

Enfermedades mentales y drogadicción Impacto social de la “exclusión” o “no” de los tratamientos psiquiátricos y programas de rehabilitación dentro del “pos” Plan Obligatorio de Salud en la ciudad de Tunja

*Mental diseases and drug addiction
Social impact of the “exclusion” or “not” to the psychiatric
treatments and programs of Rehabilitation in the Health
Obligatory Plan in the city of Tunja*

Ana Carolina Cely López, Wilmer Jahir
Sierra Fagua y Ximena Suárez Pineda

Resumen

Con el Acto Legislativo 02 de 2009, el gobierno de Álvaro Uribe impuso sus mayorías parlamentarias para zanjar una riña de honor con el ex magistrado de la Corte Constitucional, Carlos Gaviria Díaz, en torno a la despenalización del consumo de la dosis mínima de drogas psicotrópicas. Los autores de este artículo señalan la falta de claridad dentro del POS de la ciudad de Tunja en materia de atención a las personas adictas, y el sistema regresivo que excluye a estos pacientes.

* Estudiantes Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Palabras clave:

Enfermedad mental, drogadicción, tratamiento psiquiátrico, Plan de Salud Obligatorio en Tunja, exclusión de enfermos, discriminación inversa.

Abstract

With the Legislative Act 02/2009, the government of Alvaro Uribe imposed its parliamentary majorities in order to overcome an honor dispute with the former magistrate of the Constitutional Court, Carlos Gaviria Díaz, about the penalization of the minimum dose of narcotic drugs. The authors shows the lack of clarity inside the Health Obligatory Plan in Tunja to render a service to the person addicted to drugs, and the regressive system that excludes this kind of patient.

Key words:

Mental disease, addiction to drugs, psychiatric treatment, Health Obligatory Plan in Tunja, exclusion of patients, inverse discrimination.

Introducción

Las enfermedades mentales y la drogadicción con el paso del tiempo y debido a las frecuentes transformaciones sociales y culturales se han ido convirtiendo en un flagelo de nuestra sociedad tunjana, ocasionando un problema de salud pública que degenera la afectación específica a dos componentes: el social y el económico.

Al analizar minuciosamente la normatividad vigente respecto de los problemas en mención, se encuentra que el Estado Colombiano -a diferencia de otros países de mayor desarrollo social y económico, que sí establecen en sus legislaciones una amplia protección a los derechos personalísimos del individuo, dando realmente aplicación a la misma- establece en la Carta Magna una serie de derechos que le garantizan al enfermo una vida digna, pero que en la práctica adopta una política de exclusión hacia la prevención y atención temprana de las enfermedades mentales. Así mismo se vislumbra un vacío jurídico en cuanto a la adopción de políticas públicas encaminadas a mitigar y retardar la edad de consumo de sustancias psicoactivas y de la creación de modelos de atención a los pre-enfermos psiquiátricos, entendidos estos como aquellas personas que son susceptibles a afectaciones en su salud mental.

Cabe rescatar la labor que ha venido desarrollando la Secretaría de Salud de Boyacá, institución consciente de estos problemas y que a pesar del vacío legal mencionado ha creado estrategias de

planificación para dar respuestas acertadas a los mismos, elaborando diversos estudios con el fin de obtener datos claros de la población afectada y de esta forma manejar los recursos existentes para atender los casos prioritarios detectados en el departamento teniendo como prioridad la ciudad de Tunja que, como capital del departamento, acoge una gran población universitaria que está expuesta a un sinnúmero de situaciones negativas que los enfrenta a un riesgo inminente de sufrir enfermedades mentales o de caer en la tentación de consumir sustancias psicoactivas.

¿De qué manera se puede incluir dentro del POS, según la jurisprudencia colombiana, los tratamientos psiquiátricos y los programas de rehabilitación?

Tratamientos psiquiátricos

De acuerdo con la jurisprudencia emanada de la Corte Constitucional en cuanto al derecho a la salud mental como derecho constitucional y cuando se encuentra en conexidad con el derecho a la vida y a la dignidad humana, es obligación de las entidades prestadoras de salud brindarle la atención necesaria al enfermo, independientemente de que esta esté o no incluida dentro del "POS", ya que estos derechos son esenciales para el pleno desarrollo de cualquier ser humano, por lo que no se le puede privar de la atención básica y necesaria para la superación de su enfermedad aún más cuando el derecho a la vida es el bien jurídico más importante del individuo.

La sentencia T-248 de 1998 en cuanto el derecho a la salud mental establece lo siguiente:

... “En los casos de peligro o afectación de la salud mental y psicológica de una persona no solamente están comprometidos los derechos fundamentales que a ella corresponden sino los de sus allegados más próximos, los de la familia como unidad y núcleo esencial de la sociedad que merece especial protección, y los de la colectividad. De lo dicho se deduce que, al reclamar judicialmente la preservación inmediata del derecho a su salud mental, la persona invoca derechos fundamentales susceptibles de amparo por la vía del artículo 86 de la Constitución Política.

No es indispensable, para tener derecho a la atención médica, que el paciente se encuentre en la fase crítica de una enfermedad psicológica o mental. Aceptarlo así equivaldría a excluir, en todos los campos de la medicina, los cuidados preventivos y la profilaxis. Habría que esperar la presencia del padecimiento en su estado más avanzado y tal vez incurable e irreversible para que tuviera lugar la prestación del servicio. En el caso de las enfermedades mentales, si se acogiera dicho criterio, tendría que supeditarse todo tratamiento a la presencia cierta o inminente de la esquizofrenia, la demencia o la locura furiosa. Por supuesto, las entidades públicas o privadas

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

Por otra parte, el artículo 12 de la Constitución proclama el derecho fundamental a la integridad personal y, al hacerlo, no solamente cubre la composición física de la persona, sino la plenitud de los elementos que inciden en la salud mental y en el equilibrio psicológico. Ambos por igual deben conservarse y, por ello, los atentados contra uno u otro de tales factores de la integridad personal -por acción o por omisión- vulneran ese derecho fundamental y ponen en peligro el de la vida en las anotadas condiciones de dignidad”¹.

Así mismo, la sentencia T - 134/2002 establece que:

...“Las entidades promotoras de salud tienen el deber de asistir de manera permanente a sus afiliados, así no estén obligadas a prestar directamente el servicio. El derecho a la salud está previsto en el ordenamiento constitucional como un derecho y como un servicio público, en cuanto todas las personas deben acceder a él, y al Estado le corresponde organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación -artículo 49 C.P.

¹ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T- 248/98. M.P.: José Gregorio Hernández.

...El Estado no está obligado a satisfacer todas las necesidades asistenciales de los asociados, sino aquellas que se encuentren incluidas dentro de sus políticas de Seguridad Social, las cuales se elaboran atendiendo los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad -artículos 48 y 49 C.P.-

Ahora bien, constituye doctrina constitucional debidamente consolidada que el derecho a la salud si bien no es un derecho fundamental de aplicación inmediata se erige como tal cuando la dolencia amenaza la vida del paciente, al igual que cuando la atención médico asistencial que la persona requiere resulta indispensable para que ésta recupere su equilibrio físico, emocional, psicológico y mental, de manera que pueda vivir con dignidad.

Además, el Estado se encuentra obligado a proteger, de manera especial, a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentran en estado de debilidad manifiesta, y, a la vez, la jurisprudencia constitucional ha recordado que, también en materia de salud, los derechos de los adolescentes son de inmediato cumplimiento -artículos 13, 44 y 45 C.P.

De manera que el compromiso del Estado con la prestación de los servicios médico asistenciales, que demandan las personas que carecen de recursos para atenderlos y que por su estado de salud mental, edad y nivel de desarrollo tienen derecho a que el Estado y la sociedad les brinden un trato preferente, no está sujeto a las restricciones que imponen los Planes Obligatorios,

como tampoco está sujeta a dichas restricciones la atención en salud que se conecta con la existencia misma de la persona y con su derecho a vivir con dignidad.

En consecuencia, cuando un usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cumple alguna de las anteriores características, o varias de ellas, demanda una actividad, un procedimiento, una intervención, o un medicamento excluido del Plan que rige su vinculación lo que acontece es que debe ser atendido pero cambia la modalidad de la prestación, porque la empresa a la que se encuentra afiliado no se exonera de la prestación, sino que puede exigir del Estado el reintegro de los gastos en que incurre, o demandar que el usuario sea atendido en otra institución.

Lo anterior porque mientras permanezca el usuario afiliado al Sistema de Seguridad Social en salud, la empresa promotora o la administradora debe velar por su atención integral, aunque determinadas acciones y procedimientos no les correspondan adelantarlos directamente.

De ese modo el juez de tutela no puede absolver a las E.P.S y a las A.R.S. de toda responsabilidad respecto de la atención de sus usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud arguyendo que el procedimiento requerido no se encuentra incluido en los Planes Obligatorios que rigen la prestación del servicio, porque aunque la actividad no esté incluida en el Plan, el doliente sigue siendo su afiliado y por ende su recuperación se encuentra bajo su cuidado y responsabilidad.

Por ello, de manera reiterada, esta Corte ha venido insistiendo en que tanto las empresas promotoras, como las administradoras del Sistema de Seguridad Social en Salud, están obligadas a informar, orientar, apoyar y acompañar al usuario que demanda una atención no incluida en los Planes obligatorios, en especial cuando tiene derecho a demandar del Estado la prestación. Obligaciones estas que se deben evaluar en cada caso, analizando las condiciones del afiliado y las particularidades de su padecimiento, porque es posible que algunos pacientes solamente requieran una debida información, pero otros pueden demandar no solo información sino además el acompañamiento y la coordinación de la E.P.S. o la A.R.S. durante la demanda de atención y el proceso de su recuperación.

Además, los usuarios del Sistema que se encuentran en estado de debilidad manifiesta deben ser tratados por las promotoras y administradoras conforme lo demanda su condición; tal es el caso de las personas que además de su condición de pobreza, sufren de trastornos o deficiencias mentales, tal como lo indica la siguiente consideración:

“DERECHO A LA SALUD DE LOS ENFERMOS MENTALES”

En el caso de quienes padecen trastorno mental, esta noción general de la salud implica, además de la prosecución de los aludidos objetivos generales de bienestar y

estabilidad orgánica y funcional, ‘la auto-determinación y la posibilidad de gozar de una existencia adecuada (...) que no les pueden ser negadas, y ellas son las que resulten más [convenientes] y ajustadas a su disminuida condición física y mental.

«Debe recordarse entonces, que ‘la salud constitucionalmente protegida no hace referencia únicamente a la [integridad] física sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona.

«Se trata sin duda, de una garantía que está enraizada en el fundamento mismo del Estado Social de Derecho y que se concreta de diversas formas en los casos de quienes padecen dolencias particularmente graves. ‘Es claro que el Estado tiene una obligación irrenunciable de favorecer especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, tal y como lo consagra el artículo 13 de la Constitución, y propender por su integración social, mas aún cuando el reconocimiento de la dignidad humana se refuerza y se integra al garantizar las condiciones mínimas de subsistencia de las personas»²

Tratamientos de rehabilitación en la drogadicción

Respecto a este punto la Corte Constitucional ha sido enfática al afirmar

² CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-134/02. Referencia: expediente T-365.806. M.P: Dr. Álvaro Tafur Galvis.

que el derecho a la libre personalidad del ser humano sólo tiene como limitante los derechos de los demás; es decir que yo tengo libertad de autodeterminación, pero cuando una persona se encuentra en un estado grave de adicción a las drogas no cuenta con la suficiente capacidad de raciocinio para poder decidir qué es lo mejor para su vida; es por esto que el Estado se encuentra en la obligación de brindarle los tratamientos suficientes que lo lleven a controlar su adicción y aun más cuando es una persona que carece de los recursos económicos y sociales suficientes para someterse a un tratamiento en una institución. Como lo sostiene la Corte en la sentencia T-684 de 2002, así:

... “La Sala estima necesario afirmar de manera expresa que por ser considerada como una enfermedad, el estado de drogadicción crónica debe ser atendido por las el sistema de seguridad social en salud. Bien sea por el régimen subsidiado o el contributivo e inclusive por las entidades públicas o privadas que tienen contratos con el Estado para la atención de los vinculados al sistema en caso de que se demuestre la necesidad inminente del tratamiento y la incapacidad económica del afectado para cubrirlo.

La drogadicción crónica es considerada como un trastorno mental o enfermedad psiquiátrica. Como regla general, quien se encuentra en ese estado ve alterada su autodeterminación. Al ser esto así, se hace manifiesta la debilidad psíquica

que conlleva el estado de drogadicción. En consecuencia, se puede afirmar que al estar probada esta condición, la persona que se encuentre en la misma merece una especial atención por parte del Estado.

El Estado, en desarrollo de sus fines esenciales, está en el deber constitucional de proteger efectivamente los derechos de la persona, correspondiendo a la autoridad pública encontrar las alternativas jurídicas para garantizar su ejercicio y, al mismo tiempo, exigir el cumplimiento de las obligaciones sociales de los particulares (CP art. 2).

Los derechos a la salud (CP art. 49), a la seguridad social integral (CP art. 48), a la protección y asistencia a la tercera edad (CP art. 46), en principio programáticos, pueden verse actualizados y generar un derecho público subjetivo de inmediata aplicación (CP arts. 13 y 85), si la persona interesada demuestra fehacientemente su condición de debilidad manifiesta y la imposibilidad material de su familia para darle asistencia, en particular cuando la completa ausencia de apoyo lo priva de su derecho al mínimo vital³.

Cuando, además de las condiciones de pobreza, las capacidades físicas o psíquicas que permiten la autodeterminación de la persona en estado de indigencia se han visto disminuidas, surge un deber de atención a ésta por parte del Estado de dirigir su conducta al apoyo de este miembro de la sociedad.

³ CORTE CONSTITUCIONAL. Sala Segunda de Revisión. Sentencia T-426 del 24 de junio de 1992.

Dijo la Corte:

“Una persona enferma, con capacidades físicas o mentales disminuidas por factores personales o externos, sin pleno uso de sus funciones y, por lo tanto, sin posibilidad de valerse por sí misma, es una persona con menos autonomía. Para recuperar sus capacidades generalmente requiere de atención y protección, temporal o definitiva, bien sea por parte de la familia, de la comunidad o del Estado”

¿Se encuentran en Colombia totalmente excluidas del Pos las enfermedades mentales y de rehabilitación?

En entrevista realizada al profesional en Enfermería graduado de la UPTC y especialista en Enfermedad mental y psiquiatría de la Universidad Nacional quien es el encargado del Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud del departamento de Boyacá, el señor Martín Orlando Barrera Cobos, podemos concluir que:

1. Las enfermedades mentales solo se encuentran excluidas del primer nivel de atención en salud. Para una mayor claridad se debe entender como primer nivel a los puestos y centros de salud. Teniendo en cuenta que de acuerdo a la ley 100 en estos centros de atención por carecer de un médico psiquiatra no pueden brindar los medicamentos para llevar a cabo este tipo de tratamiento, lo cual es muy criticable ya que si bien es cierto no existe este profesional sí hay personas capacitadas para brindar la atención básica de detección de la enfermedad, lo cual conllevaría a una disminución de casos y a un efectivo tratamiento.
2. Encontramos una gran diferencia entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado, ya que para el primero se brinda la atención a todo tipo de enfermedades mentales desde el primer nivel en donde se cuenta con consulta de psicología y psiquiatría, mientras que para el régimen subsidiado como ya lo explicábamos en el numeral anterior esta atención se reserva únicamente para los niveles superiores. Para el caso de Tunja, la atención se cubre en el Centro de Rehabilitación de Tunja CRIT.
3. Sin lugar a dudas la razón más importante para que las enfermedades mentales no se encuentren cubiertas por el POS en el régimen subsidiado desde el nivel de atención básico es el alto costo del tratamiento de las mismas.
4. Respecto a la rehabilitación en casos de drogadicción, su exclusión total del POS se debe a los altísimos costos que conlleva esta partiendo del hecho que solo el 50% de la rehabilitación tiene una duración mínima 8 a 10 meses.
5. Otro punto de reflexión es la forma como los profesionales de la salud están siendo formados teniendo en cuenta que nuestro modelo educativo

se enfoca hacia la cura de la enfermedad dejando de lado una etapa anterior y muy importante, LA PREVENCIÓN. No sin antes dejar en claro que todo parte de una concepción cultural en la cual la población no está interesada en prevenir la enfermedad y la gran mayoría de veces solo acude ante el profesional de la salud cuando ya la ha adquirido generando mayores costos al sistema de salud.

6. Por último, resaltamos que a pesar de la exclusión que existe del Plan Obligatorio de Salud de las enfermedades mentales, en el primer nivel de atención –en el régimen subsidiado y de las de rehabilitación de drogadicción– la secretaría de salud del departamento está destinando parte de sus recursos a la recolección de información encaminada a determinar desde qué edades y en qué porcentajes se están empezando a consumir sustancias psicoactivas; de igual manera se han realizado estudios departamentales para determinar el estado actual de la salud mental de los pobladores de Boyacá. Con esta información se están creando las estrategias necesarias que lleven a reducir los índices registrados en las diferentes encuestas llevadas a cabo.

Estudios realizados por la Secretaría de Salud de Boyacá

En cuanto a salud mental encontramos que en la zona centro de Boyacá, basados en un recuento de 1222 personas:

- Los índices de depresión son equivalentes al 41.20%.
- Los índices de ansiedad son equivalentes al 72%.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, en el año 2007 en estudio realizado a jóvenes escolarizados con edades entre 12 y 19 años de colegios oficiales mixtos del departamento de Boyacá, encontramos que:

1-Para el género masculino:

- El consumo de cigarrillos en la prevalencia del último año es del 38,53%.
- El de bebidas alcohólicas en la prevalencia del último año es de 73,03%.
- El de tranquilizantes en la prevalencia del último año es de 4,69%.
- El de estimulantes en la prevalencia del último año es de 2,51%.
- El de solventes e inhalantes en la prevalencia del último año es de 1,51%.
- El de marihuana en la prevalencia del último año es de 1,68%.
- El de alucinógenos en la prevalencia del último año es de 0,34%.
- El de otras sustancias en la prevalencia del último año es de 0,84%

2- Para el género femenino:

- El consumo de cigarrillos en la prevalencia del último año es del 16,69%.
- El de bebidas alcohólicas en la prevalencia del último año, de 59,55%.

- El de tranquilizantes en la prevalencia del último año, de 4,81 %.
- El de estimulantes en la prevalencia del último año, de 3,01 %.
- El de solventes e inhalantes en la prevalencia del último año, de 0,00 %
- El de marihuana en la prevalencia del último año, de 0,30 %.
- El de alucinógenos en la prevalencia del último año, de 0,15 %.
- El de otras sustancias en la prevalencia del último año, de 0,60 %.

De las estadísticas anteriores podemos deducir que la salud mental de la población que habita en la zona centro del departamento de Boyacá, en la cual se encuentra ubicada la ciudad de Tunja maneja índices muy altos de ansiedad y altos de depresión, para lo que se deben crear planes de prevención y mejoramiento de la calidad de vida, en los cuales no solamente deben estar incluidas las entidades estatales si no también, las empresas privadas y las demás organizaciones que intervengan en el diario vivir del individuo.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, está establecido que tanto en la población masculina como en la femenina comprendida en edades escolares entre los 12 y 19 años, el consumo de cigarrillo y de bebidas alcohólicas registra marcadores muy altos si se tiene en cuenta que esta población es la mas expuesta a caer en vicios que pueden prolongarse durante su vida adulta, colocándolos en un alto nivel de riesgo.

Situación de los derechos humanos a nivel internacional y a nivel interno frente a las enfermedades mentales y los programas de rehabilitación

La drogadicción en Colombia: derecho a la salud

En el ordenamiento constitucional colombiano, el derecho a la salud se ubica dentro del capítulo de los derechos económicos, sociales y culturales, identificados como derechos humanos de segunda generación, pero en la mayoría de los casos, este derecho tiene conexidad con el derecho a la vida y a la dignidad humana. Los problemas sociales y de salud pública, específicamente la drogadicción y los trastornos mentales, van en aumento y se agravan, pues actualmente más personas, especialmente jóvenes, se ven inmersos en estos sin que el gobierno tenga una política seria, puesto que en el POS se niegan muchos tratamientos que permitirían mitigarlos.

Así mismo, no se muestran estrategias de prevención y promoción y, además, muchas personas que padecen algún trastorno inicialmente no lo ven como un problema, y este mas adelante se convierte en un inconveniente mayor de salud, caso en el cual el Estado debe garantizarle una atención mínima, la cual acarrea mayores costos, y ni hablar de un tratamiento completo que tiene un costo muy elevado.

En cuanto al tema de la “Evolución de los tratamientos ambulatorios para

drogodependientes” que se encuentra en la revista⁴ “*Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*” la drogodependencia se define como: “la intersección de factores presentes en el entorno de la persona, características de las sustancias y factores individuales.

Medidas de actuación:

- Dirigidas a promover cambios en los tres vectores: **individuo, entorno social, sustancias.**
- Interdisciplinariedad en la intervención: **instituciones, equipos, ámbitos de actuación, cooperación y coordinación.**
- Programas amplios y globalizadores: **prevención, atención, reinserción.**

Las características básicas de los modelos integradores:

- Elaboración de planes y programas cuyos objetivos contemplen la promoción de cambios en los tres conjuntos de factores (individuo, entorno, sustancias).
- Intervenciones amplias y globalizadoras.
- Especificidad y heterogeneidad de las respuestas.

- Utilización de recursos normalizados.
- Incorporación del medio social en el proceso.
- Promoción y apoyo del asociacionismo.
- Promoción y apoyo de la iniciativa privada.
- Interdisciplinariedad en la intervención.
- Coordinación interdisciplinar: interinstitucional, interdepartamental, interáreas...⁵

De lo anterior se deduce que en nuestro país se tienen importantes aportes encaminados a ofrecer diferentes opciones, con el fin de mejorar la calidad de vida en cuanto a la salud de las personas drogodependientes, pero la falencia se encuentra en que ni el Estado, ni la sociedad han tomado una postura razonable frente al problema social y su impacto que cada día se hace más agudo, y las propuestas elaboradas para atacarlo y controlarlo, no han sido suficientes.

Protección internacional a los enfermos mentales

La resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991⁶, adoptada por la Asamblea General de la ONU, sobre los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento

⁴ En la base de datos de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, se encuentra una sección llamada PSICODOC, la cual brinda orientación acerca de temas sociales, esto a través de una serie de artículos de expertos en temas como la drogadicción o la drogodependencia.

⁵ MATELLANES, Manuela, BERDULLAS, Manuel, GONZÁLEZ GARCÍA, Juan Carlos. Evolución de los tratamientos ambulatorios para drogodependientes. 1994 Vol. 3 (9) Pág.43-52 <http://psicodoc.copmadrid.org/psicodoc.htm>

⁶ http://www.geocities.com/leydiscaperu/protec_enfer_ment.htm Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Ginebra, Suiza.

de la atención de la salud mental, establece una serie de parámetros para aplicar dichos principios, de los cuales algunos no son tenidos en cuenta dentro de la legislación colombiana.

Vale la pena destacar, que el *Principio 5, que trata sobre el Examen médico, establece*: "Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional", lo cual en Colombia no tiene ninguna relevancia, pues lo único que interesa al momento de detectarse un enfermo mental en estado avanzado, es internarlo en un establecimiento psiquiátrico para que no cause problemas, pero no se tiene en cuenta que así sea un enfermo mental, se debe contar con su consentimiento para que acceda o no al tratamiento psiquiátrico respectivo.

Por otro lado, el Principio 7, que trata sobre la importancia de la comunidad y de la cultura, destaca la labor social que deben cumplir los profesionales en el entorno del paciente, para que esta persona en cierta manera, tenga una reinserción en la sociedad, acompañado de los seres más cercanos a ella.

Por último, otro principio que vale la pena destacar es el 8, sobre normas de la atención, que consagra:

"1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud

y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.

2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

Este principio consagra la atención inmediata y digna a la que tiene derecho un enfermo mental y que por ningún motivo se le debe negar; pero en nuestro país, en la mayoría de los casos es necesario acudir a acciones de tutela para que le sea reconocida una atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud.

Del análisis de los anteriores principios, se vislumbra que el Estado colombiano, tiene algunas falencias en cuanto a la aplicación de estos, ya que no son tenidos en cuenta, ni protegidos de manera estricta como lo sugieren las normas de carácter internacional, en lo referente al derecho a la salud mental que tienen los individuos.

Conclusiones

Como resultado de esta exhaustiva investigación podemos decir que la rehabilitación de la salud mental en Tunja se encuentra limitada, pues existe un gran desconocimiento de los tratamientos ofrecidos por el departamento a través de la Secretaría de Salud, de

igual forma con el tratamiento de personas adictas a las sustancias psicoactivas.

En este tipo de problemáticas influye de igual manera el nivel cultural y el desarrollo social, así como el acceso a una atención al pos- enfermo y a la elaboración de estrategias de detección temprana, pues se tiene que partir inicialmente por la reducción del estigma frente a los problemas mentales y la educación social de la prevención de esta clase de enfermedades, con lo que se reducirán los altos niveles del padecimiento de enfermedades mentales, y el elevado consumo de sustancias psicoactivas desde muy temprana edad, que se encuentran registrados de acuerdo a las estadísticas que al respecto se tienen.

Por otro lado, es importante resaltar que ya hay muchas voces a favor de la elaboración de una encuesta desde el gobierno central que marque los pasos a seguir respecto de las campañas de prevención y de los gastos y las posibilidades reales con las que cuenta el Estado colombiano, para poder incluir en el POS las enfermedades mentales y el consumo de sustancias psicoactivas, lo cual pondría a Colombia a la altura de los países desarrollados en donde este tipo de enfermedades juegan un papel

muy importante en el desarrollo de las políticas de cada gobernante.

A pesar del vacío legal colombiano, que no integra las enfermedades mentales desde el primer nivel de atención en el régimen subsidiado, sí se ha dado un avance de gran significación por parte de la Corte Constitucional, la cual por medio de fallos de tutela le ha dado alcances de gran importancia, claro está siempre y cuando sean situaciones en donde la vida del individuo se encuentre en grave riesgo, por lo que el derecho a la salud por sí solo no logra el desarrollo y el alcance que sí le ha dado cuando está en conexidad con el bien jurídico mas importante de cualquier ser humano, la vida; de igual manera ocurre con las enfermedades adictivas.

Si bien es cierto la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha marcado un hito de gran importancia que le ha abierto una nueva posibilidad a los enfermos mentales y psíquicos, es también de notable importancia que el Estado social de derecho en sus fines más esenciales, debe garantizar por medio de leyes justas y basadas en la realidad de los gobernados, la solución a sus problemas mentales y sus adicciones, ya que de una detección temprana y de un tratamiento adecuado depende que la población pueda responder y aportar socialmente.

Bibliografía

MATELLANES, Manuela, BERDULLAS, Manuel, GONZÁLEZ GARCÍA, Juan Carlos.
Evolución de los tratamientos ambulatorios para drogodependientes. En: *Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, ISSN/ISBN: 1132-0559, 1994
Vol. 3 (9) 43-52.

PSICODOC. Base de datos de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, adoptada por la Asamblea General de la ONU.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. 1991, Leyer. Artículos: 2, 11, 12, 13, 44, 45, 46, 48, 49, 85 y 86.

SENTENCIAS

Sentencia T-426 de 1992.

Sentencia T-248 de 1998.

Sentencia T-134 de 2002.

Sentencia T-684 de 2002.

INFOGRAFÍA

http://www.geocities.com/leydiscaperu/protec_enfer_ment.htm