
EL DERECHO A LA SALUD PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES: ENTRE LA INMUTABILIDAD HISTÓRICA Y LA EVOLUCIÓN CONSTITUCIONAL¹

Diana Katerine Hernandez Gallo².
Rafael Muñoz Macias³.
Leonardo Enrique Carvajalino Rodriguez⁴

Resumen:

El derecho a la salud en Colombia para pacientes con trastornos mentales no ha sido ajeno a calurosos debates al interior de la academia y los estrados judiciales, especialmente cuando se trata de acciones de tutela y las decisiones dadas por la Corte Constitucional. Las diversas posturas frente al concepto y alcance de salud mental podrían llegar a generar divergencia en las decisiones judiciales y, más grave aún, riesgos de desamparo para los pacientes. En ese sentido, el presente estudio tiene por objeto determinar si a partir de la evolución histórica del concepto de la enfermedad mental, el desarrollo normativo y jurisprudencial el derecho a la salud mental para pacientes con trastornos mentales se ha mantenido en la inmutabilidad histórica o si ha existido una evolución constitucional que procure la garantía de los derechos de esta población. Al final se acepta que el concepto histórico respecto a las personas con trastornos mentales ha evolucionado positivamente, existe una amplia regulación legal y un sólido desarrollo jurisprudencial, todo lo cual facilita la construcción de una posición jurídica integral garantizando que el sistema de salud le permita mejorar su condición, o por lo menos, hacerla más digna y tolerable, pues, el bienestar psicológico, mental y psicopático es lo que en principio se debe proporcionar y garantizar desde la arista constitucional.

Palabras clave: Derecho a la salud, trastorno mental, salud mental, desarrollo jurisprudencial, desarrollo normativo, bienestar psicológico.

¹ Proyecto de Investigación adelantado por el Grupo de Investigación Vexillum Iuris Ratio adscrito a la Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo- Uniciencia

² Miembro de Grupo de Investigación Vexillum Iuris Ratio, Magister de Psicología y Estudiante de último semestre de Derecho de la Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo- Uniciencia, correo electrónico: dk.hernandezgallo@uniciencia.edu.co, Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-6150-1282>

³ Miembro de Grupo de Investigación Vexillum Iuris Ratio, Administrador de Empresas y estudiante de último semestre, correo electrónico: r.macias@uniciencia.edu.co, Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-3962-5159>

⁴ Abogado, Magister en Derecho con énfasis en Responsabilidad Civil y del Estado, Investigador del Semillero Vexillum Iuris Ratio adscrito a la Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo UNICIENCIA, Correo electrónico: l.carvajalino@uniciencia.edu.co / Código orcid: 0000-0001-9235-6642.

Abstract:

The right to health in Colombia for patients with mental disorders has not been exempt from heated debates within the academy and the judicial courts, especially when it comes to tutela actions and the decisions given by the Constitutional Court. The various positions regarding the concept and scope of mental health could generate divergence in judicial decisions and, even more serious, risks of disarmament for patients. In this sense, the present aims to determine if, based on the historical evolution of the concept of mental illness, the normative and jurisprudential development, the right to mental health for patients with mental disorders has remained historically immutable or if it has. There has been a constitutional evolution that seeks to guarantee the rights of this population. In the end, it is accepted that the historical concept regarding people with mental disorders has evolved positively, there is extensive legal regulation and a solid jurisprudential development, all of which facilitates the construction of a comprehensive legal position, guaranteeing that the health system allows it to improve their condition, or at least make it more dignified and tolerable, since psychological, mental and psychopathic well-being is what in principle should be provided and guaranteed from the constitutional point of view.

Keywords: Right to health, mental disorder, mental health, jurisprudential development, regulatory development, psychological well-being.

Introducción

La última encuesta nacional de salud mental de 2015 en Colombia mostró que 40 de cada 100 personas han presentado un trastorno mental durante su vida, 16 de cada 100 personas en los últimos 12 meses, y aproximadamente 7 de cada 100 colombianos han tenido un trastorno mental en los últimos 30 días. Estos datos son relevantes dado que se identifica que la población colombiana está en riesgo debido a los índices de prevalencia de estos trastornos; y, además, con los dos últimos años de pandemia dichos números aumentaron, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y, por ende, se genera mayor responsabilidad del Estado para crear protección integral e integradora de los ciudadanos en estas condiciones y por ende para su cuidador o familiares.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado al frente de los procesos más importantes para la adaptación de la salud en los diferentes países, en esa medida ha contribuido a estimular a los países miembros a desarrollar programas de salud mental y por ese camino la invitación sólida a modernizar la legislación y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familias.

En esta perspectiva, el presente estudio tiene por objeto dilucidar si el derecho a la salud en personas colombianas con trastornos mentales ha transitado, o no, de un estadio de inmutabilidad histórica a otro de protección eficaz a partir de la evolución normativa y de la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Para ello debe acudir al desarrollo de la ciencia social, a la metodología cualitativa y, particularmente, a la investigación dogmática; de modo que, a partir de la descripción de forma sistemática de la problemática específica y por conducto de la deducción, se posibilite presentar herramientas jurídicas uniformes de avance y con fundamento desde una perspectiva constitucional.

En Colombia, a partir de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) mediante la Ley 100 de 1993 partió en dos los temas de salud mental. Una postura que se traía de los años sesenta y que introdujo esta ley para reconocer lo que actualmente se tiene: una transformación global del modelo de salud, del sistema de salud colombiano y, por ende, de lo relacionado con la salud mental. reconociendo igual que no son muchas las normas específicas en esta materia, pero si una aproximación en antecedentes y por supuesto evolución en términos históricos, normativos y jurisprudenciales.

En el presente estudio se hace un recuento y se atañen hitos históricos donde se producen las transformaciones de la percepción de la enfermedad mental de las personas que la padecen y de su atención, en cuanto que el discurso sanitario supera al manicomial, ya que se concebía el término de loco, demente, poseído entre un sinnúmero de adjetivos que por ninguna razón permitían un discurso de inclusión o de un mínimo del respeto a la dignidad del sujeto.

Es así, como a través de los años y del avance histórico y normativo se empieza a considerar sujetos de derechos a las personas que tienen alguna patología mental y se va abriendo paso para que se propenda la inclusión social y se permita la ampliación y reorganización de los

servicios. Con este avance se logró pasar del modelo hegemónico de la atención hacia prestaciones de tipo ambulatorio en unidades de hospitales, centros sociales y hospitalización parcial.

Ahora bien, se tienen como fundamento la normatividad en torno al derecho a la salud y, específicamente, en sujetos de especial protección, personas que tiene alguna enfermedad mental, teniendo en cuenta que está en conexión con un derecho esencial como lo es el de la vida.

En esta medida, la normatividad permite vislumbrar elementos de mayor protección constitucional y normativo para el goce y disfrute de una mejor calidad de vida, así, los problemas identificados y las orientaciones de política se expresan en términos epidemiológicos y de prestación de servicios donde se identifican temas puntuales para el avance en la protección integral de los sujetos en la medida que deben tener en cuenta temas como, espacios de descanso, prevalencia de patologías, disminución en los tiempos de internamiento, progreso en los centros hospitalarios, y contratación de talento humano como lo son profesionales en salud mental.

Además, se cuenta con el desarrollo jurisprudencial del derecho a la salud y salud mental, y cómo a partir de ella se han generado avances relevantes para su protección; pasando de identificar a una persona enferma mentalmente y concederle un tratamiento psiquiátrico, hasta llegar a pensar en un tratamiento integral e integrador desde un diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y pronóstico de su enfermedad, sin pensar en su recuperación a corto plazo, sino más en su calidad de vida y por su puesto la protección de sus derechos fundamentales con arraigo en los principios constitucionales, y acá reside la hipótesis del presente, el paso de un estadio de inmutabilidad histórica a otro de protección eficaz a partir de la evolución constitucional.

1. Concepto de salud mental

En el ordenamiento jurídico colombiano, se define la Salud Mental en el artículo 3 de la Ley 1616 (2013), así:

“La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.

Así, cuando se habla de salud mental hace referencia a los recursos emocionales, cognitivos y mentales que tiene el sujeto, y cuando se altera una de estas facetas hacemos referencia a la existencia de traumas o enfermedades mentales, las cuales deben ser tratadas por el sistema de salubridad del Estado.

2. Evolución histórica del concepto de enfermedad mental

A partir de la investigación realizada, se da inicio con la construcción histórica del concepto de enfermedad mental, y el proceso histórico de la concepción de la locura, término más antiguo pero que perdura en la actualidad para designar a la persona con alguna enfermedad mental.

Monteiro (2015) identifica la evolución histórica de la enfermedad mental en ciclos repetitivos los cuales están motivados por las realidades políticas, sociales, económicas y culturales de la época y se van alternando o combinando. Además, dada la atribución a los dioses, se tenía por enigma que si una persona mostraba un comportamiento extraño o insólito; es decir, no aceptado para la época, se le atribuía a que se produjera por una fuerza sobrenatural divina y por ende esa manifestación no podía ser controlada directamente por el hombre y por lo tanto no respondía por los mismos.

Entre los siglos XV y XVI se retoman algunas de las ideas anteriormente planteadas, con algunas variaciones trascendentales fundadas en el establecimiento de las doctrinas del cristianismo. La primera es que la causa de la locura sería directamente atribuida al demonio o por camino de la brujería o hechicería, que se apodera del cuerpo de la persona, instalándose en su cerebro, puesto que el alma está reservada para Dios. Como consecuencia de este proceso de sentirse poseído por los demonios, surgen los procedimientos de exorcismo, pues existía la creencia de que esta posesión demoníaca era sinónimo de un castigo divino, como relata Chiarugi y Chapitre (1746) “la pérdida de razón o descontrol emocional tienen una marca de condenación y culpa”.

En ese orden, Chiarugi y Chapitre (1746) incorporan el componente psicológico a la enfermedad mental, los estados corporales influenciarían la mente a través de la actividad de los sentidos y, en general, del sistema nervioso, lo que llamó el *sensorium commune*; por tanto,

desechó que la enfermedad mental fuera hereditaria y se inclinó a considerarla adquirida. De allí deriva su principio terapéutico, basado en ejercer influencias positivas sobre los sentidos y el sistema nervioso. Estas medidas basadas en el ejemplo y superioridad moral no podían dejar de estar vinculadas a sus particulares convicciones morales y religiosas, lo cual se evidencia en sus historias clínicas en las que atribuye, por ejemplo, el origen de la melancolía al abuso de la masturbación.

En este orden también se reconoce el paradigma neurológico de la enfermedad mental, el cual cambia a partir de la difusión de las ideas de John Locke y el sensualismo de Condillac citados en Salaverry (2012) quienes frente al postulado cartesiano de las ideas innatas postularon que las mentes como una hoja en blanco (tabula rasa) en la cual se generan las ideas a partir de las sensaciones que provienen de los sentidos.

Ahora bien, se identifica la epistemofilia griega, que llevó al desarrollo de la teoría de los cuatro humores y a la identificación del cerebro como órgano responsable de anomalías del comportamiento. Hipócrates de Cos (460-377 a.J.C.) rechaza las teorías de influencia de espíritus, dioses o poderes no humanos, y las sustituye por desequilibrios humorales. Así, entiende que la melancolía responde a un cúmulo de bilis negra que se dirige hacia la inteligencia. Si la enfermedad se dirige hacia el cuerpo produce la epilepsia.

Rechazando totalmente las etiologías celestiales, Hipócrates, como lo refiere González (1998), estableció una clasificación muy sencilla de las enfermedades mentales basada en la observación clínica y clasificadas en frenitis, manía, melancolía, epilepsia, histeria y enfermedades de los escintio.

Posteriormente, Slachevsky (2016) refiere que Philippe Pinel en su *Nosographie philosophique* (*Méthode appliquée à la médecine*) usó los términos de “amentia” y “morosis” para concebir así los trastornos cognitivos, que se explican como una falla en la asociación de ideas que se manifiesta en un trastorno de la actividad, comportamiento extravagante, emociones superficiales, pérdida de memoria, dificultades en la percepción de objetos, actividad sin propósito, existencia automática y olvidos de palabras o signos para expresar las ideas.

A lo largo del tiempo, y ya sobre la segunda mitad del siglo XIX, se conoce el aporte de Caponi (2009) además de identificar las demencias seniles se le atribuye un substrato neuropatológico; es decir, lesiones en el sistema nervioso central y se proponían clasificaciones de las enfermedades mentales basadas en su etiología, en reemplazo de las ya existentes basadas en su sintomatología. Ahora bien, en el siglo XX se da inicio al desarrollo de criterios clínicos de diagnóstico, y surgen las clasificaciones internacionales, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM), y con ello psicoterapias acompañadas de psicofarmacología. Y esta última, contribuyó a disminuir de manera importante el tamaño de los hospitales psiquiátricos y el número de pacientes hospitalizados.

Una vez avanzaron las neurociencias, Custodio, Montesinos y Alarcón (2018) plantearon la necesidad de crear criterios diagnósticos de consenso. Y fue así como en 1980 publicaron los

criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales, en su tercera versión (DSM-3), incluyéndose todos los criterios operativos para el diagnóstico de los trastornos mentales, teniendo como base una descripción general del síndrome de demencia y sus posibles causas, sin proponer en forma explícita ningún criterio operativo para el diagnóstico, es decir, formalmente, los criterios del síndrome de demencia no existían aún.

Además, Ortega (2011) afirma, en lo que respecta al concepto de enfermedad, y a partir de la II Guerra Mundial sufre modificaciones, dejando su génesis no sólo a factores biológicos sino también factores psicológicos y sociales. Es a partir de mediados del siglo XX cuando surge la antipsiquiatría como respuesta a los procesos de exclusión social sufridos por pacientes mentales y los métodos terapéuticos utilizados (electroshock, lobotomía, termoterapias de choque, entre otras), abriendo camino a la incorporación de éstos en la sociedad y abandonando los manicomios, para la creación de otras estructuras hospitalarias para pacientes de difícil integración. Ya en la segunda mitad del siglo, el gran despegue de la industria farmacéutica ha introducido los psicofármacos para las enfermedades mentales.

Ahora bien, bajo los aportes de Ripollés (2008) en la época antigua se habla de un modelo en el que la causa de la enfermedad mental tenía origen religioso, por lo que era consideradas una carga más para la sociedad debido a que no tenían nada que aportar. Por lo que concebir una persona como enferma se pensaba como el resultado de haber cometido un pecado por los padres y en últimas no eran merecedoras de vivir y eras sometidos a muerte, lo que se conoció como infanticidios. Luego de esta dura época se presentó la marginación donde simplemente estaban en la mendicidad o en la caridad de la sociedad.

Llegando a este punto, y conociendo hasta acá el desarrollo de la enfermedad mental y postulados desarrollados desde varias miradas, también se conocen los internamientos o instituciones cerradas y estos lugares se entendieron como la respuesta de las sociedades para la atención y control de aquellos individuos que se encontraban en determinadas situaciones de vulnerabilidad y que, debido a ello, se enjuiciaba que podían ser un riesgo para la propia sociedad.

Todas las instituciones creadas desde los hospitales hasta orfanatos, lo que pretendían era encerrar a estas personas enfermas incluyendo acá a pobres, ancianos, desahuciados o todo aquel que era llamado marginado; y ahora los que son denominados vulnerables a la exclusión, llegando así a dar un paso hacia la humanización, y convirtiendo estos lugares en espacios de desarrollo de la autonomía del sujeto.

Pese a los avances hasta acá nombrados, Spandler (2017) advierte los riesgos que ya se presentan desde el cambio del modelo del Estado benefactor hacia políticas neoliberales, con políticas de salud mental y un sistema de servicios determinados, principalmente, por incentivos económicos. Esporádicamente aparecen propuestas que dejan a los pacientes expuestos a la evolución natural de su enfermedad porque se niegan a tratarse, disfrazadas de una supuesta libertad de elección de personas cuya propia enfermedad dificulta la comprensión de la realidad.

El desconocimiento que hoy se tiene sobre las enfermedades mentales viene desde los tiempos más remotos de los que se tiene constancia y este desconocimiento ha hecho que durante muchos siglos su origen se haya atribuido a causas sobrenaturales (castigo divino o posesión por el demonio). La ignorancia y el miedo ante estas enfermedades ha propiciado que los que las padecían hayan sido tratados de forma irracional e inhumana. Por tanto, gracias al avance que se ha dado y al conocimiento que hoy se tiene, aunque parcial, todas las leyes tanto españolas como directivas de la Unión Europea, genera un obligatorio cumplimiento que protegen a todos los ciudadanos de la discriminación, hacen imprescindible que no se prolongue en plan en el siglo XXI el trato que se ha infligido a lo largo del tiempo a los que padecen estas enfermedades. Eliminar el estigma y la discriminación no sólo será cumplir con la legislación vigente, sino, además poder situar a los ciudadanos dentro de la Ley y ayudar a la integración social de estas personas. El trabajo, por ejemplo, se convierte en un empleo competitivo y debidamente remunerado y por esta vía en un tratamiento sanitario y la mejor rehabilitación posible. La inmensa mayoría de estas personas no sólo pueden trabajar, sino que desean hacerlo como lo refiere Aztarain (sf)

Finalmente, Spandler (2017) determina que, quizás estamos ahora en una fase de cuidado ‘post-comunitario’. Si la era manicomial significaba abuso psiquiátrico, ¿será la era de la recuperación sinónimo de abandono psiquiátrico? La importancia vital del tema para los pacientes y sus familias obliga a una autocrítica permanente para no caer ingenuamente en modas o ideologías terapéuticas idealizadas, alejadas de la realidad científica.

3. Evolución normativa del derecho a la salud en Colombia para personas con trastornos mentales

El derecho a la salud como Derecho Humano

Se destaca lo señalado por la Defensoría del Pueblo (2003) quien indica que la fundamentación jurídico-legal de un derecho está compuesta por el conjunto de normas y leyes que lo garantizan, establecidos por los mecanismos e instancias encargados de su cumplimiento. En el caso colombiano, el derecho a la salud está fundamentado jurídica y legalmente en algunos compromisos internacionales firmados por el Estado.

Tal como se conceptualiza en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el derecho a la salud es un bien jurídico exigible al Estado como parte de la consagración de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). El Estado colombiano quedó obligado, a partir de la ratificación de los instrumentos de derecho internacional, bajo el principio de *pacta sunt servanda*, lo que, en el caso de la salud, como todos los derechos humanos, deriva de la noción de respeto a la dignidad humana y significa un avance en los compromisos morales y políticos de las sociedades.

Lo anterior en consonancia con lo señalado por Uprimny (2002), el desarrollo de la legislación e institucionalidad adecuadas o la asignación consecuente de recursos hacen parte de la exigencia del derecho para que su realización no sea un simple enunciado sujeto a las posibilidades acordes al grado de desarrollo de los distintos Estados, o a la voluntad política de

las diferentes administraciones.

De esta forma, se inicia por reconocer el numeral 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) donde, efectivamente, el derecho a la salud fue consagrado como un derecho humano:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”

Seguidamente, en términos de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su artículo 11 promulga: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”, así pues, el derecho a la salud es consagrado como un derecho a la preservación de la salud y al bienestar.

Ahora bien, en 1966, por medio del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), se determina el derecho a la salud como un derecho social como lo cita en su artículo 12 numeral 1: “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Mediante la Observación General en el PIDESC amplía su concepción al definirse como un “derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”, y al determinarse que “El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos” y, además, en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se consagra que toda persona tiene derecho a la salud, entendida “como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

Así, el artículo 44 de la CP (1991) refiere que:

“Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”.

Ahora bien, con la Ley 1098 de 2006 Código de Infancia y Adolescencia se permite identificar necesidades específicas por ciclo de desarrollo y por supuesto la defensa de los derechos de esta población vulnerable, lo cual brinda protección a los menores en su salud tanto física como mental, encaminada a la protección de los derechos fundamentales, independiente de cuál sea su condición.

Ahora, el 49 de la CP (1991) indica:

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

Por último, se reconoce el artículo 50 de la CP (1991):

“Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado La ley reglamentará la materia.”.

A partir de la creación, en el año 1991, de la Constitución Política de Colombia y la consagración como un Estado social de derecho, quedó establecido el efectivo e imperativo cumplimiento de los derechos fundamentales. En la carta magna se tuvo la dignidad humana como hoja de ruta para que no solo se contemplara la dimensión civil y política, sino también la económica, la social y la cultural. Esto conllevó a la positivización, en el orden nacional, de lo establecido en sendos convenios, acuerdos y tratados internacionales.

Basta con remitirse al artículo 13 y 49 constitucionales los cuales ya fueron expuestos anteriormente, para identificar el reconocimiento al gozo efectivo de la salud en todas sus dimensiones, es decir, física y mental. Este tema ha sido desarrollado desde la doctrina jurídica y la jurisprudencia nacional e internacional. Además, como lo plantea Maya (2008) devenga obligaciones para el Estado colombiano de: *“garantizar, respetar, proteger y realizar”* las medidas que tiendan a garantizar la salud en todas sus dimensiones, a través de políticas públicas que respondan a estándares mínimos de materialización.

Vivir de manera digna implica tener acceso a los bienes (materiales, espirituales, simbólicos) y poder ejercerlos y disfrutarlos, en este sentido señala la Corte en sentencia T-414 de 1999

“La vida humana, en los términos de la garantía constitucional de su preservación, no consiste solamente en la supervivencia biológica, sino que, tratándose justamente de la que corresponde al ser humano, requiere desenvolverse dentro de unas condiciones

mínimas de dignidad”.

En este sentido se comprende lo argumentado por esta Corte en sentencias Sentencia T-860 de 1999 y T-283 del mismo año, que no es la muerte la única circunstancia contraria al derecho constitucional fundamental a la vida, sino también todo aquello que la haga insoportable y hasta indeseable. El dolor o cualquier otro malestar que le impida al individuo desplegar todas las facultades de que ha sido dotado para desarrollarse normalmente en sociedad, ha dicho la Corte, aunque no traigan necesariamente su muerte, no solamente amenazan, sino que rompen efectivamente la garantía constitucional señalada, en tanto que hacen indigna su existencia.

Tales consideraciones son importantes para reevaluar la dimensión mental de la salud o de la vida, en el sentido que una de las particularidades de lo humano está en sus capacidades simbólicas y psicológicas; en consecuencia, negar estas en su existencia sería negar la humanidad.

Se destaca la Sentencia T-013 de 1995, en la que la Corte Constitucional reitera:

“El derecho a la salud, por estar en inmediata conexión con el derecho a la vida, del que es un derivado necesario, es, esencialmente, un derecho fundamental. El derecho a la salud es un derecho fundamental, derivado del derecho a la vida que tiene toda persona humana, desde el momento de la concepción hasta su muerte, derecho que implica conservar la plenitud de sus facultades físicas, mentales y espirituales, y poner todos los medios ordinarios al alcance para la prevención de las enfermedades, así como para la recuperación y la obligación de la atención integral de los enfermos mentales”.

De conformidad con lo anterior y para resumir con miras al avance jurisprudencial en el mismo sentido del avance normativo y frente a la salud como derecho fundamental, la Corte Constitucional se pronuncia por primera vez frente a esta concepción, de lo cual la Sentencia T-760 de 2008 es la más representativa. En dicha sentencia la Corte plantea el problema jurídico de qué entender por derecho fundamental y señala que existen posiciones diversas al respecto, pero que a pesar de esta pluralidad un componente central a dicho concepto es la noción de dignidad humana.

En ese sentido el derecho a la salud es universal y es en sí mismo un bien y una condición necesaria para la realización de cualquier plan de vida y su desarrollo integral.

Continuando, se promulgó la Ley Estatutaria 1751 de 2015, a través de la cual se determinó que la salud es un derecho fundamental autónomo y con ello facilitar la solución de dificultades relacionadas con la calidad, oportunidad y el acceso a los servicios de salud.

Bajo esa mirada, Calderón (2015) señala que esta ley adicionalmente pretendía tener un mayor alcance regulatorio de la práctica profesional, específicamente en torno a la autonomía y la relación médicos paciente, la cual en últimas define la percepción de los usuarios acerca del servicio que reciben. El objeto de la norma era superar las barreras del sistema que han repercutido en la prestación del servicio, con lo que se esperaba impactar positivamente la situación de salud de los colombianos. No obstante, estos ajustes suponían una transformación en la manera como los diversos actores del sistema interactuaban, incluyendo al talento humano

en salud frente a las entidades y órganos del sistema.

Es importante destacar de esta misma ley que desde el momento de su promulgación no bastó con la atención a los pacientes, sino que se debe garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad. y resaltando el artículo 8 que no se podrá fragmentar la responsabilidad en cuanto a la obligación de prestar un servicio de salud concreto en perjuicio de la salud del usuario.

Por otra parte, esta última ley resalta la equidad en el sistema de salud y donde para ello el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y aumentar el horizonte de la calidad de vida.

Adicionalmente, se hace hincapié en que con la Ley 1751 de 2015 donde prevalece la atención primaria de los niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados forzados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad. Asimismo, genera la prohibición de negar al paciente la prestación de la asistencia y la exigencia de autorizaciones para el acceso a las urgencias. La prestadora del servicio que deniegue el servicio al paciente será sancionada.

Respecto de lo anterior es preciso señalar que la referida ley estatutaria, objeto de control constitucional por parte de la Corte en sentencia C-313 de 2014 precisó que:

“la estimación del derecho fundamental ha de pasar necesariamente por el respeto al de la dignidad humana, entendida esta en su triple dimensión como principio fundante del ordenamiento, principio constitucional e incluso como derecho fundamental autónomo. Una concepción de derecho fundamental que no reconozca tales dimensiones no puede ser de recibo en el ordenamiento jurídico colombiano”.

A este punto, se considera que la Ley Estatutaria de Salud antes expuesta es un paso vital en el acuerdo de voluntades entre los diferentes actores y que requiere sensatez en su aplicación final, con el fin de lograr un equilibrio vital entre los deberes y los derechos por parte de los ciudadanos y un ejercicio impecable por parte del gremio médico.

Ahora, frente a la salud mental, el ordenamiento jurídico colombiano reconoce que es un derecho humano, así, el artículo 3 de la Ley 1606 (2013) señala:

“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”.

De la misma forma, las personas que tienen enfermedades mentales se consideran sujetos de especial protección constitucional, tal como lo señala la Sentencia T-065 (2024): *“la Corte además de considerarlos como sujetos de especial protección constitucional en razón a su condición de vulnerabilidad y debilidad, demanda para ellos una protección constitucional reforzada”*, de tal forma que ellos pueden ser beneficiarios de acciones afirmativas, que se ven

reflejados en las diversas subreglas que ha creado la Corte Constitucional en su beneficio.

A nivel legislativo, el artículo 6 de la Ley 1616 (2013) señala un catálogo de derechos propios de las personas que sufren enfermedades mentales “tales como (i) recibir atención integral e integrada y humanizada; (ii) recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico; (iii) obtener la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica; (iv) tener un proceso psicoterapéutico y (v) recibir el medicamento que requieran, con fines terapéuticos o diagnósticos, entre otros (Corte Constitucional, T-178(2024))”

Subreglas construidas por la jurisprudencia de la corte constitucional sobre la atención a las personas con enfermedades mentales

En el desarrollo de la salud mental como derecho fundamental, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha creado unas subreglas, que garantizan la dignidad humana de los pacientes que sufren estas enfermedades.

Derecho a la continuidad en la prestación del servicio médico

Una subregla es que la atención al paciente debe ser continua, de tal forma que toda intervención médica que inicie debe llegar a su fin, tal como lo expresa la sentencia T-178 (2024), que señala que “*la atención en salud no puede ser suspendida por razones de carácter administrativo o económico*”, de tal manera que se debe evitar “*interrupción injustificada de los tratamientos*” y la misma sentencia continua “*Esto quiere decir que, una vez iniciada la atención en salud, en determinado centro clínico y bajo condiciones específicas, debe garantizarse su continuidad, sin suspensiones o retardos de tipo administrativo o financiero, hasta lograr la recuperación o estabilización del paciente*”.

Así, a raíz del principio de continuidad, la misma sentencia señala que los pacientes de enfermedades mentales tienen las siguientes garantías “(i) *los tratamientos e insumos necesarios frente a todas las etapas de determinado diagnóstico*; y (ii) *continuidad en las condiciones que se le han venido prestando, haciendo injustificable una interrupción en la prestación del servicio dirigido a una persona cuya debilidad es manifiesta*»

Tratamiento médico integral a las personas con enfermedades mentales

La Ley 1616 (2013), en el numeral 1 del artículo 6 señala como uno de los derechos de los pacientes con enfermedades mentales “*Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental*”.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha hecho referencia a que las personas que sufren enfermedades mentales deben tener tratamientos que garanticen la dignidad humana, recibiendo un tratamiento integral a sus enfermedades.

Por lo anterior, reitera que la atención integral a la salud mental se debe garantizar en cuanto a la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para

responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

Continuando, en sentencia T-118 (2022) la Corte desarrolla el principio de integralidad como parte de la protección del derecho a la salud, y establece que:

“El principio de integralidad envuelve la obligación del Estado y de las entidades encargadas de la prestación del servicio de garantizar la autorización completa de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás servicios que el paciente requiera para el cuidado de su patología, así como para sobrellevar su enfermedad mental”

En consecuencia, existe una estrecha relación entre las facetas esenciales del derecho a la salud mental, como la continuidad, pues la atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la prestación del servicio según las necesidades de las personas, que se debe corresponder con la garantía de la prestación integral en su inicio, desarrollo y conclusión.

En este sentido la sentencia T-569 (2005) se pronuncia:

“Las personas que sufren enfermedades mentales tienen derecho a acceder a servicios que les permitan gozar del mejor estado posible de salud mental y que propendan por su rehabilitación y recuperación funcional, correspondiéndole a las EPS, bien sea dentro del régimen contributivo o del subsidiado, asumir el costo de estos cuando sea necesario. Además, es de precisar que el derecho de acceder a los servicios terapéuticos y psiquiátricos no es predicable únicamente a favor de quienes puedan lograr recuperación; esta clase de afecciones pueden ser irreversibles, incurables y hasta degenerativas, pero nunca será aceptable dejar de aplicarles al menos paliativos, en la medida en que sus derechos siempre merecerán pleno respeto en el marco de la dignidad y respeto por la vida humana”

Así, dentro de las finalidades del tratamiento prestado conjuntamente por profesionales y allegados al paciente, está no solamente la mejoría, cuando sea posible, sino también proporcionar óptimas condiciones de vida digna.

Dado lo anterior, se recalca la necesidad de atender de manera integral sus padecimientos, con un acceso efectivo a los servicios de salud como lo reconoce la sentencia T- 949(2013), “Siendo posible exigir a todos los estamentos comprometidos en la prestación de los servicios de salud, que, dentro de sus propios límites operativos, económicos y logísticos, proporcionen el mejor servicio médico científicamente admisible y humanamente soportable”.

Derecho que tiene todos los pacientes a tener un diagnóstico efectivo

El primer eslabón de la integralidad es el derecho que tiene todo paciente que sufre un trastorno mental a recibir una *diagnóstico efectivo*, el cual, según la jurisprudencia de la Corte

Constitucional T-065 (2024) corresponde a “(...) *delimitación concreta del estado de salud del paciente, así como de los tratamientos a seguir, los medicamentos y los exámenes e insumos requeridos, que se pueden desplegar las demás actuaciones destinadas a garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud*”.

Frente al diagnóstico de la enfermedad, la sentencia T-422 (2017) menciona que lo integran tres etapas: Identificación, valoración y prescripción. El derecho al diagnóstico se satisface con la realización de exámenes y la consecuente prescripción de tratamientos, e implica determinar con un “*máximo grado de certeza permitido por la ciencia y la tecnología el tratamiento médico que asegure de forma más eficiente el derecho al más alto nivel posible de salud*”.

Así, en la sentencia T-065 (2024) se señaló que el derecho al diagnóstico efectivo se ve amenazado “(...) *cuando las EPS o sus profesionales adscritos se demoren o rehúsen a dictaminar un diagnóstico para el paciente o la prescripción de un tratamiento para superar una enfermedad*”. En caso de que existan demoras o se rehúsan a diagnosticar la situación del paciente, este puede acudir a la acción de tutela para dar cumplimiento al mismo.

De la misma forma, como lo expresa la misma sentencia, una vez el médico tratante prescriba determinados servicios para realizar el diagnóstico del paciente es obligación de las Entidades cumplir con todos los servicios

Atención igual a todas las personas que sufren enfermedades mentales sin importar los recursos económicos

Posteriormente se expide la Ley 100 de 1993 creó dos tipos de regímenes: el Contributivo (RC) y el Subsidiado (RS). En el RC se encuentran aquellas personas que tienen capacidad de pago, un trabajo formal o que hacen parte de los niveles 3-6 del SISBEN, mientras que al RS pertenecen las personas de bajos ingresos (niveles 1 y 2 del SISBEN). Aquellas personas que no quedaron cubiertas por ninguno de los dos regímenes conformaron la población “vinculada”, la cual debía ser vinculada en su totalidad por el Régimen contributivo y Régimen Subsidiado. La jurisprudencia ha señalado que todas las personas que sufran enfermedades mentales tienen derecho a la atención médica especializada, sin importar el régimen al cual pertenecen.

Cabe considerar por otra parte, la sentencia T -291 (2021) donde la Corte ha reconocido que: “*los tratamientos médicos para garantizar el derecho a la salud mental deben ser parte integrante del sistema de salud en seguridad social*”. Además, ha advertido que “*las reglas jurisprudenciales que la Corte Constitucional ha elaborado respecto al derecho a la salud en general son aplicables frente a peticiones de tutela de la salud mental, por ser parte de un mismo derecho y de un mismo sistema de seguridad social*”

Avanzando, en sentencia T-979 (2012), la Corte señala el derecho a la salud de personas que sufren trastornos mentales con protección especial, así pues, tienen derecho a acceder a servicios que les permitan gozar del mejor estado posible de salud mental y que propendan por su rehabilitación y recuperación funcional, correspondiéndole a las EPS, bien sea dentro del régimen contributivo o del subsidiado, asumir el costo de los mismos, cuando sea necesario.

Por lo anterior, en sentencia T- 760 (2008) la Corte requiere que sea primordial:

“Exigir a todos los estamentos comprometidos en la prestación de los servicios de salud, que ofrezcan el mejor servicio médico, también a las personas que padezcan enfermedades mentales, para garantizar el uso de todos los medios de los que razonablemente se dispone, en aras de lograr el desarrollo máximo de la capacidad psíquica del paciente”

Seguidamente, esta misma sentencia se pronuncia en cuanto al derecho a la salud del enfermo mental en la medida que se le debe garantizar: *“Suministro de un diagnóstico fundamentado con tratamiento integral para atender las afecciones tanto físicas como psíquicas y mentales que surgen del padecimiento y derecho a la salud del enfermo mental y frente a la importancia del consentimiento informado sobre el tratamiento a suministrar para respetar su autodeterminación e independencia o la de la familia”*.

Otro elemento importante por destacar de la sentencia T 949 de 2013 es el acceso a servicios y medicamentos excluidos o no contemplados en los Planes Obligatorios de Salud (POS) por lo que se manifiesta en términos de:

“El derecho a la salud no se limita al cubrimiento de los medicamentos y tratamientos contenidos en las cartas mínimas o planes obligatorios de salud, sino que, en algunos casos, el disfrute pleno de condiciones dignas de bienestar implica la aplicación de otras medidas que no se han previsto para el tratamiento de algunas patologías, la Corte ha indicado la procedencia de tratamientos o medicamentos no contenidos en el POS bajo el lleno de algunos requisitos”.

En desarrollo de lo anterior, la jurisprudencia de esta Corte ha determinado que hay lugar a autorizar un servicio médico no incluido en el POS cuando: “(i) la falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere; (ii) el servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio; (iii) el interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie; y (iv) el servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo”.

Asimismo, la Corte en sentencia T-762 (1998) ha hecho referencia a la aplicación de prerrogativas especiales, porque la condición concreta de las personas con alguna afectación mental, merece un trato diferenciado, que no implique la continuación de sus padecimientos, ya que “los inimputables, enfermos incurables, pertenecen al grupo de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos y el trato que la sociedad y el Estado debe dispensarles no es el de “igual consideración y respeto” sino el de “especial consideración, respeto y atención”. Precisamente por su misma condición y en obediencia a los principios de respeto a la dignidad humana y de solidaridad, sobre los cuales se edifica el Estado social de derecho (CP art. 1).

Así las cosas, las entidades encargadas de prestar la atención en salud, deben suministrar la atención o tratamiento que sea requerido para superar la afectación de la persona en la medida

de lo posible o que tienda a su estabilización y progresivo mejoramiento durante todas las etapas de su enfermedad, contando con su consentimiento o el de sus familias, cuando sea imposible que decida por su propia cuenta, y evitando cualquier acto que atente contra su integridad, dignidad y respeto siguiendo además el principio de la opción menos restrictiva, cualquiera sea el tratamiento por el que se opte como se resalta la Sentencia T-458 (2009).

La protección de este derecho especial a la salud en personas con enfermedades de carácter mental, también se ha identificado en la sentencia T-1090 (2004) donde se resalta que:

“En caso de ser necesario, el ámbito de amparo hacia tratamientos o medicamentos que se encuentren por fuera de los Planes Obligatorios de Salud, a través de su protección de instituciones de asistencia social, entre otras medidas que no se reducen a la de suministrar un determinado medicamento, pues en algunos casos ha encontrado que debido al aislamiento social que padecen personas con enfermedades graves y que han tenido desarrollos largos, su reincorporación a la vida social requiere un acompañamiento por parte de la sociedad y el Estado”

Así, se sigue ratificando este elemento en sentencia T-1090 de 2004 donde:

“A la hora de analizar la vulneración del derecho a la salud mental habrá de tenerse en cuenta que cualquiera sea el servicio médico requerido: (i) deberá ser el más adecuado y acorde a la situación social, familiar, económica y de patología del paciente; (ii) siendo necesario, no podrá estar sometido al pago de sumas de dinero, a menos que se tenga capacidad económica para asumirlos; y (iii) no puede ser limitado a un número de días, meses o atenciones en el año, pues es característico de este tipo de padecimientos el que se presenten crisis o recaídas constantes, siendo una vulneración al derecho no proporcionar el tratamiento permanentemente”.

En este mismo sentido la Corte en sentencia T -185 de 2014 se pronuncia en los siguientes términos frente a la protección del derecho a la salud de persona que sufre trastorno mental y cita desde el artículo 13 de la Constitución Política Colombia, el cual dispone.

“El deber del Estado de proteger de manera especial a aquellas personas que, por sus condiciones económicas, físicas o mentales, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta. Con base en ese mandato superior, esta Corporación ha desarrollado una protección reforzada, que en materia de salud se ha amplificado, propendiendo no solo hacia el bienestar físico, sino también por un sano equilibrio mental y emocional”.

Desarrollo integral de las personas que sufren enfermedades mentales

Ahora bien, en términos de salud mental la Corte Constitucional cronológicamente se empieza a pronunciar bajo diferentes aristas y elementos de relevancia para la protección de la dignidad humana en personas que tengan enfermedades mentales.

En principio, la Sentencia T-248 de 1998 ha resaltado:

“En el caso de las personas que padecen de un trastorno mental, ha indicado la jurisprudencia que la noción de salud implica, además de la búsqueda de los objetivos generales de bienestar y estabilidad orgánica y funcional, la autodeterminación y la

posibilidad de gozar de una existencia adecuada en las condiciones que resulten más convenientes y ajustadas a su disminuida condición física y mental. En este sentido, la salud que es objeto de protección por parte del juez constitucional no hace referencia únicamente a la integridad física, sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona”.

Labores de prevención y precaución en caso de enfermedades mentales crónicas

Frente a los pronunciamientos de la Corte para la asistencia en caso de enfermedad mental crónica se ha venido reconociendo la necesidad de desarrollar labores de prevención y control tanto de las enfermedades que se encuentran en estados tempranos de evolución como de aquellos otros padecimientos crónicos, o aún agudos e invalidantes, que afectan a determinada persona. De este modo, resalta dicha Corporación Sentencia T-248 de 1998:

“No es indispensable, para tener derecho a la atención médica, que el paciente se encuentre en la fase crítica de una enfermedad psicológica o mental. Aceptarlo así equivaldría a excluir, en todos los campos de la medicina, los cuidados preventivos y la profilaxis. Habría que esperar la presencia del padecimiento en su estado más avanzado y tal vez incurable e irreversible para que tuviera lugar la prestación del servicio”

Continuando con este mismo pronunciamiento, en el caso de las enfermedades mentales crónicas, si se acogiera dicho criterio de padecimiento avanzado tendría que supeditarse todo tratamiento a la presencia cierta e inminente de la esquizofrenia, la demencia o la locura furiosa. Por supuesto, y en razón a sentencia 124 de 2022:

“Las entidades públicas o privadas encargadas de prestar los servicios de salud no pueden excluir de su cobertura los padecimientos relacionados con el equilibrio y la sanidad mental y psicológica de sus afiliados o beneficiarios, en ninguna de las fases o etapas de evolución de una determinada patología”

En todo caso, desde la sentencia T-209 de 1999 no puede perderse de vista que:

“Dentro de las finalidades del tratamiento médico, dispensado conjuntamente por profesionales y personas allegadas al paciente, puede perseguirse, o bien la mejoría total en los casos en que ésta sea posible, o bien el control de las afecciones del enfermo con el propósito de disminuir una disfunción que se ha catalogado como crónica y que se estima incurable y no desaparecerá. Se trata entonces, de un principio que adquiere indiscutible relevancia en los casos de las enfermedades mentales”.

Necesidad de realizar atención médica cuando la afección es irreversible

Por lo anterior se precisa que, el derecho de acceder a los servicios terapéuticos y psiquiátricos no es predicable únicamente a favor de quienes puedan lograr recuperación, esta clase de afecciones pueden ser irreversibles, incurables y hasta degenerativas, pero nunca será aceptable dejar de aplicarles al menos paliativos, en la medida en que a sus derechos siempre se les debe otorgar pleno respeto.

De igual manera en sentencia T - 632 de 2015, la Corte dispuso protección al derecho a la salud

mental como parte de la protección constitucional debido a que lo manifiesta:

“El goce y disfrute de la salud mental, no se encuentra fuera de la órbita de protección constitucional, ni es un derecho de menor jerarquía frente a la salud física, por lo que tienen el mismo grado de protección constitucional y, por consiguiente, la acción de tutela resulta el mejor mecanismo de protección.”

Por lo anterior, y dada esa protección constitucional se genera una protección reforzada en salud a las personas que padecen un trastorno o enfermedad mental, por lo que la jurisprudencia constitucional ha procurado, a través de sus fallos, garantizar un sistema de salud que permita mejorar integralmente su condición o, por lo menos, hacerla más digna y tolerable, pues, el bienestar psicológico, mental y psicopático es lo que en principio se debe proporcionar a estas personas.

Derecho del paciente a no ser internado permanentemente

Históricamente, el manejo a los pacientes con enfermedades mentales ha sido por medio del internamiento, el cual ha sido en forma permanente.

La Ley 1616 (2013), señala en el numeral 5 artículo 6, establece entre los derechos de los enfermos mentales los siguientes: *“Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo con la ley vigente”*.

Una de las limitantes a los derechos de las personas es la privación de la libertad mediante algunos tratamientos, pero la Corte Constitucional en sentencia T-248 (1996) señaló: *“Las personas aquejadas por enfermedades psiquiátricas tienen el derecho a no permanecer internados de manera definitiva.”*

Debe señalarse, además, la sentencia T- 010 de 2016 en la cual se ha contemplado un elemento esencial para el manejo de los trastornos mentales y la dignidad de la persona, debido a que en ocasiones se debe generar el proceso de internación con el fin de velar por el tratamiento adecuado y oportuno que debe recibir dicha persona y a su vez velar por la salud mental del cuidador debido también al deterioro de este. Por lo anterior, se pronuncia la Corte así:

“En caso de que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del médico tratante, el Plan Obligatorio de Salud cubre la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del paciente. Sin perjuicio del criterio del médico tratante, el paciente con problemas y trastornos en salud mental, se manejará de preferencia en el programa de ‘internación parcial’, según la normatividad vigente. Los noventa (90) días podrán sumarse en una o más hospitalizaciones por año calendario”

Aunado al pronunciamiento anterior, la Corte en sentencia T-422 de 2017 especificó que la medida de internamiento procederá siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

“(i) debe mediar la orden médica de un especialista en la enfermedad que padece la agenciada, respaldando la adopción de esa medida; y (ii) la familia o cuidadores deben

contar con la información suficiente sobre la medida de internación, y cuáles son los deberes y derechos que los asisten en relación con la persona a su cargo”.

De manera tal, la Corte guarda un precedente uniforme en cuanto a la garantía de los tratamientos de salud de pacientes que requieran ser internados en centros médicos o de rehabilitación con el fin de garantizar el tratamiento integral que permita su recuperación o la preservación de la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno.

Principio de solidaridad y apoyo familiar en personas con enfermedades mentales

Es así como, frente al tema en concreto de la enfermedad mental sucinta que: El deber del Estado y la sociedad de obrar conforme al principio de solidaridad y el papel de la familia en la recuperación es que a la responsabilidad de proteger y garantizar la salud, también en la esfera mental, recae principalmente en la familia y en la sociedad, bajo la permanente asistencia del Estado, a través de sus adscripciones de competencia en lo central, territorial y descentralizado por servicios y con las obligaciones a cargo de las empresas prestadoras de salud, en todo lo que conduzca a proteger, para el caso, los derechos fundamentales del individuo afectado psíquicamente, así, la Corte Constitucional se ha pronunciado frente al apoyo familiar o el cuidador que debe tener la persona que tenga alguna condición mental, en este sentido la sentencia T- 558 de 2005 manifiesta:

“La Corte se ha pronunciado en varias oportunidades acerca de la protección especial que la Constitución prevé para los enfermos mentales debido a su condición de debilidad manifiesta (artículos 13 y 47 de la Constitución). En particular, a cerca de su derecho a recibir el tratamiento psiquiátrico acorde con sus condiciones mentales y los diferentes niveles de atención que requiera, como consecuencia de sus derechos a la libertad, al libre desarrollo de la personalidad y a la dignidad humana”.

Bajo esta misma Sentencia, la Corte ha hecho referencia al:

“Deber de solidaridad que debe materializarse hacia estos enfermos que se encuentran en debilidad manifiesta. Debido a que su desinstitucionalización exige un cuidado especial para brindarles las condiciones mínimas de subsistencia que les permitan sobrellevar su padecimiento en el seno de su comunidad, la Corte Constitucional ha desarrollado una línea jurisprudencial en la que se determina el nivel de solidaridad que la Constitución exige de la familia, de la comunidad y del Estado frente a esta población disminuida mentalmente. Pues tratándose de una persona que se encuentra en debilidad manifiesta, el principio y deber constitucional de actuar solidariamente (artículos 1º, 2, 13, inciso final del artículo 49 y numeral 2º del artículo 95 de la Constitución) irradia toda la estructura estatal y social, estableciendo un parámetro de actuación de las instituciones y de todos los miembros de la colectividad”.

Es por ello por lo que, la sentencia T-248 de 1996, ha enfatizado en que:

“Las personas aquejadas por enfermedades psiquiátricas tienen el derecho a no permanecer internados de manera definitiva. Como quiera que, según varias experticias médicas allegados a procesos similares al presente, el tratamiento más

adecuado es aquel que se lleva a cabo con los familiares del paciente o, al menos, en su medio social, se ha concluido que la hospitalización de los enfermos mentales debe ser excepcional y, en lo posible temporal”.

Por otro lado, la sentencia T-401 de 1992, se ha manifestado en los términos que:

“Si el concepto médico dispone que según el cuadro clínico del paciente no es necesaria su internación permanente en un hospital, éste debe ser reintegrado al entorno social, recibiendo el tratamiento médico acorde con su dignidad y sus derechos fundamentales. Sea que se trate de una medida de seguridad de internación psiquiátrica impuesta a unos convictos inimputables o de cualquier enfermo internado en un hospital, la autodeterminación y la posibilidad de gozar de la existencia no les puede ser negada”.

De esta manera, los pronunciamientos de la sentencia T 949 de 2013 de la Corte, respecto de las personas que sufren afectaciones a su salud mental, ha dicho que:

“Por las implicaciones que tienen frente a la posibilidad de tomar decisiones, de interactuar con otros, y en tanto implican serios padecimientos para ellos y sus familias, son sujetos de especial protección constitucional y merecen mayor atención por parte de la sociedad en general, especialmente de sus familiares y de los sectores encargados de suministrar atención en salud. Generando entonces en cabeza de la familia y la sociedad en general, el deber de propugnar una recuperación en caso de ser posible, o entablar los mecanismos posibles para que lleven una vida en condiciones dignas”

Aunque, se resalta la sentencia T- 208 (1999) donde en principio, la familia es la principal llamada a asistir al paciente, se ha considerado que el Estado y la comunidad también deben velar por su subsistencia y recuperación, según las circunstancias propias de cada caso. Dicha carga de asistencia y cooperación entre la familia, los particulares y el Estado ha dicho la Corte (1999): *“Debe ser establecida de cara a la naturaleza de la enfermedad que se enfrenta y teniendo en cuenta los recursos económicos y logísticos de que se disponga”.*

Sin embargo, mientras que en las sentencias T-209 de 1999 y T-124 de 2002 esta Corte reiteró el compromiso familiar en el cuidado de los enfermos mentales y no permitió la hospitalización de unos pacientes cuyo cuadro clínico recomendaba ser reintegrados a sus hogares, en las sentencias T-401 de 1992, T-851 de 1999 y T-398 de 2000 apreció que, en ciertos eventos, los parientes pueden ser relevados de esta carga.

Sin embargo, cuando la persona hospitalizada se encuentra en estado de abandono y carece de apoyo familiar o resulta excesivo para su familia imponerle semejante carga porque carecen de las capacidades emocionales, físicas o económicas para ello, la Corte ha acudido al valor de la solidaridad en cabeza de los particulares y del Estado para poder garantizarle a los pacientes la materialización de sus derechos fundamentales.

Es por ello por lo que, la Corte en sentencia T-458 de 2009 ha reconocido la importancia de involucrar a la familia en el proceso de tratamiento de la enfermedad mental que sufre uno de sus integrantes. En este sentido ha indicado que:

“La atención en salud es un deber que se predica, en primer lugar, del propio afectado, emanado del principio de autoconservación (art. 49 C.P., inc. final). Si ello no es posible, por la misma naturaleza de la enfermedad, se espera razonablemente que el deber de atención surja de manera espontánea en el seno del núcleo familiar, en virtud de los lazos de afecto que unen a sus miembros. Pero de no ser así, y con el propósito de guardar la integridad del ordenamiento jurídico y social, es posible recurrir al poder estatal”.

Conclusiones

El desconocimiento que hoy se tiene sobre las enfermedades mentales viene desde el tiempo más remotos del que se tiene constancia y este desconocimiento ha hecho que durante muchos siglos su origen se haya atribuido a causas sobrenaturales como el castigo divino o posesión por el demonio y, por lo tanto, la ignorancia y el miedo ante estas enfermedades ha propiciado que estas personas que las padecían hayan sido tratados de forma irracional e inhumana. Además, es importante eliminar el estigma y la discriminación donde no sólo será cumplir con la legislación vigente, sino, poder situar a los ciudadanos dentro de la Ley y ayudar a la integración social de estas personas.

Se puede evidenciar que el paso de un Estado de derecho (Constitución 1886) a un Estado social de derecho con la expedición de la Carta de 1991, marcó un gran avance en el reconocimiento de derechos y garantías de unos mínimos estándares de salud.

Es así como el derecho a la salud se consagra en la Constitución de 1991 dentro de los derechos económicos, sociales y culturales, empero, este derecho ha evolucionado normativamente hasta llegar a ser reconocido normativamente con las Leyes 1751 de 2015 y la Ley 1616 de 2013, como un derecho fundamental autónomo, más no absoluto.

Igualmente, al establecerse el derecho a la salud como un servicio público y cuya prestación está a cargo del Estado hace que su acceso sea universal, esto es, que a todas las personas residentes en Colombia se les debe garantizar este derecho sin discriminación alguna, ya sea a través de cualquiera de los dos regímenes en salud existentes, el Contributivo o el Subsidiado.

En esa medida, un cambio en la actualidad es evidente desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 en la medida en que se ha venido integrando de manera progresiva, el enfoque de salud mental positiva con miras a generar políticas públicas. Este enfoque ha permitido abordar los temas de salud mental más allá de la enfermedad, a través de la intervención de determinantes sociales que afectan el estado de bienestar de la población y además promueven capacidades en las personas para afrontar situaciones en la vida.

Adicionando, la expedición de la Ley 1616 de 2013 garantizó el ejercicio del derecho a la salud mental, reconociendo allí los elementos de inclusión social, eliminación del estigma, discriminación, seguridad económica y alimentaria, buen trato y prevención de las violencias, prácticas de hostigamiento, acoso escolar, prevención del suicidio y prevención del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA).

Una apuesta normativa contundente fue la Ley estatutaria 1751 de 2015 se catalogó a la salud como derecho fundamental con el fin de buscar soluciones a los problemas de la atención relacionados con la calidad, oportunidad y el acceso a los servicios de salud y, además, garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad.

Se encuentra como avance el reconocimiento de la Corte Constitucional en términos de

comprender a las personas aquejadas por enfermedades psiquiátricas y conceder el derecho a no permanecer internados de manera definitiva. Identificar el tratamiento más adecuado que según estudios es aquel que se lleva a cabo con los familiares del paciente o, al menos, en su medio social, y concluir que la hospitalización de los enfermos mentales debe ser excepcional y, en lo posible temporal.

En ese sentido, la jurisprudencia constitucional ha procurado a través de sus fallos garantizar un sistema de salud que permita mejorar integralmente la condición de los pacientes con trastornos mentales o, por lo menos, procurar que sus vidas sean más dignas y tolerables, pues, el bienestar psicológico, mental y psicopático es lo que en principio se debe proporcionar a estas personas. Se logra identificar que el quehacer profesional cotidiano podría enriquecerse gracias a la perspectiva aportada por las sentencias de la Corte Constitucional en materia de salud mental, al expandir los límites de lo pensable sobre las posibilidades de acción en casos concretos. Las sentencias muestran que a pesar de la visión estrecha que se ha formado de la atención en salud mental en Colombia, en parte por las normativas en materia de salud, las limitantes técnicas no tienen por qué conducir necesariamente a limitantes valorativas o de acción, ya que justamente la estrechez de los valores y de los hechos refuerza y perpetúa la estrechez de las normas.

En definitiva, para quienes padecen de alguna enfermedad mental es imprescindible el derecho a una atención integral humanizada garantizándoles un apoyo de primer nivel en talento humano profesional y servicios especializados con trabajo interdisciplinar y tratamientos que tengan evidencia científica y un tratamiento psicoterapéutico completo frente a sesiones de trabajo, tiempo y técnicas que permitan un cambio en su calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). Paris
- Ardón, N y Cubillos A. (2012) La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Revista gerencia política salud*, Bogotá (Colombia), 11 (23): 12-38, julio-diciembre de 2012
- Azaraín, sf. La asistencia psiquiátrica anterior al siglo XVII, un poco de historia.
- Calderón, J. (2015). Autonomía médica y ley estatutaria de salud. *Acta Médica Colombiana*, 40(1), 51 - 53.
- Caponi S. (2009) Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientae studia Sao Paulo*. 2009; 7(3): 425-445.
- Custodio, N., Montesinos, R. & Alarcón, J. (2018) Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Rev Neuropsiquiatr*; 81(4):235-250. Lima, Perú
- Chiarugi V. Chapitre IV (1746) Divisione generale delle piazze. En: Della pazzia in genere, e in specie. Trattato medico analitico. Florence: Luigi Carlieri ed.; p. 46.
- Salaverry, O. (2012) La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2012;29(1):143-48. Lima, Perú
- Defensoría del Pueblo, (2003). El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Santa Fe de Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Gonzalez de Rivera, J (1998) Página 1 de 16 Evolución histórica de la Psiquiatría, *Psiquis*, 19 (5):183-200. Madrid- España
- Maya, E. (2008). El derecho a la salud en la perspectiva de los derechos humanos y del sistema de inspección, vigilancia y control de quejas en materia de salud. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000400003
- Monteiro, V. (2015). Enfermedad mental, crimen y dignidad humana: un estudio sobre la medida de seguridad en Brasil (1ª ed.) Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador
- Ortega, C. (2011) Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. Cuadernos Kóre. *Revista de historia y pensamiento de género* (Primavera /Verano 2011) Vol.1/ N° 4, pp. 208-223. ISSN: 1889-9285 / EISSN: 1989-7391.
- Organización de los Estados Americanos (OEA), *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, 2 mayo 1948, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/5c631a474.html> [Accesado el 7 agosto 2022]
- ONU: Asamblea General, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966*, 16 diciembre 1966, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 993, p. 3, disponible en esta dirección: <https://www.refworld.org/es/docid/4c0f50bc2.html> [Accesado el 7 agosto 2022]
- Organización Mundial de la Salud. (1946).
- Parales, Q. C., Urrego, M. Z., & Herazo, A. E. (2018). La insoportable levedad de la política nacional

de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014*. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 17(34). doi: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23092>

Ripollés, M. T. (2008). La Discapacidad Dentro del Enfoque de Capacidad y Funcionamientos de Amartya Sen. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 64 - 9a.

Slachevsky A. concepto, clasificación y dificultades diagnósticas. En: Guajardo G. Salud mental y personas mayores: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias. Santiago de Chile, FLACSO-Chile; 2016.

Spandler H. (2017) *¿Del abuso psiquiátrico al abandono psiquiátrico?* [Internet] [Consultado 22/06/2017]. Disponible en: [https:// amsm.es/2017/06/22/del-abuso-psiquiatrico-al-abandono-psiquiatrico/](https://amsm.es/2017/06/22/del-abuso-psiquiatrico-al-abandono-psiquiatrico/)

Uprimny, R. (2002). “El bloque de constitucionalidad en Colombia. Un análisis jurisprudencial y un ensayo de sistematización doctrinal” en *Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional: derechos humanos y derecho internacional humanitario*. Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Vol. I, Bogotá, p.143.

REFERENCIAS NORMATIVAS Y JURISPRUDENCIALES

Constitución Política de Colombia [Const]. Art.13 de julio de 1991 (Colombia). Constitución Política de Colombia [Const]. Art.44 de julio de 1991 (Colombia). Constitución Política de Colombia [Const]. Art.49 de julio de 1991 (Colombia). Constitución Política de Colombia [Const]. Art.50 de julio de 1991 (Colombia).

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993. DO 41.148

Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos [151](#), [288](#), [356](#) y [357](#) (Acto Legislativo [01](#) de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diciembre 21 de 2011. DO 44.654

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 19 de 2011. DO 47.957

Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 16 de 2015. DO 49.427.

Ley 10 de 1990. Por medio de la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 10 de 1990

Resolución 2358 de 1998 [Ministerio de salud] Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Junio 18 de 1998.

Ley 1098 de 2006. Por medio de la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Noviembre 8 de 2006

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. DO 46.506.

Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Enero 21 de 2013, DO 48.680

Política Nacional de Salud Mental (2018). Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá Colombia. Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-401 de 1992 (M.P Eduardo Cifuentes Muñoz: junio 3

de 1992).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-013 de 1995 (M.P. Vladimiro Naranjo Mesa: enero 7 de 1995)

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-248 de 1996 (M.P Jorge Arango Mejía: 3 mayo de 1996)

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-248 de 1998 (M.P: José Gregorio Hernandez Galindo: mayo 26 de 1998)

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-762 de 1998 (M.P: Alejandro Martínez Caballero: diciembre 7 de 1998).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-208 de 1999 (M.P Vladimiro Naranjo Mesa: abril 12 de 1999)

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-209 de 1999 (M.P Carlos Gaviria Diaz: abril 13 de 1999).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-283 de 1999 (M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz: abril 29 de 1999).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-414 de 1999 (M.P. Martha Victoria Sáchica de Moncaleano: junio 9 de 1999).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-851 de 1999 (M.P Vladimiro Naranjo Mesa: octubre 28 de 1999).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-860 de 1999 (M.P. Carlos Gaviria Díaz: octubre 28 de 1999).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-398 de 2000 (M.P: Eduardo Cifuentes Muñoz: abril 6 de 2000).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-124 de 2002 (M.P Manuel José Cepeda Espinosa: febrero 22 de 2002).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-859 de 2003 (M.P Eduardo Montealegre Lynett: septiembre 25 de 2003)

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-1090 de 2004 (M.P: Rodrigo Escobar Gil: octubre 29 de 2004).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-558 de 2005 (M.P Rodrigo Escobar Gil: 26 mayo de 2005)

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-569 de 2005 (M.P: Clara Inés Vargas Hernández: mayo 26 de 2005).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-979 de 2012 (M.P: Nilson Pinilla Pinilla: noviembre 22 de 2012).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-760 de 2008 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa: julio 31 de 2008)

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-458 de 2009 (M.P: Luis Ernesto Vargas Silva: julio 9 de 2009).

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-243 de 2013 (M.P Gabriel Eduardo Mendoza Martelo: abril 19 de 2013)

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-949 de 2013 (M.P: Eduardo Montealegre Lynett.: octubre 16 de 2003).

- Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-313 de 2014 (M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo: mayo 29 de 2014).
- Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-185 de 2014 (M.P: Nilson Pinilla Pinilla: marzo 31 de 2014)
- Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-632 de 2015 (M.P: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo: octubre 5 de 2015)
- Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T- 010 de 2016 (M.P: Luis Ernesto Vargas Silva: enero 22 de 2016)
- Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T- 422 de 2017 (M.P: Iván Humberto Escrucería Mayolo: julio 4 de 2017).
- Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-050 de 2019 (M.P Alberto Rojas Rios: febrero 11 de 2019)
- Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T- 291 de 2021 (M.P: Paola Andrea Meneses Mosquera: agosto 30 de 2021)
- Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T- 118 de 2022 (M.P: Karena Caselles Hernández: marzo 29 de 2022).
- Corte Constitucional, Sentencia T-065 de 2024 (M.P: Jorge Enrique Ibañez Najar: marzo 1 de 2024).
- Corte Constitucional, Sentencia T-178 de 2024 (M.P. Juan Carlos Cortes Gonzalez, mayo 16 de 2024)