



SÍNTESIS DE LEGISLACIÓN EN SALUD Y DE DISPOSICIONES ÉTICAS PARA LOS PSICÓLOGOS EN C O L O M B I A

Psicólogo, Magíster en Psicología, Doctorando en Psicología
Docente e Investigador en Psicología de la Salud
Universidad de Pamplona

Asociación Colombiana de Facultades de Psicología ASCOFAPSI

2 0 2 2

Bogotá, Colombia





SÍNTESIS DE LEGISLACIÓN EN SALUD Y DE DISPOSICIONES ÉTICAS PARA LOS PSICÓLOGOS EN C O L O M B I A

(Actualización Mayo de 2022)
Andrés Gómez-Acosta

Psicólogo, Magíster en Psicología, Doctorando en Psicología
Docente e Investigador en Psicología de la Salud - Universidad de Pamplona
Asociación Colombiana de Facultades de Psicología ASCOFAPSI

En Colombia se observan continuamente necesidades críticas en salud mental que deben ser abordadas de forma preventiva y resolutoria basada en guías clínicas y protocolos desde la psicología. En respuesta a ello, se han establecido desde diferentes normativas por parte del Congreso de Colombia para la regulación de las prácticas en salud, así como documentos como el Estudio Nacional de Salud Mental, el Plan Decenal de Salud Pública, algunas de las políticas recientes], y los reportes Forensis emitidos por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, entre otros, los cuales deben ser conocidos por los profesionales que ejercen la psicología en el campo de la salud (para que el ejercicio de sus competencias sean ajustadas a dichos referentes ético - legales en la resolución de las problemáticas a las cuales se ven expuestos en dicho campo.

El objetivo en este escrito es plantear, de manera sucinta, las disposiciones e información de referencia importante para ajustar la prestación del servicio de salud mental en el contexto de salud, en pro de evitar posibles situaciones que afecten su práctica profesional, incluso vulnerando preceptos éticos y derechos de sus consultantes.

Esta síntesis jamás podrá reemplazar la lectura de los documentos originales, pero si pretende relacionar algunos elementos esenciales, los cuales deberán ser ampliados por los lectores en cada uno de los links referidos.

REFERENTES JURÍDICOS PARA EL EJERCICIO DE LA PSICOLOGÍA EN COLOMBIA

Más allá de la Ley 1090 de 2006 – “por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones”, y como ya se señaló, es importante la apropiación de algunas normativas dispuestas por el Estado Colombiano para el ámbito de la salud, así como algunos documentos de referencia en cuanto a la salud mental en el país. A continuación, se enuncian, en orden estrictamente cronológico.

Ley 100 de 1990 (Congreso de Colombia)

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Esta ley estipula la garantía e la protección social y el bienestar de los colombianos. Incorpora aspectos como el sistema de riesgos profesionales, de pensiones y de la administración – prestación de servicios en salud, operacionalizado a partir del “Sistema General de Seguridad Social en Salud” [SGSSS]. Con ella, pretende universalizar la cobertura en salud (que todas las personas, independiente de su capacidad de contribución al sistema) puedan acceder a la atención en salud, que quienes cuenten con más capacidad de pago aporten más (en respuesta al principio de solidaridad subyacente al sistema), mientras que los que no tengan dinero sean atendidos sin aportar al sistema; así se crean las figuras de “régimen contributivo” y “régimen subsidiado”, aun vigentes.

En el marco de dicha ley se crean figuras como el Plan Obligatorio de Salud [POS], el cual refiere a aspectos que deben ser cubiertos como la atención en urgencias, la consulta médica general y odontológica, los exámenes de laboratorio, rayos X, la hospitalización y cirugías, los medicamentos genéricos, la atención en el embarazo y maternidad, actualizado anualmente por resolución del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la posibilidad presupuestal. De igual forma, se estableció el Plan de Atención Básica [PAB] que

relaciona las acciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad y atención primaria de alertas en Salud Pública con las comunidades (Este reemplazado posteriormente por lo que se denominaría “Plan de Intervenciones Colectivas” [PIC]).

Se da vía libre a la creación de las Empresas Promotoras de Salud [EPS], las cuales tienen a cargo la administración de los recursos y gerencia del sistema, así como la creación de las Instituciones Prestadoras de Servicios [IPS], responsables de la oferta e implementación de los servicios en salud (previa habilitación de las mismas conforme a los criterios señalados en la resolución 3100 de 2019), y las Empresas Sociales del Estado [ESE], las cuáles son entidades públicas que se encargan de la prestación de servicios en salud; estas últimas son más conocidas en algunos contextos como “hospitales públicos”.

Según esta ley, las personas cubiertas con el sistema deberán velar por su salud, aportar al sistema en la medida de su capacidad económica, cumplir con los reglamentos de las EPS e IPS a la cual se encuentran afiliados, velar con una administración “racional” de los recursos y tratar con respeto a los profesionales de salud, a los demás pacientes y personas que confluyan en los escenarios de prestación del servicio.

Así mismo, la ley permite la contratación de planes complementarios en salud y de medicina prepagada, como pólizas de seguros médicos, cuyo fin es acceder de manera oportuna a servicios asistenciales que no son cubiertas por el plan de beneficios que se encuentre vigente. En este documento se oficializa la creación del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

[INVIMA],y también se describen las funciones de los entes de control como el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y las entidades territoriales (Secretarías de Salud Distritales y Departamentales)

Ley 1122 de 2007 **(Congreso de Colombia)**

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Esta ley enfatiza en la sostenibilidad fiscal del sistema de salud para la garantía de la atención integral de los usuarios, incluyendo el mejoramiento de los servicios asistenciales, la inspección, vigilancia y control a las instituciones y el fortalecimiento de los programas preventivos y de atención primaria en salud. De acuerdo con ello, se crea la Comisión Regulación en Salud [CRES], se asigna la función de garantizar el equilibrio financiero de la prestación de los servicios de salud a través del Fondo de Solidaridad y Garantías [FOSYGA], y se compromete al CONPES, Empresa Territorial en Salud [ETESA] – actualmente en liquidación - y las rentas departamentales para la financiación del régimen subsidiado. Se le asigna la atención de la población con mayor índice de pobreza de acuerdo con el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales [SISBEN] a las EPS pertenecientes al régimen subsidiado. Relaciona el uso de la acción de tutela como mecanismo ciudadano de exigencia ante el incumplimiento de la prestación de servicios de salud y la obligatoriedad de la atención por urgencias para todos los colombianos indistintamente de su nivel de afiliación al sistema, en el entendido del obligatorio cumplimiento por parte

del Estado de dichos derechos al estar consagrados en la Constitución Política de Colombia.

Se brinda el soporte jurídico para la creación e implementación del primer Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que incluye líneas de acción en las cuales el psicólogo puede aportar de manera activa, como son promoción de salud y prevención de enfermedades en las áreas de estilo de vida saludables, atención preferencial a poblaciones vulnerables, prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud sexual y reproductiva, salud ambiental, salud mental (depresión y suicidio), consumo de sustancias psicoactivas, promoción de la convivencia – prevención de las violencias, vacunación, vigilancia en salud pública, y salud nutricional. Adicionalmente, define las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud para la inspección, vigilancia y control del cumplimiento efectivo de las funciones y la situación jurídica, financiera, técnico-científica, administrativa y económica de las empresas de salud.

Ley 1164 de 2007 **Talento Humano en Salud** (Congreso de Colombia)

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

Esta ley establece las disposiciones para la planeación, formación y control del talento humano que se desempeña en el ámbito de la salud, este entendido como aquel conjunto de profesionales responsables de promoción, prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, paliación y/o rehabilitación. Proporciona línea técnica a los organismos colegiados y proyecta la revisión continua de los programas curriculares y extracurriculares de formación de profesionales, los cuales para su ejercicio deben contar con un título otorgado por una entidad reconocida por el Ministerio de Educación Nacional [MEN], y con el certificado de inscripción o tarjeta profesional otorgado por la Secretaría de Salud local.

También refiere la importancia de la evaluación periódica del desempeño de los profesionales conforme a los

criterios establecidos, el cumplimiento de las consideraciones éticas y bioéticas en su ejercicio profesional e investigativo de acuerdo con los niveles de riesgo que representan los procedimientos implementados con sus pacientes, los valores que deben demostrar en su práctica profesional (humanidad, dignidad, responsabilidad, prudencia y mantenimiento del secreto profesional), así como de los derechos que gozan (compromiso ético, ejercicio competente, protección laboral, objeción de conciencia, buen nombre).

De igual forma, reitera que la atención brindada por cualquier profesional de la salud debe velar por el bienestar psicológico de sus usuarios, en coherencia con los principios del derecho de objeción de conciencia y buen nombre, en el contexto ético de la prestación de sus servicios.

Ley 1438 de 2011 **(Congreso de Colombia)**

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Por medio de dicha ley se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS] vigente desde 1990; su objetivo es fortalecer la Seguridad Social en Salud implementando un modelo de prestación de servicio con énfasis en el Modelo de Atención Primaria en Salud [APS]. En Colombia, de acuerdo esta ley, se ha definido la implementación de la APS a partir de tres elementos interrelacionados: la prestación de servicios de salud asistencial intra y extramural, la acción inter y transectorial para la afectación de los determinantes sociales del proceso de salud - enfermedad, y la participación social-

comunitaria para la transformación de los mismos.

En particular, en el Artículo 6 se plantea la exigencia de elaborar planes decenales en salud pública para la operacionalización de lo establecido constitucionalmente y en la legislación, se aclara que dicha medida entrará a regir a partir del año 2012 y que dicho documento debe incluir la movilización del componente de salud mental. Con esta ley, se hace explícito por primera vez en el país que se incluya al psicólogo en los equipos interdisciplinarios que responden a las necesidades y exigencias

particulares de las comunidades, así como se exhorta a dichos profesionales a aportar activamente en la reducción de las prevalencias e incidencias en salud pública.

Comprende el fortalecimiento del SGSSS a través de un modelo de prestación de servicio público en salud, donde el

gobierno define las metas e indicadores a lograr por las instituciones públicas, privadas y demás actores que participen dentro del SGSSS, en el marco del fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud [APS], en sus componentes de promoción, prevención y atención resolutive general.

Ley 1148 de 2011 (Congreso de Colombia)

<https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>

Esta ley propende por la garantía de las condiciones para la reparación de las personas que se declaren como víctimas del conflicto armado colombiano, y se aterriza en la práctica a partir del Decreto 4800 de 2011, <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/decreto4800reglamentarioleyvictimas.pdf>. Su importancia fundamental radica en la inclusión del enfoque psicosocial de atención y, por ende, la necesidad de reconocer e incluir el trabajo de los profesionales de la psicología como parte de los equipos interdisciplinarios encargados de los procesos de atención a víctimas.

Dicha ley “constituye la línea técnica para atender los impactos psicosociales y los daños en la salud mental y física de las víctimas en los ámbitos individual, social y comunitario, con el fin de mitigar el sufrimiento emocional, contribuir a la recuperación física y mental, y a la reconstrucción del tejido social en sus comunidades”. En esa medida, relaciona las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno. Además, se señalan los procedimientos y rutas para la atención de las personas que han sido objeto de vulneración de sus derechos

y que por lo tanto son consideradas víctimas. También se orienta a generar las estrategias y mecanismos que permitan a las víctimas el acceso a la ayuda humanitaria, la atención, asistencia y reparación.

Por otro lado, en esta normativa se hacen explícitas las herramientas (guías y modelos de intervención) con las que debe contar el equipo de trabajo en salud. De manera particular, en ella se establece la atención de situaciones traumáticas en las cuales el papel del psicólogo es fundamental dentro del proceso, en todos los momentos relacionados, pues apoya los procesos de ayuda humanitaria, atención asistencial y reparación integral, abordando las situaciones traumáticas, hechos victimizantes, acompañamiento a testimonios y manejo de las secuelas asociadas.

Adicionalmente, hace hincapié en las distinciones que plantearán posteriormente en el modelo MIAS (que emerge posteriormente, pero complementa lo expuesto en la Ley 1448 de 2011) en tanto que le exige a los profesionales de salud que en sus intervenciones se respeten los principios de acción sin daño y la dignidad de las víctimas, se parta del principio de buena

fe para eliminar barreras de acceso a la atención oportuna, se aplique un enfoque diferencial que reconozca las particularidades étnicas y socioculturales (con total imparcialidad religiosa y política), y se establezcan acciones bajo un enfoque psicosocial centrado en la reducción del impacto emocional ocasionado por la vulneración de los derechos humanos, en la rehabilitación funcional (física y mental) pertinente, y en la capacidad de agenciamiento y corresponsabilidad de la población misma para la reconstrucción del tejido social.

En coherencia con lo establecido por dicha ley, y de acuerdo con lo posteriormente consensuado por la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología y el Colegio Colombiano de Psicólogos (2015), la atención a víctimas del conflicto armado implica que dichos profesionales estén dispuestos a formar equipos intra e interdisciplinarios de operación descentralizada desde una perspectiva de la APS, manifiesten sensibilidad cultural ante la comprensión de los procesos de salud- enfermedad

que hacen las personas, que implica el abordaje de factores de riesgo colectivos y superación de inequidades en los determinantes sociales, facilitando además los procesos de mejoramiento de la convivencia y fortalecimiento de las potencialidades individuales y colectivas en los diferentes ámbitos donde dichos sujetos se desenvuelven.

De igual forma, condiciona a que los profesionales en psicología que se encuentren en instancias posgraduales contribuyan (en conjunto con otros profesionales) al desarrollo de guías o protocolos de evaluación, diagnóstico, promoción, prevención, intervención y rehabilitación funcional basados en la mejor evidencia disponible para dichas víctimas, cuya implementación contribuya de manera efectiva al mejoramiento de la calidad de vida y reducción del malestar psicológico, siempre en coherencia con las creencias y prácticas propias del contexto cultural de los beneficiarios.

Ley 1566 de 2012 (Congreso de Colombia) **Consumo de SPA**

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1566_2012.html

Esta ley busca superar el enfoque punitivo para visibilizar el consumo como un problema de salud pública, en el cual se fortalece la visión preventiva, promocional, y de mitigación del daño, con participación activa no solo de los equipos de salud, sino también de otros estamentos (cultura, familia, comunidades, escuela, etc.). En consecuencia, reconoce a la adicción por consumo de drogas (legales e ilegales) como un problema de enormes repercusiones en salud pública; en ese orden, proyecta la garantía del acceso integral por parte de los servicios

de salud (incluyendo la atención psicológica) a toda persona adicta, con prioridad a menores de edad y población en condiciones de vulnerabilidad. Todas las acciones deberán ser monitoreadas por el Observatorio Nacional de Salud Mental, perteneciente al Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el logro de dichos objetivos, relaciona estrategias como los Centros de Atención a Drogodependencia [CAD], los equipos básicos de salud, los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, las unidades de salud mental

y los servicios de farmacodependencia privados, cuya atención siempre deberá ser autorizada bajo consentimiento informado del usuario (y eventualmente de sus responsables legales, conforme las consideraciones éticas que apliquen). Por último, dispone de la creación de un premio nacional denominado **“Entidad Comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a las**

sustancias psicoactivas” para quienes formulen programas que demuestren ser exitosos en la reducción del consumo y dependencia a drogas, así como incentiva la creación de programas de formación técnica y tecnológica que contribuyan al abordaje de la problemática con un enfoque basado en evidencia.

Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia)

<http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY%201616%20DE%202013.pdf>

Esta ley emerge en respuesta a la necesidad imperante hasta ese momento de garantizar la estructura y recursos necesarios para consolidar el abordaje preventivo y terapéutico en salud mental ante el aumento de eventos adversos relacionados con dicha área en el país. Tiene como objetivo reconocer la Salud Mental como un derecho sustantivo y garantizar su pleno ejercicio, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental de la población colombiana.

En este documento se conceptualiza a la salud mental 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 contribuir a la comunidad” (Congreso de la República, 2013); así, asume que la salud mental es parte integral de la salud general de la población, y componente esencial de bienestar y del mejoramiento en la calidad de vida de los colombianos.

También define la “atención integral e integrada en salud mental, como la

conurrencia 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 primaria, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social” (Congreso de la República, 2013). Además, brinda oportunidades para la creación de equipos interdisciplinarios, integración con otros sectores, desarrollo de acciones de promoción para transformar los determinantes sociales de la salud y la ampliación de diferentes modalidades de atención.

Acorde con lo anterior, explicita los derechos de las personas en el ámbito de salud mental y las intervenciones a las cuales pueden acceder, enfatizando las intervenciones de carácter interdisciplinario, la psicoeducación, y los procesos psicoterapéuticos. En lo que hace referencia a las modalidades de atención, se mencionan los escenarios ambulatorios, domiciliarios y prehospitalarios, así como los centros de atención en drogadicción, centros de salud mental comunitarios, grupos de apoyo de pacientes y familias, hospital de día, rehabilitación basada en comunidad [RBC], unidades de salud

mental y de psiquiatría, tanto en espacios externos como a nivel de instituciones especializadas.

La ley 1616 prioriza la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en el ámbito del SGSSS, con fundamento en el enfoque promocional de la calidad de vida y en los principios de la APS, con énfasis en la población de niños, niñas y adolescentes. Relaciona la necesidad continua de actualizar el plan de beneficios (actividades, procedimientos, medicamentos, tecnologías) de acuerdo con lo señalado en la ley 1438, incluyendo la relación de enfermedades de alto costo, resalta la participación ciudadana como componente clave de la gestión en salud mental y formula los derroteros

para la política nacional de salud mental, el observatorio nacional y el sistema de información epidemiológica en salud mental. Brinda respaldo a las posibles incapacidades otorgadas por eventos de salud mental, y formula respaldo a través de Colciencias (actualmente MinCiencias) para la investigación básica y aplicada en el área.

Como puede verse, la legislación en torno al tema de salud mental se ha ido transformando en el país y dichos cambios implican nuevas consideraciones para la formación de los estudiantes en las carreras de psicología, así como a nuevas miradas desde las competencias que se espera posea un profesional del área.

Ley 1620 de 2013

Sistema nacional de violencia escolar, rutas violencia y derechos sexuales

<https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1685356>

Mediante esta ley se establece la creación de un sistema encargado de la formación en derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia en los ámbitos escolares. En consecuencia, los establecimientos educativos deben incorporar personal especializado para la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes, así como de las familias en las cuales se considera que están en estado de vulnerabilidad o que se han violentado sus derechos, en

particular, en el contexto escolar, por lo que la contribución del psicólogo en la evaluación y modificación de comportamientos que atiendan a estas disposiciones es esencial.

Se incluye además que dicha atención debe ir articulada con el Plan Obligatorio de Salud, abriendo así nuevos espacios de trabajo para los psicólogos, particularmente en los equipos responsables de la APS en los territorios para el logro de dichos objetivos específicos.

Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 (Congreso de Colombia)

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Esta normativa reafirma la salud (integral, incluyendo los aspectos referidos a salud mental) como derecho fundamental, donde se establecen las obligaciones que tienen las diferentes áreas encargadas del sistema de salud, se explicitan los derechos y deberes de las personas para tener acceso a los servicios de salud, y se establecen procesos de seguimiento del cumplimiento de tales protecciones.

Ratifica, además, la obligatoriedad de acompañamiento psicosocial para las personas víctimas de violencia y conflicto armado en el país a través de las instituciones y dispositivos establecidos por el Estado para tal fin, en respuesta a lo establecido en la Constitución Política y leyes subsecuentes.

Encuesta nacional de salud 2015

Ministerio de Salud y Protección Social

https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf

Este estudio abordó tanto las prevalencias en salud mental, como algunos aspectos asociados a la cognición social, bienestar subjetivo, relaciones sociales y capital social, con una muestra significativa de ciudadanos colombianos. A continuación, se sintetizan algunos de los resultados más relevantes, en el entendido que aun en la actualidad constituyen el punto de referencia más importante para la toma de decisiones en cuanto al abordaje de salud mental en el país.

En cuanto a los rasgos de personalidad evaluados se advierte que el 46,6% de la población considera ideas paranoides, y que el 35,6% manifiesta no sentirse mal cuando ofende a alguien. Refiere además que un 46% manifiestan personalidad tipo A, un 4,6% presentan trastorno límite, y al menos un 1,8% presentan características de personalidad antisocial.

Las tasas de violencia reportada están entre el 10% y el 20% de los encuestados, considerando cada una de las categorías

indagadas (intrafamiliar, organizada o escolar). Esta tendencia también aplica para quienes manifiestan haber experimentado situaciones traumáticas asociadas al conflicto armado y al desplazamiento forzoso. Por su parte, la ideación suicida en adolescentes tiene un 6,6% de prevalencia, que contrasta con el 7,4% de los adultos; un 2,4% de los encuestados refiere haber tenido planes suicidas, mientras el 2,6% de la población ha realizado intentos suicidas.

Existe una ligera tendencia al incremento de la percepción de la disfuncionalidad familiar con relación a la edad de los encuestados, aun cuando la familia sigue siendo la primera fuente de ayuda y soporte cuando los individuos perciben dificultades. Se reconoce también que más de la mitad de las personas no se identifican en particular con algún grupo comunitario cercano que potencialmente pueda brindarles apoyo, es decir, no ubican con claridad redes de apoyo efectivas para solventar eventuales situaciones desafiantes.

En cuanto a los niños, el 46.8% presenta al menos pensamientos intrusivos, estado de alerta inusual, evitación de emociones o irritabilidad ante algún estímulo que evoque un evento adverso vivido, síntomas típicamente relacionados con trastorno de estrés postraumático. La prevalencia de trastornos mentales en el último año en esta población es del 4,7%, siendo los más comunes los trastorno por déficit - hiperactividad, por ansiedad por separación, ansiedad generalizada y tendencia opositora - desafiante. También se advierte que existe un riesgo 2,6 veces mayor de desarrollar alguna psicopatología cuando se diagnostica previamente alguna enfermedad crónica en esta etapa de la vida

Se informa que poco más de la mitad de los niños viven con sus dos padres biológicos, pero más del 40% viven con un solo padre biológico (de forma prioritaria la madre) o con otros familiares, lo cual puede tener implicaciones en su crianza y comportamiento ulterior. Adicionalmente, se encuentra que un 44.7% de esta población necesita una valoración especializada para diagnosticar posibles compromisos en la comprensión - expresión del lenguaje, regulación emocional, atención y concentración, aprendizaje, somatización y dificultades en la socialización, entre otros trastornos.

En relación con los adolescentes, se puede decir que un 9,1% de los adolescentes se encuentra en riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, y las sustancias psicoactivas que más frecuentan son el alcohol, el tabaco y la marihuana. El 29,3% de los encuestados en este rango de edad han estado expuestos a una o más situaciones traumáticas, desarrollando síntomas de irritabilidad, evitación emocional y pensamientos recurrentes. Adicionalmente, se reporta que al menos un 7,2% de los adolescentes presenta uno o más trastornos mentales, siendo los más prevalentes la ansiedad y la fobia social.

Una de las causas más frecuentes de sufrimiento en adolescentes está ligada a situación económica difícil, a la condición médica de personas significativas, al maltrato y a la asignación de responsabilidades desbordantes para su edad. Según los resultados referidos en la encuesta, al menos el 12,2% de esta población puede presentar uno o más síntomas psicopatológicos, destacándose que un 11,6% presentan 3-4 síntomas de ansiedad, mientras que el 15,8% presentan síntomas de depresión clínica. De los adolescentes diagnosticados con enfermedades crónicas, al menos un 4,5% estaría en riesgo de presentar un cuadro de trastorno mental.

Se evidencia que las personas jóvenes, con mayor nivel educativo y mejor posición socioeconómica, tienen mayor capacidad de abstracción, memoria de trabajo, funcionamiento ejecutivo y reconocimiento de emociones con relación al resto de la población. Por otro lado, se encuentra una paradoja entre el reconocimiento de empatía y tristeza (no sintiendo esas emociones ante situaciones negativas que le suceden a personas que aprecian) con la emisión de juicios frente a acciones accidentales (que señalan como intencionales y susceptibles de castigo) de personas también cercanas. Dicha información puede relacionarse con formas ambiguas y ocasionalmente disfuncionales para la interacción social cotidiana.

Con relación al grupo de adultos de 18 a 44 años se encuentra que la prevalencia de los síntomas depresivos en adultos de 18 a 44 años es de 4,9% en mujeres y de 3,2% en hombres, mientras que en adultos de 45 y más años la depresión es diagnosticada en el 10,6% de mujeres y el 6,2% en hombres. Por otra parte, el 12,5% de los adultos encuestados ha estado expuesto a situaciones traumáticas, dentro de las que se destacan accidentes de tránsito, violencias (de tipo intrafamiliar, por delincuencia, y asociada al conflicto armado), desplazamiento forzoso y desastres naturales

De igual forma, se evidencia que al menos el 9,6% de los adultos de 18 a 44 años pueden presentar síntomas psicopatológicos, siendo las prevalencias de ansiedad del 9,0% en mujeres y el 3,3% en los hombres; Por otro lado, las prevalencias de ansiedad en adultos de 45 y más años corresponden a 12,4% en mujeres y el 5,3% en hombres.

Por último, se afirma que en la edad adulta las manifestaciones que comprometen más a la salud mental tienen que ver con síntomas de dificultades en el estado de ánimo, particularmente asociadas a depresión y ansiedad; ello supone la necesidad de contar con profesionales idóneos que puedan activar el sistema de salud de forma efectiva para la detección temprana de estos problemas, en pro

de disminuir la aparición de patologías mentales con mayor costo para el paciente y el sistema (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015).

A continuación, en la ilustración 3 se sintetizan los hallazgos más importantes de la encuesta conforme a los factores asociados a la salud mental, los problemas y trastornos más comunes, organizados por los grupos etarios evaluados.

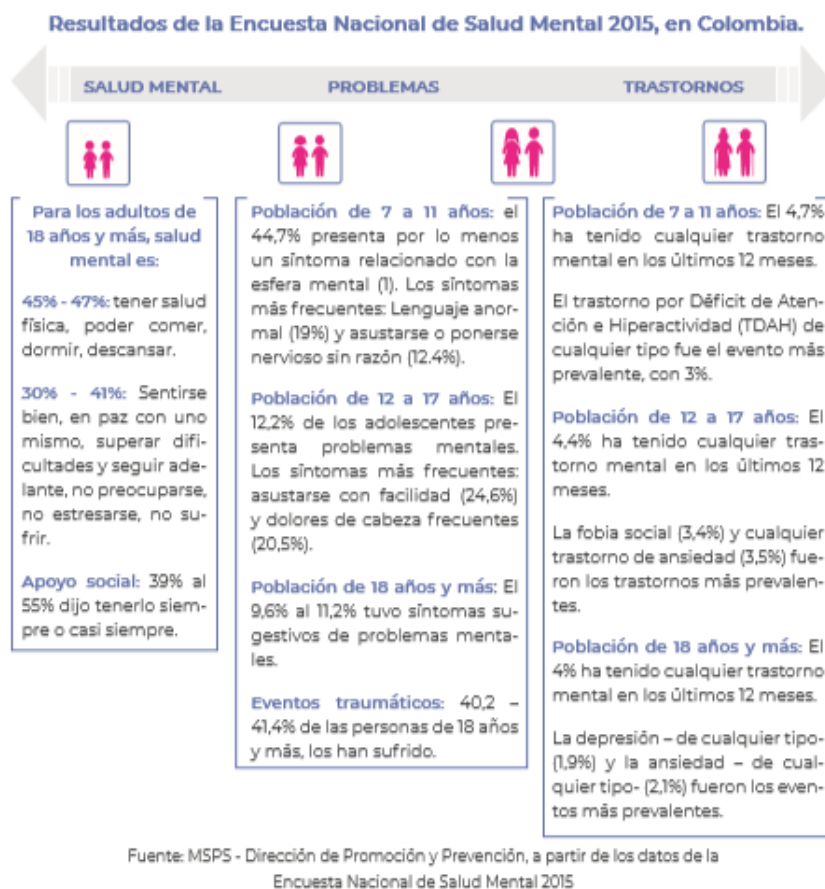


Figura 1. Resultados sintetizados de la Encuesta Nacional de Salud Mental. Fuente: Política Nacional de Salud Mental

Los resultados expuestos han permitido modificar (en adelante) los planes y legislaciones, con el fin de garantizar una prevención de prevalencias en salud mental más efectiva, y optimizar la cobertura necesaria para la contención del incremento de problemas y trastornos mentales a partir del fortalecimiento de rutas, institucionales de atención, así como el establecimiento de planes, programas y proyectos que consideren las dinámicas territoriales.

Política de atención integral en salud

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

La atención integral es definida como la afectación positiva de un conjunto de procesos psicobiológicos y socioculturales relativas al ser humano, tomando como eje central las necesidades en salud de las personas en el contexto familiar y comunitario, contribuyendo al bienestar individual y social. La atención integral permite el mejoramiento de la calidad de los servicios, la adecuada optimización de los recursos y la satisfacción de los usuarios (Marentes & Pérez, 2011). Según estas autoras, la atención integral al paciente implica tres elementos fundamentales: a) concebir al individuo como un ser biológico, psicológico, social y espiritual; b) la atención integral es un proceso dinámico en el cuál interactúan continuamente el individuo y su entorno; y c) los componentes del entorno son de naturaleza social, económica, cultural y ecológica.

En consecuencia con lo anterior, los modelos integrales de atención en salud buscan el abordaje de la población a partir de la combinación de diferentes alternativas que deben reconocer las realidades sociales y psicológicas de las personas que los solicitan, así como los recursos y limitaciones del contexto donde dichas personas se desenvuelven.

La política PAIS se pretende operacionalizar a través del Modelo MIAS [Modelo Integral de Atención en Salud], el cual busca una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integridad, aceptabilidad y calidad,

por medio de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales dirigidos a coordinar las acciones e intervenciones. En otras palabras, dicho modelo constituye las formas posibles con las que el Estado se compromete a garantizar la salud como derecho fundamental, consagradas para el caso colombiano en la ley 1751 de 2015. Dichas formas obedecen, en principio, a la implementación de la APS, a través de la promoción y la prevención de enfermedades (físicas y mentales) a partir de acciones que involucran esencialmente a las comunidades, y del fortalecimiento de las redes prestadoras de los servicios asistenciales a nivel local.

Específicamente, el MIAS surge como alternativa para dar solución a los problemas que se habían estado presentando históricamente en la atención en salud en los últimos años en el país, donde se incluyen aspectos interdisciplinarios y en especial se enfatiza en la psicología como disciplina clave para el alcance de estos objetivos, en tanto se encarga de la comprensión y modificación de los comportamientos de riesgo y protección. Retoma estrategias como la APS con enfoque familiar y comunitario, el cuidado y gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial, con lo cual se pretende lograr la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud, y el desarrollo de las políticas y programas de salud pública a través de procesos de gestión social y política intersectorial en contexto.

Dicho modelo incluye diez componentes:

- ❏ Caracterización de la población, según curso de vida y grupos de riesgo.
- ❏ Rutas integrales de promoción y mantenimiento de la salud, atención a grupos de riesgo y respuesta a eventos específicos.
- ❏ Gestión integral del riesgo en salud, a través de la identificación de los grupos de riesgo, el seguimiento de cohortes, el diseño de modelos predictivos, la evaluación de la efectividad de los servicios, y la garantía de la eficiencia de los sistemas de información.
- ❏ Conceptualización y delimitación territorial para el establecimiento de los servicios de salud.
- ❏ Redes integradas de prestadores de servicios de salud con su componente primario y complementario.
- ❏ Definición del rol del asegurador hacia la gestión del riesgo financiero, interacción con otros actores y la gestión de las redes de prestación de servicios.
- ❏ Redefinición de esquemas de incentivos, para favorecer la integralidad en la atención y los resultados en salud.
- ❏ Un sistema de información centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad.
- ❏ Formación y armonización del recurso humano para el desarrollo del modelo y mejoramiento de las condiciones laborales.
- ❏ Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento específicamente en los temas relacionados con rectoría del sistema, sostenibilidad financiera, gestión de recursos, sistemas de información, políticas públicas, acceso, uso y calidad de los servicios.

Política nacional de salud mental

(MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2018)

Expedida mediante resolución 4886 del 15 de noviembre de 2018, la Política Nacional de Salud Mental orienta los principios de la ley 1751 de 2015 relacionada con el derecho fundamental a la salud, indicando la responsabilidad que le compete al Estado frente a la necesidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mental (en específico). Tiene como objetivo mejorar las condiciones de la salud mental de la población “mediante la intervención de personal responsable de garantizar la atención de la promoción, prevención diagnóstica, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones

de accesibilidad, adaptación, aceptación, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución” (p. 3), para lo cual cuenta con el marco estratégico y operacional explícito en el MIAS, a través del cual se pretende “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” (p. 24)

La Política obedece a los lineamientos del Plan Hemisférico de la Salud 2015-2020, en los cuales se recomienda la orientación de programas de promoción y prevención sobre el aprovechamiento de las habilidades psicosociales, tanto individuales como en sociedad, y articulando los sistemas y servicios de salud mental con los lineamientos de salud comunitaria, implementando acciones que permitan promover la rehabilitación en la sociedad y su respectiva inclusión de las personas, con el fin de garantizar condiciones de equilibrio y bienestar humano, así como desarrollo integral de capacidades, en el marco de la visión de la salud como un derecho primordial. También se alinea con lo indicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], organismo que recomienda el establecimiento de redes de apoyo social basados en el fortalecimiento de la salud mental, con el fin de reducir la discriminación y empobrecimiento, y permitir el acceso a los servicios de salud aliviando la carga de enfermedad (MinSalud, 2018).

Esta política incluye el concepto de problema mental, diferente y complementario al significado de trastorno mental, donde contempla otras afectaciones que trae el enfrentar la vida diaria y que no necesariamente se relacionan con una patología, lo que permite visibilizar problemáticas que también pueden ser objeto de programas de prevención y de intervención como el consumo de sustancias psicoactivas, problemas de aprendizaje, de comunicación, dificultades de socialización, alteraciones del sueño, entre otras (MinSalud, 2018).

En ella se plantean la atención de las problemáticas más prevalentes en salud mental y la mitigación de sus factores de riesgo como son la ideación y conducta suicida, el uso y consumo problemático de sustancias psicoactivas y la violencia interpersonal. La comprensión de los fenómenos más prevalentes que implican

riesgo en la salud mental permite, desde el marco de la política pública, analizar la oferta y demanda de los servicios de salud mental y comprender la capacidad de respuesta sectorial e intersectorial e incluso comunitaria, respecto del desarrollo de acciones de APS con enfoque social comunitario, mediante la implementación de procesos de atención y rehabilitación basadas en la comunidad [RBC]; lo anterior, resalta la importancia de la detección y abordaje inicial por parte de los actores sociales y comunitarios, la sensibilización y el entrenamiento en primeros auxilios en salud mental y la activación de las rutas de remisión oportuna hacia los servicios de salud, entendiendo esta acción como procesos integrales e integrados.

La política destaca “el entrenamiento de los profesionales de la salud, lo cual supone la cualificación de los programas de educación y capacitación y de los dispositivos de base comunitaria”, que permitan la detección temprana de las problemáticas, el abordaje desde los primeros auxilios psicológicos, la remisión oportuna y la educación comunitaria en salud mental; la “prevención de la conducta suicida”, y el “fortalecimiento de las acciones de prevención de la epilepsia “más aun cuando en la política misma se identifican las barreras asociadas con el estigma cultural que implica solicitar los servicios de salud mental, relacionados con imaginarios y representaciones sociales que subvaloran el tema.

Por lo anterior, se promueve la rehabilitación integral, mediante acciones intersectoriales y se orienta “la gestión articulada de servicios sociales y sanitarios para promover la inclusión social, reducir el estigma y la discriminación y favorecer el desarrollo de las personas con trastornos mentales y epilepsia.”(p 19), contextualizando desde el enfoque psicosocial las experiencias de vida de la gente, así como el significado que les han dado a estos hechos, el sufrimiento que han experimentado y las

capacidades resilientes de las personas y comunidades para recuperarse” (p 23), considerando un enfoque de desarrollo basado en derechos humanos y género para mejorar la capacidad de respuesta individual, familiar, comunitaria e institucional, con acciones para gestionar los riesgos en salud mental y epilepsia en los entornos donde las personas se desarrollan” (MinSalud, 2018. P 28).

Los principios articuladores de la política son: a) las consideraciones sobre la Salud Mental como parte integral del derecho a la salud; b) la importancia del abordaje intercultural de la salud; c) la participación social y, d) el enfoque basado en evidencia verificable. Su operacionalización se realiza en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud [RIAS], con lo cual se espera garantizar “las condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social” (MinSalud, 2018. P. 26). Lo anterior a partir de “la generación y fortalecimiento de entornos resilientes,

saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables”; la “promoción del involucramiento parental”, en la crianza cotidiana de los hijos; la educación en habilidades psicosociales para la vida y el fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental.

Igualmente, esta política sobre salud mental define estrategias orientadas a brindar tratamiento integral, de los problemas, trastornos mentales y epilepsia (MinSalud, 2018. P 30), buscando “disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales, violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades, aumentando la oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la continuidad y la oferta de servicios de salud mental”. Lo anterior a partir de acciones conducentes al mejoramiento, la promoción y el monitoreo a los servicios especializados para el manejo integral de la salud mental.

Modelo de Atención Integral Territorial [MAITE] (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

El Modelo de Atención Integral Territorial [MAITE] (2019), modifica la Política de Atención Integral en Salud PAIS y redirecciona los mecanismos de gestión de la salud pública en el país. Dicho modelo pretende que la acción de los diferentes integrantes territoriales se articule de forma suficiente para que se consolide la atención de las prioridades de salud pública, orientando en el desarrollo de planes, programas, proyectos, normas y otros documentos; todo en el marco de ocho líneas de acción que recogen las previamente mencionadas en el modelo MIAS:

- 🔍 Aseguramiento, que implica la garantía del acceso a los servicios de salud, propios del sistema, mediante acciones integradas y coordinadas.
- 🔍 Salud pública, que brinda el liderazgo y la conducción a las entidades territoriales las acciones de atención en salud, a fin de garantizar que se logren los resultados esperados. Incluyendo la gestión de las RIAS (Resol. 3202 del 2016).

- 🔍 Prestación de servicios, mejora la capacidad resolutoria de los prestadores, verificando la suficiencia en oferta de servicios y la organización de las redes prestadoras.
- 🔍 Talento humano en Salud, centra en el talento humano la atención, para garantizar la disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación de los procesos de atención en acciones de cuidado.
- 🔍 Financiamiento, garantizar la planeación, presupuestos y ejecución de los recursos, para el mantenimiento eficiente del sistema.
- 🔍 Enfoque diferencial, reconocimiento a poblaciones y condiciones sociales de marginalidad y mayor vulnerabilidad, en pleno ejercicio a la salud. Eliminando barreras del sistema.
- 🔍 Articulación intersectorial, acciones coordinadas y organizadas que conformen garantía al servicio de salud, definiendo prioridades y expectativas.
- 🔍 Gobernanza, la gestión de la salud es un asunto público, para el cual se involucran instituciones públicas y privadas en la rectoría del servicio.

Así mismo, el modelo propone que la atención en salud se gestione a través de fases que son la planeación, que consiste en el ejercicio de las entidades territoriales para la generación de los planes de acción migrando del modelo anterior a la versión actual, generando informes de avances. La fase de ejecución que radica en la aplicación del modelo con una vigencia de cuatro años. Finalmente, la tercera fase de aplicación será el monitoreo, que involucra la verificación de los avances de las entidades territoriales, y la ejecución de los planes de mejora.

POLÍTICA INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS *(Ministerio de Salud y la Protección Social, 2019)*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>

La política sienta sus bases jurídicas en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (modificado por acto legislativo 2 de 2009), en el que se indica que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, con lo cual es su deber garantizar la promoción, protección y recuperación de la salud. Así mismo, se encuentra fundamentada en la Resolución 089 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), en conexión con lo indicado en la ley 1616 de 2013, el decreto ley 4107 de 2011, la resolución 1841 de 2013, y también con ley 1098 del 2006 (Código de Infancia y Adolescencia) que demanda la protección de niños, niñas y adolescentes (NNA) frente al fenómeno SPA legales e ilegales (MinSalud, 2019).

La Política busca operacionalizar la ley 1566 de 2012, en la que se reconoce que el consumo, abuso y adicción de SPA es un asunto de salud pública, demandando acciones en favor del bienestar de la familia, la comunidad y los individuos, lo cual requiere de la atención del Estado, con especial énfasis en la consideración sobre los derechos de las personas que sufren trastornos mentales o patologías derivadas de su relación con SPA legales e ilegales. También busca responder al Plan Decenal de Salud Pública, donde se establecen las dimensiones de convivencia social y salud mental, vida saludable y condiciones no trasmisibles, considerando la restructuración de los determinantes sociales de la salud para individuos, comunidades y familias (**MinSalud, 2019. P 6**).

La política encamina acciones dirigidas a reducir los años de vida perdidos por trastornos mentales asociados al consumo de SPA, disminuir la prevalencia de consumo de marihuana, alcohol y otras sustancias en población escolar, aumentar la edad promedio de inicio en el consumo, y propender por la salud integral de los consumidores desde los enfoques de salud pública, derechos humanos, inclusión social y desarrollo humano, lo que se concreta en acciones para la promoción de actividades, participación y reducción del estigma y la discriminación.

Estas acciones se definen a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y de manera específica en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud, la ruta integral de atención materno-perinatal y la ruta para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones (Resoluciones 3202 de 2016 y 3280 de 2018).

Es así como esta política asume el modelo de los determinantes sociales, estructurales, intermedios y proximales de la salud desde el enfoque de salud pública, comprendiendo la manera como estos afectan los entornos de la vida cotidiana, generando vulnerabilidades o

potencialidades en las personas, familias y comunidades (MinSalud, 2019. P 10). Por lo anterior, la Política en mención asume un enfoque de desarrollo humano basado en derechos, en el que se reconoce la autonomía personal, el libre desarrollo y la dignidad humana. De igual forma, la implementación de la política se encuentra basada en un enfoque de salud pública, desde el cual se busca fortalecer la APS con énfasis familiar para garantizar la salud de la población mediante acciones individuales y colectivas para mejorar su calidad de vida, con participación social (MinSalud, 2013; 2019).

Así, esta política sienta sus bases en los principios de vida digna, como derecho y valor fundamental de la existencia, inclusión con No discriminación, participación de los actores individuales y sociales en el proceso del desarrollo integral y autónomo, e integralidad; bajo los principios enunciados, la política define cinco (05) ejes de acción a emprender por parte de todos los actores sociales e institucionales involucrados.

EJE DE ACCIÓN N°1

Se busca el fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas (MinSalud, 2019. P 21). En él se promueve el desarrollo de capacidades resilientes y de afrontamiento emocional de las personas, sus familias y sociedad frente al consumo de SPA, con una mirada de prevención universal y fortalecimiento de factores protectores en relación con el curso de vida y en función de las condiciones en que el entorno (familiar, escolar, comunitario, institucional) y el contexto

exige el desarrollo de habilidades para afrontar los retos físicos, emocionales y sociales que trae consigo la vida, considerando detalles de actuación para la primera infancia, la Infancia, la adolescencia y la juventud, a través de la promoción de hábitos y estilos de vida saludable, adecuadas pautas de crianza, favorecimiento de la convivencia y resolución pacífica de conflictos, el respeto a la diversidad, la consolidación de proyectos de vida con sentido, el trabajo cooperativo, las relaciones

basadas en el respeto y la correcta comunicación asertiva, la escucha activa, reconociendo la importancia del otro y la igualdad de género, así como el reconocimiento de los grupos étnicos pueda fortalecer mecanismos de transmisión de conocimiento y sabiduría, dando continuidad cultural a las prácticas ancestrales colectivas, con transformaciones de los estereotipos de género sobre adolescentes mujeres y hombres para su desarrollo individual

y colectivo en la sociedad (MinSalud, 2019. P 23). Se espera que las acciones acompañen a la población adulta y persona mayor en el desarrollo de capacidades de autonomía y toma de decisiones haciendo énfasis en mujeres, eliminando las barreras de género que limiten su proyecto de vida.

EJE DE ACCIÓN N°2

Respecto del Eje 2, la política busca fortalecer las acciones de prevención de los factores de riesgo frente al consumo (MinSalud, 2019), identificando, en primera instancia, el impacto de los factores de riesgo individuales, familiares y comunitarios en el consumo temprano de sustancias, los tipos y cantidades de SPA ofertados, con miras a evitar el avance de grupos poblacionales hacia condiciones de consumo problemático. Desde la prevención selectiva se busca reducir el consumo y mitigar los daños asociados al mismo, haciendo énfasis en acciones relacionadas con la detección temprana de los riesgos, la intervención en las vulnerabilidades asociadas a los vínculos, el ajuste a los servicios educativos, con miras a garantizar desde ellos el desarrollo integral de la persona, el mejoramiento de la calidad de vida de personas en condiciones de discapacidad o con trastornos mentales,

la transformación de modelos culturales que discriminan por género, edad y orientación sexual.

Deben ser priorizadas poblaciones como lo son las víctimas del conflicto armado, personas privadas de la libertad, personas con procesos de reintegración a la sociedad, personas en condición de habitabilidad en calle, población migrante, adolescentes en procesos de responsabilidad penal, niños, niñas y adolescentes en protección, personas con identidad de género y orientación sexual diversa, personas en situación de discapacidad, entre otras, en condiciones de vulnerabilidad, con énfasis en el aseguramiento y fortalecimiento de la diversidad de formas culturales tradicionales y pautas de crianza de los grupos étnicos.

EJE DE ACCIÓN N°3

Con relación al Eje 3, la Política define la prioridad en alternativas terapéuticas costo-efectivas para el tratamiento integral de las necesidades de los consumidores, asumiendo una perspectiva biopsicosocial, desde una mirada articuladora de la APS con servicios especializados. La atención debe ser diferencial considerando

las particularidades poblacionales y territoriales, para lo cual es vital la participación de la comunidad, en el marco de su diversidad cultural e idiosincrática, con énfasis en aquellas poblaciones o sectores más vulnerables, de forma tal que sea factible la promoción del autocuidado.

Se espera que esta integración permita el mejoramiento en la calidad de vida, “el acceso y adherencia al tratamiento de personas con problemas mentales, infecciones por VIH, hepatitis B y C, tuberculosis entre otras”, brindando soluciones prácticas para aquellos consumidores problemáticos que no desean tratamiento. Es fundamental la gestión de la prestación de los servicios, en términos del aseguramiento en salud a las personas consumidoras con grados significativos de vulnerabilidad, marginalidad, la habilitación y acreditación de servicios y la promoción de estrategias para la modificación de los referentes culturales que ocasionan exclusión de los consumidores (*MinSalud, 2019*).

EJE DE ACCIÓN N°4

En el eje 4 se hace referencia a los procesos de rehabilitación integral e inclusión social, activando en sistema de oportunidades, al reconocer que las posibilidades de desarrollo y salud del ser humano se encuentran mediadas por la activación de escenarios protectores ante el riesgo. “En la rehabilitación integral e inclusión social, las acciones están dirigidas a las personas que se encuentren en riesgo o con consumo problemático de SPA y sus familias, implicando estrategias de prevención, tratamiento integral y la reducción de daños” (*MinSalud, 2019, pp. 34*).

EJE DE ACCIÓN N°5

El último eje de la política define las directrices de gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial, destinadas a fortalecer “la capacidad de respuesta para afrontar los determinantes sociales de la salud mediante una respuesta ordenada y coherente desde el sector salud en coordinación con otros sectores buscando la continuidad

Dicho eje operativiza la “prestación de servicios de salud basados en la gestión del riesgo individual”, articulada a las “Redes de prestación de servicios para la atención a personas consumidoras de sustancias psicoactivas y sus familias.” (*MinSalud, 2019, pp. 32*), para lo cual se promueve la conformación de las redes integrales de salud, se deben fortalecer las competencias profesionales del equipo de salud para la atención de los casos, la vigilancia epidemiológica y la articulación de las acciones primarias.

Para ello, se debe garantizar el fortalecimiento y ampliación de redes de apoyo institucionales sociales y comunitarias, que comprende la gestión intersectorial destinada a fortalecer la oferta en salud desde la organización de grupos de apoyo de base comunitaria y la ampliación del espectro del sistema de oportunidades.

y atención integral.” (*MinSalud, 2019. P 34*). Para ello se propone como línea específica de acción el desarrollo de capacidades en los procesos de gestión para la atención integral al consumo de sustancias psicoactivas (*MinSalud, 2019. P 36-37*).

DOCUMENTO CONPES 3992

(Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES], 2020).
Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>

El Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES] (2020) en Colombia, refiere el aumento sistemático de patologías en salud mental en los últimos 20 años derivado de problemáticas altamente sensibles como las violencias política, interpersonal e intrafamiliar, el incremento en la ingesta de sustancias psicoactivas, la falta de oportunidades para el desarrollo evidentes en los entornos donde se desenvuelven los sujetos, la baja coordinación intersectorial para la atención y la prevención en el tema, las limitaciones institucionales para el abordaje de personas diagnosticadas con trastornos mentales, y la baja competencia socioemocional de las personas en contextos demandantes (MinSalud, 2015). De acuerdo con esto, se proyecta que, al menos una de cada 10 personas puede presentar algún trastorno mental durante su vida, aspecto que, en una gran proporción puede ser prevenido y atendido oportunamente. Por tal razón, dicho consejo propone el fortalecimiento de las acciones específicamente dirigidas al ámbito de la salud mental, a través de tres ejes, hasta el año 2023. A continuación, son descritos.

El primer eje orienta el fortalecimiento de la articulación intersectorial para la realización de acciones de prevención y promoción de la salud mental. En este sentido, será el Ministerio de Salud y Protección Social el encargado de construir una agenda única para la implementación de la política pública en salud mental a través de la creación de un comité técnico que monitoree las acciones desplegadas en el país en todos los niveles de prevención. Los temas centrales de esta agenda son los problemas de salud mental

asociados a las violencias, el consumo de sustancias psicoactivas y la epilepsia, en concordancia con el Plan Nacional de Salud Mental definido en 2018. Otra acción que tiene a cargo dicho ministerio es integrar sistemas de información para la toma de decisiones de forma oportuna en los temas relacionados con la salud mental en el país y fomentar la investigación para una mejor comprensión e intervención efectiva en el área. Este último aspecto estará a cargo del Departamento Nacional de Planeación, el cual deberá crear un modelo predictor que incorpore los factores sociales que inciden en la aparición de problemas de salud mental (CONPES, 2020).

El segundo eje hace referencia, de un lado, a mejorar los entornos psicosociales en donde interactúan las personas, y del otro, al desarrollo de competencias socioemocionales que tiene el propósito de promover la convivencia ciudadana y brindar herramientas para el afrontamiento de situaciones adversas de la cotidianidad. Este es uno de los componentes que articula acciones de varias entidades del Estado como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, el Ministerio de Cultura, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Departamento Administrativo para la Prosperidad Social; de tal forma que, los programas que se ejecuten desde cada institución señalada puedan fortalecer la promoción de hábitos saludables, la convivencia, el fortalecimiento de los factores protectores, el descubrimiento de habilidades y acciones que contrarresten los factores de riesgo asociados a problemas de salud mental. En cuanto

a la educación superior, el Ministerio de Educación tendrá la potestad para diseñar y socializar una ruta para la promoción de salud mental y prevención de problemas y trastornos mentales, dentro del marco de la autonomía universitaria (**CONPES, 2020**).

Desde el tercer eje se proyecta el fortalecimiento de la atención integral para personas con problemas de salud mental (violencias, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia), y la inclusión efectiva de las mismas a los servicios de salud y a oportunidades de empleo. Para garantizar la atención integral, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá el compromiso de realizar, en primera instancia, un diagnóstico sobre la infraestructura y cantidad de

profesionales idóneos para llevar a cabo las acciones en este eje. Seguido de esto, construirá la estrategia para la formación continua y especializada del talento humano en las problemáticas de salud mental en mención, con cooperación de entidades nacionales (entre ellas con la academia) y extranjeras. Otro aspecto importante es que el Ministerio también analizará las zonas de difícil acceso del país para brindar servicios de atención en salud mental, para lo cual promoverá en estas zonas “el servicio social obligatorio y práctica clínica de profesionales en psicología, trabajo social, enfermería, medicina general y especializada, incluyendo especialistas en neurología y en psiquiatría” (**CONPES, 2020, p. 56**). Lo anterior, menciona el informe, a partir del primer semestre del 2021.

INFORMES FORENSIS - DATOS PARA LA VIDA INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES (2017 - 2021)

<https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>

Los informes **FORENSIS** reportan indicadores oficiales de comportamiento violento a través de la siguiente clasificación: lesiones de causa externa; homicidio; violencia interpersonal; violencia intrafamiliar; violencia de pareja; delitos sexuales; suicidio; muertes y lesiones por accidente de transporte; muertes y lesiones accidentales; y desapariciones. El objetivo de estos documentos es posibilitar que otras instituciones puedan encaminar acciones para prevenir y atender oportunamente dichos comportamientos, con miras a su reducción.

De acuerdo con el informe Forensis de 2019, las actividades donde las personas interactúan son primordialmente las que generan mayores casos de violencia

interpersonal; el desplazarse de un lugar a otro e interrelacionarse en entornos hostiles generan más de la mitad de los peritajes médicos legales por este tipo de violencia tanto en hombres como en mujeres; situación invariante a lo largo del tiempo.

Por otro lado, en la página web se registran los siguientes datos acerca del comportamiento violento en Colombia durante los últimos años (**Tabla 1**):

Tabla 1. Frecuencia de tipos de violencias en Colombia durante los últimos cinco años.

<i>Tasa x c/u 100.000 habitantes</i>	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Violencia interpersonal</i>	115547	116115	110616	58512	65450
<i>Violencia contra NNA</i>	10385	10794	10468	5069	5009
<i>Violencia de pareja</i>	50072	49669	49026	30558	34042
<i>Presunto delito sexual</i>	23798	26065	26158	18054	21434
<i>Suicidio</i>	2571	2696	2643	2420	2595
<i>Homicidio</i>	11373	12130	11880	11326	13092

Fuente: Información obtenida y reorganizada de los Informes Forensis desde 2017 a 2022).

Si bien existe una tendencia hacia la reducción de eventos documentados en general para el lapso referido, y salvo los indicadores de 2020 (año más crítico de la pandemia por SARS-COV-2 en todo el mundo), a partir de 2021 (con las medidas de retorno a la reactivación económica y de actividades sociales) se nota un incremento importante en los tipos de violencia en comparación a los de 2020, sin descartar que puede haber un subregistro importante, en particular en los eventos ocurridos al interior de los hogares, dado que gran parte de la atención institucional se concentró en atender la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19. Por su lado, las cifras oficiales de suicidios se mantienen relativamente constantes, aspecto que merece especial atención.

Adicional a lo ya mencionado, la violencia en todas sus manifestaciones tiene unas consecuencias en la salud mental y el comportamiento como consumo de alcohol y drogas, depresión, estrés postraumático y estrés crónico, trastornos de la alimentación y el sueño, déficit de atención - hiperactividad, comportamientos externalizantes, tabaquismo, pensamientos y comportamiento suicida, y comportamientos sexuales de riesgo. Si bien en Colombia ha bajado las tasas de homicidios asociadas a conflicto armado

interno, presenta una alta prevalencia de violencia no mortal, y es un país que carece de leyes para asuntos como proteger a los menores del castigo corporal violento, a los adolescentes contra su reclutamiento por parte de bandas criminales, y para castigar la violencia sexual sin contacto. Tampoco hay una autorización clara que permita la expulsión del domicilio del cónyuge violento o una legislación contra el maltrato del adulto mayor. Por otra parte, en Colombia se aplican de manera parcial leyes contra las armas en instalaciones escolares, contra la violación en el matrimonio y no existe claridad en la forma de compensación a las víctimas de violencias no asociadas al conflicto armado.

En congruencia con lo expuesto en dichos reportes, se busca crear equipos y redes interdisciplinarias en salud (conforme lo que establece la Ley 1616 del 21 de Enero de 2013), incluyendo por supuesto psicólogos, que contribuyan a la prevención y atención integral e integrada de conformidad con los modelos - rutas de atención, guías y protocolos, enfoque diferencial y atención humanizada, a fin de garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas, familias y colectivos sujetos de atención, asegurando la integridad y los estándares de calidad.

INFORME DE TENDENCIAS GLOBALES EN EL DESPLAZAMIENTO FORZADO (AGENCIA DE LA ONU PARA LOS REFUGIADOS ACNUR, 2021)

<https://www.acnur.org/60cbddfd4.pdf>

Esta dependencia de la ONU refiere que, si bien Colombia suscribió un acuerdo de paz con la guerrilla más antigua del continente, supera a Siria como el país que tiene mayor desplazamiento forzado interno a nivel mundial (total acumulado cercano a 8.500.000 personas), con 73.974 nuevos desplazados durante el año 2021, lo que supone que existe una cantidad importante de individuos que necesitan atención preventiva y resolutiva en relación a las afectaciones en salud mental debidas a su situación, más aún, teniendo en cuenta las dificultades que emergieron en el contexto de la Pandemia por COVID 19 y la imposibilidad evidente del Estado Colombiano para garantizar las condiciones mínimas de seguridad que necesita esta población, con la concomitante amenaza de vulnerabilidad de sus derechos fundamentales (Corte Constitucional de Colombia, 2013).

También es claro que aún persisten baches tanto jurídicos como en la ejecución de los programas dirigidos a la incorporación a la vida civil de excombatientes.

Adicionalmente, la situación política y social en Venezuela ha obligado a que cerca de 5.400.000 de sus ciudadanos migren a otros países, de los cuales se estima que aproximadamente 1.700.000 se han instalado en Colombia. Esta situación ha exigido que el Estado Colombiano desarrolle medidas de protección de sus derechos para facilitar su inclusión social y económica, en las cuales la contribución del psicólogo es capital tanto para la atención de casos asociados a dichas circunstancias y a sus secuelas, como en la facilitación de procesos de inclusión social, e incremento de los determinantes que facilitarían una mejor salud mental y posibilidades de desarrollo humano integral.

Resolución 2292 de 2021

(Ministerio de Salud y Protección Social)

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202292%20de%202021.pdf

Establece los servicios y tecnologías de salud financiados a través de la Unidad de Pago por Capitación [UPC] para dar cumplimiento en lo establecido en la ley estatutaria 1751 de 2015 en cuanto a salud mental se refiere. Cabe destacar que dicha resolución corresponde a la actualización más reciente del plan de beneficios en salud.

Define la consulta psicológica como “una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología, que consta de anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso de ser necesario la aplicación de test o pruebas psicológicas” (pag. 6); así mismo, se suscribe a la definición de psicoterapia propuesta por la OMS, en la cual se

comprenden intervenciones planificadas para afectar el comportamiento y patrones emocionales, a través de estímulos verbales y no verbales, sin acudir a medicamentos o afectación biológica directa, por parte de un psicólogo clínico o médico competente, “con carácter individual, de pareja, familiar o grupal según criterio del tratante” (pag. 8).

Menciona que se garantiza el acompañamiento psicológico y en salud mental ambulatorio a población general y a mujeres víctimas de violencia, así como a personas con necesidad de internación, con las sesiones a criterio del profesional tratante; así, se eliminan los límites establecidos en resoluciones pasadas de máximo 30 sesiones para población general y de 60 para otras poblaciones víctimas. También dicha atención cubre por grupos de edad (menores de seis años, de seis a catorce y hasta los 18 años).

Los servicios deben prestarse en Colombia, y son financiados siempre y cuando exista suficiente evidencia empírica de su eficacia clínica y seguridad. Literalmente, se expresa en el artículo 59, parágrafo 1 “No se financia con cargo a la UPC el tratamiento de psicoanálisis para ningún grupo poblacional” (Pág. 21).

En el anexo 2 del documento en mención se explicitan que se financian con el APC los procedimientos de administración de pruebas de inteligencia, personalidad y neuropsicológica, análisis de conducta, determinación del estado mental psicológico, psiquiátrico e interdisciplinario, terapia electroconvulsiva y relajaciones, psicoterapias individuales, de pareja, familiares y de grupo, terapias de rehabilitación cognitiva e intervenciones comunitarias en salud mental realizadas por médico general.

Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 (Ministerio de Salud y Protección Social - Versión Preliminar)

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>

El Plan Decenal de Salud Pública [PDSP] es un documento interdisciplinario que ofrece a las profesiones de la salud (incluyendo a la psicología) la posibilidad de contribuir hacia una garantía efectiva del goce de la salud, con el fin de mejorar las condiciones de vida modificando así la situación de la salud, afianzando el concepto de salud como una interacción de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo. También aporta un insumo de debate interesante, pues si bien es una formulación altamente relevante desde distintas direcciones, el conjunto de acciones que permitan alcanzar los objetivos pasan desde una mejor formación de profesionales de la salud hasta una mejoría de las condiciones laborales. Así mismo, construyendo una reflexividad crítica sobre las dimensiones

ambientales, sociales, biológicas, psicológicas y demás bajo las cuales se plantea el PDSP, aún se percibe una importante carencia de protocolos de intervención que incorporen a la psicología y que complementen las perspectivas bio-médicas.

El PDSP no solo se basa en una visión epidemiológica biomédica de las situaciones, sino que tiene en cuenta situaciones de orden mental y social que generan vulnerabilidad; ha sido construido en el entendido que se abordará a sujetos de derechos en salud pública a través de una “perspectiva de derechos humanos y de equidad”, “enfoque diferencial de derechos”, “diversidad e interseccionalidad”, “curso de vida”, “perspectiva de género”, “etnicidad” y “otros diferenciales” como

los relacionados con discapacidad física o mental a mediano o largo plazo, víctimas del conflicto armado y migrantes (MinSalud, 2022).

Las acciones que se dispongan en el marco de esta política deben aportar a:

a) Desarrollo humano y social (en coherencia con los objetivos de desarrollo sostenible y con una visión biocentrista).

b) La salud pública como construcción social relacionada con funcionamiento óptimo, bienestar integral, estilos de vida adecuados, desarrollo interpersonal, conexión con la naturaleza y con reconocimiento de las perspectivas interculturales.

c) Transformación de los determinantes sociales y desigualdades en salud. En el Modelo conceptual de los determinantes y desigualdades sociales

en salud, proferido por el Observatorio Nacional de Equidad en Salud de Colombia se reconocen los factores psicosociales y conductuales en interacción como determinantes intermedios susceptibles de cambio y contribución a la reducción de las desigualdades en salud. Así, la salud mental interactúa con factores socioculturales y condiciones de vida para la realización de comportamientos saludables.

La implementación del plan seguirá los lineamientos de la APS, a través de la promoción y protección de modos, condiciones y estilos de vida favorables a la vida y salud y al cuidado integral con enfoque diferencial, con intervenciones colectivas y acciones dirigidas a modificar el entorno natural y construido, para la reducción de vectores y riesgos para la salud integral.

REFERENTES ÉTICOS EN COLOMBIA PARA EL EJERCICIO DE LA PSICOLOGÍA

El código deontológico recoge los supuestos éticos que debe cumplir el psicólogo independiente de las leyes vigentes. Al respecto, dicho código refiere que “son sus convicciones y principios éticos, y no la ley, los que deben guiar al psicólogo en su praxis profesional e investigativa”; así el código constituye el conjunto de principios (beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad) para que se mejore la praxis, y que los posibles eventos antiéticos no se vuelvan a repetir. Si el psicólogo actúa conforme a dichos supuestos no debería temer al tribunal deontológico y bioético.

Adicional a las disposiciones normativas comentadas en la primera sección de este documento, y si bien no muestran un carácter vinculante (aunque son de obligatoria consulta para los psicólogos en ejercicio) se encuentran las doctrinas promulgadas por el Tribunal Nacional

y los Tribunales Departamentales Deontológicos y Bioéticos de Psicología pertenecientes al Colegio Colombiano de Psicólogos [COLPSIC], referidas a tres consideraciones básicas que han de tener en cuenta los psicólogos (manejo de la información, secreto profesional y consentimiento informado) independiente del campo al cual se dediquen. De acuerdo con el propio COLPSIC, las doctrinas corresponden a “un conjunto de ideas o argumentos que los tribunales deontológicos y bioéticos de psicología tienen sobre lo que es el consentimiento informado y es una propuesta a los psicólogos”.

A continuación, se presenta una síntesis del contenido de las mismas, reiterando que tampoco pretende reemplazar su contenido y exhortando a la lectura rigurosa de los documentos completos en los enlaces respectivos.

DOCTRINA 1

REGISTRO Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

<https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/08/DOCTRINA-No-01-REVISADA-MANEJO-DE-LA-HISTORIA-CLINICA-Y-REGISTRO-Y-TRATAMIENTO-DE-LA-INFORMACION-1.pdf>

Este documento enfatiza en la necesidad de salvaguardar la información proporcionada para la protección de los derechos de los usuarios (intimidad, buen nombre, desarrollo de la personalidad), independientemente del campo en el cual se desempeñe el psicólogo. Esto es coherente con los artículos 15 y 74 de la Constitución Política de Colombia (protección de la confidencialidad), la ley de Habeas Data 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013, la Ley 1090 de 2006 y la Sentencia Constitucional C411 de 1993. A pesar de la cantidad de normativas que refieren a la importancia de salvaguardar el secreto profesional, la violación del mismo en Colombia no es castigada penalmente como sí en otros países.

También dicha doctrina refiere la importancia de llevar un registro de cada caso en lo que genéricamente llamará “Archivo profesional de intervención psicológica”, el cual sigue los mismos preceptos de la historia clínica (Resolución 1995 de 1999) independientemente del campo profesional. Este archivo es de obligatorio cumplimiento para los psicólogos (aun en caso de muerte o desaparición del usuario), y en él debe consignar todas las evaluaciones-intervenciones realizadas y proyectadas. A dicho registro solo pueden tener acceso el propio profesional, el usuario y terceros únicamente con autorización expresa del cliente. Así, se reitera que la información que reposa allí es propiedad exclusiva del usuario o del representante legal, aun en su ausencia (muerte o desaparición), conforme a la sentencia T1051 de 2008.

Siempre y en todos los casos habrá registro, pero solo de lo más relevante para resolver el caso (omitiendo detalles no relevantes para el proceso),

debe ser diligenciado sin tachones o enmendaduras, y su orden será estrictamente cronológico. Constará únicamente de las conclusiones del profesional acerca de cada etapa y sesión del proceso, soportadas con las evidencias correspondientes.

Se permite revelar (no divulgar) en los trabajos de remisión - colaborativos interprofesionales o auditorías, bajo el supuesto de que se guardará el secreto por parte de los demás profesionales (pues también están sujetos a las mismas disposiciones constitucionales y legales). Salvo en casos extremos y como parte de la resolución de un posible dilema ético, el psicólogo proporcionará únicamente la información que sea pertinente para la aclaración de un caso que comprometa los derechos fundamentales del usuario o de terceros.

Lo recomendable según este documento es que, previo a la intervención, debe quedar claro para el consultante que el secreto profesional puede ser violado si se observa peligro para la vida o integridad del propio consultante o para un tercero. Sin embargo, y de acuerdo con la complejidad de algunos casos, se pueden presentar al respecto dilemas éticos, los cuales deberán ser resueltos siguiendo las disposiciones de la Declaración Universales de Principios Éticos del Psicólogo.

DOCTRINA 2

SECRETO PROFESIONAL

<https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/03/Doctrina-2-diciembre-2018.pdf>

Refiere al derecho a la reserva, autonomía, garantía y protección de la vida privada del usuario. De acuerdo con el documento, el psicólogo debe ser capaz de guardar el secreto profesional para declararse competente en el ejercicio de la psicología. También refiere a la garantía de la confianza y compromiso de no usar la información de manera indebida (paternalismo o extorsión), asumiendo la condición de poder que adquiere el psicólogo en la relación con los consultantes.

Amparándose en el artículo 2 de la ley 1090 y el artículo 74 de la Constitución Política de Colombia, supone un reconocimiento de la protección del otro, de su dignidad y autonomía como imperativo ético. Esto es coherente con lo referido en el artículo 13 de la ley 1090, - en cuanto a los principios de beneficencia y no maleficencia, y en la sentencia C264 de 1996 en la cual se refiere explícitamente que el psicólogo debe saber escuchar, pero también saber callar. Si bien el secreto profesional no es un derecho fundamental, conecta con otros derechos que sí lo son (intimidad, dignidad, buen nombre, libertad), y por esa vía los usuarios que consideren que el profesional ha roto el secreto profesional pueden solicitar la protección de los derechos vulnerados mediante acción de tutela (sentencia 538 de 1997).

En este manuscrito se reafirma lo señalado en la primera doctrina acerca de la protección de la información aun en caso de desaparición o muerte del usuario. Por otro lado, invoca a la ley 1564 de 2012 y el Artículo 68 del código de procedimiento penal (ley 906 de 2004) para proteger al profesional ante posible coacción de terceros para revelar su secreto profesional. Se ampara además en la Ley 1755 de 2015, la cual señala que todos los

documentos con información personal son sujetos a reserva, y en el artículo 33 de la ley 1090 relativo a protección de información relativa a grupos específicos (excombatientes, desplazados, víctimas, situación de riesgo y similares).

El documento también plantea la distinción entre revelar (a quien tiene la obligación de seguir guardando el secreto) y divulgar (a personas que no necesariamente tienen que guardar el secreto). Por ello, en el marco profesional el psicólogo no viola el Artículo 74 de la Constitución cuando le comunica a otro profesional información relacionada con un proceso evaluativo e interventivo, siempre y cuando sea para procurar el bienestar del paciente; esto se da fundamentalmente en interconsulta y remisión a otros especialistas, en los casos que sea absolutamente necesario.

La Doctrina refiere que si alguna ley plantea salvedades para la revelación del secreto profesional, o hay un edicto expedido por un juez, debe prevalecer lo establecido en la Constitución Política "Sólo lo podrá divulgar en los casos señalados en la ley, es decir, con el consentimiento informado del usuario, o en casos de menores de edad o personas declaradas incapaces, con el consentimiento informado de sus representantes legales". Sin embargo, también es clara en señalar que en las normativas no se ha previsto la revelación del secreto profesional cuando el psicólogo está ante la posibilidad de actos criminales o se vea en peligro la integridad de la persona o de terceros. Las Sentencias C- 411 de 1993, C- 264 de 1996 y C-274 de 2013 refieren que el secreto es inviolable ante cualquier circunstancia, por lo que legalmente el psicólogo está obligado a callar; no obstante, persiste

el dilema ético. En esa medida, refiere como herramientas que se puede recurrir a la doctrina del doble efecto (ley 1164 de 2006); ello supone la ruptura de la confidencialidad y confianza depositada en el psicólogo única y exclusivamente en casos extremos, con efectos legales pero sin consecuencias penales.

En dicho caso, el psicólogo sería libre de revelar el secreto en el intento de proteger al consultante o a terceros de graves consecuencias para su vida e integridad, siempre y cuando tenga evidencias contundentes de tal riesgo. Sin embargo, la doctrina es taxativa en señalar que esto debería ser un último recurso después de haber probado otras alternativas, y si debe revelar información la decisión se soporta en cuál derecho prima más (ejemplo, el derecho a la intimidad del agresor VS el derecho a la vida de la potencial víctima).

En esencia, la decisión de romper el secreto profesional reposa en que:

1. La acción contemplada sea en sí misma moralmente buena o moralmente indiferente.
2. El efecto bueno y no el efecto malo sea intencionado.
3. El efecto bueno no sea producido por medio del efecto malo.
4. Haya una razón proporcionalmente grave para permitir el efecto malo.

Se asume que la ruptura del secreto profesional es una consecuencia de las circunstancias, y no la intención inicial. Por otro lado, y en el entendido del Estado Social de Derecho (como se identifica el Estado Colombiano), no hay derechos absolutos, pues dicha proclama estaría negando el acceso a otros a sus propios derechos. En ese orden, la sentencia C411 de 1993 proclama el estado de necesidad, en la que revelar el secreto es ilegal, pero se justifica en la medida en que se evite la consumación de un delito grave. El psicólogo revela el secreto profesional para proteger el derecho de un tercero y no podía evitar el daño grave de otra forma, aclarando con evidencias que él (el psicólogo) no ocasionó el peligro inminente y no debe afrontar la conducta de quien pone en peligro a su usuario. La sentencia C301 de 2012 y el Artículo 32 de la ley 599 de 2000 ampararía dicho razonamiento, pero se reitera que ese es el último recurso, previo (incluso) a consultas ante los representantes de los tribunales deontológicos respectivos.

¿Qué pasa cuando el servicio es contratado por un tercero (como en organizacional, educativa, forense)?

En dado caso, el psicólogo debe hacer explícito desde el primer contacto con el usuario que el tercero tendrá acceso a la información, aunque las tres partes participantes deben garantizar absoluta confidencialidad.

DOCTRINA 3

USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA [CIP]

<https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2020/12/Doctrina-No.-3-CONSENTIMIENTO-INFORMADO-dic-5-2018.pdf>

Igual que las anteriores doctrinas, esta propuesta no es vinculante, pero constituye una referencia que se debe ajustar a las condiciones singulares de trabajo del psicólogo. En ella se define que “el consentimiento informado en psicología es la manifestación libre,

espontánea y clara que hace el usuario del psicólogo para que, luego de la información clara, completa y cualificada que le brinda el psicólogo, éste último pueda actuar”. Aclara que dicho proceso consta de cuatro fases, en las cuales se:

- 🔍 Informan procedimientos, técnicas y estrategias que seguirá en su evaluación diagnóstica o tratamiento, posibles resultados y los efectos colaterales adversos que se pudieran presentar, así como las posibles alternativas
- 🔍 Permite al usuario comprender lo que el psicólogo va a hacer y al psicólogo tener certeza de que el usuario ha entendido completamente
- 🔍 Manifiesta de forma espontánea, clara y libre de cualquier presión o de vicios del usuario su autorización para que el psicólogo pueda actuar
- 🔍 Explicita el procedimiento conjunto llevado a cabo entre psicólogo y usuario para que el proceso de diálogo quede consignado en un documento.”
- 🔍 Pleno – el otorgado por persona mayor de 18 años, en los términos ya referidos en paréntesis
- 🔍 Asistido – para quien ha dejado de ser impúber, pero tiene entre 14-18 años. Es decir, es adolescente, de acuerdo con Artículo 34 del Código Civil. El carácter asistido está de acuerdo con Sentencias T-1025 de 2002 y C - 264 de 1996, en consecuencia con su supuesto desarrollo cognitivo y el principio de autonomía. El adolescente sabe a qué será expuesto, pero la autorización final del procedimiento la dan los padres, particularmente cuando se perciba un riesgo latente para la formación de su personalidad o ejercicio libre de su sexualidad.
- 🔍 Sustituto – Para menores de 14 años o personas declaradas interdictas (con discapacidad cognitiva).

Como bases éticas del consentimiento informado, se asume el respeto a la dignidad humana (imperativo categórico Kantiano), así como la libertad (del usuario) de decidir su participación aun siendo este usuario consciente de ser susceptible de manipulación. También se refieren precisiones como que el psicólogo no realizará procedimientos para los cuales no está capacitado o que pongan en peligro al usuario, que el consentimiento es un derecho fundamental del usuario (que le permite explicitar como e protegen los demás derechos) y un deber del psicólogo (pag. 11), que la práctica con menores de edad o dependientes debe estar amparada siempre con un consentimiento informado de padres, representante legal o acudiente (en quienes recae su cuidado), y que el proceso de CIP implica que el usuario (con capacidad jurídica para decidir – mayores de 18 años sin compromiso mental, capaz de hacerse entender, autónomos, no interdictos) le dé el permiso formal al psicólogo para que actúe, libre de cualquier presión o engaño por parte del profesional.

Como tipos de consentimiento se refieren los siguientes:

El documento subraya como elementos esenciales para un consentimiento válido los siguientes:

- 🔍 Claridad en la información, que se logra a partir de un proceso dialógico entre psicólogo y paciente, con información suficiente, respeto por la dignidad, y aseguramiento de la comprensión de las implicaciones (libertad, buen nombre, futuro, salud, etc.) por parte del paciente.
- 🔍 Libertad para consentir. Esto implica la toma de decisiones siguiendo libre albedrío pero sujetas a consecuencias diferenciales; así, el consentimiento no es un formato parametrizado, y debe ser redactado teniendo en cuenta que cada persona tiene unas particularidades, y el riesgo que asumen es diferente en cada caso. Así, la responsabilidad ética del psicólogo es extrema en múltiples ámbitos (una persona puede quedarse sin trabajo, perder la libertad, etc.). Todo ello debe quedar explícito en el consentimiento, velando por la protección del bienestar de la persona. Por ello, los usuarios deben comprender todas las consecuencias que derivan de dar su consentimiento

- 🔍 Capacidad jurídica para dar el consentimiento. Acá se relaciona en particular que los dos padres deben autorizar cualquier abordaje de hijos no emancipados, pero también que no se puede desconocer el derecho de uno de los padres, pues va en contra de principios de beneficiencia y no maleficiencia. Si se sospecha, por ejemplo, el no consentimiento de uno de los padres porque queda en evidencia un posible maltrato, prevalecen en este caso los derechos del niño, previo aval de la autoridad competente (usualmente un juez de familia). Es dicha autoridad (no el psicólogo) quien declara si, en efecto, al negarse el padre le está negando un derecho al menor.
- 🔍 Se tiene presente que la Corte Constitucional “protege el derecho a no declarar en contra del cónyuge, compañero permanente o familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, incluso ante la existencia de un deber de denunciar las conductas punibles cuando el sujeto pasivo del delito sea un menor de edad y se afecte su vida, integridad personal, libertad física o libertad y formación sexual” (Corte Constitucional, Sentencia T-321 de 2017) (pag. 27). Ante un caso como este, el informe psicológico debe tener el análisis circunstancial y situacional, así como el (los) principio(s) ético(s) en el (los) que basa su concepto, documentados debidamente en la historia clínica.
- 🔍 Por escrito. Acá hay dualidad de conceptos, pues aunque la ley colombiana solo lo concierne a casos extremos (como una adopción), el tribunal nacional y sus capítulos recomiendan que en la práctica psicológica es mejor dejar todo por escrito ante posibles situaciones futuras.

Como excepciones al consentimiento informado aparecen la urgencia de

realizar intervenciones en emergencias y primeros auxilios psicológicos. Además, aclara que en el abordaje de menores de edad es posible proceder sin consentimiento cuando esté en riesgo su vida o desarrollo de personalidad, como en casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo [IVE] ante violencia sexual. Así mismo, en esterilización de la mujer cuando esta presente discapacidad cognitiva (Sentencia C-182 de 2016).

En casos como la negativa de los padres, incapacidad o no ubicación, el consentimiento lo dará la institución competente (usualmente un juez de familia). Si en definitiva no se puede contar con la autorización de la entidad (por ejemplo, por demora de la institución y una urgencia de intervención), el psicólogo actuará declarando los principios éticos que soportan su abordaje (beneficiencia, no maleficiencia, justicia y autonomía), con el debido soporte.

El consentimiento pierde validez cuando los dos padres lo otorgan, pero el procedimiento va en contra de los derechos fundamentales del niño. En tal caso, impera lo dispuesto por “el artículo 205 de la Ley 906 de 2004 y en el 193, numeral 8, de la Ley 1098 de 2006” (pag. 30) en escenario penal, o lo descrito por ley 1562 de 2012 en escenario civil. Cuando solo se pueda tener el consentimiento de uno de los padres, deben reposar las evidencias que soporten la determinación de proceder (incluyendo los intentos de comunicación establecidas para contactar al otro padre para lograr su consentimiento), como anexos de la historia clínica o el repositorio que haga sus veces.

En el caso de transfusiones y que uno de los padres consienta y el otro no (por ejemplo, basado en sistemas de creencias como las defendidas por quienes se denominan “Testigos de Jehová”) se prioriza el consentimiento que esté asociado a mejores consecuencias para el menor. Esto previa declaración de juez de familia.

Como reflexiones finales, se enuncian en dicho documento las siguientes:

- 🔍 El consentimiento debe ser para velar por los derechos e integridad del menor; no obstante, el niño debe ser informado y escuchado al respecto (Convención de los Derechos del Niño, 1989).
- 🔍 El profesional “infractor” debería contar con todos los soportes para defenderse en caso de violar la firma del consentimiento respectivo, para sustentarlo ante el tribunal deontológico correspondiente
- 🔍 Se identifica permanentemente la tensión entre la autonomía (posibilidad de consentir la participación y retirarse en cualquier momento) y la beneficencia (compromiso por el bienestar para el usuario), por lo que el psicólogo debe ser hábil en la práctica para el equilibrio de ambos preceptos.
- 🔍 Por último y muy importante, cuando en los manuales de funciones hechos por profesionales ajenos a la psicología se solicita información al psicólogo, este puede ampararse en su derecho a rehusarse a “hacer evaluaciones a personas o situaciones cuya problemática no corresponda a su campo de conocimientos o no cuente con los recursos técnicos suficientes para hacerlo” y a “no practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, del consentimiento del acudiente” (artículo 36, literales b) e i), respectivamente.” (Pág. 39).

REFERENCIAS

- Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR] (2021). Informe de Tendencias Globales en el Desplazamiento Forzado, Año 2021. <https://www.acnur.org/60cbddfd4.pdf>
- Colegio Colombiano de Psicólogos – Tribunales deontológicos y bioéticos de Psicología (2016) Doctrina N° 01. Registro y tratamiento de la información en los distintos campos del ejercicio profesional de la Psicología. <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/08/DOCTRINA-No-01-REVISADA-MANEJO-DE-LA-HISTORIA-CLINICA-Y-REGISTRO-Y-TRATAMIENTO-DE-LA-INFORMACION-1.pdf>
- Colegio Colombiano de Psicólogos – Tribunales deontológicos y bioéticos de Psicología (2018) Doctrina N° 02 El secreto profesional en Psicología. <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/03/Doctrina-2-diciembre-2018.pdf>
- Colegio Colombiano de Psicólogos – Tribunales deontológicos y bioéticos de Psicología (2018) Doctrina N° 03 Consentimiento informado en el ejercicio de la Psicología en Colombia. <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2020/12/Doctrina-No.-3-CONSENTIMIENTO-INFORMADO-dic-5-2018.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1164. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1448. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1448. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2012). Ley 1566. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1566_2012.html

REFERENCIAS

- Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616. “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones” <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1620. Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1685356>
- Departamento Nacional de Planeación - Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES]. (2020). Documentos CONPES 3992: Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017 - 2021). Informe Forensis: Datos para la Vida. <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa>.
- Ministerio de Justicia y del Derecho (2011). Decreto 4800. Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/decreto4800reglamentarioleyvictimas.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Por la cual se adopta la 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). Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202292%20de%202021.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 (Versión Preliminar). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>



**SÍNTESIS DE LEGISLACIÓN EN SALUD Y DE DISPOSICIONES
ÉTICAS PARA LOS PSICÓLOGOS EN**

C O L O M B I A

2 0 2 2

Bogotá, Colombia