

Artículo de reflexión

Salud mental en Colombia. Un análisis crítico

Mental health in Colombia. A critical analysis

Luz Ángela Rojas-Bernal¹ [CvLAC](#), Guillermo Alonso Castaño-Pérez² [CvLAC](#), Diana Patricia Restrepo-Bernal³ [CvLAC](#)

Fecha correspondencia:

Recibido: enero 24 de 2018.

Revisado: abril 10 de 2018.

Aceptado: mayo 18 de 2018.

Forma de citar:

Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. Rev CES Med 2018; 32(2): 129-140.

[Open access](#)

[© Derecho de autor](#)

[Licencia creative commons](#)

[Ética de publicaciones](#)

[Revisión por pares](#)

[Gestión por Open Journal System](#)

DOI: [http://dx.doi.org/10.21615/](http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6)

[cesmedicina.32.2.6](#)

ISSN 0120-8705

e-ISSN 2215-9177

Sobre los autores:

1. Médico Psiquiatra. MSc Epidemiología - MSc Salud Pública, Estudiante Doctorado Ciencias de la Salud Universidad CES. Grupo de Investigación en Salud Mental. Universidad CES.

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud declaró la importancia de la salud mental y estableció la necesidad de promover el bienestar, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales. Colombia adoptó estos lineamientos, pero la crisis de la salud de los últimos años afectó la atención de los pacientes con enfermedad mental. Este estudio indaga aspectos históricos frente a la salud mental en Colombia, las principales limitaciones al actual sistema y las estrategias que podrían implementarse. **Método:** búsqueda en bases de datos bibliográficas de artículos enfocados en la normatividad e implementación de políticas públicas de salud mental en Colombia. **Resultados:** se han hecho importantes esfuerzos por promulgar leyes y políticas que acaben las brechas para el diagnóstico y el tratamiento y transformar la realidad de los colombianos que sufren trastornos mentales. **Conclusión:** la salud mental continúa siendo la cenicienta en las políticas públicas. Es evidente la falta de coherencia entre lo que se propone y lo que ocurre por la inadecuada implementación e interpretación de las normas. La normatividad en salud mental no ha logrado cumplir sus objetivos, lo cual hace que la atención en salud mental en Colombia aun sea muy deficiente.

Palabras clave: Política de salud; Seguro de salud; Derechos del paciente; Salud mental; Legislación; Colombia.

Abstract

Introduction: The World Health Organization declared the importance of mental health and established the need to promote the welfare, prevention, treatment and rehabilitation of people with mental disorders. Although these guidelines were adopted in Colombia, the health crisis of recent years affected the care of patients with mental illness. This study seeks to investigate historical aspects of mental health in Colombia, the main limitations to the current system and the strategies that could be implemented. **Method:** search in bibliographic databases of articles focused on the regulation and implementation of public mental health policies in Colombia. **Results:** In Colombia, significant efforts have been made to enact mental health laws and policies that overcome the gaps in diagnosis and treatment and transform the reality of Colombians suffering from mental disorders. **Conclusion:** Despite the attempts, mental health continues to be ashen in public policies. It is evident the lack of coherence between what is proposed and what happens due to the inadequate implementation and interpretation of the norms. Mental health regulations have not met their objectives, which means that mental health care in Colombia is still very poor.

Comparte



2. Médico, Especialista en Farmacodependencia y Patología Dual. MSc en Drogodependencias, PhD en Psicología de la Salud. Grupo de Investigación en Salud Mental. Universidad CES.

3. Médico Psiquiatra, Subespecialista en Psiquiatría de Enlace. MSc en Epidemiología. Grupo de Investigación en Salud Mental. Universidad CES.

En Colombia se han promulgado políticas orientadas a vencer las brechas para el diagnóstico, el tratamiento y transformar la realidad de los colombianos con trastornos mentales; sin embargo, cinco años después de promulgada la ley 1616, la inequidad en salud mental continúa presente.

Keywords: Health policy; Health insurance; Patient rights; Mental health; Legislation; Colombia.

Introducción

Las políticas públicas de salud mental constituyen una herramienta fundamental para la consecución de la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano. Definen las metas a alcanzar, establecen prioridades, señalan las responsabilidades entre sectores y niveles involucrados en un sistema de salud y definen las actividades a desarrollar (1).

En un sentido amplio la política pública es una directriz “emanada de uno o de varios actores públicos que se imponen de forma específica a la práctica social con el carácter de norma para un colectivo y dependiendo de la legislación de cada país”, y se expresa como acuerdo, resolución o ley (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimula a los países miembros a desarrollar programas de salud mental y a modernizar la legislación y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y a sus familias (3). De acuerdo con la OMS las enfermedades mentales tienen un impacto económico negativo, puesto que disminuyen el ingreso personal y limitan el trabajo de los cuidadores, lo que puede afectar la economía de los países (4).

En Colombia se han promulgado políticas orientadas a vencer las brechas para el diagnóstico, el tratamiento y transformar la realidad de los colombianos con trastornos mentales (4,5); sin embargo, cinco años después de promulgada la ley 1616, la inequidad en salud mental continúa presente.

El objetivo de este trabajo es indagar sobre aspectos históricos de la salud mental en Colombia, las principales limitaciones que se identifican desde la perspectiva de la psiquiatría y de la salud pública al actual sistema de atención y plantear estrategias para implementar una política pública de salud mental más efectiva.

Metodología

Revisión de la literatura científica sobre la salud mental en Colombia en PubMed, Science Direct, EBSCO, OVID y BIREME, con las palabras clave: “salud mental Colombia”, “políticas públicas salud mental Colombia”, “legislación salud mental Colombia”, “barreras atención salud mental Colombia”, “déficit salud mental Colombia”, “estrategias intervención salud mental”, “políticas públicas en salud mental”. La búsqueda se restringió al español e inglés y aquellos artículos con texto completo.

Se construyó una matriz para comparar el contenido de las referencias identificadas para clasificarlas y compararlas. La evaluación crítica de los artículos consistió en la lectura completa del artículo, su evaluación y llenado del instrumento de recolección de datos. Los estudios publicados en duplicado o encontrados en más de una base de datos se consideraron solo una vez. La calidad de la información se evaluó con la herramienta del *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP-UK) para revisiones cualitativas (6).

Se consideraron estudios de calidad dudosa aquellos en los cuales la respuesta era “no” en alguno de los criterios. De manera independiente, dos investigadores valoraron la calidad y las discordancias en cuanto a calificación las resolvió un tercer investigador. Una vez integradas las fuentes se determinó organizar la evidencia en

un apartado temático que recogiera todo lo relacionado con el tema propuesto. Los apartados temáticos fueron: a) epidemiología de los trastornos mentales e inversión en salud mental; b) normatividad en salud mental en Colombia; c) los remedios no solucionaron los problemas de atención en salud mental; d) acciones para transformar la salud mental colombiana.

Resultados

Se identificaron 2 592 referencias bibliográficas y luego de aplicar los diferentes filtros quedaron 315 referencias. Después de leer el título, el resumen y dar cuenta de que aportaban los objetivos de este trabajo, quedaron 42 referencias.

Epidemiología de los trastornos mentales e inversión en salud mental

En Colombia, según el *Estudio Nacional de Salud Mental 2003* (7), el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno mental. La *Encuesta Nacional de Salud Mental* publicada de 2015, reporta que 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tiene algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental (8).

En cuanto a la inversión en salud mental, la OMS informa que en muchos países solo se invierte el 2 % del total de los recursos de la salud, siendo el gasto anual promedio en salud mental inferior a US\$ 3 por habitante y en los países de bajos ingresos, US\$ 0,25 por habitante, donde la escasez de psiquiatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos (4,9). Casi la mitad de la población del mundo habita en países donde se dispone de un psiquiatra o menos por 200 000 personas y en países de bajos ingresos hay menos de un especialista por millón de habitantes (4,10).

Normatividad en salud mental en Colombia

La salud mental ha sido la cenicienta en las políticas públicas en el país. Con la Ley 100 de 1993 se señalaron los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad en la atención en salud (5,11). Esta Ley privilegió la atención en los programas de hospital día y excluyó la hospitalización prolongada, la psicoterapia por más de un mes y la psicoterapia individual, esta última solo en la fase inicial de la enfermedad (12). En 1998 se formuló la *Política Nacional de Salud Mental*, mediante la resolución 2358 (13), cuya ejecución y cobertura fueron limitadas por falencias en el plan obligatorio de salud (5).

Las deficiencias en la atención en salud mental obligaron en la década del 90 a que numerosas personas recurrieran a las tutelas para procurar una atención integral. Se destaca la Sentencia No. T-013 de enero 17 de 1995, en la que la Corte Constitucional reitera "...el derecho a la salud y la obligación de la atención integral de los enfermos mentales" (14) y desde entonces han sido numerosas las tutelas sancionadas por la Corte Constitucional (5).

Estas presiones dieron lugar a la elaboración de nuevos lineamientos en salud mental, favoreciendo la inclusión en los planes territoriales de salud del 2005, que dieron origen a la Ley 1122 de 2007, que incluyó la intervención de población vulnerable desde el punto de vista psicosocial (15).

El decreto 3039 de 2007 adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y declara la salud mental como prioridad, si bien lo incluido en el plan obligatorio de salud no garantizaba la atención integral y diferenciaba los regímenes de atención en contributivo y subsidiado (16).

La salud mental ha sido la cenicienta en las políticas públicas en el país.

Las denuncias por la falta de atención de los enfermos mentales y las presiones jurídicas ejercidas por la Corte Constitucional, a través del fallo de tutelas motivaron, siete años después, la resolución 5521 de 2013 que derogó los acuerdos 029/11, 031 y 034 de 2012, que actualiza los medicamentos y procedimientos del plan obligatorio de salud con el objetivo de brindar tratamientos más integrales a esta población (17,18).

Estos ajustes tampoco dieron los resultados esperados y las quejas por parte de los pacientes, familiares y profesionales de la salud, sumados a la presión de la Corte debido a las tutelas, suscitan la promulgación de la ley 1616 de 2013, Ley de salud mental, cuyo objetivo es "garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, declarando que la salud mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental y un tema prioritario de salud pública" (19).

De forma paralela, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 incluye la convivencia social y la salud mental como prioridades (20). Esto fue considerado positivo por profesionales, académicos e instituciones de salud mental, quienes esperaban un cambio sustancial para la salud mental del país (21). Sin embargo, el acceso al servicio continuó limitado y no por ausencia de leyes y planes, sino por variables actitudinales, sociales y estructurales propias del sistema de salud, que no dieron los frutos esperados (22).

Respecto a la prevención y promoción el impacto es escaso o nulo, debido a que los lineamientos son muy generales, poco coherentes con las necesidades territoriales, desarticulados a nivel gubernamental y poco conocidos por la comunidad.

Los remedios no solucionaron los problemas de atención en salud mental

Cinco años después de la Ley 1616, los cambios no han sido sustanciales. La falta de coherencia entre la norma y la realidad, ratifican el pensamiento general de que en Colombia se escriben muy bien las leyes en el papel, pero no tienen la fuerza para transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis (23).

Lo cierto es que la resolución 5521 de 2013, aunque establece los mismos servicios para el régimen contributivo y subsidiado, no mejoró la salud del paciente con enfermedad mental. Es más, redujo las posibilidades de beneficio en salud mental para los dos regímenes del sistema, vulnerando a los más pobres (22).

Respecto a la prevención y promoción (19,20), el impacto es escaso o nulo debido a que los lineamientos son muy generales, poco coherentes con las necesidades territoriales, desarticulados a nivel gubernamental y poco conocidos por la comunidad (23).

De otro lado, la actualización del plan obligatorio de salud con el ingreso de algunos medicamentos para determinados diagnósticos psiquiátricos (18), se constituyó en un nuevo absurdo por la escasez de los medicamentos en las farmacias, la demora para su autorización, la restricción a unos diagnósticos específicos aprobados por el Instituto Nacional de Alimentos y Medicamentos (Invima) y el afán del médico de asignar ciertos diagnósticos para garantizar la entrega de los medicamentos, lo cual se traduce en un falso incremento de la prevalencia e incidencia de trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y retraso mental.

Adicionalmente, existen barreras de acceso a los servicios de salud mental, en parte explicadas por la escasez de psiquiatras y su concentración en las grandes ciudades (22) y la imposibilidad de acceder a terapias psicológicas específicas (cognitiva-comportamental, interpersonal, de pareja, de familia y grupal), debido a que los profesionales con esta formación no son contratados por las instituciones de salud. Otros servicios que no

se ofrecen son: grupos de apoyo, terapias para la readaptación social y ocupacional, y programas de reinserción laboral (22,24), a pesar de que la ley 1616 y el Plan Decenal de Salud Pública plantean la rehabilitación social y laboral como un derecho (19,20).

Es clara la falta de centros especializados, personal suficiente y capacitado e infraestructura adecuada para el manejo psiquiátrico hospitalario (22,24), y de otro lado, los hospitales y clínicas psiquiátricas no están en capacidad de manejar pacientes especiales como ancianos, niños, adolescentes o con enfermedad física comórbida de alta complejidad (22,25). Igualmente, numerosos hospitales psiquiátricos del país enfrentan graves problemas económicos, por las deudas de las empresas de salud a quienes prestan servicios (23).

Acciones para transformar la salud mental colombiana

Partiendo de la premisa de que la salud mental de un sujeto y de una comunidad es transformable, se puede pensar en la posibilidad de proyectar intervenciones para mejorarla (4,9).

Las siguientes estrategias han demostrado ser exitosas para promover la salud mental, prevenir algunos problemas mentales específicos, identificar y tratar oportunamente a quienes requieren servicios de salud mental y facilitar la implementación y cumplimiento de la Ley 1616 (cuadro 1).

Promover la salud mental a lo largo del ciclo vital en el hogar, escuelas, lugares de trabajo y prevenir el suicidio tanto como sea posible

Es clara la falta de centros especializados, personal suficiente y capacitado e infraestructura adecuada para el manejo psiquiátrico hospitalario.

Fun Friends en niños de pre-jardín y primero de primaria y *Friends for Life* en niños de cuarto y quinto de primaria, son programas reconocidos internacionalmente que se realizan en las escuelas y ayudan a construir resiliencia y disminuir el riesgo de trastornos de ansiedad en jóvenes. *Mental Health First Aid* es una estrategia para personas que debutan con problemas emocionales o mentales. Ayuda a reconocer los signos y síntomas, provee ayuda inicial y guía la búsqueda de ayuda profesional (26,27).

Incrementar la capacidad de las familias, cuidadores, escuelas y organizaciones comunitarias para promover la salud mental de recién nacidos, niños y adolescentes

Hasta el 70 % de los adultos con enfermedad mental reporta el inicio de los síntomas en la niñez (26). *Partners for Life* es un programa psicoeducativo frente a la depresión, suicidio y consumo de sustancias psicoactivas que se implementó en las escuelas secundarias de Quebec. Con sesiones interactivas y amigables se ayudan a los estudiantes a reconocer los signos de la enfermedad, estrategias de autocuidado y cómo cuidar pares en riesgo (28,29).

Promover entornos laborales mentalmente sanos

Crear entornos laborales mentalmente sanos beneficia a los trabajadores, sus familias y empleadores (30). Los costos de no atender los problemas de salud mental en el trabajo son significativos, ya que estos explican hasta el 47 % de los costos por incapacidades, además de la pérdida de productividad por ausentismo en algunos países (31).

Cuadro 1. Estrategias exitosas para promover la salud mental y prevenir e identificar tempranamente los problemas de salud mental

Estrategia	Iniciativa
Promover la salud mental a lo largo del ciclo vital en hogar y escuelas.	<i>Fun Friends; Friends for Life; Mental Health First Aid</i> (26,27)
Incrementar la capacidad de las familias, cuidadores, escuelas y organizaciones comunitarias para promover la salud mental de recién nacidos, niños y adolescentes.	<i>Partners for life</i> (28,29)
Promover la salud mental en los entornos laborales.	<i>Guarding Minds @ Work</i> (31)
Incrementar la capacidad de los adultos mayores, familias, entornos de cuidado y comunidad para promover la salud mental al final de la vida	<i>Canadian Coalition for Senior's Mental Health</i> (32)
Cuidar los derechos de las personas con problemas de salud mental y superar el estigma.	<i>Opening minds</i> (33,34)
Reducir la prevalencia de personas con enfermedad mental en el sistema judicial.	<i>Mental Health Strategy for corrections in Canada</i> (35,36).
Oportunidad e integración de los servicios de salud mental	<i>Mental Health Policy, Planning & Service Development. Integrating People</i> (37,38).
Atender las necesidades específicas de salud mental relacionadas con el género y la orientación sexual.	<i>Women, gender and mental health: moving out of the shadows</i> (39).
Acceso a hogar, cuidado, empleo y educación para las personas con problemas mentales.	<i>Mental Health counselor-Housing programs (full-time, Washington DC). Housing and Mental Health</i> (40,41).
Facilitar el acceso a servicios de salud mental en comunidades remotas.	<i>E-mental health</i> (42).

Establecer servicios de salud mental para adultos mayores es una estrategia multidisciplinaria que busca apoyar a instituciones y cuidadores para mejorar la atención ofrecida a los ancianos que experimentan problemas de salud mental.

Incrementar la capacidad de los adultos mayores, familias, entornos de cuidado y comunidad para promover la salud mental al final de la vida y prevenir la enfermedad mental y el suicidio tanto como sea posible

Para el 2050 el porcentaje de personas mayores pasará del 8 % al 19 %, mientras que los niños descenderán del 33 % al 22 %. Este cambio demográfico plantea retos, entre ellos, atender las enfermedades mentales, principalmente la depresión, la ansiedad y el deterioro cognitivo ([25](#)).

Establecer servicios de salud mental para adultos mayores es una estrategia multidisciplinaria que busca apoyar a instituciones y cuidadores para mejorar la atención ofrecida a los ancianos que experimentan problemas de salud mental. Se ofrecen asesorías, atención prioritaria e intervenciones terapéuticas además de referir a cuidado psiquiátrico a quienes lo requieran ([32,43](#)).

Cuidar los derechos de las personas con problemas de salud mental y superar el estigma

Se puede reducir el estigma que soportan las personas con enfermedad mental por medio de la educación ([33,44](#)). Es necesario prestar atención a la forma como se

restringen los derechos de los pacientes evitando al máximo la exclusión, la hospitalización involuntaria y el uso de medicaciones con efectos secundarios (34).

Reducir la prevalencia de personas con enfermedad mental en el sistema judicial, brindando servicios de salud mental, tratamiento y soporte

La mayoría de las personas que sufren trastornos mentales no presentan comportamientos violentos ni se involucrarán en problemas judiciales (36). Sin embargo, algunos de ellos habrán cometido los delitos como consecuencia de síntomas mentales bajo condición de inimputabilidad. Esta estrategia busca acercar a clínicos, jueces, policías y a la comunidad en general frente a los signos y síntomas de la enfermedad mental y las implicaciones legales de la inimputabilidad, además de prestar servicios de salud mental a las personas que permanecen en prisión (35).

Oportunidad e integración de los servicios de salud mental

Es necesario transformar la oportunidad de acceso a los servicios y a los tratamientos de salud mental (22). Para lograr esto se requiere mejorar la capacidad del nivel primario de atención frente al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales y su articulación con estrategias de fortalecimiento y acompañamiento psicosocial comunitario (37,38).

Formación de recurso humano

Para apoyar esta estrategia, los pregrados del área de salud requieren preparar a los estudiantes para enfrentar apropiadamente las demandas asistenciales en temas de salud mental, hasta ahora revisadas con poca profundidad (45). Igualmente, el país requiere especialistas que generen alternativas innovadoras de atención dirigidas a las necesidades de la población (46).

Atender las necesidades específicas de salud mental relacionadas con el género y la orientación sexual

Las diferentes formas, como el género, hacen vulnerable a una persona a sufrir problemas de salud mental que deben ser abordadas integralmente. Las mujeres asumen responsabilidades de cuidado, soportan mayores tasas de pobreza y son más vulnerables a sufrir abuso sexual y violencia doméstica (9). Mientras que los hombres tienen mayor dificultad para reconocer que sufren de problemas emocionales, los equipos asistenciales tienen mayor dificultad para identificar en ellos los síntomas (39,47).

Acceso a hogar, cuidado, empleo y educación para las personas con problemas mentales

Un sistema de salud mental transformado puede ofrecer refugio temporal a las personas con trastorno mental para acortar los tiempos de hospitalización y aumentar la probabilidad de que se recuperen e integren de nuevo a la comunidad (40). Además de ofrecer a los pacientes con trastorno mental grave una pensión por invalidez, lo cual se justifica porque 70 a 90 % de las personas con trastornos mentales severos son desempleados a causa de su enfermedad (41).

Facilitar el acceso a servicios de salud mental en comunidades remotas

Las barreras para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales son mayores en zonas rurales (9). Una estrategia exitosa para superar estas brechas es con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, en lo que ha sido denominado "e-mental health" o "telepsiquiatría", particularmente útiles con los más jóvenes, usuarios habituales de estas tecnologías (42).

Los pregrados del área de salud requieren preparar a los estudiantes para enfrentar apropiadamente las demandas asistenciales en temas de salud mental. Igualmente, el país requiere especialistas que generen alternativas innovadoras de atención dirigidas a las necesidades de la población.

Discusión y conclusiones

La presente revisión integra hallazgos relevantes sobre la salud mental en Colombia, una reflexión crítica sobre lo que ha sido su aplicación y desarrollo, y la búsqueda de alternativas de solución, dando cuenta de lo que ha funcionado en otros contextos.

La percepción real y lo presentado en este trabajo muestra la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, relacionadas con diferentes factores del sistema de salud y de sus integrantes, las cuales afectan especialmente a la población más pobre y vulnerable, creando una brecha entre el derecho adquirido y su materialización.

El acceso real a los servicios de salud mental enfrenta serias dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutive de sus necesidades; situación que desmotiva y limita el uso de los servicios, generando deterioro en el estado de salud con incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo. Ejemplo de esto, la alta prevalencia reportada por Castaño *et al.*, en víctimas de desplazamiento forzado por el conflicto armado en Colombia (48).

Con respecto a las iniciativas que deben tomarse en procura de mejorar la atención en salud mental en Colombia, se destaca lo sugerido por la *Mental Health Commission of Canada*.

Lo reflexionado en este artículo debe tomarse en consideración al formular políticas públicas. Los planes diseñados de manera específica y basados en la evidencia, para atender las necesidades particulares de estas poblaciones muestran resultados promisorios. También es notable la necesidad de realizar investigaciones dirigidas específicamente a evaluar la efectividad de las políticas públicas en Colombia.

Limitaciones: la literatura encontrada en relación con las políticas sobre salud mental en Colombia es escasa y no corresponde a estudios empíricos, por lo que lo presentado debe tomarse con cautela, pues solo constituye una recopilación de datos y la reflexión de los autores.

Conflicto de intereses: los autores no declaran.

Bibliografía

1. Taborda MC. Consideraciones generales para delinear políticas [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/2.+Consideraciones_Generales_PoliticasyPublicas_Salud_Mental.pdf
2. Gómez Arias R, Rodríguez Ospina F, Martínez Ruíz O, Agudelo Vanegas N, Zea L, González E. Gestión de políticas públicas y salud. Rev Hacia Promoc Salud Univ Caldas. diciembre de 2005;10:9-21.
3. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. repr. Geneva: World Health Organization; 2002. 178 p. (The world health report).
4. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental [Internet]. Ginebra, Suiza; 2004 [citado 10 de octubre de 2017]. Disponible en: www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

El acceso real a los servicios de salud mental enfrenta serias dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutive de sus necesidades.

5. Ardón-Centeno N, Cubillos-Novella A. La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. Rev Gerenc Políticas Salud. 2012;11(23).
6. Healthcare BV. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) [Internet]. 2016 [citado 14 de febrero de 2018]. Disponible en: www.casp-uk.net/casp-tools-checklists
7. Posada Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Carlos-Gómez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Rev Colomb Psiquiatr. 2004;33(5):241-62.
8. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. Rev Colomb Psiquiatr. diciembre de 2016;45:2-8.
9. World Health Organization. Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Funk M, editor. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. 74 p.
10. Cía AH, Rojas RC, Adad MA. Current clinical advances and future perspectives in the psychiatry/mental health field of Latin America. Int Rev Psychiatry. agosto de 2010;22(4):340-6.
11. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 (Sistema de Seguridad Social Integral). Sec. 148 (41) 1993 p. 1-42.
12. Insel TR, Collins PY, Hyman SE. Darkness invisible: The hidden global costs of mental illness. Foreign Aff. 2015;94:127.
13. Ministerio de Salud. Resolución 2358 de 1998. Por el cual se adopta la política nacional de salud mental. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf
14. Corte Constitucional República de Colombia. Sentencia No. T-013/95 [Internet]. Disponible en: <http://corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/T-013-95.htm>
15. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
16. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007 (10 de agosto de 2007) Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 [Internet]. Disponible en: www.ins.gov.co/normatividad/Normatividad/DECRETO%203039_2007%20Plan%20Nacional%20SP%202007-2010.pdf
17. Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión de regulación en salud CRES. Acuerdo 029 de 2011 (28 de diciembre de 2011). Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/ACTUALIZACI%C3%93N%20POS%202012/Acuerdo%20029%20de%202011.pdf>

18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5521 de 2013 (27 de diciembre de 2013). Por el cual se define. Aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%205521%20de%202013.pdf>
19. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 del 21 de enero de 2013. [Internet]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión social y salud mental. En: Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021 [Internet]. Bogotá; 2013 [citado 10 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
21. Posada J. La Salud Mental en Colombia. *Bioméd Rev Inst Nac Salud*. 2013;3.
22. González L, Peñaloza R, Matallana M, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta A. Determining Factors in the Access to Mental Health Services by the Adult Colombian Population. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45:89-95.
23. Novoa-Gómez MM. De la salud mental y la salud pública. *Rev Gerenc Polit Salud*. diciembre de 2012;11(23):1-9.
24. Zaraza-Morales DR, Hernández-Holguín DM. Towards a community mental health care for people with schizophrenia in Colombia. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(8):2607-18.
25. Cardona Arango D, Segura Cardona A, Garzón Duque M, Segura Cardona A, Sierra SM. Health status of elderly persons of Antioquia, Colombia. *Rev Bras Geriatr E Gerontol*. febrero de 2016;19(1):71-86.
26. O'Connell ME, Warner KE, editores. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington, D.C: National Academies Press; 2009. 562-579 p.
27. Rose H, Miller L, Martinez Y. « Friends for Life»: the results of a resilience-building, anxiety-prevention program in a Canadian elementary school. *Prof Sch Couns*. 2009;12(6):400-7.
28. Bartram M, Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary: Mental Health Commission of Canada; 2012.
29. Rojas-Andrade R, Leiva-Bahamondes L, Vargas AMB, Squicciarini-Navarro AM. Efectos de la fidelidad de la implementación sobre los resultados de una intervención preventiva en salud mental escolar: un análisis multinivel. *Psychosoc Interv* [Internet]. marzo de 2017 [citado 6 de mayo de 2018]; Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1132055916300643>

30. Corbière M, Shen J, Rouleau M, Dewa CS. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work Read Mass.* 2009;33(1):81-116.
31. Smetanin P, Stiff D, Briante C, Adair C, Ahmad, Khan. The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada. Report commissioned by the Mental Health Commission of Canada 2011. 2011;
32. Cattan M. *Mental health and well-being in later life.* Maidenhead: Open University Press; 2009. 177 p.
33. Stuart H, Chen S-P, Christie R, Dobson K, Kirsh B, Knaak S, et al. Opening Minds in Canada: Background and Rationale. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* octubre de 2014;59(10 Suppl 1):S8-12.
34. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin H-M, Altenor A, Altenor RJ, et al. Special Section on Seclusion and Restraint: Pennsylvania State Hospital System's Seclusion and Restraint Reduction Program. *Psychiatr Serv.* septiembre de 2005;56(9):1115-22.
35. Crocker AG, Nicholls TL, Côté G, Latimer EA, Seto MC. Individuals Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder: Are We Providing Equal Protection and Equivalent Access to Mental Health Services Across Canada? *Can J Commun Ment Health.* septiembre de 2010;29(2):47-54.
36. Stuart H. Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry.* junio de 2003;2(2):121-4.
37. Villa Gómez JD, Londoño NM, Gallego M, Arango LI, Rosso Pérez M. Apoyo mutuo, liderazgo afectivo y experiencia clínica comunitaria acompañamiento psicossocial para la "rehabilitación" de víctimas del conflicto armado. *Agora USB.* 2016;16(2):427.
38. Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, et al. Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:66.
39. Oliffe JL, Phillips MJ. Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *J Mens Health.* 2008;5(3):194-202.
40. Schön U-K, Denhov A, Topor A. Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry.* 2009;55(4):336-47.
41. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2006;189:65-73.
42. Manahan CM, Hardy CL, MacLeod MLP. Personal characteristics and experiences of long-term allied health professionals in rural and northern British Columbia. *Rural Remote Health.* 2009;9(4):1238.

43. Canadian Electronic Library. Advancing the Mental Health Strategy for Canada: a Framework for Action (2017-2022). [Internet]. 2016 [citado 10 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.deslibris.ca/ID/10065533>
44. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Rev Colomb Psiquiatr. 2014;43(3):162-7.
45. Weirnerman R, Campbell H, Miller M, Stretch J, Kallstrom L, Kadlec H, et al. Improving mental healthcare by primary care physicians in British Columbia. Healthc Q Tor Ont. 2011;14(1):36-8.
46. Palacio C. La investigación y el posgrado en psiquiatría. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2012;41. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80625873011>
47. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-97.
48. Castaño G, Sierra G, Sánchez D, Torres Y, Salas C, Buitrago C. Trastornos mentales y consumo de drogas en población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia. Biomédica. 2017;38.