es decir, para cada caso, pero que respecto de su *ratio decidendi* se observa vinculante tanto para operadores jurídicos, autoridades administrativas, prestadores de servicios, usuarios, en ultimas para todos, en las

cuales se ha amparado el Derecho Fundamental a la Salud Mental, y ha establecido su obligatoriedad a todos los Prestadores de los Servicios de Salud.

El fin de los Honorables Magistrados que han emitido la Sentencia tipo T, es la de marcar un criterio serio, que permita poner fin a las situaciones repetitivas en las cuales las EPS no han cumplido con el deber constitucional de brindar una adecuada, oportuna y eficiente prestación del servicio de salud mental.

Así mismo, se observaba una posición pasiva y poco diligente por parte de las Autoridades Gubernamentales o los competentes para minimizar el alto incremento de interposición de Acciones Constitucionales de Tutela, con las cuales se solicita la protección del derecho constitucional fundamental de la Salud Mental, para que se le asegure la prestación integral y eficiente de este servicio, de modo que la Honorable Corte Constitucional, ante las reiteradas negaciones en la prestación de dicho Servicio, se ha pronunciado a través de diferentes sentencias tipo T, amparando el Derecho a la Salud Mental y pregonando su carácter fundamental, al estar inmerso dentro del Preámbulo, como fin esencial del Estado.

No es concebible, desde algún punto de vista, concretamente el jurídico, que de acuerdo a la estructura del Estado, hubiese sido necesario que la Jurisdicción Constitucional, a través de un Juez de Tutela, haya tenido que pronunciarse de aspectos legales, que normalmente corresponden al ámbito de competencia del Ejecutivo, en virtud de la separación de poderes, pero ante las constantes transgresiones del Derecho Constitucional de la Salud Mental, la Honorable Corte Constitucional decidió pronunciarse al respecto y recordar a las Instituciones del Estado y a los Prestadores de los Servicios de Salud, que se debe garantizar a toda persona, sin discriminación alguna, el Derecho Constitucional Fundamental de la Salud Mental.

2.1. Descripción del derecho a la salud mental y su explicación

En concordancia, con lo establecido en el Artículo 13 de la Carta Magna (Asamblea Nacional Constituyente, 1991), es deber del Estado proteger a todos los habitantes del territorio nacional, en condiciones de igualdad, en especial de aquellas personas que, por su situación económica, física o mental, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta.

La Salud, como Derecho Fundamental, está reconocido en el Art. 49 de la Constitución Política, como una garantía orientada a proteger todos los ámbitos de la vida humana, como lo son la Dignidad Humana, la vida y la Seguridad Social, entre otros.

Es así, que el Derecho a la Salud ha sido desarrollado de manera enfática por la Jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, y ha sido protegido a través de la Acción de Tutela, en diferentes tópicos como lo son: Inicialmente fue amparado en conexidad con el Derecho a la Vida Digna y la integridad personal; posteriormente fue protegido como Derecho Fundamental autónomo, en aquellos casos en que las personas por sus condiciones son consideradas de especial protección constitucional.

La postura de la Honorable Corte Constitucional de amparar el Derecho a la Salud en conexidad con otros Derechos Fundamentales, fue variada, para finalmente tenerlo como un Derecho Fundamental autónomo, en razón a que la primera postura, no le daba la importancia y relevancia que merecía el Derecho a la Salud, porque simplemente se enfocaba a la mera supervivencia biológica y no se tenía en cuenta lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde se establecía que el Derecho a la Salud incluye las condiciones físicas y psíquicas del ser humano.

Por tal razón, la Honorable Corte Constitucional exige de los Establecimientos prestadores de los servicios de salud, que brinden un servicio médico con calidad y, en especial, en aquellos eventos, en los cuales se trata de pacientes con enfermedades mentales, deben garantizar el acceso a los medios idóneos, eficientes y eficaces, para lograr su recuperación

funcional y su rehabilitación, así los pacientes presenten patología que hayan sido catalogadas como irreversibles, porque no es admisible, constitucionalmente, negar el acceso a los servicios de salud, a aquellas personas que por sus características especiales, propias de la enfermedad que padecen, no tengan la posibilidad de lograr su recuperación, porque ello violaría Derechos Fundamentales e iría en contravía de lo establecido en un Estado Social de Derecho, como el nuestro.

2.2. Escenario Constitucional

En el escenario constitucional se han presentado tutelas para exigir el derecho fundamental a la Seguridad Social en Salud, derechos fundamentales a la salud y el trabajo, Salud, la Vida Digna y el Derecho prevalente de los Niños, mínimo vital, derecho a la solidaridad y el principio de continuidad e integralidad en la Prestación del Servicio Público de Salud. La Honorable Corte Constitucional consideró que todo individuo con trastornos mentales y comportamentales por adicción a sustancias psicoactivas, o denominados farmacodependientes, son personas de especial protección constitucional, porque debido a su enfermedad mental, están limitadas en su autonomía y su autodeterminación, lo que conlleva a un riesgo en su integridad personal, a su vida, y la comunidad. Por lo tanto, su Derecho a la Salud debe ser garantizado como un Derecho Fundamental Autónomo, y casos como éstos son de relevancia constitucional, al tratarse de asuntos que están relacionados con sujetos de especial protección Constitucional. (CConst, T-095/2013, J. Pretelt)

Un ejemplo de estas vulneraciones se relaciona con la negativa de la EPS de brindar tratamiento para la recuperación de la dependencia alcohólica y de comportamientos agresivos con tendencias suicidas que afectan el desempeño laboral y la estabilidad familiar del individuo. Para el caso concreto, una institución mental privada recomendó atención especializada para el manejo de sustancias psicoactivas y psiquiatría a una paciente, sin embargo éste carecía de recursos para cubrir el tratamiento por lo que solicitó que, a través del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, le fuera brindado ese tratamiento, con el consecuencial pago de incapacidades a que hubiera lugar. Sentencia T – 1116 del 7 de

noviembre de 2008 Expediente **T-1984121** (CConst, T-116/2008, M. Cepeda). Con este Pronunciamiento, la Honorable Corte Constitucional recopilando la Jurisprudencia Constitucional, aceptó que la atención en salud para aquellas personas que padecen algún tipo de problema de drogadicción crónica, debe ser garantizado por el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, esto es, por las Empresas Promotoras de Salud de los Regímenes Subsidiado o Contributivo; o, por las Instituciones bien sea Públicas o Privadas que tengan algún tipo de Convenio con el Estado, en razón a que toda persona que padece de farmacodependencia es sujeto de especial protección constitucional, porque su enfermedad afecta su autonomía y autodeterminación, que puede poner en riesgo su integridad personal, con perturbación de manera consecencial, en su entorno familiar, laboral y social; máxime cuando estas enfermedades (adicción a sustancias psicoactivas) son consideradas como un Problema de Salud Pública (CConst, T-116/2008, M. Cepeda), tal como lo define el Decreto 3039 de 2007. (Presidencia de La República de Colombia, 2007)

Otro de los casos que se cita en este estudio, es una Acción de Tutela instaurada en contra del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC, con el fin de que se le protejan sus Derechos Fundamentales a la Salud y al Trabajo en condiciones dignas y justas, a la Unión Familiar, y a la Defensa, conculcados, según el Accionante, con la orden de traslado de trabajo a una ciudad diferente a la de su núcleo familiar, pese a que padece de alteraciones psiquiátricas, que le obligan a recibir tratamiento médico especializado en forma permanente. En la sentencia T-095 de febrero de 2013 expediente T- 3.680, la Honorable Corte Constitucional, delimita el alcance del Principio de Solidaridad en cabeza de la familia, la comunidad y el Estado, tal como lo establece la Constitución Política de Colombia en los Arts. 1, 2, 13, 49 y Num. 2º del Art. 95, analizando lo complejo que es el entorno familiar y social de un Paciente Mental, haciendo hincapié en la importancia de que la familia y los particulares cuenten con una adecuada y eficiente asesoría e información útil para mejorar la calidad de vida de un enfermo mental. Indica, igualmente, la Honorable Corte Constitucional, que los primeros en brindar una adecuada atención al paciente mental, es la familia, por los lazos de consanguinidad que la une, lo que permite una satisfactoria recuperación o mejoría; pero esta solidaridad no es única y exclusiva del núcleo familiar, sino que también le

concierna a la comunidad y al Estado, que contribuye al esfuerzo y trabajo de la familia. (CConst, T-095/2013, J. Pretelt)

En cuanto a la vulneración de los derechos de los niños citamos una Acción de Tutela incoada por una madre, en representación de su hijo menor de edad, en contra de Coomeva EPS, por la presunta vulneración de los Derechos Fundamentales a la Salud, la Vida Digna y el Derecho prevalente de los Niños, ante la negativa de la EPS de suministrar un medicamento, y de brindarle una atención integral en salud, al padecer de un retraso mental moderado, con deterioro del comportamiento significativo. Destacamos la importancia de la Sentencia T-209 del 15 de abril de 2013 Expediente T-3.729.781, pues fue a través de la cual la Honorable Corte Constitucional consagró el principio de continuidad e integralidad en la Prestación del Servicio Público de Salud, máxime cuando se trate de sujetos de especial protección Constitucional, o en aquellas situaciones que contemplen enfermedades graves, siendo éstas una obligación inherente a todas las Entidades que presten los Servicios de Salud. Las Entidades Prestadoras de Salud no pueden suspender el tratamiento por razones económicas o administrativas, y contrario sensu, deben brindarles una atención integral, por tratarse de sujetos de especial protección Constitucional, en especial, cuando se trate de niños y niñas con discapacidad mental. Con la garantía de los Principios de Continuidad e Integralidad en la Prestación del Servicio Público de Salud, se busca garantizar, que el servicio de salud no sea suspendido hasta tanto el paciente mental no se recupere, o al menos, que su estado de salud se estabilice. (CConst, T-209/2013, J. Palacio)

Continuando con los casos que vulneran los derechos de los niños citamos el de un padre, en representación de su menor hijo, quien padecía de esquizofrenia y trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas; interpone Acción de Tutela contra Comfenalco EPS, al considerar conculcados los Derechos Fundamentales a la Salud, la Vida y la Dignidad Humana, por la negativa a la asignación de un cupo en la Fundación Una Oportunidad de Vida, con el fin de que fuera tratada la afección en la salud mental, a través de un tratamiento de rehabilitación con internación. La Honorable Corte Constitucional consideró que todo individuo con trastornos mentales y comportamentales por adicción a sustancias psicoactivas, o denominados farmacodependientes, es persona de

especial protección constitucional, porque debido a su enfermedad mental, está limitada en su autonomía y su autodeterminación, lo que conlleva a un riesgo en su integridad personal, a su vida, y también a la de la comunidad. Por lo tanto, su Derecho a la Salud debe ser garantizado como un Derecho Fundamental Autónomo, y casos como éstos son de relevancia constitucional, al tratarse de asuntos que están relacionados con sujetos de especial protección Constitucional. (CConst, T-578/2013, A. Rojas).

Entre otras tutelas accionadas por hechos que afectan a los jóvenes podemos la de un padre, que en nombre propio y el de su hijo, interpuso Acción de Tutela para que se le ampararan los Derechos Fundamentales a la Igualdad, a la Vida Digna, a la Educación, mínimo vital, y el de la familia, presuntamente transgredidos por el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior –ICETEX, al negar la condonación de la deuda adquirida por un crédito educativo dado a personas con limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales, argumentando que el Reglamento del Crédito Educativo permite la condonación de la deuda, entre otros eventos, cuando hay invalidez sobreviniente al otorgamiento del crédito; la negativa de la condonación de la deuda por parte del ICETEX, obedecía, a que según criterio de la entidad, la invalidez del joven existía con anterioridad, más aún, porque por razón a ello fue beneficiario de la línea de crédito especial. A través de la Sentencia T-933 del 09 de diciembre de 2013, expediente T-3.918.176, la Honorable Corte Constitucional hace énfasis en que las personas con algún tipo de discapacidad son sujetos de especial protección constitucional, concretamente los Arts. 13 y 49 de La Constitución Política de Colombia y gracias a instrumentos internacionales que obligan a los Estados en la protección de dicha población vulnerable, al ser sujeto especial de derecho. Igualmente, estableció la Honorable Corte Constitucional, que el Derecho a la Salud es un Derecho Fundamental y que éste no solamente se aplica en el campo físico de la persona, sino en el campo mental, emocional y social de las personas, en prevalencia de la Dignidad Humana, que reconoce otras garantías, como lo es el Desarrollo Integral como Ser Humano, que conlleva a la rehabilitación de esta población, para lograr que las personas con algún grado de discapacidad logren su independencia física, mental, social y vocacional, y puedan incorporarse en la sociedad. (CConst, T-933/2013, J. Pretelt).

La Corte Constitucional realizó el estudio de dos casos relacionados, el primero referente a una Acción de Tutela interpuesta por una madre en representación de su hijo, contra la EPS Sanitas, con el fin que se le ampararan los Derechos Fundamentales de la Vida en conexidad con la Salud y la Seguridad Social, a través de la prestación de un tratamiento indefinido en un Fundación Gerontológica, el cual le había sido negado; y el segundo, correspondiente a una acción de tutela presentada por un Agente Oficioso, quien argumentó que su agenciado es adicto a la heroína y fue vulnerado en sus Derechos Fundamentales a la Salud Física y Mental, a la Vida y a la Dignidad Humana, por lo que solicitó se realizara una Junta Médica para determinar la necesidad de atención especializada, y consecuentemente, los tratamientos adecuados por parte de la respectiva EPS.

Es así, que con la Sentencia T -949 de 2013, la Honorable Corte Constitucional estableció la importancia del deber de solidaridad para la protección del Derecho a la Salud Mental, en donde la familia toma un papel relevante en la atención, en virtud de que cualquiera que sea el tratamiento, se debe tener en cuenta la adaptación a su núcleo familiar, para que suministre el cariño y afecto necesarios, en pro de una satisfactoria integración al medio social.

Se concluyó a partir de dicho análisis que, la atención a la Salud Mental no solamente implica el suministro de medicamentos y tratamiento contenidos en el POS, sino que se debe tener en cuenta el goce de condiciones dignas de “bienestar”, para lo cual establece cuatro eventos en los cuales se debe autorizar un servicio médico no incluido en el POS; primero, cuando la no prestación del servicio médico vulnere o amenace los Derechos Fundamentales a la Vida e Integridad Personal de quien lo requiera; segundo, cuando el servicio médico no pueda ser reemplazado por otro que esté incluido en el POS; tercero, cuando el paciente no tiene los recursos necesarios para costearlos y no puede acceder al servicio médico de otra forma; y, cuarto, cuando el servicio médico ha sido prescrito por el Médico de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud. (CConst, T-949/2013, L. Vargas).

En cuanto a las personas adultas, la Defensoría del Pueblo presentó Acción de Tutela contra la Secretaria de Salud de Atlántico y Mutual SER EPS-S, por la presunta transgresión de los Derechos Fundamentales a la Salud, a la Seguridad Social y a la Vida en condiciones dignas,

de un ciudadano consumidor de sustancias psicoactivas desde 15 años atrás, al negársele un programa de rehabilitación para tratamiento de consumo de sustancias psicoactivas. A través de Sentencia T-141/2014, la Honorable Corte Constitucional preceptúa que, frente a casos de gravedad de la enfermedad del paciente mental y la situación económica de éste, la protección del Derecho a la Salud va más allá, lo que conlleva a que tanto el Estado como la Sociedad, intervengan mancomunadamente en la prevención y recuperación de dichas personas de especial protección, inhibiendo dejar la responsabilidad bajo cargo exclusivo de la familia. Resalta, así mismo, la alta Corte, la importancia del Derecho a la Salud, el cual no solamente tiene protección nacional, sino también internacional, como quiera que éste es considerado un derecho que va encaminado a proteger íntegramente a las personas en el campo físico y mental, máxime cuando el Derecho a la Salud es considerado un Derecho Fundamental y un Servicio Público, con fundamento en lo establecido en el Art. 49 de la Constitución Política, por lo que el Estado debe implementar políticas públicas de cara a reglamentar Principios de Eficiencia, Universalidad y Solidaridad, propios de un Estado Social de Derecho. Se concluyó que, el Derecho a la Salud Mental tiene un carácter fundamental e independiente, porque la prestación del servicio a la salud de aquellas personas que se encuentran en debilidad manifiesta bien sea física o mental, tiene su fundamento en la necesidad de proteger la Dignidad Humana, eje sobre el cual se estructura el Estado Social de Derecho. (CConst, T-141/2014, A. Rojas).

En relación con el tratamiento de trastornos del comportamiento citaremos dos casos que fueron resueltos con la Sentencia T – 454 del 7 de julio de 2014, así: En el expediente T-4.234.646 se señala un padre, actuando en representación de su hijo, quien padece de trastornos del comportamiento, ha intentado suicidarse en repetidas ocasiones y es farmacodependiente, inició Acción de Tutela contra la EPS del régimen subsidiado, al negarle la institucionalización de su hijo en un lugar adecuado y especializado para su tratamiento.

El expediente T-4.247.556 relata hechos de un accionante, quien es adicto a sustancias psicoactivas y a juegos mecánicos, por lo que padece de una serie de enfermedades físicas y mentales, inició Acción de Tutela contra la Secretaría de Planeación, la Secretaría de Salud,

la Secretaría de Gestión Social y el administrador del Sisbén, con el fin de que ser internado en un establecimiento especializado en la atención de enfermedades mentales, donde pueda ser sometido al tratamiento psiquiátrico que se requiera. (CConst, T-454/2014, L. Vargas)

A través de estas Sentencias, la Honorable Corte Constitucional se ha pronunciado argumentando que la Salud Mental hace parte del Derecho a la Salud, no sólo porque la ausencia de trastornos mentales es salud, sino porque es un estado de bienestar, al encontrarse el individuo consciente de sus capacidades, al punto que puede enfrentar las situaciones normales de una vida normal y productiva, siendo capaz de contribuir a la sociedad; de ahí, que el Estado, con el fin de garantizar el Derecho a la Salud de forma integral, debe ofrecer a este grupo de personas, una atención específica a la salud mental, cuando éstos lo necesiten. Concluyó, la alta Corporación, que con fundamento en las disposiciones Constitucionales, en los Principios y Directrices supranacionales, la Ley consagra que el Estado debe brindar una atención íntegra en salud, para todas las personas que padezcan algún tipo de trastorno mental, en cualquiera de sus etapas, tales como: Promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud y la inclusión a la sociedad, las cuales deben ser garantizadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1616 de 2013, siendo las EPS las primordiales en brindar dicha atención en Salud, así como las Secretarías de Salud, sin que ello impida, que en el proceso de rehabilitación, participen otras Instituciones del Estado. (CConst, T-454/2014, L. Vargas)

La Sentencia T – 418 del 3 de julio de 2015, corresponde a una Acción de Tutela contra el Ministerio de Salud y de la Protección Social, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, la Fiscalía General de la Nación – Programa de Protección de Víctimas y Testigos –, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, por la presunta vulneración de los Derechos Fundamentales a la Salud Física, Sexual y Reproductiva, Psicológica y la Seguridad e Integridad Personales, tendiente a obtener que las entidades accionadas, le brinden a los accionantes (una madre y su hijo menor), atención especializada y completa en salud sexual reproductiva y psicológica, a través de la remisión del menor a una Institución Psiquiátrica y a PROFAMILIA, para un tratamiento especializado. (CConst, T-418/2015, J. Pretelt).

Mediante dicha Sentencia, la Honorable Corte Constitucional consideró que la Salud Mental es un Derecho Fundamental, reconocido actualmente tanto a nivel nacional como internacional, como una necesidad primordial en toda la población. Es así, que este Derecho Fundamental de la Salud Mental se debe interpretar en un sentido amplio e integral, porque abarca las afectaciones físicas, psíquicas, emocionales y sociales, que son inherentes para llevar una vida digna, que incide implícitamente en el crecimiento como ser humano. De ahí, que la alta Corporación resaltó que constitucionalmente la salud no sólo incluye la integridad física, sino todo aquello que conlleve al beneficio psicológico, mental y psicosomático del individuo.

Consecuencialmente, ha establecido que el Derecho a la Salud Mental, se debe brindar mediante Programas diferenciadores, de acuerdo a la patología del paciente, en donde de no requerir terapias psiquiátricas dentro de una Institución Prestadora de Salud, el individuo debe ser reintegrado a su núcleo familiar y a la sociedad, pero en el evento de que el paciente necesite de tratamientos, las Entidades Públicas o Privadas que estén en la obligación de prestarle los servicios de salud, no pueden negarse a brindar una atención adecuada y oportuna a los padecimientos de desequilibrio, salud mental y psicológica, en alguna de sus etapas de evolución de la enfermedad, so pretexto de estar excluido en su cobertura, porque este grupo, es considerado como sujeto de especial protección constitucional, a quienes se les debe garantizar una mayor atención por parte, no solamente de la familia, sino de la Sociedad y del Estado. (CConst, T-418/2015, J. Pretelt).

La Sentencia T-010 del 22 de enero de 2016, reitera la falta de atención a servicios de salud mental, donde un ciudadano, con padecimiento de esquizofrenia y antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, inició Acción de Tutela contra la EPS-S Savia Salud y la Secretaría Seccional de Salud y Protección de Antioquia, por la presunta vulneración de los Derechos Fundamentales a la salud, al no autorizarle la internación en una unidad de salud mental. (CConst, T-010/2016, L. Vargas)

Es así que, la Honorable Corte Constitucional reitera que el Derecho a la Salud Mental es un Derecho Fundamental, desarrollado por distintos instrumentos internacionales, que

establecen la importancia de fomentar alternativas para la reincorporación a la sociedad, de los individuos en situación de discapacidad, con el fin de que ejerzan sus derechos conforme a sus posibilidades, y que adicionalmente, el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, debe garantizar la atención integral en salud necesaria para contrarrestar la adicción a las drogas y su rehabilitación, bien sea mediante las Empresas Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, o a través de Instituciones Públicas o Privadas que hayan suscrito convenios con el Estado, precisamente por considerarlos sujetos de especial protección constitucional, al ser la Salud Mental, un factor decisivo para el desarrollo de dependencia a sustancias psicotrópicas o de estupefacientes. (CConst, T-010/2016, L. Vargas)

Mediante la Sentencia T-450 del 23 de agosto de 2016 la Corte Constitucional definió dos casos que tienen que ver con personas que consumen sustancias psicoactivas de acuerdo a los expedientes T-5.519.630. El Personero Municipal de Neiva, inició Acción de Tutela por la presunta vulneración de los Derechos Fundamentales a la Salud, la Integridad Física y a la Vida en condiciones dignas de un ciudadano consumidor de sustancias psicoactivas, quien fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide, contra Cafesalud EPS, al no brindar el tratamiento intrahospitalario que le fuera ordenado, y contra la Policía Metropolitana de Neiva, porque no ha prestado el acompañamiento solicitado para trasladar al paciente desde su domicilio al lugar en que se lleva a cabo su proceso de desintoxicación; de igual manera, en el expediente T-5.540.038 que una persona de la tercera edad, quien fue diagnosticada con demencia, y es cuidada por una de sus hijas, inició Acción de Tutela, con el fin que se ordene su internación en un hogar geriátrico o en una institución para pacientes con enfermedades crónicas y se le suministren los insumos requeridos en atención a la patología que presenta.

A través de esta Providencia, la Honorable Corte Constitucional señaló que todas aquellas personas que padezcan de algún tipo de trastorno o enfermedad mental, o estén ligados a la adicción de drogas, merecen una protección especial, al ser sujetos de especial protección constitucional, a quienes se les debe brindar tratamientos orientados a su rehabilitación, y la atención médica no puede ser negada por parte de las EPS, con el supuesto de encontrarse

fuera del POS, porque ello conllevaría al incumplimiento de sus obligaciones constitucionales y legales. Igualmente, estableció que la Salud Mental es un Derecho de carácter fundamental, que implica necesariamente varias responsabilidades por parte del Estado, como el primero llamado a responder por la Prestación de los Servicios de Salud, para lo cual debe implementar programas y políticas públicas de prevención, tratamiento y rehabilitación de aquellas personas con problemas mentales, incluidas aquellas con patología de farmacodependencia, al ser considerados sujetos de especial protección constitucional. Finalmente, estableció que el Derecho a la Salud Mental tiene dos componentes a proteger: el físico y el mental; de ahí que sea considerado un Derecho Fundamental. (CConst, T-450/2016, J. Pretelt)

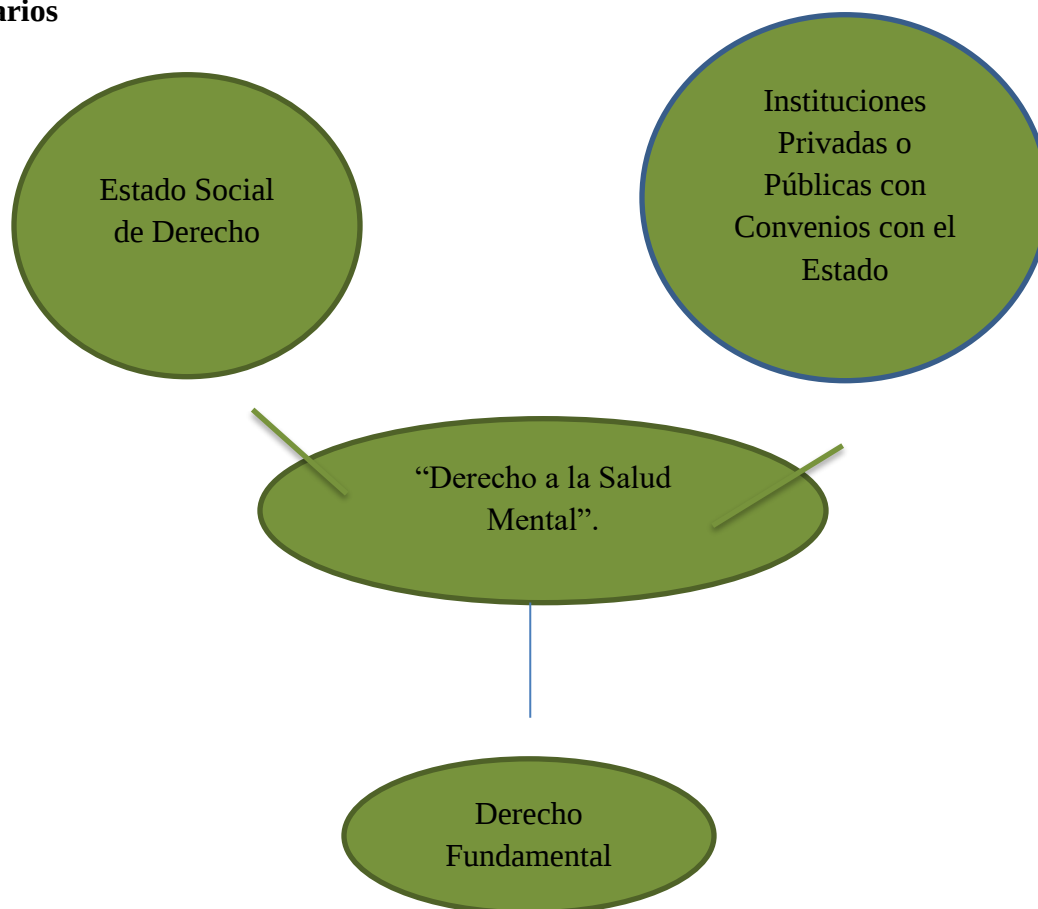
La Sentencia T-120 del 27 de febrero de 2017, trató el caso de una madre representación de su hijo, quien tiene un retardo mental con parálisis cerebral congénita, síndrome convulsivo complejo, hipoacusia profunda, epilepsia, sinusitis e incontinencia, inició Acción de Tutela contra Coomeva EPS, por la presunta vulneración de los Derechos Fundamentales a la Vida, a la Dignidad Humana y a la Salud, tendiente a obtener el suministro de insumos para su patología y el servicio de transporte con un acompañante para acceder al tratamiento médico prescrito; así como el servicio de enfermería las 24 horas. Con esta Sentencia, la Honorable Corte Constitucional reiteró que la Salud Mental es un Derecho Fundamental, que implica que a la persona se le brinde un diagnóstico efectivo, el cual debe ser garantizado en condiciones de Dignidad, porque su efectividad es necesaria para garantizar otros Derechos Fundamentales. Ello implica, que al paciente se le brinde una oportuna valoración médica, se le determine el tipo de enfermedad padecida y se le brinde un procedimiento médico necesario para recuperar el estado de salud.

Todo, en aplicación al Principio de Integralidad en la Prestación de los Servicios de Salud, tanto en la atención, como en un completo tratamiento, porque es un derecho de todos los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se le otorguen tratamientos adecuados de acuerdo a sus necesidades clínicas, conforme a las prescripciones del Médico tratante, sin que éste sea fraccionado. Por último, concluyó la Honorable Corte Constitucional, que el Derecho Fundamental de la Salud, enmarca la Dignidad Humana

porque de esta forma garantiza la estabilidad orgánica, física, mental y funcional, para así hacer prevalecer otros Derechos de índole también Fundamental. (CConst, T-120/2017, L. Vargas).

Ilustración 8. Línea jurisprudencial: “el derecho a la salud mental, como derecho fundamental”

Escenarios



2.3 Línea jurisprudencial: análisis de sentencias emitidas por la honorable Corte Constitucional, en el tema: “el derecho a la salud mental, como derecho fundamental”

Desde el año 2008, la Honorable Corte Constitucional, ha proferido una serie de Sentencias tipo T, porque distintos usuarios, en ejercicio del amparo constitucional que pretendían la

protección del derecho a la salud mental, desde diferentes puntos de vulneración, emitió pronunciamientos orientados a la protección sobre la prestación de los servicios de seguridad social, concretamente en los servicios de salud mental.

La decisión, adoptada desde el año 2008, no podría ni mucho menos, ser la primera y única en la materia, y, teniendo en cuenta la relevancia del Derecho Constitucional Fundamental de la Salud Mental, esa Honorable Corporación ha seguido emitiendo Sentencias, en las que se ha tratado, precisamente esta temática tan crucial a nivel nacional, protegiendo este derecho a todas las personas que han acudido a este medio judicial, Acción Constitucional de Tutela, para que se les reconozca este derecho individual, situación que representan para muchos, una verdadera injerencia de la rama judicial en asuntos que en principio corresponde resolver al ejecutivo, en un asunto que sin duda ocupa el mayor espacio de preferencia como causa de Acciones de Tutela: El derecho a la salud mental.

Precisamente, la Honorable Corte Constitucional no se ha limitado a referirse a los hechos y las pretensiones de cada una de las acciones interpuestas, sino que aprovechando los casos, para ocuparse de esa problemática nacional, que han llevado a los ciudadanos a recurrir a la justicia Constitucional como mecanismo de protección de su Derecho a la Salud Mental, al tiempo que se pronunció sobre las fallas del Sistema de Salud Mental, adoptando decisiones de alto impacto social, económico y jurídico, y, recordando los fines esenciales del Estado Social de Derecho, el cual está fundamentado en el respecto a la Dignidad Humana, como lo enuncia la Constitución Política en el Art. 2º, como un derecho inalienable, inembargable, indivisible e intransferible de la persona.

Los casos analizados llevaron a la máxima Corporación Constitucional a concluir que más allá de tratarse de situaciones particulares de usuarios del Sistema de Salud, la lectura generalizada de los mismos mostraba violaciones recurrentes y sistemáticas, producto de problemas estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), generados, principalmente, por fallas en la regulación y completa prestación del servicio a personas afectadas en su salud mental.

En este orden de ideas, el problema de Investigación formulado es: **¿La Honorable Corte Constitucional ha considerado el Derecho a la Salud Mental, como un Derecho Fundamental?**

Ilustración 9. Balance decisional - Esquema de la línea jurisprudencial

	¿La Honorable Corte Constitucional ha considerado el Derecho a la Salud Mental, como un Derecho Fundamental?	
El Derecho a la Salud Mental, <u>ES</u> considerado un Derecho Fundamental	● T-1116/2008 ● T-095/2013 ● T-209/2013 ● T-578/2013 ● T-933/2013 ● T-949/2013 ●	El Derecho a la Salud Mental, <u>NO</u> es considerado un Derecho Fundamental

	T-141/2014 	
	T-454/2014 	
	T-418/2015 	
	T-010/2016 	
	T-450/2016 	
	T-120/2017	

Ilustración 10 Diagrama de la Telaraña línea jurisprudencial

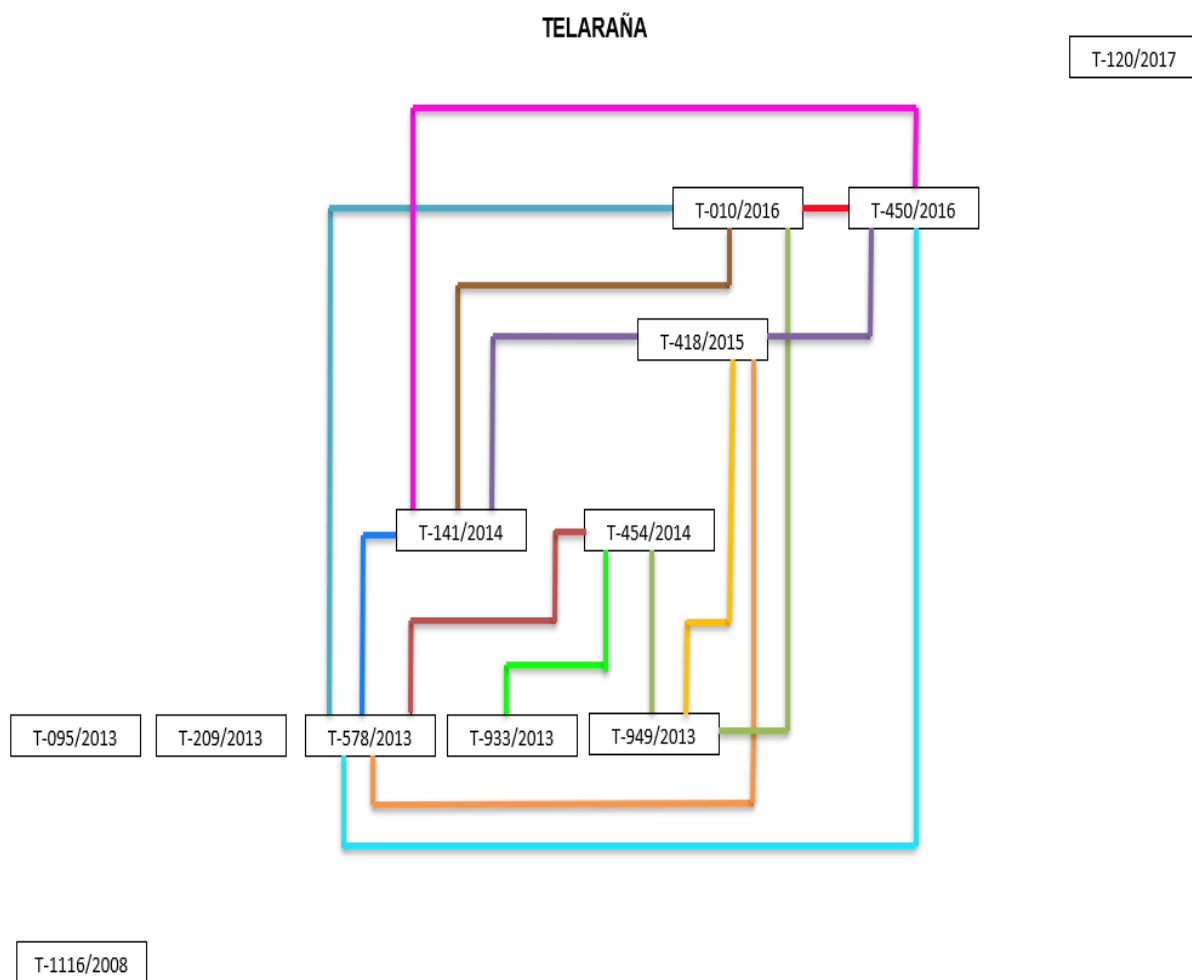
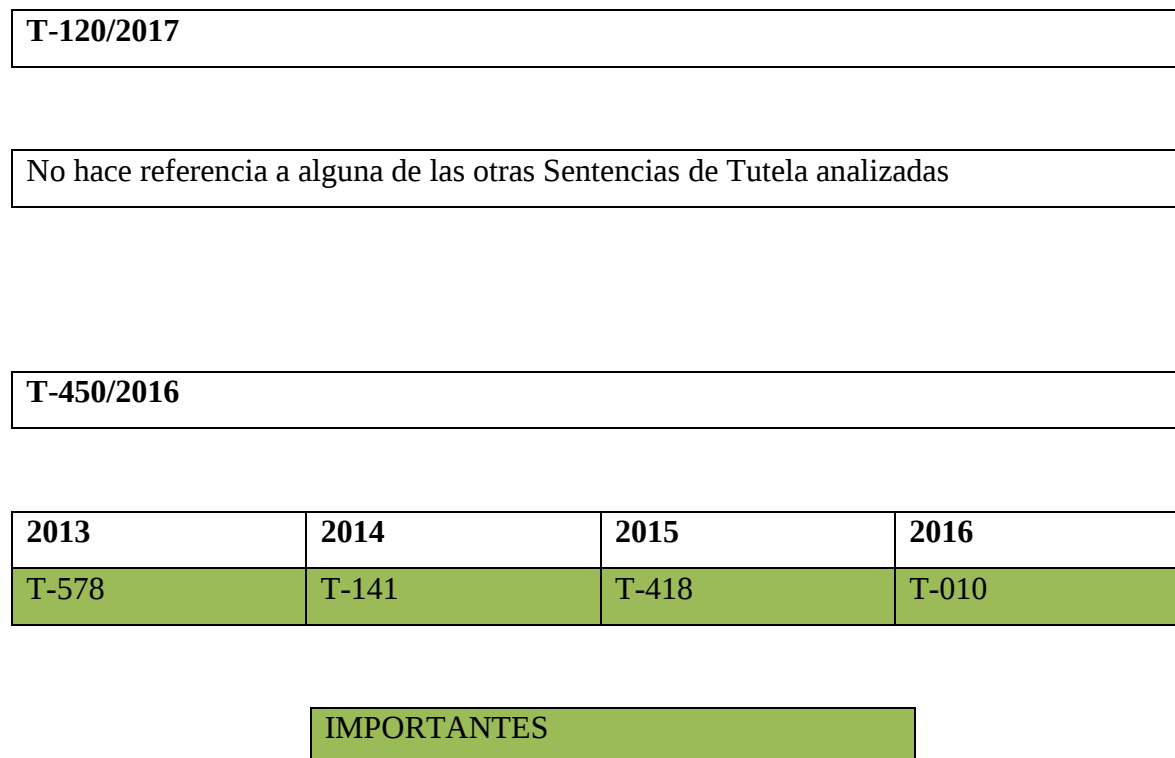


Ilustración 11. Nicho T – 450/2016



La gráfica 11. muestra un nicho citacional de la Sentencia T-450/2016, que dio como resultado un total de cuatro (4) Sentencias, de las cuales todas son clasificadas como importantes (T-578/2013, T-141/2014, T-418/2015 y T-010/2016), razón por la cual, fueron de objeto de esta Línea Jurisprudencial, porque sirvieron para determinar cuál ha sido la posición de la Honorable Corte Constitucional respecto del Derecho a la Salud Mental, y el proceso argumentativo que ha desarrollado esa alta Corporación para la construcción de su Precedente Jurisprudencial.

Ilustración 12.. Nicho T – 010/2016

T-010/2016			
2013	2014	2015	2016
T-578	T-141		
T-949			

IMPORTANTES
CONCEPTUALES

La gráfica 12. Muestra un nicho citacional de la Sentencia T-010/2016, que dio como resultado un total de tres (3) Sentencias, de las cuales dos (2) son clasificadas como importantes (T-578/2013 y T-141/2014), razón por la cual fueron objeto de esta Línea Jurisprudencial, porque sirvieron para determinar cuál ha sido la posición de la Honorable Corte Constitucional respecto del Derecho a la Salud Mental y el proceso argumentativo que ha desarrolla ésta alta Corporación para la construcción de su Precedente Jurisprudencial. De las tres (3) Sentencias que hace referencia la Sentencia T-010/2016, se evidencia en la gráfica que una (1) de ellas es tomada como Conceptual (T-949/2013), por brindar al estudio una interpretación Doctrinal y Conceptos del Derecho a la Salud, del Derecho a la Salud Mental y del Principio de Solidaridad, pero no llega a calificarse como importante, porque no determina al Derecho a la Salud Mental como un Derecho Constitucional Fundamental, que es el punto central de este estudio.

Ilustración 13 Nicho T – 418/2015

T-418/2015		
2013	2014	2015
T-578	T-141	
T-949		
	IMPORTANTES	
	CONCEPTUALES	

La gráfica 13 muestra un nicho citacional de la Sentencia T-418/2015, que dio como resultado un total de tres (3) Sentencias, de las cuales dos (2) son clasificadas como importantes (CConst, T-578/2013, A. Rojas, CConst, T-141/2014, A. Rojas), razón por la cual fueron objeto de esta Línea Jurisprudencial, porque sirvieron para determinar cuál ha sido la posición de la Honorable Corte Constitucional respecto del Derecho a la Salud Mental y el proceso argumentativo que ha desarrollado ésta alta Corporación para la construcción de su Precedente Jurisprudencial. De las tres (3) Sentencias que hace referencia la Sentencia T-418/2015, se evidencia, en la gráfica, que una (1) de ellas es tomada como Conceptual (CConst, T-949/2013, L. Vargas), por brindar al estudio una interpretación Doctrinal y Conceptos del Derecho a la Salud, del Derecho a la Salud Mental y del Principio de Solidaridad, pero no llega a calificarse como importante, porque no determina al Derecho a la Salud Mental como un Derecho Constitucional Fundamental, que es el punto central de este estudio.

Ilustración 14. Nicho T – 418/2015

T-454/2014	
2013	2014
T-578	
T-933	
T-949	
	IMPORTANTES
	CONCEPTUALES

La gráfica 14 muestra un nicho citacional de la Sentencia T-454/2014, que dio como resultado un total de tres (3) Sentencias, de las cuales dos (2) son clasificadas como importantes (CConst, T-578/2013, A. Rojas, CConst, T-933/2013, J. Pretelt), razón por la cual fueron de objeto de esta Línea Jurisprudencial, porque sirvieron para determinar cuál ha sido la posición de la Honorable Corte Constitucional respecto del Derecho a la Salud Mental y el proceso argumentativo que ha desarrollado ésta alta Corporación para la construcción de su Precedente Jurisprudencial. De las tres (3) Sentencias que hace referencia la Sentencia T-454/2014, se evidencia en la gráfica que una (1) de ellas es tomada como Conceptual (CConst, T-949/2013, L. Vargas), por brindar al estudio una interpretación Doctrinal y Conceptos del Derecho a la Salud, del Derecho a la Salud Mental y del Principio de Solidaridad, pero no llega a calificarse como importante, porque no determina al Derecho a la Salud Mental como un Derecho Constitucional Fundamental, que es el punto central de este estudio.

Ilustración 15 Nicho T 141/2014

T-141/2014	
2013	2014
T-578	
IMPORTANTES	

La gráfica 15 muestra un nicho citacional de la Sentencia T-141/2014, que dio como resultado un total de una (1) Sentencia, la cual es clasificada como importante (CConst, T-578/2013, A. Rojas), razón por la cual fue objeto de esta Línea Jurisprudencial, porque sirvió para determinar cuál ha sido la posición de la Honorable Corte Constitucional respecto del Derecho a la Salud Mental y el proceso argumentativo que ha desarrollado esa alta Corporación para la construcción de su Precedente Jurisprudencial.

T-949/2013
No hace referencia a alguna de las otras Sentencias de Tutela analizadas
T-933/2013
No hace referencia a alguna de las otras Sentencias de Tutela analizadas

T-578/2013

No hace referencia a alguna de las otras Sentencias de Tutela analizadas
--

T-209/2013

No hace referencia a alguna de las otras Sentencias de Tutela analizadas
--

T-095/2013

No hace referencia a alguna de las otras Sentencias de Tutela analizadas
--

T-1116/2008

No hace referencia a alguna de las otras Sentencias de Tutela analizadas
--

2.5 Narración Explicativa

Analizadas las doce (12) Sentencias de la Honorable Corte Constitucional (CConst, T-1116/2008, M. Cepeda, CConst, T-095/2013, J. Pretelt, CConst, T-209/2013, J. Palacio, CConst, T-578/2013, A. Rojas, CConst, T-933/2013, J. Pretelt, CConst, T-949/2013, AL. Vargas, CConst, T-141/2014, A. Rojas, CConst, T-454/2014, A. Rojas, CConst, T-418/2015, J. Pretelt, CConst, T-010/2016, L. Vargas, CConst, T-450/2016, J. Pretelt, CConst, T-120/2017, L. Vargas), y conforme a la gráfica que representa la evolución de las posturas de esta alta Corporación, se puede colegir que existe una tendencia predominante a considerar el Derecho a la Salud Mental como un Derecho Fundamental Autónomo, propio de un Estado

Social de Derecho, el cual debe ser garantizado, inicialmente, por la familia; posteriormente, por la sociedad; y por último, por el Estado, como garante de los Derechos de esta población, como quiera que sus integrantes son sujetos de especial protección Constitucional, con fundamento en lo establecido en los Arts. 13, 47 y 59 de la Constitución Política.

Esa protección especial para las personas con algún tipo de discapacidad mental o trastornos mentales, o con problemas de farmacodependencia, es de vital importancia, en razón que padecen limitaciones relacionadas con su autonomía y autodeterminación, situaciones que ponen en peligro su vida e integridad personal y de la sociedad.

Así mismo, los pronunciamientos dados por la alta Corporación Constitucional, establecen las responsabilidades que se derivan de aquellas personas que sufren de trastornos mentales, tanto para la familia, como para la sociedad, y por qué no, del Estado, en donde en aquellas situaciones en donde la enfermedad, padecimiento o situación económica, son graves, conllevan necesariamente a que el ámbito de protección de esas personas se desborde, a tal punto que el Estado y la sociedad intervengan, para lograr la prevención y recuperación de estos pacientes, pese a que la familia sea la primera llamada a asistir a estas personas.

Con el análisis de las Sentencias de la Línea Jurisprudencial efectuada, se pudo determinar que a partir del Art. 1º de la Constitución Política, el Derecho a la Dignidad Humana es tratado como Principio Fundamental del Estado Social de Derecho, y es un pilar en el Ordenamiento Jurídico; y 13 *Ibídem* en Colombia se debe propender por la protección de las personas en condición de debilidad manifiesta, sobre todo en su parte mental.

Es una obligación del Estado proteger al grupo de personas que se encuentra en debilidad manifiesta, ya sea económica, física o mental, o que esté sufriendo abusos o maltratos, y es un deber sancionar a aquellas instituciones que incurran en este tipo de discriminación.

En este mismo sentido, el Art. 47 de la Constitución Política, expresa como deber del Estado, crear, promover e implementar políticas públicas de prevención, rehabilitación e integración a la sociedad, de todas las personas que se encuentren en situación de debilidad manifiesta, física, sensorial y psíquica, y, por las cuales se debe velar.

Según el ordenamiento constitucional nacional, a los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, tienen especial protección, y, su tratamiento integral debe ser atendido por la medicina especializada, máxime cuando estas personas se encuentran en una clara debilidad manifiesta, por lo que deben ser sujetos de atención especial e inmediata.

Con los pronunciamientos objeto de análisis, se puede colegir que las niñas, niños y adolescentes, personas con algún tipo de incapacidad o de la tercera de edad, son sujetos de especial protección y, por ende, la salud de éstos tiene gran importancia, a tal punto que tiene el carácter de derecho fundamental autónomo, sin que medie otro derecho fundamental.

El modelo en el que se encuentra Colombia, esto es, un Estado Social de Derecho, organizada como República, tiene distintas garantías para los Colombianos, entre ellas está la Seguridad Social, prevista en el Art. 48 de la Constitución Política, el cual tiene el carácter de irrenunciable y de obligatorio cumplimiento por su Gobernantes.

Dicha normatividad, esto es, el Art. 48 de la Constitución Política establece:

“La Seguridad Social es un Servicio Público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”.

Dentro de la norma anteriormente citada, se encuentra implícito el Principio de Progresividad de la Seguridad Social, en la que enmarca que se prohíbe reducir o recortar garantías dadas en esta materia.

Igualmente, quedó demostrado con la línea jurisprudencial analizada, que el precedente judicial en materia de salud mental, obliga el deber de garantizar el Derecho Fundamental a la Salud Mental, como derecho autónomo, inherente a todas las personas que padecen de algún tipo de discapacidad mental o de dependencia de fármacos, ya que éstas son sujetos de especial protección constitucional, con fundamento en los Arts. 13, 17 y 49 de la Constitución Política; además, porque sufren de algún tipo de limitación que impide que sean personas autónomas y tengan una autodeterminación, y, contrario sensu, son personas que pueden poner en riesgo su vida, integridad personal y de la sociedad en general.

La postura de la Honorable Corte Constitucional en materia de salud mental, se soporta en que el Estado es el principal responsable y protector del Derecho a la Salud Mental, ya que como lo ha señalado esta Alta Corporación, el Estado no puede evitar su responsabilidad de brindar a estas personas el acceso a la salud, con la creación de políticas públicas que resuelvan esta problemática social y económica, además de una atención a este flagelo con planes nacionales de salud mental y la institucionalización de políticas de promoción y prevención que sean llevaderas desde el orden nacional hasta los Entes Territoriales, para acercarse más a ésta población tan vulnerable, para brindarles cuidado y una atención integral.

Si bien es cierto, la familia cumple un rol primordial en la recuperación de los pacientes con algún tipo de discapacidad mental o de farmacodependencia, no es óbice dejar a un lado el papel primordial que debe ejercer el Estado, como garante en la atención, cuidado y recuperación de estas personas.

Se debe tener en cuenta que los habitantes de calle o mal llamados “desechables”, no cuentan con una familia que ayude a su recuperación, por lo que es una obligación del Estado afrontar la responsabilidad de brindar a ese sector de sociedad, como población vulnerable, una adecuada atención integral, cuidado y recuperación de los mismos, ya que estos habitantes de calle también merecen una vida digna, como factor integrante de la sociedad.

Se puede concluir de este trabajo, que en materia Jurisprudencial de la Honorable Corte Constitucional, que el Estado es responsable por la deficiente, carente y nula prestación del servicio de salud, concretamente, en la salud mental, en razón a que la falla en la prestación del servicio de salud, conlleva en sí misma, a la vulneración de otros derechos fundamentales e intereses jurídicos, tales como: la autonomía, libertad para disponer de su propio cuerpo, Dignidad Humana y la prestación de un adecuado, eficiente y oportuno servicio de salud.

Además, los daños que padecen aquellas personas con algún tipo de discapacidad mental o de farmacodependencia, por la falta de un adecuado, eficiente y oportuno servicio médico, son responsabilidad exclusiva del Estado, ya que este tiene un carácter de servicio público esencial.

La Salud, según la Honorable Corte Constitucional, es un Derecho Fundamental autónomo, porque según la Organización Mundial de la Salud, este “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no implica únicamente el no padecimiento de algún tipo de afección o enfermedad”.

Ahora bien, la drogadicción, según la Honorable Corte Constitucional, se debe afrontar como un problema de salud pública, que, en consecuencia, debe ser atendido por el sistema de seguridad social en salud, en especial, porque ya no debe entenderse al drogadicto, como un delincuente, sino como un enfermo.

Es por ello, que con el fin de garantizar un tratamiento integral a la gran problemática de drogadicción, la Jurisprudencia analizada, ha resaltado que éste, debe analizar el cumplimiento o no de ciertos requisitos, tales como: El consentimiento libre e informado de los pacientes, accesibilidad y disponibilidad de centro de salud y rehabilitación, la órbita de Derechos Humanos, acompañamiento y valoración multidisciplinaria, donde se requiere una valoración inicial, un seguimiento a alcanzar, y una integración de todo lo anterior, con el fin de rehabilitar al paciente o al menos estabilizarlo.

3. Salud Mental aplicación de la política en salud mental

3.1 Políticas frente a la Organización Mundial de la Salud

En junio de 2013 La Organización Mundial de la Salud OMS aprobó su plan de acción sobre salud mental con una visión amplia que fomenta y la proteja con una finalidad de bienestar mental, prevenga el trastorno, mejore la recuperación con la promoción de los derechos humanos, para reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas. Este plan tiene tres (3) objetivos, “reforzar el liderazgo y gobernanza eficaces”, “proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y salud mental completos y con capacidad de respuesta”, “poner en prácticas estrategias de promoción y prevención y fortalecer los sistemas de información”, “los datos científicos y las investigaciones”. En este plan de acción también se resalta la importancia de la participación de la sociedad civil especialmente los que sufren de trastornos y sus familiares por medio de asociaciones quienes deben participar en la elaboración de los planes de acción regionales. (Organización Mundial de la Salud, 2013). Las metas son las siguientes:

80% de los países hayan elaborado políticas y planes actualizados de salud mental igualmente sus regiones (Organización Mundial de la Salud, 2013). Pag 12., si bien Colombia ha elaborado su política, el departamento del Huila en cabeza de la gobernación y su secretaría de salud no la ha plasmado a fecha 2020. Además, la OMS manifiesta qué políticas y planes con más de 10 años no refleja el estado actual de la problemática. (Organización Mundial de la Salud, 2013). Pag. 22

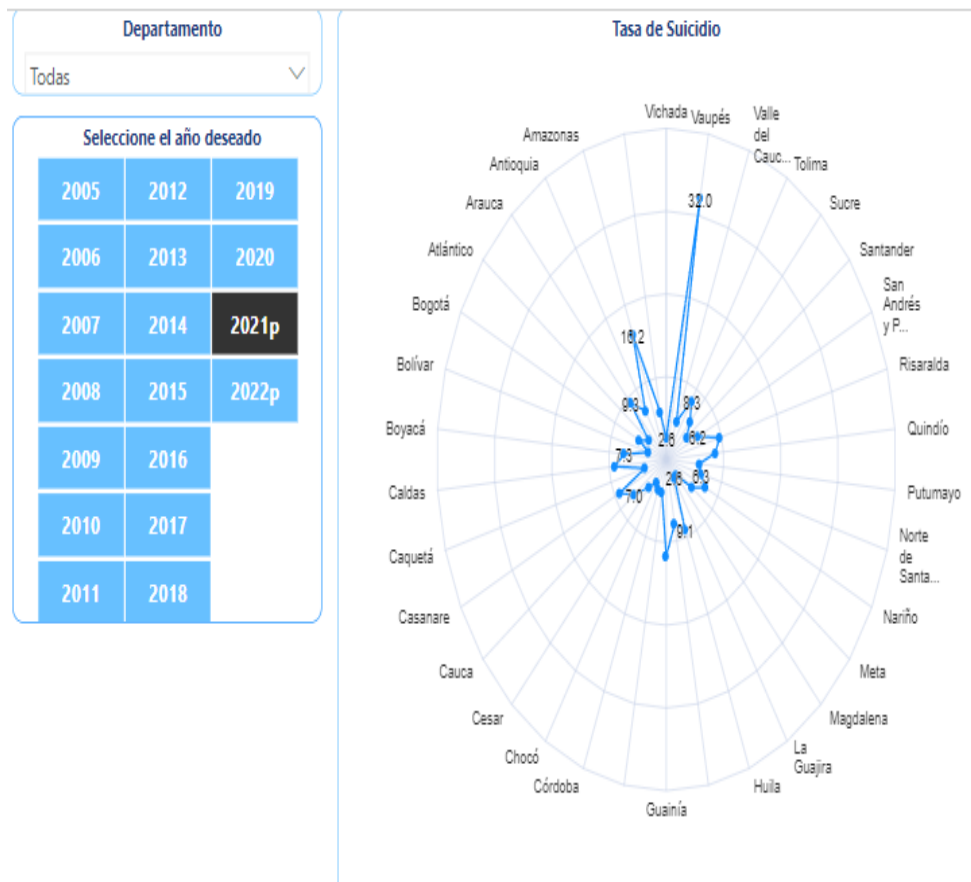
Otra de las metas de la organización mundial de la salud es que el 50% de los países hayan legislado (Organización Mundial de la Salud, 2013). Pag 12. Un análisis sobre la salud mental en Colombia “concluye que sea ha normatizado pero que existe la debilidad en la implementación y desarrollo, en este mismo análisis se hace un llamado a las entidades de monitoreo y vigilancia para que realicen un seguimiento y evaluación de la aplicación de la política en salud mental” (María De Los Ángeles Sánchez Correa, 2021). Pag 12.

Mediante la Resolución 4886 norma que establece la política Nacional de salud mental en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) y la Resolución 089 del 2019 que busca la atención integral de personas afectadas con el consumo de sustancia psicoactivas y sus familias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). En el Departamento del Huila en mayo 2021 se inició el proceso de formulación de la política pública de salud mental utilizando mecanismos de participación colectiva Este trabajo hace parte del cumplimiento que le da la Secretaría de Salud Departamental a Ley de Salud Mental (Gobernación del Huila, 2021).

Siguiendo con las metas de la organización mundial de la salud estableció que “se haya incrementado la cobertura del servicio en un 20%” (Organización Mundial de la Salud, 2013). Pag 15. Según el Boletín de Salud Mental En 2016 se tenían 1.385 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en el área de psiquiatría y para el año 2018 se tenía 1.918 con un incremento del 38,5% (Ministerio de Salud, 2018), Además la OMS priorizo que cada país debía tener al menos “dos (2) programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2013)l. Pag 18. En este sentido “El Plan Decenal de salud mental identifica dos componentes en la dimensión convivencia social y salud mental los cuales son: 1) Promoción de la salud mental y la convivencia y 2) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Otra de las metas de la OMS es la reducción de la tasa de suicidios en un 10% (Organización Mundial de la Salud, 2013). Pag 18. En este sentido dice (DANE, 2021). Pag 50. “Para el año 2020pr se observa una reducción del 7,3% en el número de muertes por suicidio en el país. Se observa cómo la tasa de muertes por suicidio por 100.000 habitantes cae levemente entre 2019 y 2020 pr.”, “el Departamento del Huila presento una tasa por 100.000 habitantes de 9.1 en el año 2021 (Ilustración 16), la más alta de la década en el departamento” (asivamosensalud.org, s.f.), el plan de desarrollo Huila crece propuso sostener el indicador en 7,21 (Asamblea Departamental del Huila, 2020), en de acuerdo a lo anterior el departamento no cumplió con este indicador.

Ilustración 16. Tasa de suicidio 2021 en Colombia



Fuente: (asivamosensalud.org, s.f.)

La última meta de la OMS establece que el 80% de los países tendrá indicadores de salud mental sistematizados (Organización Mundial de la Salud, 2013). Pag 20. En este sentido en Colombia creo el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA mediante Decreto número 3518 de 2006 (Ministerio de Protección Social, 2006)

**Tabla 6. Metas y objetivos de la organización mundial de la salud en el área mental
objetivos de la OMS y su implementación en Colombia (Organización Mundial de la
Salud, 2013)**

Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental			
Meta	indicador	Medios de verificación	Avances en Colombia
80% de los países hayan elaborado políticas y planes actualizados de salud mental	Existencia de una política o plan nacional de salud mental acorde con los instrumentos internacionales de derechos humanos	Disponibilidad física de la política/plan y confirmación de que se ajusta a las normas internacionales y regionales en materia de derechos humanos	“Resolución 4886 norma que establece la política Nacional de salud mental en Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) y “la Resolución 089 del 2019 que busca la atención integral de personas afectadas con el consumos de sustancia psicoactivas y sus familias” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)
50% de los países hayan legislado sobre la salud mental	Existencia de leyes nacionales sobre salud mental acordes con los instrumentos internacionales de derechos humanos [	Disponibilidad física de la legislación y confirmación de que se ajusta a las normas internacionales y regionales de derechos humanos.	Normatividad con menos de 10 años de vigencia acorde con los solicitado por la OMS

Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta			
incrementado la cobertura del servicio en un 20%	“Proporción de personas con trastornos mentales graves (psicosis, trastorno afectivo bipolar, depresión moderada a grave) que están utilizando los servicios [%]”	Casos de trastorno mental grave que están recibiendo servicios	“En 2016 se tenían 1.385 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en el área de psiquiatría y para el año 2018 se tenían 1.918 con un incremento del 38,5% “(Ministerio de Salud, 2018).
Objetivo 3: Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental			
Meta	indicador	Medios de verificación	Avances en Colombia
El 80% los países tendrán como mínimo 2 programas multisectoriales de promoción y prevención	“Existencia de programas multisectoriales operativos de promoción y prevención en materia de salud mental”	“Inventario o descripción por proyectos de programas ya aplicados”	“El Plan Decenal de salud mental identifica dos componentes en la dimensión convivencia social y salud mental los cuales son: 1) Promoción de la salud mental y la convivencia y 2) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia” (Ministerio de

			Salud y Protección Social, 2013).
reducción de la tasa de suicidios en un 10%	“Número anual de muertes por suicidio por 100 000 habitantes”	“Registro anual sistemático de las defunciones por suicidio (año de referencia: 2012 o 2013)”	“Para el año 2020pr se observa una reducción del 7,3% en el número de muertes por suicidio en el país. Se observa cómo la tasa de muertes por suicidio por 100.000 habitantes cae levemente entre 2019 y 2020pr.” (DANE, 2021)
Objetivo 4: Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental			
Meta	indicador	Medios de verificación	Avances en Colombia
80% de los países tendrá indicadores de salud mental sistematizados.	Conjunto básico de indicadores de salud mental acordados y reunidos de forma sistemática y notificados cada dos años. [sí/no]	Presentación de informes y de un conjunto básico de indicadores de salud mental a la OMS cada dos años.	Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA mediante DECRETO NUMERO 3518 DE 2006 (Ministerio de Protección Social, 2006)

3. 2 Aplicación de las Políticas Nacionales

A continuación, podemos observar en la Tabla 7 que el “Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021- Informe Técnico Periodo 2012 – 2019” (Ministerio

de Salud y Protección Social, 2020), no presenta ningún avance en “los indicadores de promoción y convivencia para la salud mental - la salud en Colombia la construyes tú” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), esto no quiere decir que no se hayan realizados acciones sin embargo el Ministerio de Protección Social no lo reporta por lo cual no se puede evaluar ni plantear acciones de mejora.

Tabla 7. Avance de la promoción de la salud mental y convivencia frente al informe de gestión 2019

Promoción de la salud mental y la convivencia *	Informe de gestión 2019 **
a. A 2021 aumentar en 10% el promedio de los niveles de resiliencia en la población general.	Indicador % de la población que asiste a programas de fomento de la resiliencia según características socioeconómicas (Sin reporte técnico)
b. A 2021 aumentar la percepción de apoyo social en un 30% en la población general.	Indicador Proporción de personas que conocen o participan en programas de asistencia social del Gobierno Nacional (Sin reporte técnico)
c. A 2021 aumentar en un 30% el nivel de percepción de seguridad de la población general.	Sin reporte técnico
d. A 2021 aumentar al 60% el promedio de la toma de decisiones conjunta con la pareja sobre asuntos específicos del hogar.	Sin reporte técnico
e. A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social	Indicador Porcentaje de municipios y departamentos con agenda social con participación de otros sectores con el fin de garantizar atención integral a víctimas del conflicto (sin reporte técnico)
f. A 2021, aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.	Sin reporte técnico

Tabla 8. Avance en la Prevención y atención de problemas y trastornos mentales frente al informe de gestión 2019

Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia (*)	Informe de gestión 2019 (**)
a. A 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes	No se cumplió después del 2015 el indicador aumento, en el 2018 llegó a 5,76
b. A 2021 reducir a 55 por 1.000 personas los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años	El comportamiento de este indicador, permite evidenciar un aumento sostenido a partir del 2010, con un aumento por año en promedio de 1,4 puntos porcentuales por año
Meta 6: A 2021, reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los Avisas perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general.	Sin reporte técnico
Meta 7: A 2021, mantener por debajo de 5,5% la prevalencia año del consumo de marihuana en la población escolar.	Subió un 2,75%
Meta 8: A 2021, aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas	La prevalencia en el 2011 8,65% y en el 2016 se reporta 6.1%
c. A 2021 reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes.	Del 2008 al 2018 se presenta una reducción de la tasa en un 12,6 puntos llegando a un 25,5 por 100.000 personas
d. A 2021 disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal.	Sin reporte técnico
e. A 2021 el 100% de los municipios del país implementan y operan el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar.	“Actualmente el Sistema De Vigilancia en Salud Pública cuenta con 4.986 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD),

	7.011 Unidades Informadoras, 53 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), 1.117 municipios, 32 departamentos, 5 Distritos y el reporte de las Fuerzas Militares”
f. A 2021 aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno	Indicador Frecuencia de uso de servicios en salud mental (Sin reporte técnico)

Fuentes:

* Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 La salud en Colombia la construyes tú (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

** Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021- Informe Técnico Periodo 2012 - 2019 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020)

3.3 Aplicación de la Política a nivel Departamental

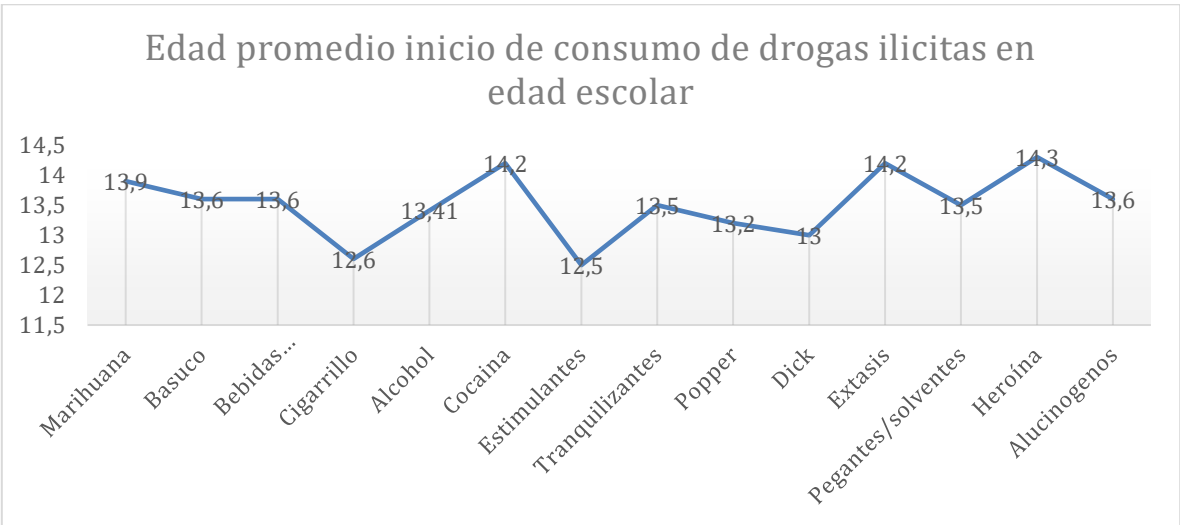
En el plan decenal para la salud publica 2012 -2021 en el ítem Convivencia y Salud mental se priorizo para el Departamento del Huila (Zona centro) las siguientes problemáticas a atender: “Consumo de sustancias psicoactivas licitas e ilícitas, salud mental, violencia sexual y violencia intrafamiliar, Impacto negativo de los medios de comunicación sobre los patrones de consumo, Violencia de genero (mujer, LGBTI), convivencia social, valores y principios, víctimas del conflicto armado, respuesta integrada para la respuesta de atención de víctimas y abandono de los adultos mayores y discapacitados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

3.3.1 Consumo de sustancias psicoactivas licitas e ilícitas en el Departamento del Huila

La edad de inicio del consumo de marihuana está alrededor de los 13,9 años (ver ilustración No. 17). A los 14 años, la mitad de los jóvenes consumidores, hombres y mujeres ya han

comenzado con el uso de la sustancia. El inicio del consumo de cocaína se produjo alrededor de los 14,2 años en promedio, aunque un 25% de los consumidores ya lo hacía a los 13 años. La edad promedio de inicio del consumo de bazuco está en los 13,6 años. Si bien en el promedio las mujeres muestran un inicio de consumo previo a los hombres, este es un dato que es muy sensible a los datos extremos. La edad de inicio del consumo de estimulantes es de 12,5 años en promedio siendo más temprano el inicio en las mujeres. (Secretaria de Salud Departamental - Gobernación del Huila, 2015).

Ilustración 17. Edad promedio de consumo de drogas ilícitas



Fuente: (Secretaria de Salud Departamental - Gobernación del Huila, 2015)

La prevalencia de consumo de drogas ilícitas en edad escolar en el 2.019 estaba en 7.6% , de acuerdo al Plan de Gobierno Huila Crece pretende mantenerla en el mismo valor y para ello se contempla realizar 8 campañas de gestión del riesgo en temas de consumo de sustancias psicoactivas”. (Asamblea Departamental del Huila, 2020)

Indicador de resultado	Línea base	Año línea base	Meta 2020-2023	Meta 2020-2023	Fuente de información

Prevalencia de consumo de drogas ilícitas en edad escolar	7,6%	2019	7,6%	7,6%	Estudio departamental del consumo de drogas Secretaría de Salud Departamental
---	------	------	------	------	---

Fuente : (Asamblea Departamental del Huila, 2020). Pag .134

Producto	Indicado	Línea base	Año línea base	Meta 2023	Meta 2020-2023	Fuente de información
Servicio de gestión del riesgo en temas de consumo de sustancias psicoactivas	Campañas de gestión del riesgo en temas de consumo de sustancias psicoactivas implementadas	5	2019	13	8	Programa salud mental Secretaría de Salud Departamental

Fuente : (Asamblea Departamental del Huila, 2020). Pag .134

De acuerdo al informe final 2019 del programa “ No te matures biche – jóvenes para la vida” (Universidad Surcolombiana y La Gobernación del Huila, 2019), fue una de las iniciativas que atendió a la población adolescente para fomentar el bienestar y la convivencia en adolescentes y jóvenes del Departamento del Huila, mediante contrato interadministrativo N° 0793 de 2019 entre el Departamento del Huila, Secretaría de Gobierno y Desarrollo Comunitario-Secretaría de Salud Departamental-Secretaría de Educación Departamental y Universidad Surcolombiana. El análisis de ejes intrapersonal, familiar, escolar, comunitario,

institucional y social permitió una cobertura amplia en desarrollo humano y convivencia a continuación se mencionan los resultados:

1. “Eje intrapersonal: 2551 adolescentes y jóvenes que participaron en 117 combos biches desarrollando Escuelas de desarrollo humano, seguridad y convivencia”; 2. “Eje familiar: 524 familias conformaron 42 Nodos de Familias Maduras y cada uno de ellos desarrolló una Escuela de Involucramiento Parental, competencia familiar con un efecto protector en la mayoría de eventos críticos, en especial los relacionados con el inicio del consumo de sustancias psicoactivas y la participación en conductas de ilegalidad” ; 3. “Eje escolar: se constituyeron 93 Equipos Namicu en instituciones educativas de todo el Departamento, los cuales diagnosticaron y formularon planes de prevención de la violencia escolar que debieron ser adoptados por los comités de convivencia escolar y puestos en práctica con la participación activa de los 1010 líderes escolares que hicieron parte de la estrategia” ; 4) “Eje comunitario: 325 líderes de la comunidad conformaron 37 redes vecinales que desarrollaron sendas Escuelas de Convivencia Ciudadana como estrategia de apoyo para brindar a los jóvenes de los municipios los espacios geográficos, sociales y simbólicos para expresarse y desarrollar su potencial”; 5) “Eje institucional: permitió consolidar una estrategia que venía desarrollándose desde 2017 que fue el Portafolio Biche y que tuvo gran acogida por parte de sus beneficiarios toda vez que además de contar con una información actualizada sobre la oferta pública para los jóvenes de todos y cada uno de los municipios, también se incluyó la oferta del sector privado, a la cual se accede con el uso del Carnet Biche que le fue entregado a todos los adolescentes y jóvenes participantes del Programa” y 6) “Eje social: logró posicionar más el Programa entre la comunidad huilense a través de medios masivos, redes sociales, y estrategias de vinculación activa como los Días de la Juventud. También se produjeron algunas piezas que buscaron mantener presente el Programa en la mente de los huilenses. Se habla en este caso de murales, posters, una canción y un jingle que se transmite por buena parte de las emisoras del departamento, así como en todos los canales del Programa. Los profesionales vinculados fueron 21 profesionales en psicología, 3 coordinadores, 2 comunicadores sociales, 1 directora científica, 1 ingeniero de sistemas, 1 diseñador gráfico y una directora científica”- (Universidad Surcolombiana y La Gobernación del Huila, 2019)

El Plan de Desarrollo Huila crece mediante ordenanza 0020 del 2020 donde establece como prioridades en salud los siguientes objetivos 1) Mantener la tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente en el Departamento del Huila, a través del desarrollo de la política pública de salud mental y 2) Mantener la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en edad escolar, mediante la política nacional de prevención de drogas. (Asamblea Departamental del Huila, 2020)

Para lograr estos objetivos constituye dos estrategias como establecer Grupos de autoayuda para apoyo de pacientes con problemas de salud mental y sus familias a través de unidades comunitarias y adaptar y adoptar la política nacional de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

En el cumplimiento de estas estrategias La Secretaría de Salud Departamental se vinculó a la Semana de la Juventud, que se realizó en el periodo del 23 de agosto hasta el 28 de agosto de 2021, donde brindaron charlas y talleres, trataron diferentes aspectos dentro del entorno de la salud mental de los jóvenes entre estos taller de prevención de embarazo en adolescentes, Encuentro Departamental de Centros de escucha comunitarios, Conversatorio Talentos Juveniles, decido ser mejor y se realizó concurso de Salud Mental en Jóvenes. (Gobernación del Huila, 2021)

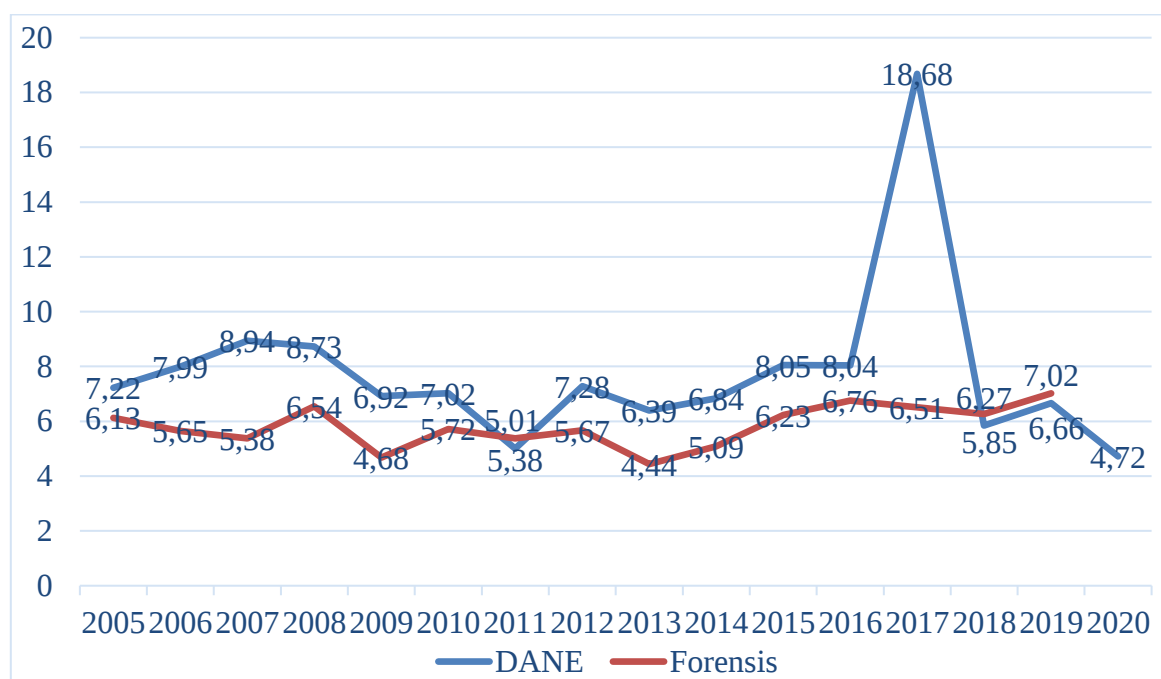
Según la Defensoría del Pueblo el “el 21% de los departamentos no se tiene en cuenta la caracterización de la población territorial y en el 15% no ha sido adoptada la política de salud mental, entre estos está el Departamento del Huila (Defensoria del Pueblo de Colombia, 2021)

Respecto a este informe “el Secretario de Salud del Huila, César Alberto Polanía Silva, afirmó que desde diciembre del 2020 el departamento viene trabajando en la estructuración para la adopción de la política pública de salud mental, y una política pública de prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas. “Se ha desarrollado un avance importante en ella y esperamos que en noviembre y diciembre de 2021 sea llevada a la Asamblea Departamental”, afirmó el funcionario (La Nación, 2021).

3.3.2 Lesiones auto infringidas y suicidios

En el año 2020 según el DANE la tasa de suicidios bajó a un 4.72 por cada 100.000 habitantes ver ilustración No. 18 (www.asivamosensalud.org, 2021) por debajo de la meta del Plan de Desarrollo Departamental Huila Crece, que lo estableció en 7.21%. (Asamblea Departamental del Huila, 2020)

Ilustración 18. tasa de suicidio en el Departamento del Huila



Fuente: (www.asivamosensalud.org, 2021)

El plan de desarrollo “Huila crece” establece no aumentar la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas la cual se pretende mantener en 7,21 por 100.000 habitantes (2019). Para esto realizará 6 campañas en temas mentales en el periodo de gobierno 2020-2023.

Indicador de resultado	Línea base	Año línea base	Meta 2020-2023	Meta 2020-2023	Fuente de información

la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas	7,21 x 100.000 habitantes	2017	7,21 x 100.000 habitantes	7,21 x 100.000 habitantes	Medicina Legal Forensis
---	---------------------------	------	---------------------------	---------------------------	-------------------------

Fuente : (Asamblea Departamental del Huila, 2020). Pag .133

Producto	Indicado	Línea base	Año línea base	Meta 2023	Meta 2020-2023	Fuente de información
Servicio de gestión del riesgo en temas de trastornos mentales	Campañas de gestión del riesgo en temas de trastornos mentales implementadas	7	2019	11	4	Programa de Salud Mental Secretaría de Salud Departamental

Fuente : (Asamblea Departamental del Huila, 2020). Pag .134

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, ofrece también atención integral a la población con enfermedad mental, realizando actividades de atención primaria, detección e intervención, atención Clínica, rehabilitación y prevención secundaria. Además, tiene una línea de atención. (Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, 2021). En el hospital en el año 2020 se atendieron 853 casos de enfermedad mental, los pacientes tenían una edad promedio de 35 años. El Trastorno afectivo bipolar ocupa el primer lugar con el 38% de casos, seguido por la Esquizofrenia con 32%, los trastornos mentales y del comportamiento por uso de alucinógenos con un 10%, los trastornos depresivos y de ansiedad con un 4% y otros un 16%. (Tabla No 9)

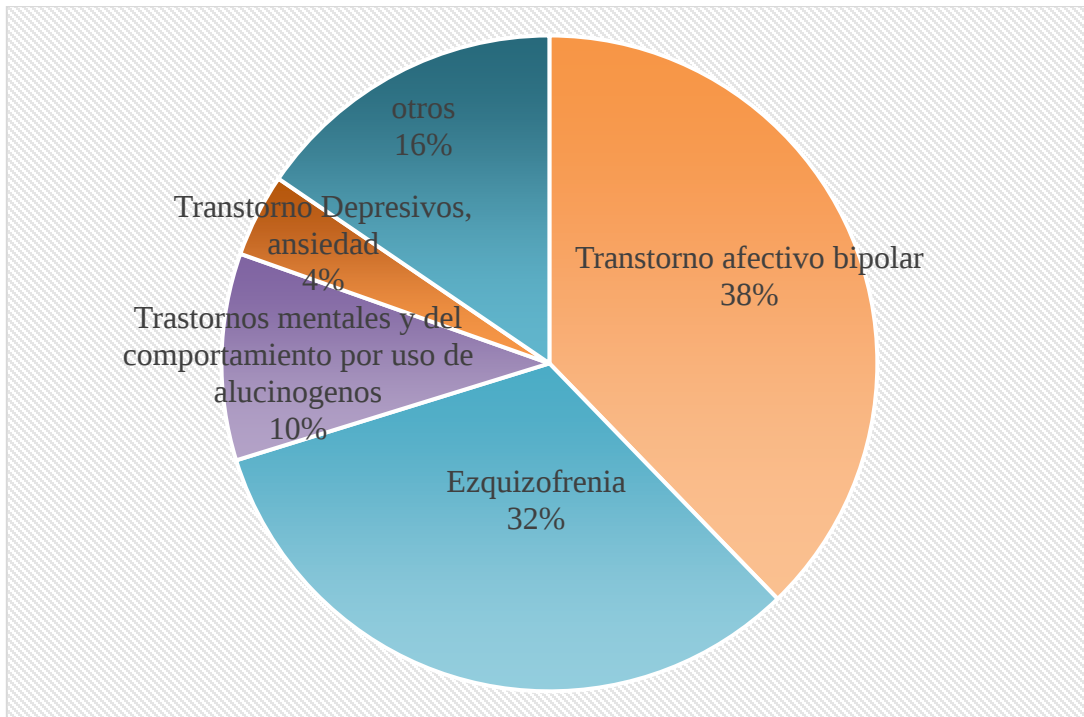
En época de pandemia se establecieron medios de atención psicológica por el aislamiento debido a que muy seguramente se incrementaría la violencia doméstica y otros casos

Tabla 9. Casos de morbilidad atendidos por enfermedad mental en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva

Diagnóstico	Casos	Edad promedio
Trastorno afectivo bipolar	322	42
Esquizofrenia	277	31,6
Trastornos mentales y del comportamiento por uso de alucinógenos	87	25,5
Trastorno Depresivos, ansiedad	35	25
Otros	132	35
Total	853	31,82

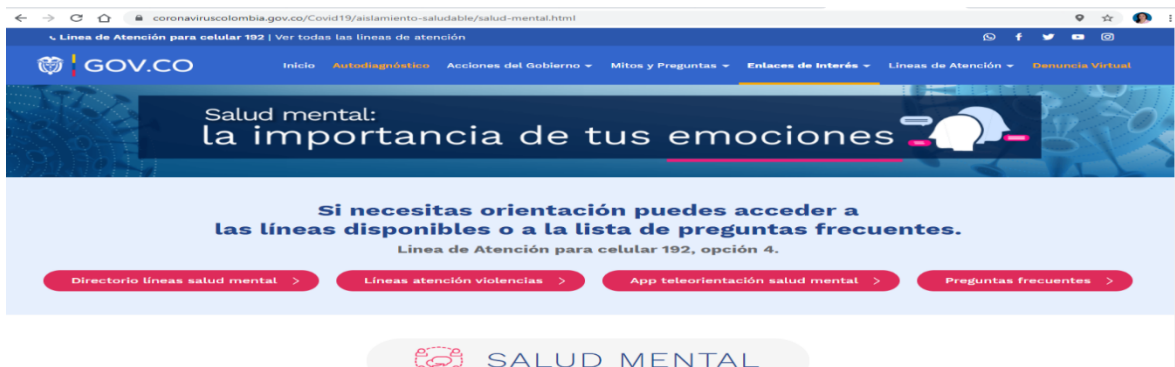
Fuente: (Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, 2021)

Ilustración 19 Porcentaje de casos atendidos por enfermedad mental en el Hospital
Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva año 2020



Fuente: (Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, 2021)

Ilustración 20. Línea de atención psicológica



Fuente: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/aislamiento-saludable/salud-mental.html>

La Red Integral de Prestación de servicios en el Departamento del Huila: En cuanto a las instituciones públicas de salud mental, la que cuenta con mayor número de servicios es el Hospital Universitario Hernando Moncaleano de Neiva el cual tiene Unidad de Salud Mental, Consulta externa psicológica, consulta externa psiquiatría, medicina del trabajo y medicina laboral y terapia ocupacional (Tabla 10)

Tabla 10. Red de prestación de servicios en salud mental en el Departamento del Huila

Servicio mental	(Hospital San Antonio de Padua La Plata)	(Hospital Departamental San Antonio de Pitalito)	(Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón, 2022)	(Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo)
Unidades de Salud Mental.				X
Consulta externa psicología	X	X	X	X
Psiquiatría y unidad de salud mental				X
Consulta externa Psiquiatría				X
Medicina del trabajo y medicina laboral				X
Terapia ocupacional				X

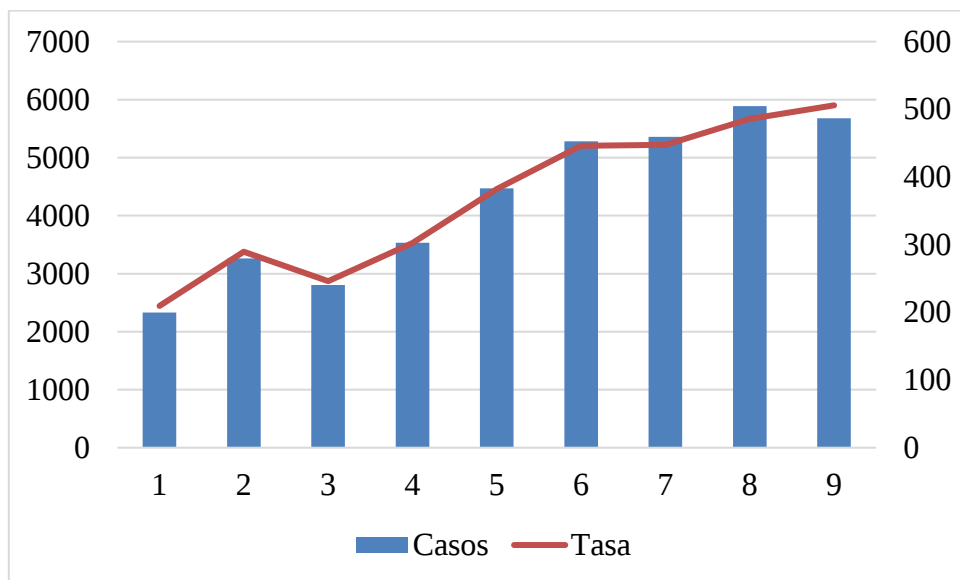
Fuente: (Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, 2021) (Hospital Departamental San Antonio de Pitalito); (Hospital San Antonio de Padua La Plata) y (Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón, 2022)

3.3.3 La Violencia de Genero

En la ilustración 21 podemos observar el comportamiento de la violencia de género comparando los datos de los años 2012 al 2020 se puede observar que han aumentado los reportes de 2.330 en el año 2012 a 5.679 en el 2020, siendo el año más alto el 2019 con 5.886 casos. La meta de mantener por debajo de 185 por 100.000 habitantes la tasa de casos notificados por violencia no ha sido posible debido a que en el 2020 el indicador fue de 505, 9 por 100.000 habitantes. Esta problemática afecta los 37 municipios del Departamento, pero

se identifica una tasa alta en el Municipio de Colombia 1.203,28 casos por cien mil habitantes muy por encima de la tasa departamental. En la zona urbana se presentan las mayores notificaciones con el 65.6% comparado con el rural 34.4% lo que permite plantear la necesidad de desarrollo de acciones de prevención en la zona rural. (Gobernación del Huila, 2020)

Ilustración 21. Comparativa tasa de incidencia violencia de genero 2012-2020



Fuente: (Gobernación del Huila, 2020)

Según la Gobernación del Huila, en el Departamento está operando el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA (Gobernación del Huila, 2020), que se ha creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana, con el fin de: orientar las políticas y la planificación en salud pública, tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud, optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones, racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva. (Instituto Nacional de Salud, 2021)

El departamento del Huila está conformado por 37 municipios; y por tal motivo, se configuran 37 Unidades Notificadoras Municipales -UNM en el sistema de vigilancia en

salud pública. Entre todas las UNM se obtuvo en promedio un 100% en el indicador de cumplimiento de la notificación semanal; resultado que permite inferir que todas las UNM reportaron los archivos planos. Todos los entes municipales cumplieron con el reporte semanal de los eventos objeto de vigilancia superando la meta mínima propuesta por el I.N.S. del 97% según Lineamientos VSP 2020. Lo anterior permite inferir que el sistema de vigilancia en los 37 municipios esté operando y se notifican entre otros casos violencia de género, intento de suicidio, lesiones de causa externa y lesiones por artefactos explosivos. (Gobernación del Huila, 2020).

Los inicios de la aplicación de la política se registra desde la Ordenanza Departamental No. 013 de 2014 de la Asamblea Departamental del Huila, por medio del cual se adopta la política pública de equidad de género para las mujeres huilenses, se fijan las líneas estratégicas y se faculta al gobierno departamental para crear una comisión intersectorial para su implementación y por medio del decreto 1387 de 2016 (Gobernación del Huila, 2016) se adoptó su implementación y se ordena a la Secretaria de planeación establecer unos indicadores.

La Resolución 2481 (Ministerio de salud y Protección Social, 2020), en el capítulo 6 de salud mental establece lo siguiente para las mujeres víctimas de la violencia:

Artículo 63. Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia. Con cargo a los recursos de la UPC, se financia la psicoterapia ambulatoria para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 62 de este acto administrativo, así: 1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario. 2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario”. La resolución contempla Psicoterapia para la demás población”. (Ministerio de salud y Protección Social, 2020). Pag 21.

En este aspecto se relaciona la ruta que establece Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo:

Ilustración 22. Ruta de atención violencia intrafamiliar y Violencia basada en género



Fuente:

https://centrodedocumentacion.prosperidadsocial.gov.co/2021/Micrositio/Prevencion-de-la-Violencia/Infografias/Ruta_de_Atencion.pdf

3.3.4 Abandono de los adultos mayores y discapacitados

La atención de las personas mayores en abandono es un importante factor para la estabilidad mental de la población. (Artículo 46 de la Constitución Política)

Tabla 11. Dependencias encargadas de ejecutar la política de envejecimiento y vejez en los municipios del Huila

Municipio	Adopción política	Entidad Responsable			Financiación			
		Secretaría de protección social	Secretaría de salud/Dirección local de salud	Comité del adulto mayor	S G P	S G S	Estampilla adulto mayor	Recursos propios y convenio departamental
1. Acevedo	Decreto 113 (Municipio de Acevedo, 2019)	X		X				
2. Agrado	Acuerdo 035 (Concejo del Agrado, 2011)		X					
3. Altamira	Decreto 034 (Municipio de Altamira, 2019)	X	X	X	X	X		X

4. Elías	Decreto 022 (Municipio de Elías, 2019)	X				X	X	X	X
5. Garzón	Resolución 737 (Municipio de Garzón, 2019)			X					
6. Gigante	Resolución 250 (Municipio de Gigante, 2019)	X				X	X	X	X
7. Altamira	Acuerdo 015 (Concejo Municipal de Guadalupe, 2019)	X		X		X			X
8. Guadalupe	Acuerdo 015 (Concejo Municipal, 2019)	X		X		X	X		X
9. Isnos	Decreto 0058 (Municipio	X		X		X	X		X

	de Isnos, 2019)							
10.Nátaga	Resolución 237(Municipio de Nátaga, 2019)		X	X	X	X		X
11.Oporapa	Decreto 043 (Municipio de Oporapa, 2019)		X		X	X		X
12.Paicol	Decreto 022 (Municipio de Paicol, 2022)					X		
13.Palestina	Adopción política Decreto 50 (Municipio de	Entidad Responsable			Financiación			
		Secretaría de protección social	Secretaría de salud/Dirección local de salud	Comité del adulto mayor	SGP	SGSS	Estampilla adulto mayor	Recursos propios y convenio departamental
			X					

	Palestina, 2009)							
14. Pital	Decreto 041 (Municipio de Pital, 2019)		X	X	X	X	X	X
15. Saladoblanco	Resolución 338 (Municipio de Saladoblanco, 2019)	X		X	X	X	X	X
16. San Agustín	Acuerdo 006 (Concejo Municipal, 2018)	X						
17. Suaza	Decreto 111 (Decreto 111, 2019)	x						
18. Tarqui	Resolución Administrativa 165 (Municipio de Tarqui, 2018)	X		X	X	X	X	X
19. Timana	Decreto 106	X		X	X	X	X	X

	(Municipio de Timana, 2019)							
20.Aipe	Decreto 138 (Municipio de Aipe, 2019)	X		X	X	X	X	X
21. Algeciras	Decreto 031 (Municipio Algeciras, 2019)		X				X	X
22.Campoalegre	Decreto 147 (Municipio Campoalegre, 2018)		X		X	X	X	X
23.Hobo	Decreto 27 (Municipio Hobo, 2019)		X		X	X	X	X
24. La Plata	Decreto 10.02.2-041 (Municipio de La Plata, 2019)		x		X	X	X	X

25. Palermo	Acuerdo 016 (Municipio de Palermo, 2019)		X	X				
26. Rivera	Acuerdo 002 (Municipio Rivera, 2019)	X	X	X	X	X		X
27. Santa María	Acuerdo 18 (Municipio Santa Maria, 2017)	X		X	X	X	X	X
28. Tesalia	Decreto 098 (Municipio Tesalia, 2008)							
29. Yaguará	Decreto 044 (Municipio Yaguará, 2019)		X	X				
30. Neiva	Acuerdo 015 (Concejo de Neiva, 2015)		X					

	Acuerdo 045 (Concejo de Neiva, 2003)							
31. Villavieja	Decreto 063 (Municipio Villavieja, 2019)		X		X	X	X	X
32. Tello	Decreto 082 (Municipio de Tello)			X				
33. Teruel	Acuerdo 04 (Concejo Teruel, 2018)		X	X	X	X	X	X

En la tabla No. 11 podemos observar que los municipios tienen dependencias a cargo de la aplicación de la política de envejecimiento y vejez por ejemplo en el municipio de Garzón es el Comité de envejecimiento y vejez es el diseña un plan de acción anual el cual elaborará el primer bimestre de cada año y realiza el seguimiento al mismo. (Municipio de Garzón, 2019). En Hobo el seguimiento y control lo hace la Secretaria de Planeación, Dirección de desarrollo social y control interno, estas dependencias tienen roles como por ejemplo la Secretaría de Desarrollo Social presentara un informe trimestral de la política y la Administración municipal construirá un plan de acción anual. (Municipio Hobo, 2019). En el municipio de Neiva se creó El Cabildo municipal del adulto mayor quien es el encargado de la ejecución de la política de envejecimiento y vejez, el presidente, vicepresidente,

secretario y tesorero harán las veces de mesa directiva elegidos para un periodo de un año sin posibilidad de ser reelegidos. (Concejo de Neiva, 2015). Otras autoridades municipales que participan o apoyan la política de vejez y envejecimiento son la secretaria de desarrollo comunitario y el comité asesor (Concejo de Neiva, 2003). En el municipio de Tello se creó un Comité constituido por el secretario de planeación y desarrollo social, secretario general y de Gobierno, secretario de Hacienda, director Local de salud, Coordinador del SISBEN, Personero Municipal, enlace adulto mayor, un representante adulto mayor. La financiación de los programas se realiza por el Sistema General de Participación (SGP), Sistema General de Seguridad Social (SGSS), mediante recursos propios y en convenio con el Departamento, (Municipio de Tello, 2017), en algunos municipios se tiene establecido recaudo por medio de estampilla como Elías, Gigante, Pital, Saladoblanco, Tarqui, Timana, Aipe, Algeciras, Campoalegre, Hobo, La Plata, Santa Maria, Villavieja y Teruel.

“La Política Colombiana de Envejecimiento humano y vejez establece cuatro (4) ejes las cuales son: Eje 1: Promoción y Garantía de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores Eje 2: Protección Social Integral Eje 3: Envejecimiento Activo, Satisfactorio y Saludable Eje 4: Formación del Talento Humano e Investigación”- (Ministerio de Salud, 2015)

La Oficina Asesora para la Mujer, Infancia Adolescencia y Asuntos Sociales, en cabeza de Claudia Marcela Maya Perdomo, presentó las diferentes ayudas que han brindado al adulto mayor; entre estas acciones, asistencia alimentaria, vigilancia y protección al adulto mayor, entre otras. "Desde Asuntos Sociales de la Gobernación del Huila, atendemos al adulto mayor desde la línea social; venimos trabajando articuladamente con todos los municipios del departamento. Hemos apoyado la mesa de participación del adulto mayor, la construcción de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez; hemos brindado aproximadamente 15.500 kits de bioseguridad y asistencia alimentaria”, destacó la funcionaria”. (Gobernación del Huila, 2020)

Desde el sector salud, el Secretario César Polanía, se refirió a la asistencia que vienen generando a esta población y alertó sobre el maltrato al adulto mayor. “Desde la Secretaría de Salud, hemos desarrollado una serie de acciones orientando los programas y proyectos

para atender esta población en ámbitos como salud mental, seguridad alimentaria y seguridad social. También hemos avanzado de manera significativa en la Política Pública de envejecimiento y vejez; ya casi todos los Municipios tienen un comité conformado para adoptarla”, resaltó el secretario de Salud del Huila.

El funcionario añadió que es necesario destacar la importancia de proteger al adulto mayor pues de 2.200 casos de violencia de género, 135 están relacionados con la población adulto mayor, además de la negligencia, abandono, violencia física y psicológica.

Así encontramos que, desde el gobierno departamental se están adelantando estrategias en la búsqueda de la protección al adulto mayor, quienes por su condición de vulnerabilidad, pueden verse expuestos a violencias, la mayoría de las veces, desde su entorno familiar, siendo prioritario que éstas acciones desplegadas por las autoridades sean oportunas y eficaces, para así evitar la vulneración de sus derechos.

4. Conclusiones

La política pública consiste en la aplicación de unos direccionamientos estratégicos para atender unas necesidades o problemas de una población, estas políticas deben actualizarse a medida que esta problemática cambia, por lo tanto, debe evaluarse de forma constante.

La salud en Colombia es calificada como un servicio público y un derecho fundamental de acuerdo con la Constitución política de 1991; la salud mental se consideró también un derecho fundamental según la ley 1616 del 2013. Es así, que la importancia de la salud en Colombia es reconocida desde los fundamentos del Estado y de la sociedad.

Con el fin de construir un proceso de observación y análisis constante de los eventos en salud pública, nació el sistema de vigilancia epidemiológica SIVIGILA, conformándose como un instrumento donde se consolidan los eventos de interés en salud y es de gran utilidad para identificar los problemas presentes y emergentes. El sistema de información puede medir de manera eficiente y eficaz aplicación de las políticas públicas y sus planes de acción de acuerdo a la disminución o aumento de los eventos. Este sistema de vigilancia se creó en el año 2006 y en el departamento del Huila inicio en el 2013, 7 años después de su creación, y el tema de suicidio se incluyó como evento en el 2016, 10 años después de su creación.

En el departamento del Huila para el año 2016 se establecieron algunas metas como la implementación del plan de salud pública en el departamento y en 37 municipios, además de tener un plan de reducción del consumo de drogas y salud mental y sostener la edad promedio de inicio del consumo de drogas en 13.1 años de edad, también y no menos importante, la intervención psicosocial en los intentos de suicidio, este último indicador disminuyó la cobertura en 5 puntos porcentuales en los años 2016 y 2017.

Comparando los datos de SIVIGILA en los años 2016 y 2017 se concluye que hubo un incremento así:

- ✓ Violencia intrafamiliar variación del 10%, los municipios más afectados son Neiva, Pitalito, La Plata y Garzón

- ✓ Violencia de género variación del 18% % un total de casos de 4468 siendo los municipios más afectados Neiva, La Plata, Garzón y Pitalito,
- ✓ Maltrato infantil variación del 35%, el mayor número de casos en Neiva, Pitalito, La Plata e Isnos,
- ✓ Violencia sexual variación del 18%, los municipios más afectados son Neiva y Pitalito,
- ✓ Violencia contra la mujer variación del 15% en Neiva, Garzón, Pitalito, La Plata, San Agustín y Algeciras.
- ✓ Intentos de suicidio variación del 24% y los intentos de suicidio también incrementaron y los municipios con mayores casos fueron Neiva, Pitalito, Garzón, La Plata y Colombia
- ✓ Suicidio variación del 10%: Los suicidios fueron altos en Neiva con el 37% de los casos en el 2017. En consecuencia, los planes de acción deben enfocarse en una caracterización social

En consecuencia, los planes de acción deben enfocarse en una caracterización social, familiar, sistemas de valores, nivel educativo y otros factores antropológicos, sociales, psicológicos con el fin de identificar las causas y plantear soluciones integrales de forma participativa e interinstitucional.

En cuanto a la línea jurisprudencial se identifica la salud como un derecho fundamental, siendo la salud mental parte de ella; los derechos de petición instaurados concluyen que deben ser atendidos por el sistema de seguridad social siendo deber de la familia y el Estado, porque es un asunto de salud pública que requiere de atención especializada e integral para finalmente vincular al paciente a la sociedad y al mercado laboral. De manera similar, los casos de farmacodependencia, el alcoholismo, depresión, la discapacidad mental afectan la autonomía y autodeterminación.

Respecto al mercado laboral, para acceder a un lugar de trabajo donde se pueda recibir tratamiento psiquiátrico junto a la familia, la Corte Constitucional determinó que se debe aplicar el principio de solidaridad para la recuperación de un paciente psiquiátrico debido a que la familia y sus vínculos actúan de forma favorable, de este modo se abre la posibilidad

de una reubicación, traslado o permuta para que facilite el tratamiento propio o de alguno de sus hijos que puedan tener afectación psicológica o psiquiátrica, el principio de continuidad e integralidad a los sujetos de especial protección constitucional como son los niños con discapacidad mental.

En la misma línea jurisprudencial, encontramos la vulneración del derecho a la igualdad y al principio de la dignidad humana de un paciente con discapacidad mental con crédito ICETEX - caso de la sentencia T 933-, la Corte Constitucional requirió el tratamiento integral y al final de este tratamiento, el médico certificará la capacidad laboral del paciente, si ese concepto de capacidad laboral es desfavorable para el paciente, el ICETEX procederá a condonar el crédito, acción a la cual se negaba el instituto de crédito debido a que el déficit de capacidad fue un factor precedente para el otorgamiento del crédito.

En cuanto a las víctimas de violencia sexual por el conflicto, la Corte Constitucional en la sentencia T-454 del 2014 establece que la salud mental es un derecho fundamental en este caso también un fármaco dependiente el cual se requería un tratamiento en una institución especializada la corte determinó que era obligación del sistema de seguridad social y del estado. En el caso de la sentencia la Corte Constitucional determinó que los derechos fundamentales del accionante y su hijo se vulneraron al no garantizar la atención especializada y completa en salud psicológica, sexual reproductiva y física por ser víctimas de violencia sexual en el conflicto armado el caso específico se refería a que ella y su hijo sufrieron de esclavitud domestica por el grupo águilas negras lo que produjo en ella sangrados permanentes y su hijo incontinencia fecal. Al ser reconocidas como víctimas tienen derecho a la verdad, a la justicia, a la reparación, a la no repetición.

Con todo esto encontramos que, la atención en salud mental va más allá de lo establecido en el POS y se debe prestar el servicio con el fin de preservar los derechos Fundamentales a la Vida e Integridad humana, cuando no exista un tratamiento en el POS o cuando no existan los recursos económicos para proveerlo por parte del usuario

La negación de atención de las entidades prestadoras de servicios de salud a los usuarios por casos de salud mental, los cuales han tenido que acudir a acciones de tutelas para obligar la atención propia o de familiares, lo que demuestra que hay una debilidad en el sistema de

seguridad social, para cumplir con los derechos fundamentales, igualmente la rama legislativa ha intervenido para ordenar la ejecución de procedimientos que le competen a la rama ejecutiva, incrementando los costos del estado, siendo este un derecho fundamental y servicio público bajo la responsabilidad del Estado sujeto a los principios de universalidad y solidaridad como lo establece la Constitución política pero se evidencia una falta de regularización en este sentido. Debe por tanto el Estado, contar con una política pública de salud mental que cierre estas brechas soportadas en planes de acuerdo a las necesidades y características de la población.

En cuanto a la aplicación de las políticas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica tres objetivos para mejorar la atención en salud mental, es el primero y muy importante reforzar la gobernanza y liderazgo y es necesario que se priorice en Colombia, en sus departamentos y municipios la política pública de salud mental impulsada por sus gobernantes con un seguimiento de instancias como las Asambleas, Concejos, asociaciones, veedurías ciudadanas y del mismo modo regular a las entidades prestadoras de salud para que atiendan de forma eficaz y eficiente a quienes presentan esta condición. Del mismo modo, la política debe contener planes de prevención con el fin de generar un ambiente saludable en la familia. En este sentido, Colombia ha legislado sobre la salud mental y ha establecido planes, los cuales no presentan indicadores de ejecución satisfactorios, esto lo podemos verificar en el informe de avance de metas del plan decenal de salud pública 2012 2021 y del informe técnico del periodo 2012 y 2019, donde la mayoría de los indicadores no tienen reporte técnico.

Para el objetivo número dos relacionado a tener servicios de asistencia social y de salud mental, no se encontró un reporte de la cobertura de los casos graves de atención pero sí una ampliación de los centros de atención, esto es fundamental porque tener centros de atención con talento humano es condición sine qua non de ampliación de cobertura.

Para el objetivo número tres que se refiere a la ejecución práctica de las estrategias de promoción, prevención y atención integral de los problemas y trastornos y diferentes formas de violencia, se puede concluir que se ha avanzado poco debido a que el informe de gestión no reporta la mayoría de indicadores.

El objetivo número cuatro referente a la sistematización de Datos e investigaciones en Colombia, se estableció el sistema de información SIVIGILA, herramienta importante para evaluar la presentación de casos su incremento o disminución, sin embargo, es necesario fortalecer esta herramienta con indicadores acordes a las necesidades regionales.

El plan decenal para la salud pública 2012-2021 priorizó para el departamento del Huila (Zona centro) las siguientes problemáticas a atender:

- ✓ “Consumo de sustancias psicoactivas licitas e ilícitas, salud mental, violencia sexual y violencia intrafamiliar,
- ✓ “Impacto negativo de los medios de comunicación sobre los patrones de consumo”
- ✓ “Violencia de genero (mujer, LGBTI), convivencia social, valores y principios, víctimas del conflicto armado, respuesta integrada para la respuesta de atención de víctimas y abandono de los adultos mayores y discapacitados” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Problemáticas que cumplieron más de 10 años de ser identificadas y por tanto surge la necesidad de actualizarlas conforme a la transformación social desde el contexto temporal.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas se identificó que la etapa crítica está entre los 12 a los 14 años, en el Departamento del Huila el caso del programa “No te madures biche”, que fue abordado por diferentes instituciones como son: Diferentes dependencias del Departamento del Huila y la Universidad Surcolombiana. Este programa contó con el apoyo de profesionales en psicología, quienes diseñaron los ejes temáticos, estableciendo una red de actores como son los estudiantes, la familia, el entorno social e institucional, este ejemplo puede ser una alternativa eficaz para mejorar el alcance de los indicadores. Los diferentes ejes comprometidos en el programa fueron: el familiar, escolar, comunitario y social, con el fin de generar un ambiente sano y protector para el desarrollo humano, de seguridad y convivencia en la época crítica del inicio de consumo de sustancias psicoactivas, con el soporte profesional en psicología y comunicadores sociales. Ha sido el único programa que se registra con componentes integrales que atienden la problemática, pero no tuvo

continuidad y por tanto el impacto no se pudo medir a largo plazo. Es necesario financiar programas que tengan una mayor duración y seguimiento, de este modo mejorar los indicadores o plantear ajustes para disminuir el impacto de este flagelo en la juventud del departamento.

El programa de gobierno Huila Crece estableció realizar siete (7) campañas de gestión del riesgo en temas de salud mental y mantener la tasa de mortalidad de suicidios en 7,21, este indicador aumentó en el 2021 a 9,1 tal vez afectada por la pandemia del Covid -19.

La única entidad que ofrece atención integral en enfermedad mental en el departamento del Huila es el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva que, en el año 2021 atendió casos de trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos mentales y del comportamiento por uso de alucinógenos como depresión y ansiedad entre otros, además cuenta con una Unidad de salud mental, a través de la cual se ofrece atención integral a la población con enfermedad mental, mediante actividades de atención primaria, detección e intervención, atención Clínica, rehabilitación y prevención secundaria. Los hospitales San Antonio de Padua de La Plata, San Antonio de Pitalito y San Vicente de Paúl de Garzón prestan el servicio de consulta externa en psicología. El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, ha prestado los servicios de salud mental en su unidad psiquiátrica y está operando las Unidades Notificadoras Municipales -UNM en el sistema de vigilancia en salud pública, quienes reportan los casos de enfermedades mentales que se presenten, entre ellas, las denuncias por violencia de género.

En cuanto al tema de la violencia, los casos han incrementado tal vez porque se están realizando las denuncias. La Asamblea Departamental por medio de la Ordenanza 013 del 2014 adoptó la política de equidad de género, a través de la cual se fijan las líneas estratégicas y se faculta al gobierno departamental para crear una Comisión Intersectorial para su implementación y por medio del Decreto 1387 de 2016 (D.1387/2016) es adoptada por el gobierno departamental. Igualmente, el gobierno nacional por medio de la Resolución 2481 del 2020 emitida por el Ministerio de Protección Social financia la psicoterapia ambulatoria de mujeres y niños víctimas de la violencia física sexual o psicológica por un total de 60 sesiones de psicoterapia, de este modo todas las entidades del sistema general de salud deben

cumplir con estas sesiones. En cuanto a la atención de personas mayores en abandono los municipios del departamento del Huila tienen establecida la política donde identifican entidades responsables y la financiación de estos programas la mayor parte con el apoyo de la Secretaría de Protección Social, la Secretaría de Salud, el Comité del adulto mayor y con recursos del Sistema General de Participaciones, Sistema General de Seguridad Social, recursos propios y recaudado de la estampilla adulto mayor en algunos municipios.

Para concluir, evidenciamos la necesidad urgente de hacer un llamamiento a las administraciones competentes para aumentar la inversión en salud mental y dirigir los recursos disponibles hacia servicios más eficaces y humanitarios, de igual forma, trabajar en la incorporación a la sociedad de la enfermedad mental de manera integral en la búsqueda de evitar la afectación en su entorno laboral y familiar. Recordemos que para disfrutar de una adecuada calidad de vida no es posible tener salud sin gozar de salud mental.

Pero aún más importante, a repensar sobre quienes diseñan las políticas públicas, los planes y programas, que van dirigidos a garantizar el Estado Social de Derecho del cual hacemos parte.

Si bien es cierto, la familia cumple un rol primordial en la recuperación de los pacientes con algún tipo de discapacidad mental o de farmacodependencia, no es óbice eludir el papel primordial que debe ejercer el Estado, como garante en la atención, cuidado y recuperación de esta población.

En el departamento del Huila se han identificado dos prioridades en la presente vigencia las cuales son: Mantener la tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente, a través del desarrollo de la política pública de salud mental y; Mantener la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en edad escolar. El Departamento está trabajando en la estructuración para la adopción de la política pública de salud mental, y una política pública de prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas que será posiblemente presentada en este año 2022, mientras tanto se desarrollan campañas en temas de gestión del riesgo en trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas

La atención de estos dos flagelos - lesiones auto infligidas intencionalmente y consumo de drogas ilícitas en edad escolar -, se enmarcan en el cumplimiento de la Ley 1616 del 21 de enero de 2013. Para lo cual, se formuló la Política Integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, desarrollada a través de La Resolución 089 de 2019 por el Ministerio de Salud y protección social.

Ante un panorama de consumo de drogas en adolescentes en edad escolar y un incremento de casos por violencia de género, se hace urgente el establecimiento de la política pública regional para con este instrumento aprobado por la asamblea del Huila, se orienten recursos económicos en el combate de este flagelo. Si bien, el evento de la Pandemia concentró las actividades de las entidades de salud a frenar el Covid 19, la Secretaría de Salud Departamental se encuentra desarrollando labores para la creación del documento. Esta política una vez implementada, debe hacer seguimiento al comportamiento de los indicadores con el fin de mantener o disminuir la incidencia de los flagelos en la población y ajustar los programas cuando fuera necesario.

En el Departamento del Huila se encuentran los instrumentos y experiencias para diseñar, estructurar y adoptar una política pública de salud mental, llevar a cabo el seguimiento y la medición de su impacto a través de las Secretarías de Salud Departamental y municipales (o Direcciones Locales de Salud), hospitales, colegios, asociaciones de mujeres y Municipios con base en problemas identificados por el sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA.

No obstante, el gobierno nacional tiene normados lineamientos para preservar la salud de manera integral, es necesario que se adopten otras reglamentaciones que permitan a todos los entes territoriales destinar partidas presupuestales exclusivas para atender lo concerniente a la salud mental, no sólo en términos paliativos o curativos, sino también, con estrategias y planes preventivos.

La Organización Mundial de la Salud establece la salud mental también con un enfoque basado en los derechos humanos. Como tal, se hace necesario que en el Huila se tomen las medidas pertinentes para propiciar la implementación de proyectos de salud mental, al tiempo que se proveen mecanismos para garantizar los derechos humanos de todos los huilenses.

En esta región no existe una política departamental de salud mental que describa la ruta que debe seguir el Huila, en este componente tan importante no solo para mejorar los indicadores en esta temática, sino también, para el desarrollo social y sostenible a mediano y largo plazo. Además, de que es preciso poner en marcha los planes y proyectos en consonancia con lo preceptuado en la política nacional de salud mental.

El Departamento del Huila, con base en el Decreto 3518 de 2006 expedido por el Ministerio de Protección Social, que reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, impulsó trabajos relacionados con el intento de suicidio, aun así, es urgente que se intensifique este tipo de proyectos de manera continua como un lineamiento específico dentro de la estrategia de salud mental.

La Constitución Política de 1991, la normatividad internacional y las demás reglamentaciones, constituyen directrices sobre las cuales debe girar la política de salud mental, planes, programas y proyectos, que desde la voluntad gubernamental y agendas públicas deben convertirse en realidad si se quiere fomentar una atención adecuada a todo el departamento del Huila con un enfoque eminentemente en salud mental.

En virtud de los altos impactos generados por la pandemia del Covid-19, y las variantes resultantes, deriva de vital importancia implementar, y no pasivamente, planes de acción que busquen la atención de estos hechos que están causando una marcada anomalía en la población huilense, y que vienen acrecentando la difícil situación económica y social en esta región del país.

La marcada desatención en las poblaciones afectadas evidencia un vacío jurídico y de acción, que en el corto y mediano plazo puede traer consecuencias negativas para el departamento del Huila dadas las altas tasas de morbilidad, de víctimas y de familiares afectados, presentados y por presentar en el marco de los últimos años.

Es preciso que en las agendas públicas de los entes territoriales y de sus respectivos gobernantes, se incluyan la implementación de estos planes, programas y proyectos en salud mental, y logren un espacio en el rubro departamental y municipal, en aras de asegurar su ejecución desarrollo continuo durante los gobiernos respectivos.

Finalmente, se concluye que la aplicación de las políticas públicas de salud mental impactaría positivamente los indicadores de salud mental, no obstante faltan mecanismos de seguimiento, evaluación, control y planes de mejoramiento, si bien no se ha establecido una política a nivel departamental, se están ejecutando programas nacionales que tal vez por falta de reportes no se puede evaluar su impacto.

Referencias bibliográficas

Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2016). *Política Distrital de Salud Mental 2015-2025*. Bogotá. Recuperado el 28 de Diciembre de 2022, de http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3_Politica_de_Salud_Mental.pdf

Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la organización mundial de la Salud y la interdisciplinaria Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Recuperado el 1 de Noviembre de 2022, de <https://www.google.com/search?q=la+salud+es+una+s%C3%ADntesis%3B+es+la+s%C3%ADntesis+de+una+multiplicidad+de+procesos%2C+de+lo+que+acontece+con+la+biolog%C3%ADa+del+cuerpo%2C+con+el+ambiente+que+nos+rodea%2C+con+las+relaciones+sociales%2C+con+la+pol%C3%AD>

Asamblea Departamental. (2014). Ordenanza No. 013 de 2014. Obtenido de <https://www.huila.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=1373>

Asamblea Departamental del Huila. (2016). Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo "El camino es la educación" y se dictan otras disposiciones. Neiva. Recuperado el 7 de Noviembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=5926>

Asamblea Departamental del Huila. (2020). *Ordenanza No.0020 del 2020 por medio del cual se adopta el plan de desarrollo Departamental 2020-2023 Huila Crece y se dictan otras disposiciones*. Neiva. Recuperado el 11 de 12 de 2021, de <https://www.huila.gov.co/administrativo-de-planeacion/publicaciones/9579/plan-de-desarrollo-huila-crece/>

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Obtenido de <http://www.secretariassenado.gov.co/constitucion-politica>

asivamosensalud.org. (s.f.). Recuperado el 27 de Octubre de 2022, de <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/salud-mental/tasa-de-suicidio-georeferenciado>

CARLOS M, R. D. (Septiembre - Diciembre de 2017). Las políticas públicas. *CUADERNOS DEL CENDES*, 34(96), 185-192. Recuperado el 3 de Noviembre de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/403/40354944011.pdf>

Concejo de Neiva. (23 de Agosto de 2003). Acuerdo 045. *Por medio del cual se adopta la política pública para la atención del adulto mayor del municipio de Neiva*, 4. Neiva, Huila, Colombia. Recuperado el 2022 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=4>

Concejo de Neiva. (12 de Mayo de 2015). Por medio del cual se modifica el acuerdo 012 de 2014 el cual crea el cabildo municipal de la persona mayor en el municipio de Neiva. 2. Neiva, Huila, Colombia. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=4>

Concejo del Agrado. (29 de Noviembre de 2011). Acuerdo 35. *Por medio del cual se establece la política de vejez y envejecimiento*, 26. Agrado, Huila, Colombia. Recuperado el 2022 de septiembre de 12, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Concejo Municipal. (26 de Febrero de 2018). Acuerdo 006. 26. San Agustín, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=2>

Concejo Municipal. (27 de Agosto de 2019). Por el cual se adopta la política pública de envejecimiento y vejez del municipio de Guadalupe. (8). Guadalupe, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de Septiembre de 2022, de

<https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Concejo Municipal de Guadalupe. (27 de Agosto de 2019). Acuerdo 015 de 2019 Por el cual se adopta la política de envejecimiento y vejez del municipio de Guadalupe- Huila. 8. Altamira, Huila, Colombia. Recuperado el 12 de 09 de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Concejo Municipal de Pitalito - Huila. (2021). *Acuerdo 045 por medio del cual se adopta la política Pública Municipal de salud mental del municipio de Pitalito*. Pitalito. Recuperado el 10 de 07 de 2022, de https://alcaldiapitalito.gov.co/normatividadvigente/Acuerdo_045-2021.pdf

Concejo Teruel. (31 de Mayo de 2018). Acuerdo 04. *Por medio del cual se adopta la política pública de envejecimiento y vejez para el municipio de Teruel para el periodo 2018-2021*, 47. Teruel, Huila, Colombia. Recuperado el 2022 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=4>

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Bogotá. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Congreso de Colombia. (2012). Ley 1566 de 2012. 4. Colombia. Recuperado el 08 de 08 de 2022, de <https://www.arlsura.com/index.php/decretos-leyes-resoluciones-circulares-y-jurisprudencia/50-leyes-y-normas/1953-ley-1566-de-2012>

Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. 132. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007. Bogotá. Recuperado el 31 de octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Contreras, J. M., Bott, S., Guedes, A., & Dartnall, E. (08 de 03 de 2010). Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. Recuperado el 27 de 11 de 2021, de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Violencia_Sexual_LAyElCaribe.pdf

Correa, M. D., Ángel, Z. L., & Silva, J. B. (2018). Análisis de la salud mental en Colombia y la implementación de la política pública nacional de salud mental 2018. (U. CES, Ed.) 23. Recuperado el 27 de Diciembre de 2022, de <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5192#:~:text=Introducci%C3%B3n%3A%20Colombia%20adopta%20la%20Pol%C3%ADtica,trastornos%20mentales%20y%20consumo%20de>

Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-760/08. Recuperado el 09 de 07 de 2022, de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

Corte Constitucional. (2013). *Sentencia T-095/13*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-095-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-1116*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-1116-08.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T - 095*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-209-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T - 578*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-578-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T- 949*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-949-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T-095*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-095-13.htm#:~:text=T%2D095%2D13%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=La%20Corte%20Constitucional%20ha%20se%C3%B1alado,las%20reglas%20jurisprudenciales%20sobre%20traslados>.

Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T-209*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-209-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T-578*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-578-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T-933*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-933-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T-933*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-933-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T-949*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-949-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2014). *Sentencia T- 454*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-454-14.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2014). *Sentencia T-141*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-141-14.htm#:~:text=T%2D141%2D14%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=El%20constituyente%20abrog%C3%B3%20facultades%20al,situaci%C3%B3n%20de%20desamparo%20o%20indefensi%C3%B3n>.

Corte Constitucional de Colombia. (2014). *Sentencia T-141*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-141-14.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2014). *Sentencia T-454*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-454->

14.htm#:~:text=DERECHO%20A%20LA%20SALUD%20DE,mentales%20en%20todas%20sus%20fases.

Corte Constitucional de Colombia. (2015). *Sentencia T - 418*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/T-418-15.htm#:~:text=T%2D418%2D15%20Corte%20Constitucional%20de%20Colombia&text=Las%20personas%20que%20hay%C3%A1n%20sufrido,de%20su%20condici%C3%B3n%20de%20v%C3%ADctimas>.

Corte Constitucional de Colombia. (2015). *Sentencia T- 418*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/T-418-15.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2016). *Sentencia T - 450*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-450-16.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2016). *Sentencia T 010*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/T-010-16.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2016). *Sentencia T-010*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/T-010-16.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2016). *Sentencia T-450*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-450-16.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2017). *Sentencia T - 20*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-120-17.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2017). *Sentencia T -120*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-120-17.htm#:~:text=Esta%20Corte%20ha%20dispuesto%20que,contemplados%20o%20excluidos%20del%20POS>.

DANE. (25 de Junio de 2021). Estadísticas Vitales. Recuperado el 27 de Octubre de 2022, de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/pre_estadisticasvitalas_Itrim_2021pr.pdf

Decreto 111. (14 de Septiembre de 2019). 5. Suaza, Huila, Colombia. Recuperado el 2019 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=2>

Defensoría del Pueblo de Colombia. (11 de 10 de 2021). Obtenido de <https://www.defensoria.gov.co>:

<https://www.defensoria.gov.co/es/nube/comunicados/10487/Defensor-del-Pueblo-hace-un-llamado-a-no-estigmatizar-a-pacientes-con-trastornos-mentales-y-a-asegurar-sus-servicios-de-salud-salud-mental-Defensor%C3%ADa.htm>

derechos, C. M. (1993). Declaración y programa de acción en Viena. En N. Unidas.

Fundaciónbat. (27 de 11 de 2021). *fundacionbat*. Recuperado el 4 de Noviembre de 2022, de <https://www.fundacionbat.com.co/colombia.php?IDDepartamento=41>

Gobernación del Huila. (2016). *Decreto 1837 de 2016*. Neiva.

GOBERNACION DEL HUILA. (2016). INFORME DE GESTIÓN 2016. Neiva. Recuperado el 7 de Noviembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=20529>

Gobernación del Huila. (28 de 11 de 2017). <https://www.huila.gov.co>. Recuperado el 11 de 12 de 2021, de <https://www.huila.gov.co/gobierno-y-desarrollo-comunitario/publicaciones/7452/sintesis-labor-del-programa-mujer-educadora-autonoma-constructora-de-vida-y-paz/>

Gobernación del Huila. (2018). Evaluación de Indicadores de Gestión para la Vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública. Neiva, Huila, Colombia. Recuperado el 7 de Noviembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=31769>

Gobernación del Huila. (2018). Informe de Gestión 2016-2019. Neiva, Huila, Colombia. Obtenido de

https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrFZBGNOmVjHAQOP9BU04lQ;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzIEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1667607310/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.huila.gov.co%2fdescargar.php%3fidFile%3d22882/RK=2/RS=emYOEvuNlGHHQeP3aqudvx8a6Hs-

Gobernación del Huila. (2020). *Evaluación de Indicadores de Gestión para la vigilancia de eventos de interés en salud pública*. Neiva. Obtenido de <https://www.huila.gov.co/documentos/1583/evaluacion-de-indicadores/>

Gobernación del Huila. (1 de Septiembre de 2020). *Protección y buen trato al adulto mayor en el Huila*. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/publicaciones/9762/proteccion-y-buen-trato-al-adulto-mayor-en-el-huila/>

Gobernación del Huila. (21 de Mayo de 2021). <https://www.huila.gov.co/>. Recuperado el 7 de Noviembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/publicaciones/10265/arranco-formulacion-de-la-politica-publica-de-salud-mental-para-el-huila/>

Gobernación del Huila. (2021). *Salud Mental en la juventud opita, tema clave durante la Semana de la Juventud*. Obtenido de <https://www.huila.gov.co/>: <https://www.huila.gov.co/publicaciones/10818/salud-mental-en-la-juventud-opita-tema-clave-durante-la-semana-de-la-juventud/>

Hernández-Holguín, D. M., & Sanmartín-Rueda, C. F. (2018). www.scielo.org.co. *Revista Gerencia y Políticas en Salud*, 17(35). Recuperado el 29 de Diciembre de 2022, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272018000200043

Hospital Departamental San Antonio de Pitalito. (s.f.). Portafolio de servicios. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://hospitalpitalito.gov.co/servicios-humanizados-y-de-calidad?id=926>

Hospital Departamental San Vicente de Paul Garzón. (7 de Noviembre de 2022). <https://hospitalsvpgarzon.gov.co>. Obtenido de <https://hospitalsvpgarzon.gov.co/servicioshsvp/>

Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. (6 de 11 de 2021). <https://hospitalneiva.gov.co>. Obtenido de <https://hospitalneiva.gov.co/servicios/unidad-de-salud-mental/>

Hospital San Antonio de Padua La Plata. (s.f.). Portafolio de servicios. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://esesanantoniodepadua.gov.co/wp-content/uploads/2019/08/PORTAFOLIO-DE-SERVICIOS.pdf>

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. (s.f.). *Portafolio de Servicios Unidad Mental*.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (27 de 11 de 2021). <https://www.icbf.gov.co>. Obtenido de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/concepto_icbf_0000096_2017.htm

Instituto Nacional de Salud. (9 de Febrero de 2016). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. 18. Recuperado el 25 de Noviembre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-intento-suicidio.pdf>

Instituto Nacional de salud. (2017). Proptocolo de salud publica : Violencia de Género e intrafamiliar. Bogota. Recuperado el 7 de Noviembre de 2022, de <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/PRO-Violencia-de-genero-e-intrafamiliar.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (12 de 12 de 2021). SIVIGILA. Recuperado el 12 de 12 de 2021, de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>

Instituto Nacional de Salud INS. (2017). Informe del Evento. Recuperado el 7 de Noviembre de 2022, de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIOLENCIA%20DE%20G%C3%89NERO%202017.pdf>

Jiménez, W. (2007). El Enfoque de los derechos humanos y las políticas públicas. Bogotá, Colombia: Universidad Sergio Arboleda. Obtenido de evistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/ccsh/article/view/781/662

Jiménez, W. (2007). El Enfoque de los derechos humanos y las políticas públicas. Bogotá, Colombia: Universidad Sergio Arboleda. Obtenido de <https://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/ccsh/article/view/781/662>

Jiménez, W. (2007). El Enfoque de los Derechos y las políticas públicas. *Univ. Sergio Arboleda*, 7(12), 31-46. Obtenido de https://www.google.com/search?q=.+Pasar%C3%ADamos+as%C3%AD+de+una+%22raz%C3%B3n+de+Estado%22+a+una+%22raz%C3%B3n+humana%22&rlz=1C1SQJL_esCO915CO915&sxsrf=AOaemvJQ4cIr3f_aXylLldKiE5Kzyi1shQ%3A1638141774462&ei=Tg-kYcS1G_GdwbkP8r-K-AU&ved=0ahUKEwjELvUmbz0Ah

La Nación. (11 de 10 de 2021). <https://www.lanacion.com.co>. Obtenido de <https://www.lanacion.com.co/huila-se-raja-en-atencion-a-la-salud-mental-defensoria/>

María De Los Ángeles Sánchez Correa, Z. L. (2021). ANÁLISIS DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA Y LA IMPLEMENTACIÓN. Recuperado el 27 de Octubre de 2022, de https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5192/1053829632_46678630_2021.pdf;jsessionid=8E1198C83F7E76314447BE5B3DB71F31?sequence=1

Ministerio de Protección Social. (2006). DECRETO NUMERO 3518 DE 2006. *por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública*, 17. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

Ministerio de Salud. (1963). Decreto 3224 de 1963. Recuperado el 25 de 05 de 2022, de https://www.redjurista.com/Documents/decreto_3224_de_1963_ministerio_de_salud.aspx#/

Ministerio de Salud. (Agosto de 2015). Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. 54. Bogotá, Colombia. Recuperado el 12 de 09 de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Ministerio de Salud. (Julio de 2018). Boletín de salud mental. 18. Bogotá, Colombia. Recuperado el 27 de Octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-6-salud-mental-2018.pdf>

Ministerio de salud de Colombia. (1998). Resolución 02358. Bogotá. Recuperado el 31 de Octubre de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (abril de 2013). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 La salud en Colombia la construyes tú. 538. Bogotá, Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de Noviembre de 2018). Por medio del cual se adopta la política de salud mental. 29. Bogotá, Colombia. Recuperado el 2022 de Octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (16 de Enero de 2019). Resolución 089 de 2019. 32. Bogotá, Colombia. Recuperado el 27 de Octubre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Octubre de 2020). Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021- Informe Técnico Periodo 2012 - 2019. 187. Recuperado el 14 de 08 de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx#:~:text=El%20Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%ABlica%20es%20una%20pol%C3%ADtica%20p%C3%ABlica,fundamental%20a%20la%20salud%2C%20el>

Ministerio de salud y Protección Social. (24 de Diciembre de 2020). Resolución 2481. *La Resolución 2481 de 2020 por la cual se actualizan integralmente los servicios y las tecnologías de la salud financiados con recursos de la Unidad de pagos por capitación UPC*, 147. Bogotá, Colombia. Recuperado el 25 de Septiembre de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202481%20de%202020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de 12 de 2020). Resolución 2481. Recuperado el 07 de 10 de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202481%20de%202020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia*. Recuperado el 28 de Noviembre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). <https://www.minsalud.gov.co/>. Recuperado el 28 de Diciembre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-asigno-mas-de-8-mil-millones-para-salud-mental.aspx#:~:text=Bogot%C3%A1%2C%2026%20de%20noviembre%20de,y%20consumo%20de%20sustancias%20psicoactivas.>

Ministerio de Salud y Protección social. (28 de Diciembre de 2022). <https://www.minsalud.gov.co>. Recuperado el 28 de Diciembre de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/Políticas-Salud-Mental-y-SPA.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (28 de Diciembre de 2022). <https://www.minsalud.gov.co>. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-asunto-de-todos.aspx#:~:text=En%20Colombia%2C%20la%20depresi%C3%B3n%20es,d%C3%A9ficit%20de%20atenci%C3%B3n%20e%20hiperactividad.>

Mora, D. (2013). Revisión de Orden Político y Jurídico con respecto de la Salud Mental de Colombia. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 4 de Noviembre de 2022, de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20737/282776.2013.pdf?sequence=1>

Moreno, G. A. (Junio de 2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Recuperado el 3 de Noviembre de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2781925.pdf>

Municipio Algeciras. (1 de Marzo de 2019). Decreto 031. *Por medio del cual se adopta la política de envejecimiento y vejez 2017- 2023*, 5. Algeciras, Huila, Colombia. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=2>

Municipio Campoalegre. (9 de Octubre de 2018). Decreto 147. *Por medio del cual se modifica el decreto 102 de 2008 y se actualiza la política pública de envejecimiento y vejez para el municipio de Campoalegre 2018 - 2028*, 9. Campoalegre, Huila, Colombia. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=3>

Municipio de Acevedo. (19 de Julio de 2019). Decreto 113. 5. Acevedo, Huila, Colombia. Recuperado el 12 de 09 de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Municipio de Aipe. (30 de Noviembre de 2019). Decreto 138 de 2019 *Por medio del cual se adopta la política pública social para el envejecimiento y vejez en el municipio de Aipe - Huila*. 16. Aipe, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=2>

Municipio de Altamira. (19 de Junio de 2019). Decreto 034. *Se adopta la Política Pública de Envejecimiento y Vejez para el municipio de Altamira*, 6. Altamira, Huila, Colombia. Recuperado el 12 de septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Municipio de Elías. (10 de Junio de 2019). Decreto No 22. *Por medio del cual se adopta la política pública de envejecimiento y vejez para el municipio de Elías Huila*. Elías, Huila, Colombia. Recuperado el 2022 de Septiembre de 12, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Municipio de Elías. (10 de Junio de 2019). Decreto No.022. *Por medio del cual se adopta la política pública de envejecimiento y vejez para el municipio de Elías*, 10. Elías, Huila, Colombia. Recuperado el 17 de 09 de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Municipio de Garzón. (12 de septiembre de 2019). Resolución No. 737. *Por medio del cual se adopta el plan de acción del programa de envejecimiento y vejez para el municipio de Garzón Huila*, 2. Garzón, Huila, Colombia. Recuperado el 12 de 09 de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Municipio de Gigante. (20 de Marzo de 2019). Resolución 250. *Por medio del cual se adopta la política Pública de envejecimiento y vejez para el municipio de Gigante - Huila*, 10. Gigante, Huila, Colombia. Recuperado el 12 de 09 de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Municipio de Isnos. (23 de Julio de 2019). *Por medio del cual se adopta la política pública de envejecimiento y vejez para el municipio de Isnos Huila correspondiente al periodo 2019-2023*. 8. Isnos, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de Septiembre de 2022, de

<https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Municipio de La Plata. (14 de Mayo de 2019). Decreto 10.02.2- 041. *Por medio del cual se adopta la política de envejecimiento y vejez del municipio de La Plata 2019-2023*, 12. La Plata, Huila, Colombia. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=3>

Municipio de Nátaga. (27 de Julio de 2019). Resolución 237 por medio del cual se adopta la política de envejecimiento y vejez 2019-2024. 11. Nátaga, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Municipio de Oporapa. (19 de Julio de 2019). Decreto 043 por medio del cual se adopta la política de envejecimiento y vejez 2019-2024. 10. Oporapa, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de 09 de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/>

Municipio de Paicol. (19 de Septiembre de 2022). 5. Paicol, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=2>

Municipio de Palermo. (4 de Septiembre de 2019). Acuerdo 016. *Por medio del cual se adopta la política de envejecimiento y vejez del municipio de Palermo 2018-2023*, 16. Palermo, Huila, Colombia. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=3>

Municipio de Palestina. (29 de Octubre de 2009). Decreto No 50. 3. Palestina, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de 09 de 2022, de

<https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=2>

Municipio de Pital. (9 de Julio de 2019). Decreto 041 de 2009 por medio del cual se adopta la política pública de envejecimiento y vejez en el municipio de Pital . Huila. 8. Pital, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=2>

Municipio de Saladoblanco. (19 de Julio de 2019). Resolución 338. 7. Saladoblanco, Huila, Colombia. Recuperado el 2019 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=2>

Municipio de Tarqui. (19 de Mayo de 2018). Resolución Administrativa 165. *Política Pública de envejecimiento y vejez Tarqui*, 6. Tarqui, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=2>

Municipio de Tello. (3 de Noviembre de 2017). Decreto 082 de 2017. *Se adopta la política de envejecimiento y vejez*. Tello. Obtenido de <https://www.huila.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=45159>

Municipio de Timana. (23 de Diciembre de 2019). Decreto 106 de 2019 Por medio del cual se adopta la política pública de vejez y envejecimiento. 7. Timana, Huila, Colombia. Recuperado el 19 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=2>

Municipio Hobo. (09 de Agosto de 2019). Decreto 27. *Política de envejecimiento y vejez del municipio de Hobo 2017-2023*, 10. Hobo, Huila, Colombia. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=3>

Municipio Rivera. (27 de Junio de 2019). Acuerdo 002. *Por medio del cual se adopta la política de envejecimiento y vejez del municipio de Rivera 2018-2023*, 9. Rivera, Huila, Colombia. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=3>

Municipio Santa Maria. (23 de Noviembre de 2017). Acuerdo 18. *Política de envejecimiento y vejez 2017-2023 Santa Maria*, 8. Santa Maria, Huila, Colombia. Recuperado el 2022 de Septiembre de 24, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=3>

Municipio Tesalia. (3 de Diciembre de 2008). Decreto 098. *Por medio del cual se adopta la política para la atención integral del adulto mayor*, 5. Tesalia, Huila, Colombia. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=3>

Municipio Villavieja. (11 de Septiembre de 2019). POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA LA POLÍTICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO 2018-2028. 16. Neiva, Huila, Colombia. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=4>

Municipio Yaguará. (22 de Julio de 2019). Por medio del cual se adopta la política de envejecimiento y vejez. 10. Yaguará, Huila, Colombia. Recuperado el 24 de Septiembre de 2022, de <https://www.huila.gov.co/documentos/1473/adopcion-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez-municipios-huila/?genPagDocs=3>

OMS. (2014). Documentos básicos. En O. M. OMS. Recuperado el 1 de Noviembre de 2022, de <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

OMS. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*, 2018. Washington. Recuperado el 31 de Octubre de 2022, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

OMS. (31 de Octubre de 2022). <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos*, 67. Recuperado el 31 de Octubre de 2022, de <https://consaludmental.org/publicaciones/Legislacionsaludmentalderechoshumanos.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Guía para la mejora de la calidad de la salud mental*.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020. 54. Ginebra, Suiza. Recuperado el 25 de Septiembre de 2022, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud OMS. (2007). *Mejora de la calidad de la salud mental*. NA: EDIMSA.

Organización Mundial de la Salud OMS. (8 de 06 de 2020). <https://www.who.int>. Recuperado el 27 de 11 de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Organización Mundial de la Salud OMS. (08 de 03 de 2021). <https://www.who.int/es>. Recuperado el 27 de 11 de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Presidencia de La Republica de Colombia. (2007). *Decreto 3039*.

Prince M, e. a. (2007). pubmed.ncbi.nlm.nih.gov. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17804063/>

República de Colombia, Asamblea Departamental del Huila. (31 de Mayo de 2016). Ordenanza No.009 Por la cual se adopta el plan de desarrollo el camino es la educación y se adoptan otras disposiciones. 205. Neiva, Huila, Colombia.

República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (Noviembre de 2007). Salud mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derechos. 104. Bogotá. Recuperado el 4 de Noviembre de 2022, de https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrhRv4CLWVjF8INeipU04lQ;_ylu=Y29sbwNiZjEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1667603842/RO=10/RU=https%3a%2f%2fs0bca6e5d531c747d.jimcontent.com%2fdownload%2fversion%2f1509452604%2fmodule%2f6765602669%2fname%2fPOL%25C3%258DTIC

Secretaria de Salud de Medellín. (2019). *Boletín Epidemiológico No. 7*. Medellín. Obtenido de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/Pland eDesarrollo_0_19/Publicaciones/Shared%20Content/Boletines/7-Boletin-%20SaludMental-2019-Final.pdf

Secretaría de Salud del Huila. (2017). Comportamiento de los eventos Salud Mental Huila. Neiva, Colombia.

Secretaria de Salud Departamental - Gobernación del Huila. (2015). *Estudio línea base de prevalencia de consumo de drogas de uso lícito e ilícito en población escolarizada de 11 a 18 años en el Departamento Huila 2012 -2015*. Neiva. Obtenido de https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO310052015-estudio_drogas_huila.pdf#search=huila

Tello Astudillo, B. W. (Febrero de 2018). La falla de Políticas Públicas de control del comercio informal: El caso de Quito en el período 2010-2015. 127. Quito, Ecuador: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador. Recuperado el 2 de Noviembre de 2022, de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/13582/TFLACSO-2018BWTa.pdf?sequence=14&isAllowed=y>

Torales, J. (2009). Derechos a la salud en Paraguay: Exigibilidad y Justiciabilidad. doi:<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.3619.7362>

Universidad Surcolombiana y La Gobernación del Huila. (2019). No te matures biche - informe final 2019. 114. Neiva.

Velásquez, R. (2009). Hacia una nueva definición. *Desafíos*, 20, 149-187. Recuperado el 2 de Noviembre de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/3596/359633165006.pdf>

www.asivamosensalud.org. (9 de 10 de 2021). *Asi vamos en salud*. Obtenido de <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/salud-mental/tasa-de-suicidio-georeferenciado>