

EL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN COLOMBIA, UNA TAREA POR CONCLUIR

Martha Patricia Saavedra-García¹

Resumen

Colombia tiene pendiente llevar a cabo la reforma psiquiátrica plateada hace más de 70 años en otras partes del mundo, luego de siglos de confinamiento, vulneración de derechos, y maltrato de las personas con enfermedades mentales. Si bien actualmente el marco legal colombiano contiene los elementos necesarios para llevarla a cabo, las condiciones sociales, el cambio de modelo económico y de atención con la reforma a la salud en el año 1993, la falta de determinación política, y la falta de asignación suficiente de recursos ha sido motivo para no llevarla a cabo. En un primer momento se hace un recuento de la historia de la psiquiatría en el mundo y en Colombia, las distintas formas de entender la enfermedad mental y su tratamiento. En un segundo momento, se revisa el caso colombiano, su marco legal, el modelo dominante de tratamiento de enfermedades mentales, y el proceso de transformación que poco a poco ha venido cambiando las formas de atención con el objetivo de evitar la institucionalización, la internación involuntaria, el respeto de los derechos de los pacientes. En un tercer momento se discute el presente y futuro del caso colombiano. El modelo de atención actual sigue centrado en el hospital, es fraccionado, no existe un desarrollo de estrategias de atención primaria, promoción, y prevención, la atención en muchas ocasiones no es oportuna, y no existen dispositivos comunitarios que garanticen la inclusión social de personas con trastornos mentales. El bajo acceso al trabajo, la educación, la toma de decisiones y la igualdad de oportunidades indican que la tarea aún está por concluir.

Palabras clave: enfermos mentales, institucionalización, derechos, modelos de atención

Abstract

A psychiatric reform like the one that has been carried out over 70 years ago in other parts of the world is pending in Colombia, after centuries of confinement, violation of rights, and mistreatment of persons with mental illness. Even though,

1 Médica Psiquiatra, Magister en Salud Mental Comunitaria, Profesora de psiquiatría del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad del Rosario, Miembro de del Centro Rosarista de Salud Mental, CERSAME, Miembro del subcomité de rehabilitación Psicosocial y Comunitario de la Asociación Colombiana de Psiquiatría ACP, Directora Médica Centro de Investigaciones del Sistema Nervioso, Grupo CISNE. Bogotá, Colombia.

currently, the Colombian legal framework has the required elements to carry it out, the social conditions, the change in the economic model and the treatment model in the health reform in 1993, la lack of political will, and the lack of sufficient resources, have constituted motives not to do so. In first place, this article presents the history of psychiatry in the world and in Colombia, the different ways to understand mental illness and its treatment. In second place, this article reviews the Colombian case, its legal framework, the dominant model of treatment of mental illnesses, and the transformation process that has slowly been changing the forms of treatment to prevent institutionalization, involuntary interment and to assure the respect of the patients' rights. In third place, this article discusses the present and future of the Colombian case. The treatment model still centers the hospital, it's fragmented, there is no development of strategies of primary care, promotion or prevention, care is in many cases not opportune, and there are no communal mechanisms that guarantee the social inclusion of persons with mental illnesses. The low levels of access to work, education, decision-making and equal opportunities indicate that there is still work to be done.

Keywords: *mentally ill persons, institutionalization, rights, treatment models*

Introducción

Es importante conocer la historia de los tratamientos de las enfermedades mentales para comprender cómo ha evolucionado la forma en que se ha abordado la problemática de la salud mental a lo largo del tiempo. Al estudiar la historia de la manera como era entendido el origen de la enfermedad y los tratamientos instaurados, podemos aprender de los errores del pasado, entender cómo se han desarrollado las prácticas actuales y reflexionar sobre cómo seguir mejorando la atención y el cuidado de las personas con trastornos mentales en el futuro.

Además, conocer la historia nos ayuda a valorar los avances en el campo de la psiquiatría y la psicología, así como a reconocer la importancia de combatir el estigma y los prejuicios en torno a las enfermedades mentales, de quienes las padecen, sus familiares y los equipos de salud que las tratan.

Situación mundial

A lo largo de los siglos XV y XVIII los tratamientos de las enfermedades mentales en el mundo occidental eran tan variados como las posibles explicaciones del fenómeno de “la locura”. En el caso de identificar la obra de un demonio, la Iglesia utilizó los exorcismos. En otros casos, curanderos y hechiceros utilizaron hierbas medicinales, sortilegios y prácticas relacionadas con creencias empíricas. En otros casos, y sin llegar a ser exhaustivos, médicos y boticarios usaron dietas, duchas de agua fría en la cabeza e incluso sanguijuelas (Sacristán, 2006, p. 168).

Johann Weyer (1515-1588), médico, ocultista y demonólogo neerlandés, considerado por muchos el primer psiquiatra por dedicar parte de su obra al estudio del comportamiento humano individual del individuo, logró denunciar que los acusados de brujos/poseídos eran realmente enfermos mentales y llegó a describir numerosos síntomas que así lo demostraban (luego llamaríamos

a estas reacciones paranoides, psicosis compartida, depresión, ilusiones, etc.). Sin embargo, las personas permanecían encerradas junto con delincuentes y los confinaban en celdas, sujetos de cadenas y sometidos a toda clase de malos tratos (Ackerknecht, 1993).

El médico francés Philippe Pinel (1745-1846) abogó por el trato humanitario de los enfermos mentales; consiguió que los enfermos fueran liberados de sus cadenas y propuso un “tratamiento moral” basado en una relación bilateral médico-paciente. Este tratamiento parte de entablar un diálogo con el enfermo o la posibilidad de establecer un diálogo parcialmente razonable con el paciente, para redirigir comportamiento a partir de ciertas rutinas diarias. Planteó que este tratamiento haría el uso de la fuerza obsoleto, complementado por un régimen de aislamiento, el cual se consideraba capaz de curar por sí solo (Sacristán, 2006, p. 169).

El siglo XVIII, también conocido como el “siglo de las luces”, es caracterizado como el encuentro de distintas corrientes intelectuales en todos los campos del conocimiento basadas en la razón: la aparición del método científico, la divulgación de un saber objetivo y la modernización de la sociedad. Por esta razón el nacimiento de los manicomios fue entendido como un signo de progreso hacia una sociedad civilizada e ilustrada que, impulsada por un espíritu humanitario y reformista, finalmente lograba proveer un trato digno y científico a los enfermos mentales previamente ignorados (Novella, 2008 citado en Sacristán, 2009, p. 165).

Otro ejemplo es Jean Esquirol (1772-1840), médico francés y creador de la Ley de 1838 por medio de la cual el Estado estaba obligado a dar tratamiento a los “insensatos” mediante expansión de los “asilos”, una red de infraestructura de carácter público, a través de una red pública de asilos o a través del apoyo en los de carácter privado (Sacristán, 2009, p. 164). dijo alguna vez: “Una casa de alienados es un instrumento de curación; entre las manos de un médico hábil es el agente más potente contra las enfermedades mentales” (Novella, 2008 citado en Sacristán 2008, pp. 163-164). Dicha frase pronto fue cuestionada por la serie de acontecimientos que se presentaron años después cuando estos lugares se convirtieron en símbolo del aislamiento y maltrato de los enfermos mentales.

Durante el siglo XIX, los médicos “de la mente” realizaron esfuerzos por darle significado a la posibilidad de una enfermedad tal como la locura, en medio del rechazo al modelo teórico vigente de “lesión anatómica”, que no lograba explicar de manera satisfactoria lo observado. Es durante ese periodo que el manicomio, inicialmente nacido con motivos aparentemente nobles de liberación, curación, y reintegración social, se desvirtuó hacia el espacio de exclusión del peligro de hoy en día. Etimológicamente el manicomio remite al ‘cuidado’, en su acepción de ‘atención’ pero también en su sentido de ‘vigilar’. El manicomio se convierte, entonces, en el espacio que permite silenciar al individuo intolerable o amenazante para la sociedad. La invención de este espacio supone una ruptura con el asilo, pues este último mezcla razones caritativas, médicas y de defensa social, mientras que el primero es esencialmente terapéutico bajo la dirección de la medicina. En el manicomio, el aislamiento es un determinante de la curación, pues separa al enfermo de las posibles causas de su locura (Sacristán, 2006, p. 169).

De acuerdo con Sacristán (2009, p. 166), “en su significado literal, el manicomio sería ese territorio destinado a cuidar, tanto en el sentido de atender como en el de vigilar, a peligrosos y diferentes”. De esta manera, “es por ello que este lugar de la locura ha sido percibido como un espacio para silenciar a todos aquellos cuya manera de pensar, sentir o comportarse resulta intolerable o amenazante para la sociedad” (2009, p. 166).

Cristina Sacristán resume el cierre del siglo XIX de la siguiente manera

A partir de ese momento se constituyó un saber apoyado en un código teórico (las nosologías médicas), un cuerpo de profesionales (los alienistas), un conjunto de terapéuticas (el tratamiento moral), un dispositivo institucional (el manicomio) y un estatuto de enfermo (el alienado) que le va a permitir a la medicina de la mente convertirse en la primera especialidad intrínsecamente ligada al hospital. Esto, durante el siglo XIX, tiempo en que la práctica hegemónica de la medicina seguía siendo familiar y a la cabecera del enfermo. (Sacristán, 2006, p. 169)

Después de la Segunda Guerra Mundial, luego del exterminio de enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos del Tercer Reich, en Inglaterra y Estados Unidos se comenzó a cuestionar al asilo como una institución terapéutica y se puso en primer plano el debate sobre alternativas al modelo institucional (Sacristán, 2009, p. 170). Durante los años 60, se construyó un primer consenso de alcance a nivel internacional sobre la necesidad de un cambio de rumbo la asistencia psiquiátrica y en las políticas de salud mental (Sacristán, 2009, p. 170). Se acordó que los enfermos mentales ya no debían ser confinados en instituciones que los aislaban de la sociedad, sino que debía crearse

un sistema de atención en la comunidad que pusiera fin a la segregación, pues para ese entonces ya había quedado muy claro que el manicomio, más que un espacio de cura, era un espacio de enfermedad cuyo remanente más visible era la cronificación. (Sacristán, 2009, p. 170)

Tal como señala Sacristán (2009, p. 170), “Pronto se acuñó el término desinstitucionalización para referirse a este viraje “del asilo a la comunidad”, aunque luego fue desplazado por el de reformas psiquiátricas, más apropiado si tomamos en cuenta que algunos pacientes externados de los viejos hospitales como parte de esta ‘vuelta a la comunidad’ fueron llevados a instituciones de distinto tipo (Novella, 2008, pp. 11-12)”, con menos personas, supervisados, pero sin verdadera integración a la comunidad.

Así,

En América Latina, los procesos de reforma psiquiátrica se iniciaron en la década de los años 90 del siglo xx, a raíz de la Declaración de Caracas (Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, 1990), la cual proclamó la necesidad de promover medios terapéuticos y un sistema que garantizara el respeto por los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales. (Muñoz et al., 2020, p. 3)

Colombia se adhirió a dicha declaración y se comprometió a trabajar en ello. Como afirma Sacristán,

La Organización Mundial de la Salud recomienda la sustitución de los grandes hospitales psiquiátricos por centros de atención comunitaria con el apoyo de camas psiquiátricas en los hospitales generales y asistencia domiciliaria a fin de ‘limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento [Organización Mundial de la Salud, 2001:110-111]’. (Sacristán, 2009, p. 170)

Según Sacristán,

aunque en algunos países desarrollados se ha logrado poner en marcha un sistema diferenciado que incluye programas de prevención, servicios de consulta externa en la atención primaria, esquemas de rehabilitación e internaciones a corto plazo en instituciones de pequeño tamaño, en el ámbito comunitario. (2009, pp. 170-171, citando a Novella)

El trabajo aún no ha concluido. La implementación de dichas políticas ha sido muy variada en los distintos continentes, pues los países tienen distintos recursos, diversidad de instituciones, patologías de diversas índoles, y la orientación teórica de los propios trabajadores de la salud varía de un lugar a otro.

Otro hito reciente a tener en cuenta es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El protocolo facultativo correspondiente fue aprobado el 13 de diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo del 2008. En ella no solo se reconoce la discapacidad mental o psicosocial derivada de los trastornos mentales por primera vez, sino que su artículo 19 habla acerca del “Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad” y reconoce entonces

el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás y compromete a los países firmantes a adoptar medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad. (artículo 19, ONU, 2006)

Con especial énfasis en que tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir. Igualmente, se deberá garantizar que

tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad para evitar su aislamiento o separación de ésta. (artículo 19, a. ONU, 2006)

Igualmente, para el año 2020, con motivo del 30 aniversario de la declaración de Caracas, la Organización Panamericana de la Salud publicó un documento para orientar el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica en el contexto de América Latina y el Caribe buscando limitar el papel de los hospitales psiquiátricos e incentivando la organización de camas para hospitalización de pacientes

agudos en hospitales generales, y sugirió la implementación de servicios de salud mental en la comunidad para proveer servicios de acuerdo con la necesidad y garantizar los derechos de las personas con enfermedades mentales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

Antecedentes colombianos

El profesor Humberto Rosselli describió, en el libro *Historia de la psiquiatría en Colombia* (1968), las diferentes prácticas institucionales usadas en los tratamientos de las personas con trastornos mentales “abarcando cuatro grandes etapas: la precolombina, la colonial, la republicana y la de la primera mitad del siglo XX” (Castrillón y Sánchez, 2009, p. 266). Muestra la forma en que se utilizan “diversas alternativas para abordar el tratamiento de la locura”, inicialmente algunas muy ingeniosas, luego de acuerdo con el “conocimiento de curanderos y médicos, posteriormente del resultado de la observación científica”, sobre la base de la influencia de las corrientes europeas y norteamericanas en el siglo XIX (Castrillón y Sánchez, 2009, p. 266).

A finales del siglo XIX (1870) se fundó el primer asilo de Bogotá, en donde se atendían hombres, que posteriormente en 1874 fue llamado “La casa de las locas”. Estas eran instituciones de caridad atendidas por comunidades religiosas, entre ellas las Hermanas de la Caridad San Vicente de Paul, los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios y las Religiosas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, que recibían aportes de filántropos de la época. A comienzos de siglo XX, en dichos lugares fueron utilizadas distintas modalidades de tratamiento de acuerdo con los conocimientos médicos de la época (Rosselli, 1968), métodos que con el tiempo demostraron ser ineficaces y que, además, condenaban al aislamiento alejando a las personas de sus familias y de la comunidad. Dichas comunidades religiosas permanecen aún hoy en Colombia y administran instituciones en distintos lugares del país, aunque con formas ya transformadas de atención.

De conformidad con Castrillón y Sánchez (2019), en la segunda mitad del siglo XX, Colombia ya contaba con un Ministerio de Higiene (1946) y un Ministerio de Salud Pública (1953) para implementar una atención en salud acorde con las recomendaciones impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que buscaba redefinir la psiquiatría y sus prácticas para contrarrestar las lógicas manicomiales que predominaban en varias regiones del país como Bogotá, Pasto, Medellín y Cali. También recibió el apoyo de varias misiones, una del Banco Mundial (Misión Currie) y dos misiones norteamericanas (la Misión Humphreys en 1948 y la Misión Lapham en 1953) que vinieron a evaluar el sector hospitalario y la formación de los médicos en Colombia, en las facultades de medicina de la época, y que recomendaron la fundación de la facultad de medicina en Cali (Valle del Cauca). También el Ministerio de Higiene recibió ayudas económicas y técnicas

por parte de agencias internacionales o instituciones privadas, como la Fundación Rockefeller, habilitaron, en el caso de la psiquiatría, la superación de los asilos como instituciones de caridad y asistencia pública, y el advenimiento

de una nueva infraestructura hospitalaria, soportada en los fundamentos de la ciencia médica para abordar la problemática de la enfermedad mental en el país. (p. 269, citando a Arboleda)

Asimismo, Castrillón y Sánchez (2019) indican que ya se contaba entonces con recomendaciones “Comité de Expertos en Higiene Mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1950; 1953), destacando el enfoque preventivo y la necesidad de integrar la psiquiatría a las demás especialidades de la medicina. También es relevante el lanzamiento de un manual de diagnósticos psiquiátricos, DSM I y DSM II, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association [APA], 1952; 1968), que proponía una nueva clasificación de enfermedades estrechamente ligadas a la corriente biomédica de la psiquiatría norteamericana y que terminó imponiéndose a las viejas tradiciones clínica alemana y francesa.” (pp. 269-270). Igualmente coincidió con la aparición de nuevos psicofármacos que permitieron pensar un nuevo modelo de atención en los hospitales psiquiátricos modernos.

El caso de Cali es importante de tener en cuenta, pues hay registros de historias clínicas que han permitido rastrear claramente el cambio del Asilo al Hospital San Isidro, tal como lo han estudiado María del Carmen Castrillón-Valderrutén y José Sánchez-Salcedo, en su estudio *Cambio Institucional en la atención de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957-1970)*.

El departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle estuvo constituido por especialistas formados en el extranjero, sobre todo Estados Unidos, debido al apoyo de la Universidad de Tulane así como de la Fundación Rockefeller. En este contexto, se llevó a cabo la modernización de la salud en el país y esta tuvo un profundo efecto en la forma de enfoque implementado a nivel clínico, en la formación de médicos y futuros especialistas del hospital. Entonces, es posible observar cómo las prácticas institucionales se fueron transformando; comenzaron a llevarse registros clínicos sistemáticos en historias, el uso de diagnósticos del DMS, la prescripción de tratamientos farmacológicos solos o combinados con terapias electroconvulsivas y psicoterapia. Dentro de los cambios que se dieron desde la década de 1960 se empezó con un proceso de implementación del enfoque comunitario tanto en la formación como en el trabajo mismo de los psiquiatras del departamento de psiquiatría de la Universidad del Valle, lineamientos establecidos por la OMS (Castrillón y Sánchez, 2019).

Comenzó entonces en Colombia un movimiento que buscaba las intervenciones comunitarias en psiquiatría, el proceso de transformación de los hospitales psiquiátricos hacia la desinstitucionalización de las personas recluidas en dichas instituciones de corte manicomial. Las cátedras de medicina y la formación de médicos especialistas en psiquiatría en el país, así como los logros de la psicofarmacología, poco a poco permitieron pensar en la posibilidad de encontrar la transformación de las formas de atención de los enfermos mentales en los siguientes años.

En diciembre del año 1993 fue promulgada la Ley 100 en Colombia; ella define la seguridad social como: “La Seguridad Social Integral es el conjunto de

instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Función Pública, 1993). Este Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS) permitió que el 95 % de la población quedara incluida en los planes de salud.

A partir de dicha reforma se estableció, en el capítulo de la salud mental, que las personas con trastornos mentales tenían derecho a 30 días de hospitalización al año en los periodos de crisis, un número limitado de sesiones de psicoterapia y un listado de medicamentos para garantizar el tratamiento farmacológico de dichas condiciones. Es decir, no tuvo en cuenta los esfuerzos que en distintas regiones del país se estaban llevando a cabo para implementar la reforma psiquiátrica cambiando el modelo de atención centrado en los grandes hospitales psiquiátricos al desarrollo de dispositivos de atención en la comunidad. Algo indispensable para garantizar el regreso a casa de las personas reclusas en los hospitales psiquiátricos. Es decir, la implementación tuvo consecuencias negativas, ya que las intervenciones clínicas centradas en la atención hospitalaria durante los momentos de crisis fragmentaron las acciones clínico-comunitarias que se venían realizando en varias regiones del país.

Al no ser incluida la institucionalización en los planes de beneficios, de cierta manera limitó, desde ese momento, el ingreso de nuevos pacientes a instituciones de larga estancia. De los pacientes que estaban hospitalizado previos a la Ley 100 muchos de ellos fueron trasladados a instituciones más pequeñas u hogares geriátricos. Otros pacientes aún permanecen reclusos, aislados de sus familias, de la sociedad y sin poder ejercer su ciudadanía plena. Otros aún hoy ingresan a unidades de larga estancia, luego de procesos legales que instauran las familias a través del sistema judicial. Es decir, no se llevó a cabo el cambio de la norma que explícitamente indicara abolir cualquier forma de institucionalización. Se limitó por asuntos administrativos y financieros.

En 1998, fue diseñada la primera Política Nacional en Salud Mental (vigente hasta el 2018) que tenía como objetivo “promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad mental, controlar las enfermedades mentales, fomentar la cultura de la salud mental y mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención en salud mental” (Ministerio de Salud, 1998). Estos avances en la formulación de políticas no lograron los mayores resultados, debido a la dificultad para su implementación, la falta de evaluación, la fragmentación y la dificultad para la articulación intersectorial; esta norma no se acompañó de un Plan Nacional de Salud Mental para volverla operativa (Arboleda, 2013).

Para el año 2013 fue promulgada en Colombia la Ley 1616, en donde se reconoce que la salud mental es “de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.” (artículo 3).

Indica la ley que para ello debe contarse con una red integral de servicios en salud mental, incluyendo estrategias de atención en atención primaria en salud y rehabilitación, que garanticen la atención ambulatoria, domiciliaria y prehospitalaria. Igualmente, debe contarse con que los tratamientos de los trastornos por uso de sustancias estén integrados a dichos servicios, la organización de centros de salud mental comunitarios, favorecer la asociación de pacientes y familias, estrategias de rehabilitación basada en comunidad (RBC), unidades de salud mental, hospitalización de día y urgencias psiquiátricas. Así como la capacitación del personal de salud en estrategias (mhGAP implementada por la OMS) que permitan disminuir la brecha de atención y evaluar el riesgo psicosocial de los trabajadores de salud mental (Minsalud, 2013). Dicha esta ley estableció que debía ser revisada la Política Nacional en Salud Mental de 1998 para garantizar la implementación de la misma. Para el asunto que nos ocupa en el texto de la Ley 1616 se hace referencia al derecho que las personas tienen a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades. Esta ley, aunque está vigente, aún no ha sido reglamentada (Función Pública, 2013).

Igualmente, en el año 2013 se conoció el documento Modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria, en el marco del sistema general de seguridad social en salud y protección social en Colombia, elaborado dentro del Convenio de Cooperación Internacional entre el Ministerio de Salud y Protección, y la Organización Internacional para las Migraciones. Este documento da los lineamientos para que, con un enfoque de gestión del riesgo, de derechos y base comunitaria, se utilicen distintas estrategias para lograr el cambio de atención para personas institucionalizadas, con estancias hospitalarias mayores a 6 meses, que cumplan criterios de trastorno mental severo o discapacidad intelectual moderada o grave, así como personas con riesgo de abandono social (Minsalud, 2013).

Para noviembre del año 2018 fue promulgada una nueva Política Nacional de Salud Mental que se basa en cuatro principios: la salud mental como parte integral del derecho a la salud, en abordaje intercultural de la salud, la participación social, y una práctica basada en la evidencia científica. El objetivo general de la política es promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. Para la implementación de la política se establecieron cinco ejes con enfoque de atención primaria en salud: promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos; la prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia; atención integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia (tratamiento integral); rehabilitación integral e inclusión social, y gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial (Minsalud, 2018). A pesar del avance, nuevamente no quedó explícito cómo sería el proceso de desinstitucionalización de las personas con trastorno mental.

La OPS y la OMS en su oficina para las Américas publicaron, en el año 2018, el Atlas de Salud Mental de las Américas, un documento que recoge los resultados de una encuesta realizada a los 35 países miembros de la OPS, a la que contestaron 34 de ellos, entre ellos Colombia (98 % de la población). Así, “el 97 % de los Estados miembros pudieron informar sobre un conjunto de cinco indicadores seleccionados que abarcaban políticas de salud mental, leyes de salud mental, programas de promoción y prevención, disponibilidad de servicios y fuerza laboral de salud mental” (2017, p. viii). Para ese momento Colombia, ubicada entre los países de ingreso mediano-alto, no contaba con una política de salud mental actualizada (lo hizo ese mismo año), contaba con una ley específica de salud mental (Ley 1616/2013), reconocía que el marco legal colombiano estaba armonizado con instrumentos regionales e internacionales del respeto a los derechos humanos.

Allí se estableció que en la región, en los países de medianos y altos ingresos, la media de recursos destinados a desarrollar acciones de salud mental era del 2 % del presupuesto de salud total. Por lo tanto, dichos recursos eran insuficientes para cumplir los desafíos y necesidades de la población. Se determinó que de este presupuesto se destinaban los recursos en un 60 % al ámbito de gastos hospitalarios. En relación con el personal de salud capacitado en salud mental, se encontró una mediana del 10.3 por 100,000 mil habitantes, pero con una gran variación entre los países de bajos y altos ingresos, con mayor presencia de psicólogos (54.4 por 100,000 habitantes), enfermeros (3.8 por 100,000 habitantes), y muy baja de médicos psiquiatras (1.39 por 100,000 mil habitantes), menos aún de psiquiatras infantiles. El 80 % de estos profesionales trabajan a nivel hospitalario.

Respecto de la disponibilidad de servicios la mediana de camas en hospitales psiquiátricos, es de 16.7 por 100,000 habitantes y de 2.9 por 100,000 habitantes de camas para salud mental en los hospitales generales.

En cuanto a la duración de las estancias hospitalarias, se indica que el 74 % de los pacientes permanecen hospitalizados por tiempos menores a 1 año y el 20 % una mediana mayor a 5 años. En relación con los dispositivos residenciales dentro de la comunidad, una tasa mediana de 1.4 dispositivos por 100,000 habitantes, pero poseen una cantidad de camas 12 veces menor que la tasa de camas de los hospitales psiquiátricos. Lo que indica que incluso en las Américas aún no hay oportunidad suficiente de residencias comunitarias para que las personas con trastornos mentales salgan de los hospitales a la comunidad. En Colombia no se dispone de información acerca de esa modalidad de atención. Respecto de las acciones de promoción y prevención, el 73 % de los países respondieron que tienen programas establecidos en cuatro temas principales: prevención del suicidio, desarrollo infantil temprano, promoción de salud mental en los padres y promoción de la salud mental en las escuelas. El suicidio sigue siendo un gran problema en la región (OPS, 2017; OMS, 2018).

Por otro lado, un elemento adicional muy importante fue la promulgación de incluir la Ley 1996 del 2019 por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. En ella se garantiza el respeto a la dignidad humana, la autonomía personal,

incluida la libertad de tomar decisiones, ser independientes y el derecho a la no discriminación. Ratificando así los principios y derechos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, convirtiendo a la persona con discapacidad en protagonista de su proyecto de vida (Función Pública, 2019). Ley, que envió mandó a revisión las sentencias de interdicción previas que permitían tomar decisiones a los tutores, familiares o acudientes de las personas con discapacidad, prestándose para la vulneración de sus derechos y la posibilidad de institucionalizar a la persona sin su consentimiento.

Situación actual de la atención en salud mental en Colombia

El modelo de atención en salud mental actual no responde a las necesidades de la población y la demanda de servicios es creciente. La situación de conflicto interno de los últimos 60 años, el desplazamiento interno por esta razón, favorece el desarraigo y la desintegración familiar, las precarias condiciones sociales y económicas de una parte importante de la población, el creciente consumo de sustancias psicoactivas y la epidemia del COVID-19 hacen que los problemas de salud mental y la prevalencia de los trastornos mentales hayan aumentado, especialmente en la población de mujeres, niños y adolescentes (Pedreira Massa, 2020).

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) tiene un componente muy importante que es el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Estos estándares de calidad en la atención actualmente están establecidos en la Resolución 3100 de año 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, en ella se establecen los requisitos mínimos para poder ofrecer servicios de salud. Establece que un “servicio de salud se define como la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad). Su alcance no incluye los servicios de educación, vivienda, protección, alimentación ni apoyo a la justicia” (Minsalud, 2019, p. 4). A raíz de este marco legal los servicios de salud mental y psiquiatría han comenzado a tener su propio proceso de transformación, todas las instituciones tienen la supervisión y vigilancia de las secretarías de salud departamentales y municipales en los 32 departamentos de Colombia.

Los servicios con componente en salud mental y psiquiatría son las consultas ambulatorias de psiquiatría, psicología y terapia ocupacional. De manera paradójica, no aparece el trabajo social como una disciplina indispensable en el abordaje de los problemas y trastornos mentales, al no ser considerada una profesión del campo de la salud sino de las ciencias sociales. Aparecen, también, los servicios de hospitalización para trastornos mentales y para consumidores de sustancias psicoactivas, la hospitalización parcial (clínica día), y los servicios para el cuidado

básico de consumo de sustancias psicoactivas. Claramente no hay una diferenciación de estándares para cuidado agudo o estancias prolongadas (institucionalización). Por esta razón, cuando se hace la búsqueda en las distintas bases de datos disponibles en las plataformas del Estado no es posible diferenciar el número de camas para estancias cortas y prolongadas. Existe una modalidad de servicio llamada “hospitalización paciente crónico no ventilado”, institución que hoy es utilizada para internaciones prolongadas o institucionalización. Es decir, aún hoy existe la posibilidad de tener a una persona internada de forma indefinida. Para esto, se requiere de una orden médica y la familia debe buscar la autorización en las estancias administrativas. De ser negado el servicio, los familiares entablan acciones legales para buscar dicha figura. No aparece ninguna posibilidad de habilitar servicios comunitarios en salud mental, por lo que se considera que hay una incongruencia entre los decretos, resoluciones, leyes y diferentes documentos de política pública, y la realidad asistencial del país.

De acuerdo con la consulta realizada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), actualmente en Colombia existe 733 instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen servicios de salud mental. De estas instituciones 76 son públicas, 656 privadas y una mixta. Se dispone de una capacidad instalada de 20,421 camas (2,656 públicas, 17,765 privadas) de esas 11,194 dedicadas al tratamiento de las personas con consumo de sustancias psicoactivas; 9,698, al tratamiento de adultos; 1,456, al tratamiento de población pediátrica; 9,449 dedicadas a la atención de personas con trastornos mentales, de estas 8,392 dedicadas adultas y 1,057 a cuidado de pacientes pediátricos. Según algunas estimaciones, el país debería contar con al menos 60 camas por cada 100,000 habitantes (Mundt et al., 2022).

Se sabe que la mayor parte de las instituciones están en las grandes ciudades del país o en su zona de influencia; igualmente el recurso humano capacitado en el tema también está concentrado en dicho lugar, por lo que el acceso oportuno a los servicios no es fácil ni es uniforme en el país. Hay regiones apartadas que tienen que buscar apoyo en otros departamentos para atender a sus habitantes.

Por otro lado, es importante anotar que la reglamentación actual obliga a que los pacientes tengan acceso a servicios de salud que garanticen una atención de forma integral e integrada que haga parte de rutas de atención determinadas; es decir, los pacientes con enfermedades mentales están incluidos en los servicios de salud como cualquier otra patología, lo que es muy positivo, dada la segregación histórica de la que han sido víctimas.

Las instituciones que atienden personas con trastornos mentales deben tener estándares que garanticen una buena calidad de la atención. Y aquí viene el gran cambio de las instituciones psiquiátricas del modelo manicomial al modelo actual de atención. Ahora se busca garantizar un trato que respete los derechos humanos, donde se respete la dignidad y que se utilicen todos los recursos científicos disponibles durante la atención. Durante los periodos de internación los pacientes deben ser atendidos por equipos interdisciplinarios conformados por médicos

psiquiatras (así sea con menor frecuencia en regiones apartadas del país en donde no se cuente con el recurso humano suficiente), médicos generales con capacitación en salud mental, enfermeros, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales y, por supuesto trabajo social como una disciplina fundamental en el abordaje de estas problemáticas sociales asociadas.

Las instituciones igualmente deben contar con protocolos de atención que incluyan la adopción de guías de práctica clínica, es decir, todas las intervenciones realizadas (tanto farmacológicas como no farmacológicas) deben tener una evidencia científica de su efectividad. Todas las instituciones deben contar con un programa que garantice la seguridad del paciente que minimice los riesgos inherentes a la atención (suicidio, contacto sexual no consentido, acceso a sustancias psicoactivas, caídas, entre otros) evitando así desenlaces no deseados.

En el caso de las instituciones hospitalarias para salud mental, los ingresos involuntarios cada vez se limitan más, se cuenta con el procedimiento de consentimiento informado que debe ser firmado por el paciente antes de su ingreso. Aunque la Ley 1616 indica que todo procediendo de internación involuntaria debe ser avalado por un juez, esto aún no se ha implementado, entonces en caso de alto riesgo de auto o heteroagresión, se ha determinado que todo paciente tenga un acudiente que firme el consentimiento al momento inicial de la hospitalización, pero se debe obtener el consentimiento del paciente en las siguientes 48 horas de la internación. En caso de no aceptar ser internado podrá firmar un desistimiento de la atención en compañía de un familiar o acudiente.

En contraste, en algunas instituciones de atención de pacientes de consumos de sustancias psicoactivas todavía hay internaciones involuntarias y programas a puerta cerrada donde son reclusos los pacientes, aún en contra de su voluntad, por sus familias, encontrándose que muchas veces no presentan estándares de calidad apropiados y aun se vulneran sus derechos. Situación por la que se hace necesario tener más vigilancia hasta lograr que dichos centros cambien sus formas de atención.

Asimismo, a raíz de la aparición de nuevos psicofármacos y técnicas de intervención psicosociales la razón el uso indiscriminado del tratamiento con terapia electroconvulsiva que motivó y aun motiva controversia, con justa causa, movimientos de protesta y, por tanto, la estigmatización del quehacer psiquiátrico; ahora es un procedimiento bajo anestesia y con todas las medidas de seguridad, y está restringido a muy pocos casos en los cuales hay poca o nula respuesta a otras intervenciones y se presente una situación de riesgo inminente de muerte, algunas condiciones médicas asociadas que contraindican la utilización de psicofármacos, una gestante en tercer trimestre de embarazo —en donde la seguridad del producto de la gestación también debe ser tenida en cuenta—, o la contraindicación por otros tratamientos médicos para otras condiciones médicas asociadas. Este procedimiento igualmente debe ser consentido por el paciente.

A nivel ambulatorio se debe garantizar la continuidad del tratamiento con el acceso a control de medicina especializada de psiquiatría, psicología, trabajo social y distintas disciplinas como la terapia ocupacional, la fisioterapia y la nutrición.

Esto no siempre es posible conseguirlo, debido a la baja capacitación del talento humano en salud y la creciente demanda de servicios.

Aunque ya hace varios años contamos con protocolos, guías que indican que Colombia debe implementar más servicios de atención en salud mental a nivel de atención primaria, rehabilitación psicosocial, estrategias de rehabilitación basadas en comunidad, residencias comunitarias, esto aún no se logra por varias razones: primero por el modelo de atención centrado en la hospitalización psiquiátrica como forma de atención principal de las personas, la falta de recursos para la implementación y los escasos presupuestos de dinero en este rubro que son distribuidos en su mayoría hacia la atención hospitalaria. Esto impide que se destine dinero para la promoción y prevención, el diagnóstico temprano de las enfermedades, la atención oportuna y apropiada desde el comienzo de la enfermedad.

Hay iniciativas en algunas regiones del país que han comenzado a retomar experiencias anteriores a la promulgación de la Ley 100 de 1993 de base comunitaria, como es el caso del Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle (HDPUV), empresa social del Estado, ubicado en la ciudad de Cali. Allí, luego de la formación en el área de Intervención Social y Comunitaria se ofrecen servicios de hospital de día, seguimiento comunitario de personas con trastorno mental, acciones colectivas replicadas en todo departamento del Valle del Cauca donde se realizan casos clínicos emblemáticos en salud mental, programas de apoyo a cuidadores de personas con TM y asesorías a la secretaría de salud departamental en proyectos de salud mental. Aunque han sido interrumpidas por cuestiones de presupuesto, se han mantenido a lo largo de más de 20 años.

Los entes gubernamentales, el nodo comunitario en salud mental, la Asociación Colombiana de Psiquiatría, se ha esforzado en los últimos años para implementar acciones de atención primaria y campañas masivas en los medios de comunicación en relación con vencer el estigma, la prevención de suicidio, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente, la prevención del maltrato a la población vulnerable, violencia contra la mujer. Son aún esfuerzos insuficientes para la dimensión de la problemática.

Igualmente, en la ciudad de Pereira, en el departamento de Risaralda, en el año 2018 inició un programa de carácter privado denominado Recuperarte IPS, “una entidad privada de servicios de salud mental de base comunitaria que cuenta con un programa de rehabilitación psicosocial único en la región del Eje Cafetero” (Muñoz et al., 2020, p. 5).

En Bogotá, desde el año 2012, el Grupo Cisne, una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de carácter privado de la ciudad de Bogotá que atiende pacientes de distintas entidades prestadoras de servicios de salud (EPS), implementó un programa de rehabilitación psicosocial y funcional para personas con trastorno mental severo y sus familias, que ofrece durante 52 semanas o más, dependiendo del cumplimiento de objetivos individuales de tratamiento, una serie de intervenciones estructuradas llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario conformado por psiquiatría, psicología clínica, neuropsicología, terapia ocupacional, trabajo social y nutrición. Se trabaja en cinco dimensiones: clínica, cognitiva,

social comunitaria, ocupacional y de salud general. Durante el periodo de participación de los usuarios se realizan actividades individuales, grupales, familiares y en la comunidad. Tiene como objetivo principal la estabilización sintomática y la mejoría funcional del individuo; como objetivos secundarios, la psicoeducación, una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, una disminución de las estancias hospitalarias, así como una mejoría en el funcionamiento cognitivo, habilidades sociales, funcionamiento familiar, habilidades y destrezas para el trabajo o el estudio, así como un mejor uso de dispositivos en la comunidad que les facilite la inclusión social y una mejoría en la calidad de vida de las personas con el diagnóstico y sus familiares.

La experiencia ha sido muy enriquecedora; hasta ahora se han beneficiado de ella más de 300 personas con trastorno mental severo con resultados muy positivos y esperanzadores. Se ha ayudado a la reintegración social y familiar de siete personas que venían de estar institucionalizadas en hospitales psiquiátricos tradicionales. Igualmente, el Grupo Cisne tiene vigentes varios convenios docencia-servicio con universidades de Bogotá, lo que ha permitido que médicos residentes de psiquiatría, médicos generales, psicólogos y enfermeros conozcan la experiencia. El objetivo final es que al terminar su formación se sientan motivados a replicar las experiencias en algunos otros espacios de trabajo en Bogotá y otros lugares del país, que estén capacitados para el momento en que la transformación de la atención hacia atención primaria en salud mental y el trabajo en la comunidad se lleve a cabo finalmente.

Discusión

Colombia tiene pendiente llevar a cabo la verdadera reforma de los servicios de atención psiquiátrica. Todavía hay personas institucionalizadas en lugares de larga estancia, aunque con modelos diferentes de atención. Aún hoy la atención psiquiátrica continúa centrada en el ámbito hospitalario, de consulta ambulatoria especializada, que casi nunca es suficiente y oportuna. Solo en algunas regiones hay experiencias comunitarias y han comenzado a surgir programas de rehabilitación psicosocial de iniciativas privadas.

Al no haber desarrollado servicios comunitarios de atención, dispositivos de rehabilitación basados en la comunidad y centros de atención primaria en donde el componente de salud mental esté presente, no puede responder a las necesidades actuales de la población.

Queda claro que Colombia tiene un marco legal que favorece la atención integral e integrada de las personas con trastornos mentales, pero ha habido dificultades en la implementación y ejecución de dichos planes. Son muchos los factores que lo explican, entre ellos se encuentran, primero, los problemas sociales y de conflicto que siguen afectando a la población después de muchos años, lo que ha generado la desintegración familiar y la pérdida de sentido comunitario en el propio territorio. Segundo, aún es muy bajo el porcentaje de recursos del presupuesto de la salud general destinado a la salud mental. Tercero, si bien la pandemia del COVID-19 puso en la agenda pública el tema de la salud mental, se visibilizó en

los medios de comunicación y la sociedad en general al aumentar las necesidades y, por tanto, la demanda de servicios; no hay cómo responder a ello de manera adecuada, el talento humano en salud es insuficiente, no hay suficientes servicios de atención en segundo y tercer nivel, no hay programas de rehabilitación psicosocial ni servicios de base comunitaria habilitados. Cuarto, el estigma social alrededor de la salud mental y las enfermedades mentales existente impide la búsqueda de ayuda de forma oportuna, igualmente todavía hay barreras para el acceso a oportunidades laborales, educativas de las personas que presentan alguna condición porque hace falta la transformación social necesaria para lograr verdaderamente un cambio en la forma de abordar la problemática de las personas con trastornos mentales y sus familias. En el camino de la desinstitucionalización y la integración social de las personas aún queda mucho por recorrer.

REFERENCIAS

- Ackerknecht, E. H. (1993). *Breve historia de la psiquiatría* (Vol. 2). Universitat de València.
- Novella, E. J. (2008). Del asilo a la comunidad: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 8(1), 9-32.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Salud Mental 2001, Informe de la Secretaria*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB107/se27.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y El Caribe*. <https://www.paho.org/es/node/76244#:~:text=La%20finalidad%20esencial%20de%20la,personas%20con%20enfermedades%20mentales%20graves.pdf>
- Castrillón, M., y Sánchez, J. (2019). Cambio institucional en la atención de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico San Isidro (1957-1970). *Revista CS*, 28, 259-297. <https://doi.org/10.18046/recs.i28.2838>
- Rosselli, H. (1968). *Historia de la psiquiatría de Colombia* (Vol. 2). Editorial Horizontes.
- Organización de Naciones Unidas. (13 de diciembre de 2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado el 16 de octubre de 2023 de <https://www.refworld.org/es/docid/5d7fbf13a.html>
- Universidad del Valle. (23 de marzo 2020). *Fallece pionero de la Psiquiatría en Cali*. <https://www.univalle.edu.co/lo-que-pasa-en-la-u/fallece-pionero-de-la-psiquiatria-en-cali>
- Departamento Administrativo de Función Pública, Ley 100 de 1993. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=5248
- Arboleda, M. (2013). *Relaciones de poder entre agentes en la configuración del campo de la salud mental. Estudio de caso: El programa de psiquiatría comunitaria de la Universidad del Valle*.
- Función Pública, Ley de salud Mental y otras disposiciones, Ley 1616 del 21 enero 2013. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51292#:~:text=Es%20un%20proceso%20que%20facilita,funcionamiento%20independiente%20en%20la%20comunidad.>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Modelo para la desinstitucionalización de personas con Trastorno mental y larga estancia hospitalaria, en el marco Del sistema general de seguridad social en salud y Protección social en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-desinstitucionalizacion-trastorno-mental.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Política Nacional de Salud Mental*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abece-sistema-obligatorio-garantia-calidad.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Atlas de Salud Mental de las Américas*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=atlas-de-salud-mental-de-las-americas-matias-irrazaval-6dic2018&Itemid=270&lang=es
- Pedreira Massa, J. L. (2020). Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Pública. *Rev. Esp. Salud Pública*, 94.
- Mundt, A. P., Rozas Serri, E., Irarrázaval, M., O'Reilly, R., Allison, S., Bastiampillai, T., Musisi, S., Kagee, A., Golenkov, A., El-Khoury, J., Park, S. C., Chwastiak, L., y Priebe, S. (2022). Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process. *Molecular Psychiatry*, 27(4), 1873-1879.
- Muñoz, L., Muñoz, C., y Uribe, J. (2020). La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1-19.
- SalusPlay. (s.f.). *Tema 1. Historia de la psiquiatría*. Salud Mental Material Didáctico. <https://www.salusplay.com/apuntes/salud-mental/tema-1-historia-de-la-psiquiatria>