

## **TRABAJO DE GRADO**

Propuesta de ajustes normativos y estrategias de exigibilidad del enfoque de salud mental en programas de derechos humanos en Quibdó desde el marco constitucional e internacional

Corporación Universitaria Remington  
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas  
Tecnología en Gestión de Derechos Humanos, Paz y Resolución de Conflictos

Autora  
Jadith Yulieth Mosquera Lemos  
Tutor  
Sergio Luis Mondragón Duarte  
Investigación crítica-jurídica  
2025

## **Dedicatoria**

Dedico este proyecto de grado con respeto, admiración y gratitud a aquellas personas que han sido pilares fundamentales en mi proceso de formación profesional y personal, y cuyo constante acompañamiento ha hecho posible la culminación de esta significativa etapa académica en el ámbito de la Gestión en Derechos Humanos.

A Dios, por su testimonio de la fidelidad divina y de la fuerza que me concedió. En virtud de ello, con humildad y gratitud, consagro este trabajo a Dios, a quien debo todo lo que soy, todo lo que he logrado y todo lo que espero seguir construyendo para el bien común.

A mis docentes, quienes, con dedicación y compromiso, fueron guías y referentes de conciencia crítica y compromiso social. Gracias, porque su orientación me aportó una visión para ejercer mi vocación desde la integridad. Aprecio su exigencia académica, su apertura al diálogo y el compromiso con la formación de profesionales al servicio de la dignidad humana, el cual me motivó a comprender el valor de la justicia social como fundamento esencial para construir una sociedad más equitativa.

De manera muy especial, a mi madre, mujer admirable y valiente, dedico con amor y orgullo estas páginas. Tu fortaleza y tu amor han sido el fundamento de mis aspiraciones y la motivación de mi esfuerzo.

## Tabla de Contenidos

1. Introducción .....	8
1.1. Marco teórico .....	10
1.1.1. Enfoque conceptual de salud mental como derecho fundamental .....	10
1.1.2. Perspectiva sociológica y comunitaria de salud mental.....	12
1.1.3. Enfoques jurídicos y estrategias de exigibilidad.....	14
2. Marco normativo.....	16
3. Planteamiento del problema.....	20
4. Justificación .....	24
5. Objetivos .....	26
5.1. Objetivo General.....	26
5.2. Objetivos específicos .....	26
6. Metodología .....	27
7. Resultados.....	32
7.1. Resultados del análisis del marco jurídico nacional e internacional.....	32
7.1.1. Hallazgos sobre estándares internacionales aplicables al derecho a la salud mental	32
7.1.2. Hallazgos sobre Constitución y legislación colombiana (armonización con el bloque de constitucionalidad) .....	35
7.1.3. Coherencias y tensiones normativas que afectan programas de derechos humanos en Quibdó .....	38
7.1.4. Implicaciones jurídicas para la incorporación del enfoque de salud mental en el nivel local .....	39
7.2. Resultados del diagnóstico de vacíos normativos, institucionales y programáticos en Quibdó.....	40
7.2.1. Vacíos y ambigüedades normativas en el ámbito municipal y su articulación intergubernamental.....	40
7.2.2. Capacidades institucionales: gobernanza, talento humano, presupuesto y coordinación intersectorial.....	42
7.2.3. Brechas programáticas y de acceso con enfoque territorial, diferencial y étnico	44
7.2.4. Buenas prácticas identificadas, cuellos de botella y prioridades de cierre de brechas.....	45
7.3. Resultados de la formulación de ajustes normativos y mecanismos de exigibilidad .....	46
7.3.1. Propuestas de ajuste normativo para el ámbito local .....	47

7.3.2.	Mecanismos de exigibilidad y control social: acciones, rutas y órganos de seguimiento .....	48
7.3.3.	Estrategia de implementación territorial .....	49
7.3.4.	Medidas de mitigación para la sostenibilidad normativa e institucional ..	52
7.4.	Discusión.....	54
8.	Conclusiones .....	56
9.	Bibliografía .....	59

## Contenido de Figuras

<b>Figura 1</b> IPS con servicios de salud mental en Colombia, 2024.....	21
<b>Figura 2</b> Camas para servicios de salud mental por departamento, 2024.....	21
<b>Figura 3</b> Enfoque de la metodología.....	27
<b>Figura 4</b> Diseño metodológico.....	27
<b>Figura 5</b> Fuentes documentales.....	28
<b>Figura 6</b> Métodos de análisis .....	29
<b>Figura 7</b> Métodos de validación.....	30

## Contenido de Tablas

<b>Tabla 1</b> Marco normativo del derecho a la salud mental y su exigibilidad en derechos humanos (Internacional, Nacional, Departamental y Municipal).....	16
<b>Tabla 2</b> Capacidad instalada para servicios de Salud mental.....	22
<b>Tabla 3</b> Resultados esperados. ....	30
<b>Tabla 4</b> Estándares internacionales aplicables al derecho a la salud mental y su utilidad programática local.....	33
<b>Tabla 5</b> Constitución y legislación colombiana sobre salud (mental) y su armonización con el bloque de constitucionalidad.....	36
<b>Tabla 6</b> Matriz de vacíos y ambigüedades normativas en el nivel municipal y su articulación intergubernamental (salud mental, Quibdó).....	40
<b>Tabla 7</b> Capacidades institucionales para salud mental: gobernanza, talento humano, presupuesto y coordinación intersectorial (enfoque operativo para Quibdó) .....	42
<b>Tabla 8</b> Brechas programáticas y de acceso con enfoque territorial, diferencial y étnico (Quibdó).....	44
<b>Tabla 9 .</b> Buenas prácticas, cuellos de botella y prioridades de cierre de brechas (Quibdó – salud mental).....	46
<b>Tabla 10</b> Cronograma jurídico-operativo de ajustes normativos locales (12 meses) .....	47
<b>Tabla 11</b> Mecanismos de exigibilidad y control social en salud mental (Quibdó) .....	48
<b>Tabla 12</b> Indicadores clave de implementación territorial en salud mental (Quibdó).....	50
<b>Tabla 13</b> Riesgos, supuestos y medidas de mitigación para la sostenibilidad normativa e institucional.....	52

### **Resumen**

Este trabajo propone cómo aterrizar el enfoque de salud mental en los programas de derechos humanos de Quibdó con herramientas concretas y medibles. Primero, se identificaron los principales vacíos locales: Poca claridad en las gestiones, recursos sin señalización para salud mental, rutas fragmentadas entre el primer nivel y los servicios especializados, y brechas de acceso que golpean con más fuerza a comunidades afro e indígenas y a zonas rurales con problemas de orden público. Luego, se diseñó una respuesta práctica: adoptar un Acuerdo Municipal de Política de Salud Mental, crear un Comité Intersectorial con participación real de usuarios y autoridades étnicas, formalizar la red municipal y una ruta integral en APS con apoyos para la toma de decisiones, ajustes razonables, trabajo extramural y protocolos no coercitivos. Para que todo se cumpla, se alinean contratación y presupuesto con metas claras, se fortalecen la tutela, las PQRD, las veedurías y la transparencia de datos, y se monitorean cinco indicadores: Oportunidad y trato digno, continuidad, cumplimiento de acuerdos, adaptación intercultural y despliegue extramural. Por último, se previenen medidas frente a riesgos previsibles (financiación, talento humano, coordinación), de modo que, la propuesta sea sostenible y verificable en el tiempo.

**Palabras clave:** Salud mental, Derechos humanos, Exigibilidad jurídica, Normativa constitucional, Política pública territorial.

## 1. Introducción

La situación de salud mental en Colombia enfrenta una tensión estructural entre los estándares constitucionales, los compromisos internacionales y la realidad cotidiana en territorios como Quibdó donde las poblaciones vulneradas carecen de políticas públicas eficaces para abordar este ámbito desde una perspectiva de derechos humanos. La normativa nacional reconoce la salud mental como parte del derecho fundamental a la salud (Artículo 49 Constitución Política de Colombia), pero su implementación práctica permanece fragmentada y poco garantizada en municipios que históricamente han sido marginados. En paralelo, los tratados internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)<sup>1</sup> demandan la adopción de medidas concretas para asegurar el “más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12), lo que implica obligaciones progresivas de política pública que deben traducirse en ajustes normativos reales (Vela, 2020).

Estos estándares legales exigen una revisión crítica del enfoque de salud mental en los programas de derechos humanos locales, dado que, en contextos como Quibdó, existen vacíos sustanciales en la articulación normativa, institucional y cultural. Investigaciones sobre legislación nacional han documentado, por ejemplo, cómo la Ley 1616 de 2013 busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, pero su operatividad en los territorios históricamente desfavorecidos es limitada y requiere fortalecimiento (Samaniego & Maldonado, 2024). Estudios comparativos incluso han señalado que, en otros países latinoamericanos, se han logrado avances mediante modelos comunitarios que integran atención primaria, prevención y tecnología digital, lo cual contrasta con las barreras existentes en zonas marginadas colombianas (Hernández, 2025).

El contexto quibdoseño expone de manera clara la fragilidad de los mecanismos existentes para exigir la inclusión del enfoque de salud mental en los programas de derechos humanos. En tal municipio, donde la violencia y las inequidades sociales impactan directamente el bienestar psicosocial, la ausencia de herramientas legales accesibles impide que comunidades vulnerables puedan reclamar sus derechos de manera efectiva. Una problemática similar se identificó en cárceles colombianas, donde colectivos de internas desarrollan iniciativas de apoyo emocional ante la falta de atención

---

<sup>1</sup> El PIDESC es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966), un tratado que obliga a los Estados a garantizar progresivamente y sin discriminación derechos como salud, educación, trabajo y seguridad social.

institucional, lo cual revela la necesidad de mecanismos normativos robustos que permitan la exigibilidad externa e interna (Suarez, 2012).

Además, los instrumentos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, reconocen derechos fundamentales como la no discriminación, la participación, la integridad física y mental, y la accesibilidad a servicios de salud adecuados para personas con discapacidad psicosocial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). La ausencia de protocolos locales para garantizar ajustes razonables o servicios accesibles evidencia que, en muchos lugares, la letra de la ley no se traduce en prácticas concretas que permitan exigir efectivamente estos derechos.

A la luz de lo anterior, resulta indispensable formular propuestas de ajustes normativos que articulen el marco constitucional, los tratados internacionales y las políticas públicas nacionales, con el propósito de crear herramientas jurídicas que las comunidades y organizaciones puedan usar para exigir cambios estructurales. Es necesario proponer mecanismos institucionales claros, acciones de tutela específicas, lineamientos para participación comunitaria y protocolos sensibles al contexto local que faciliten la integración del enfoque de salud mental en planes territoriales de derechos humanos.

El reciente tránsito legislativo en Colombia, especialmente la Ley 2460 de 2025 que crea una subcuenta presupuestal específica para salud mental y facilita el acceso directo a servicios psicológicos, ofrece un punto de partida renovado para revisar y adaptar normativas locales en municipios como Quibdó (Gallo, 2025). Esta nueva ley introduce elementos clave como la eliminación de la remisión obligatoria, la formación ampliada de psiquiatras y la integración de redes mixtas, pero aún requiere traducción institucional a nivel territorial para tener impacto real en poblaciones rurales y urbano-marginales.

En el contexto regional latinoamericano se observa que modelos que favorecen la atención comunitaria, la reducción del estigma y la intervención temprana han resultado efectivos en otros países como Chile y Uruguay, los cuales han priorizado políticas integrales y medidas normativas claras para cerrar las brechas existentes en salud mental (Gallo, 2025). Esa experiencia comparada sugiere caminos alternativos para fortalecer la normatividad local en Colombia, siempre desde un enfoque que combine garantías legales, participación ciudadana y enfoque territorial.

Por tal motivo, este trabajo de grado de investigación crítica-jurídica propone como propósito central elaborar una propuesta de ajustes normativos y estrategias de exigibilidad adaptadas al contexto de Quibdó, que interpreten desde lo constitucional e internacional los estándares ya existentes y los transformen en herramientas prácticas para comunidades e instituciones. La pregunta guía que orienta esta reflexión jurídica-crítica es:

*¿Cómo formular ajustes normativos y estrategias de exigibilidad que garanticen la inclusión efectiva del enfoque de salud mental en programas de derechos humanos en Quibdó, desde el marco constitucional colombiano y los tratados internacionales suscritos por el Estado?*

La respuesta a esta pregunta requerirá no solamente un análisis legal, sino también una aproximación matizada a las realidades locales, involucrando actores comunitarios, institucionales y técnicos.

En conclusión, se busca combinar un pensamiento crítico con una profundidad conceptual auténtica que permita trascender formulismos y generar propuestas normativas viables, que posibiliten la exigibilidad real del derecho a la salud mental dentro de los programas de derechos humanos en Quibdó.

## **1.1.Marco teórico**

### ***1.1.1. Enfoque conceptual de salud mental como derecho fundamental***

La salud mental ha sido reconocida como parte del derecho fundamental a la salud en el marco constitucional colombiano y en los tratados internacionales suscritos por el Estado, lo cual implica una responsabilidad estatal para garantizar su realización efectiva y no meramente declarativa, lo que exige pasar del reconocimiento normativo a la implementación territorial. La Constitución Política de Colombia establece con claridad que “la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado” y que las entidades públicas y privadas deben garantizar su acceso sin discriminación (Constitución Política, 1994). Este reconocimiento constitucional adquiere mayor significado cuando se armoniza con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que exige medidas concretas para garantizar el “más alto nivel posible de salud física y mental (Sanmartín, 2018).

En este sentido, la Ley 1616 de 2013 afianza esa vinculación al definir la salud mental como un derecho fundamental, estableciendo que ésta es “de interés nacional, tema

prioritario de salud pública y componente esencial del bienestar y la calidad de vida” (Hernández & Sanmartín, 2018). Aun así, como diversos autores han señalado, existe una brecha entre esa ambición normativa y la realidad institucional, que se manifiesta en dificultades para traducir esa norma en políticas eficaces, sobre todo en contextos marginados como Quibdó, lo que ejemplifica la tensión estructural entre discurso y praxis (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

Investigaciones recientes sobre implementación de servicios de salud mental en Colombia han identificado barreras significativas en acceso, continuidad y contextualización local. Los hallazgos reportan falta de personal especializado, infraestructura insuficiente, procedimientos burocráticos y ausencia de coordinación multisectorial, lo que sitúa al derecho a la salud mental en una condición de déficit real pese al reconocimiento legal (Rubio et al., 2025). Al mismo tiempo, estas deficiencias refuerzan un enfoque predominantemente asistencial y curativo, en lugar de preventivo y comunitario.

El enfoque de derechos humanos en salud mental reconoce que las personas que viven con trastornos psicosociales son particularmente vulnerables y objeto de prejuicios, discriminación y exclusión social. Por ello, la Organización Panamericana de la Salud postula un enfoque basado en derechos que promueve la autonomía, dignidad y participación plena de quienes son afectados, desde una perspectiva integral (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Esta mirada se alinea con una definición ampliada de salud mental que incluye recursos emocionales, cognitivos, conductuales y espirituales, articulada en la Política Nacional de Salud Mental actualizada (2024-2033).

La literatura académica ha desarrollado reflexiones críticas sobre las implicaciones éticas y políticas de la salud mental en Colombia, subrayando que, lejos de ser un campo neutral, está atravesado por tensiones entre criterios económicos, calidad del servicio y estigma social, lo cual contribuye a la paradoja normativa detectada por distintos estudios (Hernández E. , 2025). Desde esta perspectiva, resulta crucial considerar la dimensión sociopolítica que estructura las políticas públicas, dado que, las decisiones sobre financiamiento, diseño institucional y prioridades, impactan directamente la posibilidad de que el derecho se ejerza de manera concreta.

Un cuerpo relevante de teoría sostiene que los enfoques de salud mental deben trascender la lógica medicalizante y abordar los determinantes sociales, comunitarios e interpersonales. La revisión sistemática de aproximaciones interpretativas en Colombia

destaca la necesidad de diálogo entre perspectivas psicomédicas y sociológicas, advirtiendo que el reduccionismo biomédico no da cuenta cabal de la complejidad del sufrimiento psicosocial ni de sus causas estructurales (Osorio, 2022). Una visión más crítica propone entender qué significa salud mental en contextos marcados por desigualdad, violencia histórica y desplazamiento, como ocurre en Quibdó.

Al mismo tiempo, desde el derecho internacional se ha enfatizado en la necesidad de leyes y políticas preventivas como función central del derecho a la salud mental. Las propuestas desde el campo jurídico, como las expresadas en el "*Public Mental Health Framework*", abogan por que la legislación no se reduzca a reaccionar ante crisis individuales, sino que promueva condiciones estructurales propicias al bienestar emocional colectivo (Wilson, 2025). Esta orientación reconfigura el rol del derecho como herramienta preventiva, protectora y promotora de salud mental comunitaria.

Finalmente, la literatura también resalta el valor transformador de la formación profesional con enfoque en derechos humanos aplicados a salud mental. Experiencias como la estrategia Quality Rights, implementada en Colombia, han demostrado que la educación en derechos reduce el estigma y mejora la empatía en estudiantes de medicina y trabajo social, lo cual refuerza la atención centrándose en la dignidad de las personas (Hernández y otros, 2025). Este hallazgo es relevante tanto para el diseño de políticas formativas, como para la exigibilidad institucional en contextos locales.

### ***1.1.2. Perspectiva sociológica y comunitaria de salud mental***

El enfoque sociológico respecto a la salud mental enfatiza que las causas del sufrimiento psicosocial no pueden explicarse únicamente desde una lógica individual o biomédica, sino que deben situarse en estructuras sociales, condiciones de vida y dinámicas de poder que configuran vulnerabilidades y excluyentes. En línea con la sociología de la desviación y la enfermedad mental, autores como Hernández Holguín y Sanmartín Rueda han planteado que las políticas de salud mental en Colombia están atravesadas por contradicciones entre derechos humanos, eficiencia administrativa y estigmatización social, lo cual revela una paradoja normativa-práctica (Hernández & Sanmartín, 2018).

Esa tensión se acentúa cuando la investigación sociológica documenta cómo el enfoque positivista o epidemiológico domina el diseño de servicios, mientras quedan relegadas las narrativas experienciales, culturales y de construcción simbólica del sufrimiento mental, lo cual limita la capacidad de las políticas para ser sensibles al contexto real de la población (Hernández D.-M. , 2020). La revisión teórica sugiere que un enfoque

interdisciplinario no solo es deseable, sino imprescindible para comprender plenamente la complejidad de los determinantes psicosociales.

En episodios de conflicto armado que afectan a regiones como Quibdó, las intervenciones comunitarias han demostrado mayor eficacia al incorporar liderazgos locales, adaptarse culturalmente y responder a dinámicas de violencia, desplazamiento e interrelaciones comunitarias propias del territorio (Rubio et al., 2025). Bajo ese enfoque, la salud mental se entiende como un fenómeno colectivo que requiere respuestas colectivas y contextuales.

Al mismo tiempo, se reconoce que las comunidades vulneradas poseen capacidades propias para participar en la construcción de soluciones, lo cual requiere no solo estudios etnográficos o cualitativos, sino también mecanismos efectivos de participación comunitaria en diseño e implementación de políticas. Esta participación no puede ser tokenista sino empoderadora y normativa, para que transforme las condiciones estructurales y permita exigir derechos desde la realidad local (Posada, 2016).

La interpretación sociológica también aporta elementos para analizar cómo el estigma se construye y reproduce a través de discursos, prácticas institucionales y representaciones culturales. Esa perspectiva resulta clave para diseñar estrategias normativas que no solo incorporen la dimensión clínica, sino que aborden las narrativas sociales que perpetúan la marginalización de personas con trastornos psicosociales (Polo & Villa, 2021). Además, la literatura indica que los modelos comunitarios en países como Chile y Uruguay han logrado reducir barreras de acceso, fomentar la prevención temprana y promover entornos de apoyo mutuo, lo cual contrasta con el modelo más centralizado y medicalizante que predomina en Colombia y evidencia el potencial de traducción al contexto colombiano (Cotonierto & Rodríguez, 2021).

Asimismo, el enfoque sociológico multisectorial reafirma que la salud mental no se aborda únicamente en el ámbito de la salud, sino también en educación, trabajo, vivienda y entorno social, por lo cual las respuestas normativas deben ser transversales y coordinadas, superando la fragmentación institucional que impide respuestas integrales. Finalmente, desde la teoría sociológica emergen herramientas críticas para analizar cómo las desigualdades territoriales y étnicas (como en Quibdó con comunidades afro e indígenas) configuran experiencias diferenciadas de sufrimiento psicosocial y de acceso a derechos, lo que exige propuestas normativas y de implementación específicas y diferenciadas, no modelos homogéneos que invisibilizan la diversidad estructural del país.

### ***1.1.3. Enfoques jurídicos y estrategias de exigibilidad***

El análisis jurídico del derecho a la salud mental no puede limitarse a la existencia de normas positivas, sino que debe incluir una dimensión de justiciabilidad y exigibilidad que muestre cómo esos derechos se transforman en instrumentos efectivos de transformación social. Desde la Corte Constitucional de Colombia se han generado sentencias que reconocen expresamente el derecho a la salud mental como fundamental, sentando precedentes para su protección judicial y política pública, aunque el cumplimiento territorial aún presenta deficiencias reales (Vela, 2020).

En este marco, el enfoque basado en derechos humanos prescribe no solo la elaboración o ajuste normativo, sino también estrategias institucionales para garantizar el acceso efectivo: mecanismos de tutela colectiva, protocolos de atención obligatoria, participación comunitaria vinculante y organismos de supervisión independientes que puedan actuar ante incumplimientos sistemáticos, lo cual trasciende la lógica asistencial y convierte el derecho en un instrumento transformador. La nueva Ley 2460 de 2025 representa una oportunidad estratégica para repensar normativas locales. Al incluir por primera vez una subcuenta presupuestal específica para salud mental, eliminar la remisión general obligatoria y ampliar cupos para formación profesional, esa ley ofrece un marco fortalecedor que puede traducirse en ajustes locales con impacto real, siempre que se diseñen instrumentos de monitoreo y rendición de cuentas claras (Gallo, 2025).

No obstante, la experiencia comparada muestra que la existencia de leyes robustas no garantiza implementación efectiva si no se diseñan mecanismos de vigilancia ciudadana, sanciones administrativas y procesos de participación y vinculante, lo cual exige un diseño normativo integral y estratégico para poner en marcha la exigibilidad desde lo local. Un elemento central del enfoque jurídico es la articulación entre los estándares internacionales (como PIDESC y Observación General 14 del CESCR) y la normativa interna, de manera que, los instrumentos supranacionales sirvan como insumo para interpretar y aplicar las leyes locales con altura técnica y coherencia con obligaciones globales, permitiendo su uso en litigio estratégico y exigibilidad institucional (Porsdam et al., 2016).

Además, las estrategias jurídicas deben contemplar formación y fortalecimiento del personal técnico y comunitario en derechos: la implementación de programas como Quality Rights puede formar defensores locales capaces de usar marcos nacionales e internacionales para reclamar derechos, reducir estigma y transformar prácticas institucionales con enfoque humanitario y legal (Agudelo et al., 2025). En ese sentido, el

diseño normativo debe incluir cláusulas específicas sobre presupuesto mínimo, responsabilidades institucionales diferenciadas, plazos de implementación y mecanismos de control comunitario, lo cual contrarresta prácticas administrativas dilatorias o la invisibilidad operativa de los programas en contextos rurales y marginales como Quibdó.

También, se recomienda el establecimiento de protocolos que involucren activamente a líderes comunitarios, organizaciones locales y representantes étnicos, los cuales estarían legitimados para intervenir como garantes del cumplimiento de derechos. Esta participación institucionalizada es fundamental para garantizar que los ajustes normativos se transformen en prácticas exigibles.

Finalmente, la profundización del marco teórico jurídico debe considerar la experiencia histórica de vulneración de derechos en contextos conflictivos, que exige una respuesta transformadora y reparadora. El enfoque jurídico debe incorporar una dimensión de justicia psicosocial y reparación simbólica, que vincule el derecho a la salud mental con derechos territoriales, reparación colectiva y reconciliación cultural.

## 2. Marco normativo

El marco normativo del presente trabajo tiene como propósito establecer las disposiciones legales y principios rectores que sustentan el derecho a la salud mental como parte integral del sistema de derechos humanos. Este análisis se organiza en cuatro niveles: internacional, nacional, departamental y municipal, con el fin de identificar los mandatos jurídicos vigentes y evidenciar las brechas que existen entre el reconocimiento formal del derecho y su efectiva implementación, especialmente en territorios históricamente marginados como Quibdó. A través de esta revisión, se busca sustentar jurídicamente la necesidad de ajustes normativos que fortalezcan los mecanismos de exigibilidad en contextos de alta vulnerabilidad social y limitada capacidad institucional.

**Tabla 1** Marco normativo del derecho a la salud mental y su exigibilidad en derechos humanos (Internacional, Nacional, Departamental y Municipal)

Nivel	Norma/Instrumento	Contenido relevante	Observaciones
<b>Internacional</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) – Artículo 12	Reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.	Ratificado por Colombia mediante Ley 74 de 1968; integra el bloque de constitucionalidad.
	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) – Arts. 25 y 26	Obliga a los Estados a garantizar servicios de salud sin discriminación por motivos de discapacidad psicosocial.	Incorporada mediante Ley 1346 de 2009.
	Observación General N.º 14 del Comité DESC	Detalla los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la prestación de servicios de salud mental.	Herramienta clave para la evaluación del cumplimiento del PIDESC.

	Declaración Universal de Derechos Humanos <i>Art. 25</i>	Reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo la salud.	Aunque no es vinculante, tiene valor interpretativo universal.
	Principios de calidad y derechos de la OMS (Quality Rights)	Establecen estándares para servicios de salud mental basados en dignidad, inclusión y autonomía.	Promovidos activamente en América Latina desde 2018.
<b>Nacional</b>	Constitución Política de Colombia – Arts. 1, 11, 13, 49 y 93	Reconoce la salud como un derecho fundamental, el deber del Estado de su garantía y el bloque de constitucionalidad.	Artículo 93 integra tratados internacionales ratificados.
	Ley 1616 de 2013	Regula la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental.	Base normativa principal sobre salud mental en Colombia.
	Ley 1346 de 2009	Aprueba la Convención sobre Discapacidad y reconoce derechos psicosociales.	Implica ajustes institucionales y medidas de accesibilidad.
	Ley 2460 de 2025	Reforma el modelo de atención en salud mental: subcuenta exclusiva, eliminación de remisión, inclusión de redes mixtas.	Requiere reglamentación local para implementación efectiva.

	Sentencias T-760/08, T-025/04, T-010/16 (Corte Constitucional)	Reconocen el derecho a la salud mental como autónomo, exigible y parte de una atención integral.	Jurisprudencia consolidada de valor vinculante.
<b>Departamental (Chocó)</b>	Ordenanza 041 de 2019 (Asamblea Departamental del Chocó)	Declara la salud mental como prioridad en la política pública de salud del departamento.	Su implementación presenta debilidades administrativas.
	Plan Departamental de Salud 2020-2023	Incluye componente psicosocial con enfoque diferencial.	Falta articulación con políticas municipales.
	Comité Departamental de Salud Mental	Instancia técnica de seguimiento a la política pública.	Requiere mayor articulación con el nivel local (Quibdó).
<b>Municipal (Quibdó)</b>	Plan de Desarrollo Municipal "Quibdó con dignidad 2020-2023"	Incluye eje estratégico de salud mental, pero sin líneas operativas ni presupuesto definido.	Refleja debilidad en la operativización del enfoque psicosocial.
	Política Pública de Salud Mental (borrador 2022 – sin adopción formal)	Documento técnico no adoptado normativamente por el Concejo Municipal.	Su inexistencia jurídica limita acciones programáticas.
	Convenios interinstitucionales con la ESE Hospital San Francisco de Asís	Enfocados en atención individual básica.	Ausencia de enfoque comunitario, diferencial y de derechos humanos.

Fuente. Elaboración propia.

La revisión del marco normativo evidencia que, aunque Colombia cuenta con una arquitectura legal robusta a nivel internacional y nacional para garantizar el derecho a la salud mental, la traducción de estas normas en políticas operativas y mecanismos de exigibilidad en el nivel local particularmente en el municipio de Quibdó, es insuficiente o inexistente. Esta brecha normativa y programática genera condiciones de desigualdad estructural, que impiden a las comunidades acceder a servicios adecuados y ejercer sus derechos de forma plena. La inexistencia de una política pública municipal formalmente adoptada, junto con la limitada articulación entre niveles de gobierno, refuerza la necesidad de ajustar el marco normativo local mediante propuestas que armonicen el enfoque de derechos humanos, la equidad territorial y la participación comunitaria en la garantía del derecho a la salud mental.

### 3. Planteamiento del problema

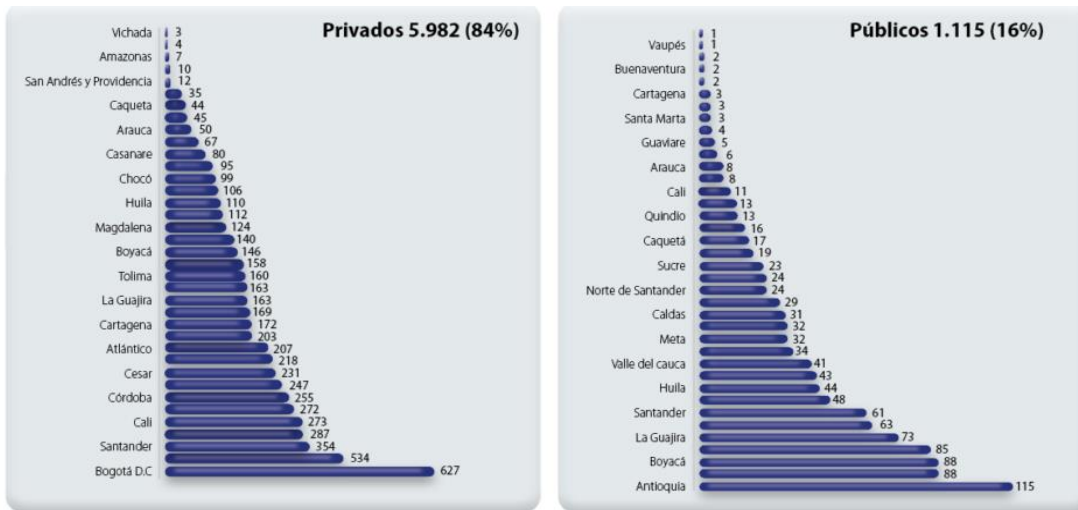
En el departamento del Chocó, particularmente en Quibdó, la provisión de servicios de salud mental enfrenta desafíos estructurales que comprometen el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental. Las brechas en atención primaria evidenciadas por el estudio mhGAP muestran obstáculos como dispersión geográfica, conflicto armado, falta de recursos institucionales y dificultades administrativas que impiden el acceso real a servicios integrales (Agudelo et al., 2025). Esa situación se intensifica en comunidades alejadas como Alto Baudó, donde la atención está a cargo de apenas dos psicólogas para casi 30 000 habitantes dispersos por ríos y trochas, lo cual configura una emergencia en términos de cobertura y calidad de atención (MSF, 2023).

De modo similar, la evidencia nacional señala que, en Colombia los problemas neuropsiquiátricos representan aproximadamente el 35 % de los años de vida perdidos por discapacidad y que la prevalencia anual de trastornos mentales es del 4 %, afectando especialmente a mujeres con depresión y ansiedad. Estos indicadores muestran que, a pesar del reconocimiento del problema en cifras oficiales, la respuesta institucional es insuficiente y no proporcional a la magnitud del fenómeno (Agudelo et al., 2025).

A nivel normativo, aunque la legislación colombiana reconoce la salud mental como un derecho fundamental desde la (Ley 1616, 2013) y se ha actualizado la Política Nacional de Salud Mental (2024-2033), persisten vacíos en la evidencia sobre prevalencias localizadas, especialmente en poblaciones vulnerables, víctimas de desplazamiento y comunidades étnicas que viven en condiciones de conflicto y deterioro psicosocial. Esa carencia de datos y diagnóstico preciso entorpece la formulación de políticas públicas adaptadas y oportunas.

Por otra parte, el marco normativo incluye la Resolución 2358 de 1998, que adoptó la Política Nacional de Salud Mental, pero esta normativa no ha sido traducida adecuadamente a dispositivos técnicos locales en zonas como Quibdó, limitando la disponibilidad, aceptabilidad y calidad real de los servicios garantizados por el derecho a la salud mental (Resolución 2358, 1998). Esa desconexión entre el diseño legal y su implementación, genera una brecha entre los principios y la práctica institucional (ACHC, 2025). En Colombia, según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se tienen 7100 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que prestan servicios de salud mental, de las cuales el 84% son IPS privadas y el 14% son IPS públicas (figura 1).

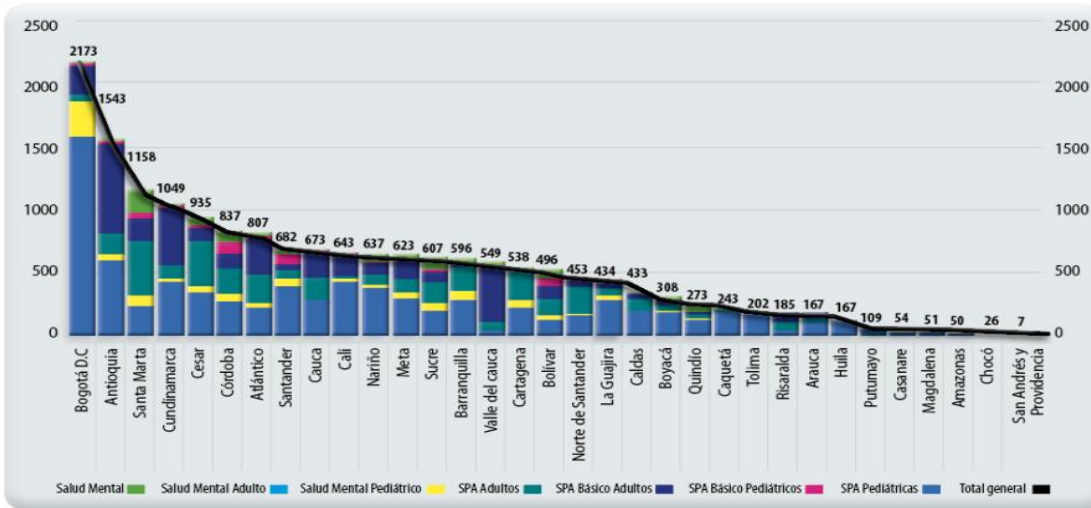
**Figura 1** IPS con servicios de salud mental en Colombia, 2024



Fuente. Tomado de (ACHC, 2025).

En el país se dispone de 17.708 camas para salud mental, el 85% de ellas en servicios de salud privados y el 15% en servicios de salud públicos. Bogotá, Antioquia, Santa Marta, Cundinamarca y Cesar cuentan con el mayor número de camas en servicios de salud mental (figura 2).

**Figura 2** Camas para servicios de salud mental por departamento, 2024



Fuente. Tomado de (ACHC, 2025).

En cuanto a capacidad instalada, en Colombia se tienen servicios de salud mental para adultos y servicios de salud mental pediátricos; asimismo, se cuenta con servicios para atención a población con consumo de SPA tanto para para adultos como servicios pediátricos (tabla).

**Tabla 2** Capacidad instalada para servicios de Salud mental

Capacidad instalada observación y hospitalización			Camas hospitalización	
SERVICIOS	CAPACIDAD INSTALADA	CANTIDAD	CAMAS POR SERVICIOS	CANTIDAD
Salud Mental	CAMAS	60	Salud Mental	60
	CAMILLAS	358	Salud Mental Adulto	7.897
	SILLAS	2.060		
Salud Mental Adulto	CAMAS	7.897	Salud Mental Pediátrico	1.084
Salud Mental Pediátrico	CAMAS	1.084		
SPA	CAMILLAS	295	SPA Adultos	3.652
	SILLAS	1.983	SPA Básico Adultos	3.619
	CAMAS	3.652		
SPA Básico Adultos	CAMAS	3.619	SPA Básico Pediátricos	471
SPA Básico Pediátricos	CAMAS	471	SPA Pediátricas	925
SPA Pediátricas	CAMAS	925		
<b>Total general</b>		<b>22.404</b>	<b>Total general</b>	<b>17.708</b>

Fuente. Tomado de (ACHC, 2025).

Los registros del Ministerio de Salud y Protección Social muestran que en 2024 Colombia contaba con un total de aproximadamente 7.100 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) capaces de ofrecer atención en salud mental, de las cuales cerca del 84 % correspondían a entidades privadas y apenas el 14 % a IPS públicas. Esto revela una tendencia profunda hacia la privatización de la atención mental, lo que genera desigualdades en el acceso y la calidad del servicio, especialmente en regiones pobres y con limitaciones administrativas como Quibdó.

Del mismo modo, la capacidad instalada en camas para atención en salud mental presenta un escenario similar: de las 17.708 camas disponibles en todo el país, el 85 % está concentrado en el sector privado y solamente el 15 % en el sector público. Este desequilibrio estructural evidencia que el sistema público dificulta la atención institucional en salud mental para personas sin posibilidad de recurrir a la red privada o que carecen de cobertura EPS, lo cual limita gravemente la cobertura en territorios como el Chocó.

Con respecto al talento humano en salud mental, los datos informan que Colombia contaba con 31.409 psicólogos, 1.613 especialistas en psiquiatría, 52 psiquiatras de enlace y 115 psiquiatras pediátricos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025). Aunque estas cifras pueden parecer positivas a nivel macro, su distribución es altamente desigual. En

regiones apartadas, el número de profesionales es insuficiente para atender necesidades crecientes, lo que evidencia un desafío aún mayor en la disponibilidad equitativa de atención especializada.

Esta reunión tanto de infraestructura como de talento humano en instituciones privadas y en centros urbanos, muestra que el acceso a servicios de salud mental es inequitativo y excluyente. En contextos como Quibdó, donde predominan comunidades vulnerables, afro e indígenas, y con barreras de desplazamiento e infraestructura, la existencia de estas disparidades institucionales significa que el derecho fundamental a la salud mental no se traduce en realidad efectiva, exacerbando la fragilidad del sistema y dificultando la exigibilidad comunitaria.

#### **4. Justificación**

La relevancia de este proyecto radica en atender de manera prioritaria un contexto que sufre graves deficiencias en el acceso a la salud mental como derecho fundamental. En Quibdó, comunidades marcadas por desigualdad histórica, conflicto armado y discriminación, han enfrentado tensiones psicosociales profundas sin contar con una respuesta institucional adecuada. Por ello, resulta imprescindible desarrollar estrategias normativas que permitan la práctica del derecho a la salud mental en realidades territoriales complejas, facilitando mecanismos que fortalezcan la capacidad de exigibilidad de los actores locales.

Además, estas propuestas cobran mayor importancia al articularse con la reciente Ley 2460 de 2025, la cual supone una oportunidad normativa sin precedentes en Colombia. Dicha ley introduce innovaciones como una subcuenta exclusiva para salud mental, elimina la barrera de la remisión obligatoria, amplía la formación de especialistas y promueve redes mixtas de atención. Sin embargo, su implementación requiere ajustes concretos en gobiernos locales, para asegurar que estos avances generen resultados tangibles en territorios históricamente excluidos del acceso efectivo a servicios en salud mental.

Asimismo, esta iniciativa busca empoderar a las comunidades con herramientas jurídicas y técnicas que les permitan exigir derechos. Mediante la formulación de estrategias de litis-estratégica, protocolos comunitarios y mecanismos de rendición de cuentas, se pretende que organizaciones locales, liderazgos étnicos y grupos sociales vulnerables puedan utilizar el marco legal para transformar prácticas institucionales. De esta manera, el derecho a la salud mental no es un principio abstracto, sino una vía efectiva de justicia psicosocial.

Desde una perspectiva institucional, el proyecto aporta al fortalecimiento de la gobernanza territorial al proponer mecanismos de integración intersectorial y participación vinculante. En entornos fragmentados como Quibdó, donde salud, educación, cultura y justicia operan en silos, estas recomendaciones potencian una coordinación efectiva que redunde en una atención más completa, culturalmente sensible y alineada con los determinantes sociales del bienestar emocional.

El enfoque de derechos humanos constituye un pilar ético y técnico fundamental del trabajo. Al basarse en estándares constitucionales y tratados internacionales, la iniciativa busca que las normas propuestas no se limiten a ser instrumentos técnicos, sino que incorporen principios de dignidad, no discriminación, igualdad y participación. De esa

manera, se garantiza que las políticas derivadas respondan a una lógica de justicia estructural más allá del cumplimiento administrativo.

Finalmente, la transformación normativa y estratégica que se articula en este trabajo no solo pretende paliar la ausencia de servicios adecuados, sino también generar un modelo replicable para otros municipios con contextos similares. La experiencia de implementación local en Quibdó se concibe como una propuesta escalable que ilumina caminos para abordar los vacíos estructurales en salud mental en múltiples territorios afro e indígenas del país, contribuyendo a la construcción de políticas públicas más justas, inclusivas y eficaces.

## **5. Objetivos**

### **5.1.Objetivo General**

Proponer ajustes normativos y estrategias de exigibilidad que garanticen la inclusión efectiva del enfoque de salud mental en los programas de derechos humanos en el municipio de Quibdó, conforme a los estándares del marco constitucional colombiano y los tratados internacionales ratificados por el Estado.

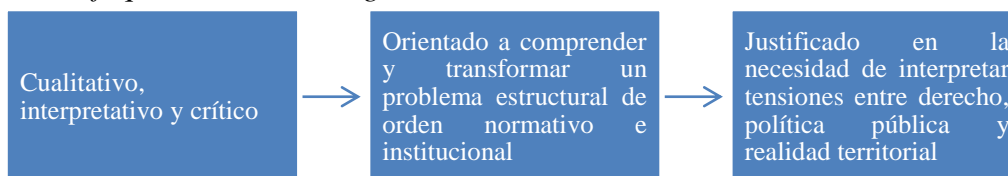
### **5.2.Objetivos específicos**

- Analizar el marco jurídico nacional e internacional relacionado con el derecho a la salud mental y su incorporación en programas de derechos humanos, con énfasis en los principios de integralidad, dignidad humana y no discriminación.
- Identificar los vacíos normativos, institucionales y programáticos que impiden la implementación efectiva del enfoque de salud mental en los programas de derechos humanos en Quibdó.
- Formular propuesta de ajustes normativos y mecanismos de exigibilidad jurídica que fortalezcan la inclusión del enfoque de salud mental desde una perspectiva de derechos, con base en las obligaciones estatales nacionales e internacionales.

## 6. Metodología

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, interpretativo y crítico, orientado a analizar las tensiones normativas, programáticas e institucionales que impiden la implementación efectiva del enfoque de salud mental en los programas de derechos humanos en el municipio de Quibdó. La elección de este enfoque respondió a la naturaleza del problema, que no podía abordarse exclusivamente mediante datos cuantitativos, sino que exigía una mirada reflexiva y argumentativa capaz de interpretar desde las ciencias jurídicas y sociales, las estructuras normativas y sus impactos territoriales.

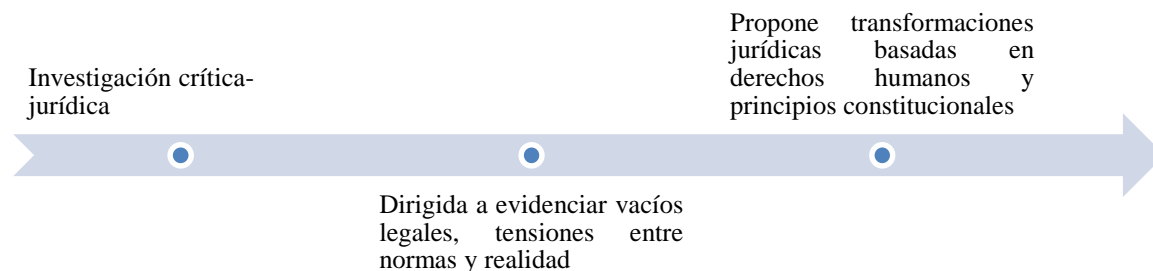
*Figura 3 Enfoque de la metodología*



Fuente. Elaboración propia.

El diseño metodológico se enmarcó en la investigación crítica-jurídica, modalidad que permite identificar inconsistencias, vacíos normativos y contradicciones entre el deber ser del ordenamiento jurídico y las condiciones reales de acceso a derechos. Este tipo de investigación no se limita a describir el estado de la legislación, sino que se orienta a proponer alternativas normativas fundadas en los principios constitucionales, los derechos humanos y las obligaciones internacionales asumidas por el Estado colombiano. De esta manera, se busca no solo comprender un fenómeno, sino transformarlo mediante herramientas teóricas y jurídicas que favorezcan la exigibilidad estructural.

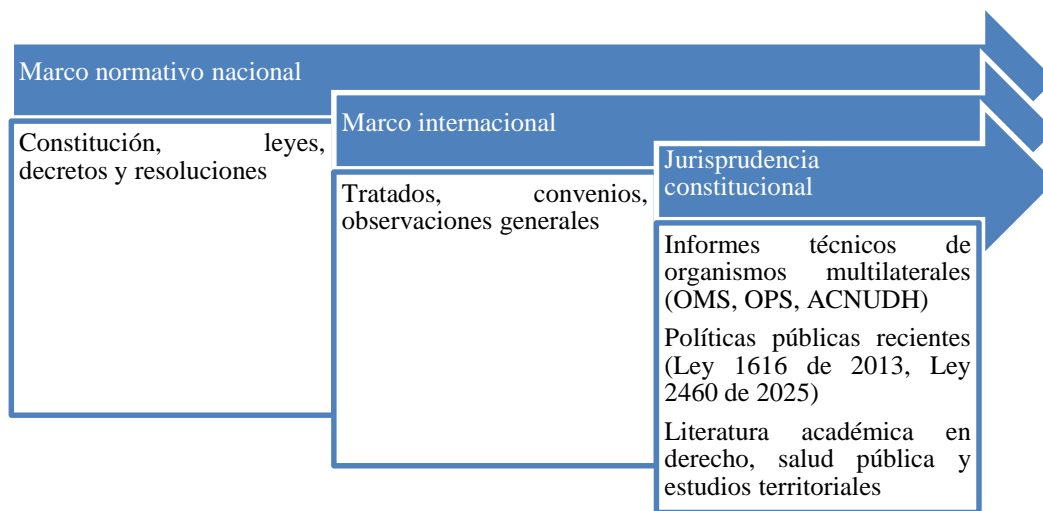
*Figura 4 Diseño metodológico*



Fuente. Elaboración propia.

Las fuentes documentales, (leyes estatutarias, leyes ordinarias, decretos y resoluciones), instrumentos internacionales (tratados, convenios y observaciones generales de comités de Naciones Unidas), sentencias de la Corte Constitucional, informes de organismos multilaterales (como la OMS, la OPS y el ACNUDH), políticas públicas recientes en salud mental (como la Ley 2460 de 2025) y literatura académica especializada en derecho, salud pública y estudios territoriales. La revisión se concentró en el periodo comprendido entre los años 2013 (fecha de promulgación de la Ley 1616) y 2025, con énfasis en los últimos cinco años, a fin de capturar la evolución normativa y programática más relevante.

*Figura 5 Fuentes documentales*

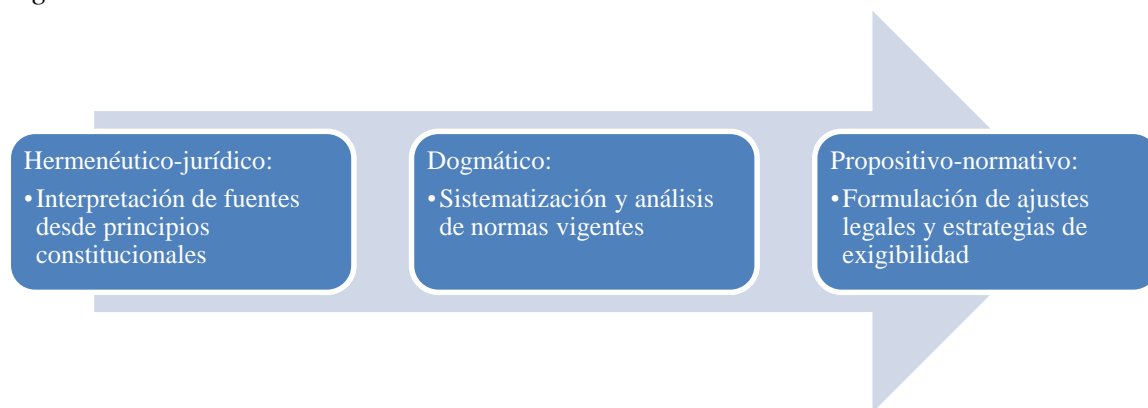


Fuente. Elaboración propia.

Para el análisis de la información recolectada, se utilizó el método hermenéutico-jurídico, centrado en la interpretación sistemática de las fuentes legales desde los principios constitucionales y del bloque de constitucionalidad. Esta metodología permitió realizar una lectura articulada entre el derecho interno y los compromisos internacionales del Estado, estableciendo puentes entre la norma escrita y su capacidad real de garantizar derechos. Asimismo, se aplicó el método dogmático para sistematizar la normativa vigente y determinar sus alcances, limitaciones e inconsistencias, especialmente en lo relacionado con la salud mental como derecho autónomo y exigible.

Complementariamente, se utilizó el método propositivo-normativo, orientado a formular ajustes legales y estrategias de exigibilidad fundamentadas en el análisis previo. Las propuestas se construyeron a partir del contraste entre el marco legal existente y los principios de derechos humanos aplicables, incorporando también los aportes derivados de estudios comparados y experiencias territoriales exitosas en Latinoamérica. Estas estrategias se plantearon con una perspectiva de acción local, reconociendo las particularidades de Quibdó en términos geográficos, culturales e institucionales.

*Figura 6 Métodos de análisis*

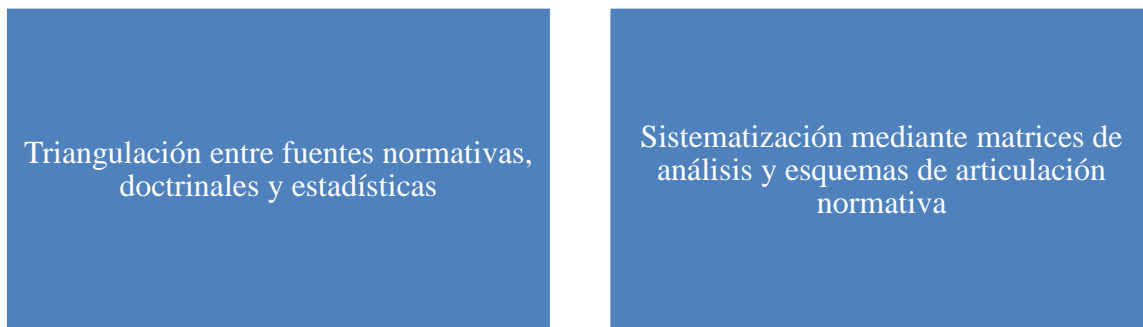


Fuente. Elaboración propia.

Dado que la naturaleza de este trabajo no contemplaba levantamiento de información empírica a través de encuestas o entrevistas, no fue necesario recurrir a métodos estadísticos. Sin embargo, se utilizaron datos oficiales secundarios provenientes del Ministerio de Salud y Protección Social, el REPS, el Observatorio de Talento Humano en Salud, y diversas publicaciones técnicas y científicas para contextualizar cuantitativamente el problema. Estos datos sirvieron para respaldar el diagnóstico normativo y visibilizar las inequidades en la distribución de servicios y recursos en salud mental.

La validez de la investigación estuvo sustentada en la triangulación de fuentes normativas, doctrinales y empíricas secundarias, lo cual permitió contrastar distintas perspectivas, identificar convergencias analíticas y fundamentar con rigor académico cada uno de los hallazgos. Asimismo, se garantizó la trazabilidad del proceso analítico mediante fichas de lectura, matrices de interpretación y esquemas de relaciones entre normas, principios y obstáculos de implementación.

*Figura 7 Métodos de validación*



Fuente. Elaboración propia.

Finalmente, esta metodología crítica-jurídica con enfoque en derechos humanos, ofreció un marco analítico sólido para comprender cómo el derecho a la salud mental es vulnerado en contextos excluidos y qué alternativas normativas son viables para su fortalecimiento. El proceso de investigación se desarrolló con una actitud ética, reflexiva y comprometida con la justicia social, reconociendo el valor del conocimiento como herramienta para transformar la realidad institucional y garantizar la dignidad humana en condiciones de igualdad y no discriminación.

**Tabla 3 Resultados esperados.**

<b>Objetivo</b>	<b>Acción</b>	<b>Resultado</b>
Analizar el marco jurídico nacional e internacional relacionado con el derecho a la salud mental y su incorporación en programas de derechos humanos.	Se recopilarán y sistematizarán fuentes normativas y doctrinales, aplicando el método hermenéutico-jurídico para interpretar los principios constitucionales y estándares internacionales relevantes.	Caracterización teórica y normativa del derecho a la salud mental como derecho autónomo, transversal y exigible.
Identificar vacíos normativos, institucionales y programáticos que impiden la implementación del enfoque de salud mental en los programas de derechos humanos en Quibdó.	Se confrontará el marco legal vigente con datos empíricos secundarios, políticas públicas locales y evidencias sobre capacidades institucionales y presupuestales en el municipio.	Un diagnóstico argumentado de las tensiones entre norma y realidad, con identificación de obstáculos críticos y brechas de implementación.

<b>Objetivo</b>	<b>Acción</b>	<b>Resultado</b>
Formular propuestas de ajustes normativos y mecanismos de exigibilidad jurídica que fortalezcan la inclusión del enfoque de salud mental desde una perspectiva de derechos.	Se diseñarán propuestas normativas contextualizadas, con enfoque territorial, diferencial y étnico, incorporando mecanismos legales de exigibilidad como acciones de tutela, control ciudadano y participación comunitaria.	Recomendaciones jurídicamente sustentadas y aplicables a nivel local, con impacto en el fortalecimiento de políticas públicas sensibles al territorio.
Proponer ajustes normativos y estrategias de exigibilidad que garanticen la inclusión efectiva del enfoque de salud mental en los programas de derechos humanos en Quibdó.	Se realizará un análisis crítico del marco normativo colombiano e internacional, se revisará jurisprudencia constitucional, y se formularán propuestas normativas con base en experiencias comparadas y principios de derechos humanos.	Articulación de normas, principios y estrategias concretas de implementación local, con validez jurídica y aplicabilidad territorial.

Fuente. Elaboración propia.

## 7. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los objetivos general y específicos propuestos para esta investigación.

### **7.1. Resultados del análisis del marco jurídico nacional e internacional**

Este primer objetivo reúne y ordena los referentes jurídicos que sostienen el derecho a la salud mental, articulando los estándares internacionales con la Constitución y la legislación colombiana para mostrar cómo se traducen en obligaciones concretas a nivel local. Se parte de los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y del mandato del bloque de constitucionalidad que integra los tratados de derechos humanos. Con ese hilo conductor, el análisis identifica qué normas habilitan decisiones de política pública en Quibdó, qué exigencias derivan para las autoridades y cómo deben orientarse los servicios, la financiación y la participación social.

#### ***7.1.1. Hallazgos sobre estándares internacionales aplicables al derecho a la salud mental***

Posteriormente, se desarrollan los hallazgos sobre estándares internacionales aplicables al derecho a la salud mental. En términos de arquitectura jurídica, el derecho a la salud mental se ancla en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuya Observación General núm. 14 precisó los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, así como las obligaciones de respetar, proteger y cumplir, lo que impone a los Estados el deber de adoptar medidas normativas y programáticas progresivas que aseguren servicios basados en derechos y libres de discriminación, con atención especial a poblaciones en situación de vulnerabilidad, y con énfasis en la salud mental dentro del goce del nivel más alto de salud posible, para que la acción pública se oriente a transformar condiciones estructurales que perpetúan barreras de acceso, estigma y trato indigno en servicios y políticas territoriales (E/C.12/2000/4, 2000).

De forma complementaria y más reciente, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconfiguró los estándares al reconocer la capacidad jurídica en igualdad de condiciones y a prohibir la privación de la libertad por motivo de discapacidad, estableciendo un mandato de transición hacia apoyos para la toma de decisiones y hacia servicios comunitarios centrados en las personas, lo cual refuerza la exigencia de erradicar prácticas coercitivas y de asegurar ajustes razonables en los entornos sanitarios (CRPD/C/GC/1, 2014); en paralelo, la guía conjunta OMS–ACNUDH de 2023 propuso objetivos legislativos para alinear las leyes de salud mental con un enfoque de derechos, privilegiando la desinstitucionalización, la eliminación de la coerción y la

garantía de servicios de calidad en la comunidad, mientras que el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013–2030 de la OMS fijó metas e indicadores para los Estados, lo que proporciona un andamiaje técnico-político para aterrizar obligaciones en planes y programas locales con enfoque territorial y diferencial, que permitan cerrar brechas en contextos como Quibdó (Naciones Unidas, 2023).

**Tabla 4** Estándares internacionales aplicables al derecho a la salud mental y su utilidad programática local

<b>Norma</b>	<b>Órgano</b>	<b>Claves en salud mental</b>	<b>Obligaciones locales</b>
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12) + Observación General núm. 14 (2000)	Comité DESC Naciones Unidas	Reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental e interpreta los elementos AAAQ, así como obligaciones de respetar, proteger y cumplir con enfoque de no discriminación y progresividad	Adoptar marcos normativos y planes con metas verificables, asegurar disponibilidad de servicios comunitarios, accesibilidad financiera y geográfica, calidad basada en evidencia y no discriminación, con mecanismos de rendición de cuentas
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (arts. 12, 14, 19, 25, 26)	CRPD Naciones Unidas	Igual reconocimiento ante la ley, libertad y seguridad personal sin privación por motivo de discapacidad, vida independiente e inclusión en la comunidad, derecho a la salud sin discriminación y a la rehabilitación	Sustituir regímenes de sustitución de la voluntad por apoyos, eliminar la institucionalización y prácticas coercitivas, garantizar ajustes razonables, asegurar servicios de salud y apoyos comunitarios centrados en la persona
Principios para la Protección de	Naciones Unidas	Conjunto de principios sobre trato digno,	Revisar protocolos y salvaguardias en

<b>Norma</b>	<b>Órgano</b>	<b>Claves en salud mental</b>	<b>Obligaciones locales</b>
las Personas con Enfermedad Mental y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Res. AGNU 46/119, 1991)		consentimiento y salvaguardias en servicios de salud mental; valor histórico y de transición hacia el paradigma de derechos de la CRPD	servicios, evitando vulneraciones y orientando la adecuación gradual hacia estándares plenamente compatibles con la CRPD
Guía OMS– ACNUDH Salud mental, derechos humanos y legislación: guía y práctica (2023)	OMS y ACNUDH	Orientaciones legislativas para alinear leyes con derechos humanos: mandato para enfoque basado en derechos, desinstitucionalización, servicios comunitarios de calidad, eliminación de coerción, lucha contra el estigma	Impulsar reformas locales y nacionales, prohibir prácticas coercitivas, incorporar participación significativa de usuarios, y establecer mecanismos de supervisión y quejas independientes
Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013–2030 (OMS)	OMS Asamblea Mundial de la Salud	Metas globales sobre liderazgo, servicios comunitarios, promoción, información y derechos; actualización 2021 para alinear con ODS	Formular planes territoriales con indicadores, ampliar la atención comunitaria, integrar salud mental en APS <sup>2</sup> , fortalecer competencias del personal y monitorear derechos
Convención Interamericana para la Eliminación de	OEA Sistema Interamericano	Prevención y eliminación de la discriminación y promoción de la plena integración social,	Desarrollar medidas legislativas y de política pública para eliminar barreras,

<sup>2</sup> **APS:** Atención Primaria en Salud, es la estrategia que organiza el sistema sanitario alrededor de servicios cercanos, oportunos e integrales en el lugar donde vive la población

<b>Norma</b>	<b>Órgano</b>	<b>Claves en salud mental</b>	<b>Obligaciones locales</b>
Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999)	las de las con	incluyendo acceso a servicios, rehabilitación y participación	asegurar acceso a servicios de salud, rehabilitación y apoyos, con seguimiento y participación social
OPS/PAHO Protección y promoción de derechos humanos en salud mental	OPS/OMS Región de las Américas	Enfoque regional para alinear sistemas de salud mental con normas internacionales, asistencia técnica, materiales de formación y promoción de servicios basados en derechos	Fortalecer capacidades locales, revisar marcos normativos, formar personal y líderes comunitarios, y articular vigilancia con participación de usuarios y familias

*Nota.* Los estándares combinan fuentes jurídicamente vinculantes (tratados y observaciones generales) con orientaciones de política pública y guías técnicas de alto valor normativo-programático. Fuente. (Office of the high commissioner for Human Rights, 2000); (Naciones Unidas, 2006); (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), 2008); (Resolución 46/119 de la Asamblea General, 1991); (World Health Organization, 2021).

### ***7.1.2. Hallazgos sobre Constitución y legislación colombiana (armonización con el bloque de constitucionalidad)***

A continuación, se presentan los hallazgos sobre la Constitución y la legislación colombiana aplicables al derecho a la salud mental, con énfasis en su armonización con el bloque de constitucionalidad. En Colombia, la salud se consagró como servicio público a cargo del Estado y con acceso garantizado para todas las personas, mientras que el artículo 93 de la Constitución integró al orden interno los tratados internacionales de derechos humanos, lo que impone una lectura sistemática de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y de la Ley 1616 de 2013 a la luz de los estándares del PIDESC y la CDPD, entre otros.

Este entramado normativo se ha fortalecido con políticas públicas como la Resolución 4886 de 2018 que adoptó la Política Nacional de Salud Mental y su actualización 2024—

2033, así como con la jurisprudencia constitucional que declaró la salud como derecho fundamental exigible y que reconoció de manera expresa la salud mental como dimensión protegida, orientando a las autoridades a remover barreras y a estructurar servicios accesibles, aceptables y de calidad desde una perspectiva de derechos.

**Tabla 5** Constitución y legislación colombiana sobre salud (mental) y su armonización con el bloque de constitucionalidad

<b>Norma</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Contenido clave</b>	<b>Armonización (art. 93)</b>	<b>Impacto en Quibdó</b>
<b>Constitución Política (arts. 1, 2, 13, 49 y 93)</b>	Constitucional	Dignidad humana, fines esenciales del Estado, igualdad y no discriminación, salud como servicio público; recepción de tratados de DD. HH. en el orden interno	Exige interpretar la salud mental conforme a estándares internacionales (PIDESC, CDPD) y garantizar accesibilidad, no discriminación y progresividad	Obliga a planes y programas municipales a asegurar servicios y ajustes razonables con enfoque diferencial y territorial
<b>Ley Estatutaria 1751 de 2015</b> (derecho fundamental a la salud)	Legal Estatutaria	Reconoce la salud como derecho fundamental autónomo, integral y universal; ordena eliminar barreras de acceso y proteger a sujetos de especial protección	Debe aplicarse a la salud mental según obligaciones internacionales de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad	Permite exigir eliminación de remisiones innecesarias, rutas de acceso oportunas y financiamiento suficiente para atención psicosocial

<b>Norma</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Contenido clave</b>	<b>Armonización (art. 93)</b>	<b>Impacto en Quibdó</b>
<b>Ley 1616 de 2013</b> (Ley de Salud Mental)	Legal Ordinaria	Garantiza el ejercicio del derecho a la salud mental; prioriza NNA; ordena promoción, prevención, atención integral e integrada	Debe interpretarse conforme a PIDESC y CDPD para asegurar ajustes razonables, no coerción y servicios comunitarios	Habilita lineamientos para planes municipales con enfoque comunitario y rutas integrales de atención en salud mental
<b>Ley Estatutaria 1618 de 2013</b> (discapacidad)	Legal Estatutaria	Dicta medidas para garantizar el ejercicio pleno de derechos de personas con discapacidad, incluidas las psicosociales	Vincula CDPD en materia de ajustes razonables, apoyos y accesibilidad en servicios de salud	Exige adecuaciones razonables en servicios municipales y eliminación de barreras para discapacidad psicosocial
<b>Resolución 4886 de 2018</b> (adopta Política Nacional de Salud Mental vigente)	Reglamentari a Minsalud	Actualiza y adopta la Política Nacional de Salud Mental; define poblaciones de especial protección, seguimiento y evaluación	Integra estándares internacionales y la LE 1751 para orientar prestación basada en derechos	Marco operativo para incorporar salud mental en planes territoriales de Quibdó
<b>Política Nacional de Salud Mental 2024–2033</b>	Política pública Minsalud	Actualiza diagnóstico, metas e intervenciones	Debe implementarse conforme al bloque	Base para programar metas e indicadores en

<b>Norma</b>	<b>Ámbito</b>	<b>Contenido clave</b>	<b>Armonización (art. 93)</b>	<b>Impacto en Quibdó</b>
(documento técnico Minsalud)		priorizadas para la década; refuerza integración en APS y enfoque de derechos	constitucionalizada y la LE 1751	Quibdó y articular oferta con enfoque diferencial
<b>Sentencia 010 de 2016</b> (Corte Constitucional)	T- Jurisprudencia a	Desarrollo específico del derecho a la salud mental y su garantía constitucional	Debe leerse con LE 1751 y Ley 1616 en clave de no discriminación y accesibilidad	Apoya exigibilidad de servicios y apoyos psicosociales a nivel municipal

*Nota.* La tabla 5, prioriza fuentes oficiales del orden nacional y decisiones de la Corte Constitucional; su lectura debe realizarse en conjunto con los estándares internacionales integrados vía artículo 93 de la Constitución, lo que orienta la interpretación *pro-persona* y la exigibilidad local del derecho a la salud mental. Fuentes: (Constitución Política, 1991); (Ley 1751, 2015); (Ley 1616, 2013); (Ley 1438, 2011); (Ley 1618, 2013); (Resolución 2358, 1998); (Resolución 4886, 2018).

### **7.1.3. Coherencias y tensiones normativas que afectan programas de derechos humanos en Quibdó**

Colombia presenta una coherencia entre los estándares internacionales y el ordenamiento interno que, bien interpretada, favorece los programas de derechos humanos en Quibdó, pues el artículo 93 de la Constitución obliga a leer la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Ley 1616 de 2013 a la luz del PIDESC y de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, lo que refuerza la salud mental como derecho exigible con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, además de la no discriminación y la progresividad que deben orientar toda decisión pública en el territorio, así mismo la Atención Primaria en Salud prevista por la Ley 1438 de 2011 ofrece un cauce operativo para llevar los servicios a barrios y corregimientos, y la Política Nacional de Salud Mental actualizada exige liderazgo local, seguimiento y participación social, por consiguiente, si las autoridades municipales articulan estas piezas con enfoque diferencial y étnico, el marco normativo disponible permite consolidar rutas comunitarias

de apoyo psicosocial, fortalecer la referencia y la contrarreferencia, y alinear la oferta con la protección de derechos fundamentales.

Siendo estas implicaciones para los programas de derechos humanos en Quibdó, requieren decisiones concretas que reduzcan la brecha entre lo que la norma manda y lo que la población recibe. En ese sentido, conviene armonizar los instrumentos locales con el bloque de constitucionalidad mediante una política municipal de salud mental adoptada por acuerdo, con metas medibles, presupuesto asignado y mecanismos de seguimiento ciudadano. Además, es importante integrar la salud mental en la Atención Primaria con equipos extramurales, apoyos para la toma de decisiones, ajustes razonables y rutas diferenciadas para niñez, juventudes y víctimas del conflicto. Del mismo modo, se necesita un esquema de contratación que premie la atención comunitaria y la continuidad del cuidado, junto con indicadores de oportunidad, resolutiveidad y calidad que se reporten de forma pública.

#### ***7.1.4. Implicaciones jurídicas para la incorporación del enfoque de salud mental en el nivel local***

La incorporación del enfoque de salud mental en el nivel local exige implicaciones jurídicas claras y operativas que parten de la lectura del artículo 93 de la Constitución y de la Ley Estatutaria 1751, en armonía con la Ley 1616, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el PIDESC, para que la administración municipal adopte por acuerdo una política pública con metas verificables, presupuesto etiquetado e indicadores de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; en esa misma línea, la jurisprudencia constitucional.

Como la Sentencia T-760 de 2008 y Sentencia T-010 de 2016 obliga a remover barreras administrativas, garantizar continuidad del cuidado y asegurar rutas integrales con enfoque diferencial y étnico, la contratación de servicios debe priorizar la atención comunitaria, la atención primaria en salud y los apoyos para la toma de decisiones, prohibiendo prácticas coercitivas y asegurando ajustes razonables; además, corresponde establecer órganos de seguimiento con participación incidente de usuarios, familias y veedurías, disponer sistemas de información con datos desagregados y mecanismos de quejas independientes, y definir responsabilidades institucionales con plazos, sanciones y rendición de cuentas pública; finalmente, la incorporación del enfoque requiere formación obligatoria del personal en derechos humanos, cláusulas de accesibilidad universal en toda la red, y coordinación intersectorial con educación, protección social y justicia, para que la

exigibilidad deje de ser una declaración y se convierta en una garantía efectiva y medible en Quibdó (Sentencia T-760, 2008); (Sentencia T-010/16, 2016).

## **7.2.Resultados del diagnóstico de vacíos normativos, institucionales y programáticos en Quibdó**

Se describe un diagnóstico sobre cómo las reglas locales, las capacidades de las instituciones y la oferta de servicios condicionan el acceso real a la salud mental en Quibdó, con atención a las diferencias territoriales, etarias y étnicas. A partir de normas vigentes, políticas nacionales y evidencia reciente, se organizan hallazgos en matrices breves que muestran dónde se obstaculizan los procesos y qué acciones pueden activarse sin demora.

### **7.2.1. Vacíos y ambigüedades normativas en el ámbito municipal y su articulación intergubernamental**

La Tabla 6, presenta los vacíos y ambigüedades normativas que, en el nivel municipal, limitan la incorporación del enfoque de salud mental y su adecuada articulación con los ámbitos departamental y nacional, con base en la Ley 152 de 1994, la Ley 715 de 2001, la Ley 1438 de 2011, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Ley 1616 de 2013, el Decreto 780 de 2016 y la Política Nacional de Salud Mental vigente, con el fin de precisar qué ajustes locales y arreglos intergubernamentales se requieren para garantizar disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en Quibdó.

**Tabla 6** *Matriz de vacíos y ambigüedades normativas en el nivel municipal y su articulación intergubernamental (salud mental, Quibdó)*

<b>Dimensión</b>	<b>Norma (nivel)</b>	<b>Vacío / ambigüedad</b>	<b>Efecto en Quibdó</b>	<b>Coordinación requerida</b>
Competencias y recursos (SGP)	Ley 715 de 2001 (distribución de competencias y recursos en salud)	No hay señalización presupuestal municipal específica para salud mental que permita trazabilidad del gasto	Riesgo subfinanciación discontinuidad acciones colectivas comunitarias	de Mesa técnica y con Departamento y Nación para definir porcentajes o líneas del SGP/PIC destinadas a salud mental
APS y rutas de atención	Ley 1438 de 2011	Ambigüedad sobre cómo	Fragmentación primer nivel	entre Arreglo y operativo con

<b>Dimensión</b>	<b>Norma (nivel)</b>	<b>Vacío / ambigüedad</b>	<b>Efecto en Quibdó</b>	<b>Coordinación requerida</b>
	(APS); Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	insertar prestaciones psicosociales en APS y en las RIAS locales	referencia/contrarreferencia en salud mental	ESE y EPS para ruta municipal de salud mental integrada en APS
Derecho fundamental a la salud	Ley Estatutaria 1751 de 2015	Falta de desarrollo local de mecanismos de eliminación de barreras y de participación incidente para usuarios de salud mental	Persisten trámites, esperas y baja participación en decisiones de servicio	Ajustes regulatorios municipales: ventanilla única, participación y veedurías en salud mental
Política Nacional de Salud Mental	Resolución 4886 de 2018 (adopción y PNSM) y actualización 2024– 2033	La actualización 2024–2033 no se ha “aterrizado” en acto municipal con metas e instrumentos de seguimiento	Falta de hoja de ruta propia para implementación territorial	Acto del Concejo/Alcal día que adopte lineamientos locales y defina indicadores
Nuevo marco legal de salud mental	Ley 2460 de 2025 (modifica y fortalece SM)	La ley crea herramientas y fuentes, pero requiere reglamentación	Oportunidad no aprovechada para ampliar acceso directo y redes mixtas	Plan de implementación municipal con cronograma,

<b>Dimensión</b>	<b>Norma (nivel)</b>	<b>Vacío / Efecto en Quibdó</b>	<b>Coordinación requerida</b>
		ón y adopción local para operar	responsables e indicadores

*Nota.* Los “vacíos/ambigüedades” se desprenden de la comparación entre las normas marco y los instrumentos de planeación y gestión disponibles; su cierre demanda actos locales específicos y arreglos de coordinación con las autoridades departamentales y nacionales.

### **7.2.2. Capacidades institucionales: gobernanza, talento humano, presupuesto y coordinación intersectorial**

La tabla 7, presentan hallazgos sintéticos sobre capacidades institucionales para incorporar el enfoque de salud mental en Quibdó, organizados por gobernanza, talento humano, presupuesto y coordinación intersectorial. Se toman como referencia la Política Nacional de Salud Mental 2024–2033, el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, las reglas del Sistema General de Participaciones y los sistemas de información sectoriales (REPS, ReTHUS), a fin de precisar retos y acciones operativas en el nivel local.

**Tabla 7** Capacidades institucionales para salud mental: gobernanza, talento humano, presupuesto y coordinación intersectorial (enfoque operativo para Quibdó)

<b>Componente</b>	<b>Evidencia/estándar</b>	<b>Hallazgo para el territorio</b>	<b>Acción operativa</b>
Gobernanza y redes de prestación	Política Nacional de Salud Mental 2024–2033; habilitación y redes integrales	La política fija metas y seguimiento decenal, pero su adopción local requiere actos y definición de redes con estándares de calidad	Expedir acto municipal que adopte la política y formalice la red de salud mental con criterios de habilitación y calidad
Talento humano	ReTHUS Observatorio Salud Mental	y de Disponibilidad de profesionales depende	Plan anual de formación y atracción de talento con competencias en APS y

<b>Componente</b>	<b>Evidencia/estándar</b>	<b>Hallazgo para el territorio</b>	<b>Acción operativa</b>
		registro y apoyos para la toma de distribución; se decisiones requieren perfiles con enfoque comunitario y derechos	
Capacidad instalada y calidad	Política 2024–2033 y lineamientos REPS	La política reporta alta proporción de camas en red privada; urge integrar oferta comunitaria y mejorar continuidad del cuidado	Contratos y convenios que prioricen atención comunitaria, referencia/contrarreferencia y seguimiento psicosocial
Coordinación intersectorial	PDSP 2022–2031 y “Insumos para planeación territorial 2024–2027”	La política exige articulación con educación, protección social y justicia; faltan mecanismos formales y trazadores locales	Crear Comité intersectorial local con plan de acción, indicadores y reporte público
Información y monitoreo	Migración REPS–RIPS/FEV y reportes sectoriales	Mejora de reportes trazabilidad, pero requiere capacidades locales de registro y análisis	Fortalecer registro RIPS/FEV y tableros de indicadores municipales en salud mental

*Nota.* La matriz prioriza fuentes oficiales de alcance nacional; cada implicación operativa debe concretarse en el Plan de Desarrollo y en actos administrativos municipales para asegurar metas, trazabilidad presupuestal y evaluación periódica. Fuentes: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024); (Ley 1751, 2015); (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

### 7.2.3. Brechas programáticas y de acceso con enfoque territorial, diferencial y étnico

La Tabla 8, identifica brechas programáticas y de acceso en salud mental con enfoque territorial, diferencial y étnico para Quibdó, tomando como base la Política Nacional de Salud Mental 2024–2033, el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 y evidencia reciente sobre barreras en el Chocó, incluida la afectación a comunidades afro e indígenas y la presión del conflicto armado; el propósito es precisar efectos en el acceso y acciones correctivas operativas que puedan incorporarse en los instrumentos locales de gestión.

**Tabla 8** Brechas programáticas y de acceso con enfoque territorial, diferencial y étnico (Quibdó)

<b>Dimensión</b>	<b>Soporte</b>	<b>Brecha identificada</b>	<b>Impacto acceso</b>	<b>en</b>	<b>Acción correctiva</b>
Territorial (dispersión geográfica y conflicto)	Barreras en APS y salud mental en Chocó; reportes MSF Alto Baudó	Cobertura intermitente por lejanía de servicios y restricciones por orden público	Demora en atención, interrupción del cuidado y mayor riesgo de crisis	en	Equipos extramurales en APS, puntos comunitarios seguros y rutas de referencia adaptadas
Diferencial (niñez y juventudes)	PDSP 2022–2031 (línea Convivencia social y salud mental)	Insuficiente oferta preventiva y psicosocial escolar	Subdetección de riesgo y mayor ausentismo por problemas emocionales		Paquetes escolares de promoción y tamizaje con referencia prioritizada
Étnico–intercultural	Orientaciones técnicas para salud mental indígena (Minsalud) · OPS	Protocolos sin enfoque intercultural ni ajustes razonables	Baja adherencia y desconfianza hacia servicios formales		Guías locales co-diseñadas con autoridades étnicas y

<b>Dimensión</b>	<b>Soporte</b>	<b>Brecha identificada</b>	<b>Impacto en acceso</b>	<b>Acción correctiva</b>
	sobre enfoque intercultural			mediación cultural
Talento humano pertinente	PNSM 2024–2033 (competencias y APS)	Déficit de perfiles con enfoque comunitario y en derechos	Intervenciones centradas en hospital y poca prevención	Plan anual de formación y contratación con perfiles comunitarios
Datos y monitoreo local	DANE perfil Quibdó; SISPRO/REPS	Información desagregada limitada para planear y evaluar	Dificultad para focalizar y seguir resultados por grupo poblacional	Tableros municipales con RIPS/REPS y variables étnicas y de territorio
Riesgo psicosocial en pueblos indígenas	Alertas Defensoría (Emberá Chocó)	Aumento de ideación y conductas suicidas sin respuesta oportuna	Alto riesgo de eventos fatales y revictimización	Rutas urgentes con enlace comunitario y respuesta en crisis
Integración APS–comunidad	PDSP y experiencias comunitarias MSF Alto Baudó	Débil articulación entre primer nivel y acciones comunitarias	Puertas de entrada fragmentadas y abandono del proceso	Convenios con ESE/IPS para seguimiento comunitario y continuidad

*Nota.* Las brechas se derivan del cruce entre marcos de política (PNSM 2024–2033; PDSP 2022–2031) y evidencia documentada para Chocó; su cierre demanda arreglos comunitarios y de APS.

#### **7.2.4. Buenas prácticas identificadas, cuellos de botella y prioridades de cierre de brechas**

La Tabla 9, presenta las buenas prácticas verificadas, cuellos de botella y prioridades para cerrar brechas en salud mental con enfoque territorial, diferencial y étnico en Quibdó,

tomando como referentes la Política Nacional de Salud Mental 2024–2033, el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, lineamientos OPS/OMS y experiencias recientes en el Chocó.

**Tabla 9 . Buenas prácticas, cuellos de botella y prioridades de cierre de brechas (Quibdó – salud mental)**

<b>Buena práctica</b>	<b>Cuello de botella</b>	<b>Prioridad</b>
Servicios comunitarios y desinstitucionalización (OPS/OMS)	Modelo hospitalocéntrico y baja cobertura comunitaria	Implementar equipos comunitarios en APS, con metas de continuidad del cuidado y pagos que incentiven seguimiento extramural
Enfoque de derechos y calidad (formación QualityRights)	Estigma y prácticas poco centradas en las personas	Capacitación obligatoria QualityRights para talento humano y protocolos de consentimiento y apoyos para la toma de decisiones
APS extramural en territorios dispersos (experiencia MSF Alto Baudó)	Acceso intermitente por distancia y orden público	Rutas seguras de atención, brigadas móviles y enlaces comunitarios con seguimiento programado
Enfoque intercultural con pueblos indígenas (Minsalud; OPS)	Protocolos sin enfoque intercultural ni mediación cultural	Co-diseño con autoridades étnicas, intérpretes culturales y ajustes razonables en la prestación
Planificación y seguimiento territorial (PNSM 2024–2033; PDSP 2022–2031)	Metas locales poco específicas y sin trazadores AAAQ	Acto municipal que adopte metas verificables, tableros RIPS/REPS y reporte público periódico

*Nota.* La matriz sintetiza evidencia de fuentes oficiales y técnicas para orientar decisiones locales inmediatas; cada prioridad debe incorporarse en actos municipales y contratos con la red de servicios para asegurar trazabilidad de resultados. Fuentes: (Organización Panamericana de la Salud, 2025); (Agudelo et al., 2025); (Medicos sin fronteras, 2024).

### **7.3. Resultados de la formulación de ajustes normativos y mecanismos de exigibilidad**

Este objetivo convierte el marco constitucional e internacional en decisiones locales concretas para Quibdó, con el propósito de que el enfoque de salud mental sea parte real de la gestión cotidiana. Se proponen ajustes normativos viables, mecanismos de exigibilidad y una ruta de implementación con actores, plazos y verificación pública, con participación de comunidades y pueblos étnicos, y con la Atención Primaria como puerta de entrada y de seguimiento continuo.

### 7.3.1. *Propuestas de ajuste normativo para el ámbito local*

Para consolidar la inclusión del enfoque de salud mental en Quibdó, se propone adoptar un Acuerdo Municipal de Política Pública de Salud Mental que incorpore, en clave territorial, la Política Nacional 2024–2033 y los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, con base en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Ley 1616 de 2013; este acuerdo debe crear el Comité Intersectorial Municipal con participación incidente de usuarios y pueblos étnicos, definir la red municipal de servicios y una ruta integral en APS con apoyos para la toma de decisiones, ajustes razonables y protocolos no coercitivos, armonizados con el Decreto 780 de 2016 y la Ley 1438 de 2011. Además, conviene expedir resoluciones locales sobre contratación orientada a continuidad del cuidado, formación obligatoria en derechos y un esquema de transparencia activa desagregados por territorio y pertenencia étnica, todo ello bajo el artículo 93 constitucional y la exigibilidad derivada de T-760/2008 y T-010/2016.

En cuanto a competencias, corresponde al Concejo Municipal aprobar el acuerdo y a la Alcaldía/Secretaría de Salud reglamentar la política, habilitar la red y firmar contratos que prioricen atención comunitaria; la ESE y las IPS/EPS deben ejecutar la ruta en APS con equipos extramurales y referencia/contrarreferencia garantizada, mientras la Personería y las veedurías sociales ejercen control preventivo y receptan quejas con respuesta obligatoria.

**Tabla 10** *Cronograma jurídico-operativo de ajustes normativos locales (12 meses)*

<b>Fase</b>	<b>Producto jurídico principal</b>	<b>Responsable</b>	<b>Plazo</b>
Adopción	Acuerdo Municipal de Política de Salud Mental y Decreto de creación del Comité Intersectorial	Concejo / Alcaldía	0–3 meses
Reglamentación	Resoluciones sobre red municipal, ruta en APS, ajustes y lineamientos.	Secretaría de Salud	3–6 meses
Implementación	Contratos y convenios orientados a continuidad del cuidado.	ESE / IPS EPS	6–12 meses
Seguimiento	Instalación de veedurías y 1er informe público de indicadores AAAQ	Comité / Personería	12 meses

*Nota.* Cronograma referencial; debe armonizarse con el Plan de Desarrollo y el ciclo presupuestal.

### 7.3.2. Mecanismos de exigibilidad y control social: acciones, rutas y órganos de seguimiento

La tabla 11, presenta los mecanismos de exigibilidad y control social útiles para asegurar la inclusión del enfoque de salud mental en programas y servicios del municipio de Quibdó.

**Tabla 11** Mecanismos de exigibilidad y control social en salud mental (Quibdó)

<b>Mecanismo</b>	<b>Sustento legal</b>	<b>Cómo se activa</b>	<b>Quién responde</b>
<b>Acción de tutela</b>	Constitución, art. 86; Decreto 2591 de 1991	Protección inmediata del derecho fundamental a la salud mental cuando EPS/IPS vulneran u omiten el servicio; se presenta ante juez con apoyo de Personería/Defensoría	Jueces de la República; apoyo de Personería y Defensoría
<b>Derecho de petición</b>	Ley 1755 de 2015	Solicitar citas, historias clínicas, eliminación de barreras y respuestas en plazos legales; vía virtual o física	Entidad requerida; vigilancia Procuraduría
<b>Quejas y reclamos ante Supersalud (PQRD)</b>	Ley 1122 de 2007; D. 2462 de 2013 (funciones de inspección, vigilancia y control)	Radicar PQRD contra EPS/IPS por barreras de acceso, demoras o negaciones; seguimiento en línea	Superintendencia Nacional de Salud
<b>Acción de cumplimiento</b>	Ley 393 de 1997	Obligar a autoridad a cumplir norma o acto administrativo en salud mental; demanda ante juez	Jueces contencioso-administrativos
<b>Acción popular</b>	Ley 472 de 1998	Proteger derechos colectivos (acceso a servicios de salud mental, continuidad del cuidado) ante fallas estructurales	Jueces competentes; Ministerio Público coadyuva

<b>Mecanismo</b>	<b>Sustento legal</b>	<b>Cómo se activa</b>	<b>Quién responde</b>
<b>Veedurías ciudadanas</b>	Ley 850 de 2003	Vigilar planes, contratos y ejecución de política municipal de salud mental; registro y actuación	Personería municipal; Procuraduría acompaña
<b>Participación y control social</b>	Ley 1757 de 2015	Cabildos abiertos, audiencias y acuerdos para adoptar metas de salud mental; seguimiento ciudadano	Concejo y Alcaldía; Consejo de Participación
<b>Transparencia y datos para vigilancia</b>	Ley 1712 de 2014	Exigir publicación de presupuestos, metas AAAQ y reportes de salud mental; solicitudes de información	Alcaldía, Secretaría de Salud, ESE
<b>Rutas locales de PQRSDF</b>	Ley 1755 de 2015; régimen de PQRSDF	Presentar PQRSDF a la Alcaldía/Secretaría de Salud de Quibdó por fallas en programas	Alcaldía de Quibdó – PQRD; Personería
<b>Acompañamiento del Ministerio Público</b>	Competencias de Procuraduría y Defensoría	Elevar quejas disciplinarias y recibir orientación en casos de salud mental	Procuraduría; Defensoría del Pueblo; Personería

*Nota.* La selección prioriza herramientas de uso ciudadano con soporte normativo y canales oficiales activos; su activación puede complementarse con tutela estratégica cuando exista riesgo o vulneración del derecho a la salud mental.

### ***7.3.3. Estrategia de implementación territorial***

La estrategia de implementación territorial se apoya en una alianza entre el Concejo Municipal, la Alcaldía y la Secretaría de Salud para la adopción y reglamentación local, junto con la ESE y la red de IPS–EPS para la operación en APS, y con la Personería, la Procuraduría y la Defensoría del Pueblo para la vigilancia preventiva.

Convoca a autoridades étnicas, organizaciones comunitarias, instituciones educativas y el ICBF para asegurar pertinencia cultural y enfoque diferencial, así, la hoja de ruta avanza por cuatro fases encadenadas que incluyen adopción normativa del acuerdo y del comité intersectorial, reglamentación de la red y de la ruta integral con ajustes

razonables, implementación mediante contratación orientada a continuidad del cuidado y equipos extramurales, y seguimiento público con participación incidente. En similitud, se proponen indicadores que describen cambios verificables en el territorio como:

**Tabla 12** *Indicadores clave de implementación territorial en salud mental (Quibdó)*

<b>Indicador</b>	<b>Qué mide</b>	<b>Evidencia principal</b>	<b>Meta</b>	<b>Periodicidad</b>
Oportunidad y trato digno percibidos por usuarios	Tiempo de espera y calidad del trato en el primer contacto y seguimiento	Historias de usuario, encuestas breves, PQRS/PQRD	Tendencia de mejora sostenida en oportunidad y $\geq$ alta satisfacción reportada	Trimestral
Accesibilidad y continuidad reportada por líderes comunitarios	Facilidad de acceso en el territorio y continuidad del cuidado	Relatos de líderes, minutas de reuniones, listados de casos priorizados	Rutas activas en barrios/corregimientos y continuidad sin rupturas relevantes	Trimestral
Cumplimiento de acuerdos y correcciones en comités	Ejecución de compromisos y solución de cuellos de botella	Actas de comité, matrices de seguimiento, informes de avances	Acuerdos con responsable y plazo definido y alto porcentaje de ejecución	Mensual
Adaptación intercultural de servicios	Pertinencia cultural y uso por comunidades étnicas	Estudios de caso, protocolos co-diseñados, registros de mediación cultural	Protocolos adoptados por administrativo y aumento de uso efectivo	Semestral

<b>Indicador</b>	<b>Qué mide</b>	<b>Evidencia principal</b>	<b>Meta</b>	<b>Periodicidad</b>
Despliegue extramural y resolutivead en APS	Presencia en territorio y resolución sin remisiones evitables	Registros de visitas extramurales, tableros RIPS/REPS	Cobertura regular de equipos y reducción de remisiones evitables	Mensual

*Nota.* Las metas son orientativas y deben ajustarse en el acto administrativo local y en los contratos con la red de servicios para asegurar trazabilidad y evaluación.

## TRABAJO DE GRADO

### 7.3.4. Medidas de mitigación para la sostenibilidad normativa e institucional

La Tabla, muestra que la sostenibilidad depende de asegurar reglas claras, presupuesto etiquetado, equipos con competencias comunitarias y datos abiertos que permitan corregir el rumbo a tiempo. Por tal motivo, se recomienda activar de inmediato el cronograma jurídico y el comité intersectorial, mientras se establecen incentivos a la permanencia del talento y se publican tableros con avances trimestrales, para que la gestión gane previsibilidad y la ciudadanía pueda verificar con evidencias, que las brechas se van cerrando.

**Tabla 13** Riesgos, supuestos y medidas de mitigación para la sostenibilidad normativa e institucional

Riesgo	Supuesto clave	Indicadores	Cómo mitigarlo	Responsable	Plazo
No adopción o demora del Acuerdo Municipal	Existe voluntad política para aprobar el marco local	Proyecto sin radicación, aplazamientos sucesivos, ausencia de ponencia	Ruta exprés con cronograma jurídico, socialización técnica y mesas con Concejo y veedurías	Alcaldía Concejo Secretaría de Salud	Corto (0–3 meses)
Subfinanciación y falta de etiquetación SGP/PIC	El presupuesto puede priorizar salud mental	No hay rubros identificables ni metas financiadas	Etiquetación presupuestal, costos estándar por meta y convenio de desempeño con reporte público	Secretaría de Salud	Corto/Medio (0–6 meses)
Déficit y rotación de talento humano	Se podrán atraer y mantener perfiles clave	Vacantes persistentes, contratos cortos, alta rotación	Incentivos no salariales, formación QualityRights, convenios docencia-servicio y escalas de permanencia	ESE IPS	Medio (3–12 meses)

<b>Riesgo</b>	<b>Supuesto clave</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Cómo mitigarlo</b>	<b>Responsable</b>	<b>Plazo</b>
Fragmentación intersectorial	Las sectoriales cooperan bajo un plan común	Reuniones sin actas, metas duplicadas, tareas sin responsable	Comité intersectorial con plan, actas vinculantes y trazadores compartidos (educación, ICBF, justicia)	Alcaldía Comité Intersectorial	Corto/Medio (0–6 meses)
Acceso afectado por orden público y dispersión	Se pueden operar rutas seguras y extramurales	Cancelación de brigadas, baja cobertura rural	Acuerdos de seguridad, puntos comunitarios, teleapoyo y rutas APS con enlaces locales	ESE – EPS	Medio/Largo (6–24 meses)
Estigma y resistencias al enfoque de derechos	El personal adoptará prácticas no coercitivas	Quejas por trato, uso de prácticas restrictivas	Protocolos de consentimiento y apoyos, formación continua y auditorías de calidad	Secretaría IPS Supersalud (apoyo)	Medio (3–12 meses)
Débil información y trazabilidad RIPS/REPS	El registro permitirá evaluar avances	Cargas tardías, datos sin desagregación étnica/territorial	Tableros abiertos con RIPS/REPS, variables diferenciales y reporte trimestral	Secretaría ESE – IPS	Corto/Medio (0–6 meses)

*Nota.* Los riesgos se gestionan en paralelo; cada medida debe quedar formalizada en actos administrativos y contratos con metas verificables.

## TRABAJO DE GRADO

### 7.4. Discusión

El punto de partida fue reconocer que los estándares internacionales ya ofrecen una guía clara y accionable para el nivel local. El PIDESC y su Observación General N° 14 definen los elementos AAAQ y ordenan a los Estados adoptar medidas progresivas; la CDPD exige servicios en comunidad, apoyos para la toma de decisiones y prohibición de prácticas coercitivas; y la OMS/ACNUDH llama a alinear leyes y servicios con un enfoque de derechos y metas medibles. Triangulados con los resultados del estudio, estos referentes sostienen que Quibdó necesita reglas locales simples y verificables que acerquen la atención a los barrios y garanticen trato digno y sin discriminación (E/C.12/2000/4, 2000; CRPD/C/GC/1, 2014; Naciones Unidas, 2023).

En el plano interno, la Constitución y el artículo 93 integran esos tratados al orden jurídico, mientras la Ley Estatutaria 1751 y la Ley 1616 hacen exigible la salud mental y ordenan eliminar barreras. A pesar de ello, los hallazgos muestran brechas concretas: concentración privada de la oferta, talento humano insuficiente y rutas fragmentadas, especialmente en contextos de dispersión geográfica y riesgo por orden público (Constitución Política, 1991; Ley 1751, 2015; ACHC, 2025; MSF, 2023). Esta “paradoja” entre la norma y la práctica descrita por la literatura confirma que el desafío no es crear más leyes, sino traducirlas en decisiones locales con presupuesto, responsabilidades y seguimiento (Hernández & Sanmartín, 2018).

A la pregunta de cómo formular los ajustes y la exigibilidad, la triangulación sugiere una respuesta desde dos perspectivas. La normativa, un Acuerdo Municipal que adopte la Política Nacional 2024–2033, cree el Comité Intersectorial con participación incidente de usuarios y pueblos étnicos, formalice la red municipal y una ruta en APS con apoyos, ajustes razonables y protocolos no coercitivos; además, resoluciones para contratación que premie continuidad del cuidado, formación QualityRights y transparencia activa. La exigibilidad: activar tutela, PQRD y veedurías, con publicación trimestral de metas AAAQ y correcciones acordadas; y aprovechar la nueva Ley 2460 (subcuenta y acceso directo) para asegurar financiamiento y acceso oportuno (Porsdam et al., 2016; Gallo, 2025).

Por último, para cerrar la brecha entre papel y realidad se requieren indicadores simples y visibles, como lo es la oportunidad y trato digno percibidos, continuidad reportada por líderes, cumplimiento de acuerdos de comité, adaptación intercultural y despliegue extramural. Con estos indicadores y fuentes de verificación públicas, (RIPS/REPS), el municipio puede corregir rumbos a tiempo y la comunidad puede exigir

resultados. Así, los estándares internacionales, el marco constitucional y los hallazgos locales convergen en una ruta práctica para incluir de manera efectiva el enfoque de salud mental en los programas de derechos humanos de Quibdó (World Health Organization, 2021; Resolución 4886, 2018).

En términos de impacto sobre las comunidades y grupos de interés, la propuesta se traduce en cambios observables y cercanos al día a día: para los usuarios, una reducción del tiempo de espera al primer contacto y un trato más digno medido con historias de usuario y PQRD; para familias y líderes comunitarios, mayor continuidad del cuidado gracias a equipos extramurales en APS y rutas de referencia que no se interrumpen por distancia u orden público; para pueblos afro e indígenas, un aumento del uso efectivo de los servicios al contar con protocolos co-diseñados y mediación cultural, lo que fortalece la confianza y la adherencia; para el talento humano, mejoras en empatía y prácticas no coercitivas tras procesos formativos tipo QualityRights, reflejadas en menos quejas por trato y mejor comunicación clínica (Agudelo et al., 2025).

Y para el sistema local, acuerdos de comité que se cumplen y quedan trazados en actas públicas, con datos abiertos que permiten corregir a tiempo. Estos efectos, alineados con el enfoque de derechos y la promoción comunitaria recomendada por OPS/OMS, apuntan a disminuir remisiones evitables, a mejorar bienestar escolar y a consolidar una cultura de participación incidente, para que la garantía del derecho a la salud mental sea visible y verificable en los territorios de Quibdó (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

## 8. Conclusiones

La integración de los resultados muestra que el objetivo general propone ajustes normativos y estrategias de exigibilidad, para incluir de manera efectiva el enfoque de salud mental en los programas de derechos humanos de Quibdó. Ante ello, lo anterior es posible cuando las obligaciones del bloque de constitucionalidad y los estándares internacionales se traducen en decisiones locales exigibles, así la lectura conjunta del PIDESC, la CDPD y la jurisprudencia constitucional permite aterrizar los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en reglas claras, presupuestos identificables y canales de control ciudadano. De este modo, la propuesta consolida un hilo que va de los fundamentos normativos a la operación territorial en la Atención Primaria, con equipos extramurales y protocolos no coercitivos, y cierra el ciclo con indicadores y fuentes de verificación que vuelven auditable cada avance, lo cual coloca a la administración municipal ante una hoja de ruta concreta y a la ciudadanía ante herramientas tangibles para defender sus derechos. En consecuencia, el objetivo general deja de ser una declaración y se convierte en una agenda de acción con tiempos, responsables y mecanismos de corrección temprana.

En relación con el primer objetivo específico, el análisis del marco jurídico nacional e internacional ofreció el sustento técnico que ordena el campo de actuación local, pues ubicó el derecho a la salud mental como mandato justiciable y no como política optativa, además precisó cómo los estándares internacionales interpretan el alcance de las obligaciones del Estado y cómo el artículo 93 constitucional integra esos referentes al derecho interno, a partir de allí se definieron puentes normativos que conectan la Ley Estatutaria 1751, la Ley 1616 y la política nacional vigente con exigencias operativas en el municipio, en paralelo se visibilizó la pertinencia de la Atención Primaria como plataforma de implementación y se destacó la necesidad de participación incidente de usuarios y pueblos étnicos, por lo que este objetivo no solo aportó conceptos y reglas, sino también criterios de interpretación pro persona que orientan la toma de decisiones del Concejo, la Alcaldía y la red de prestadores.

El segundo objetivo específico centrado en vacíos, capacidades y brechas, permitió reconocer con detalle por qué persisten las distancias entre norma y realidad cotidiana. El ejercicio evidenció ambigüedades en competencias y financiamiento municipal, dificultades para insertar prestaciones psicosociales en la red de Atención Primaria, debilidades en talento humano con enfoque comunitario y rezagos en información desagregada por territorio y pertenencia étnica. Conforme a ello, se documentaron barreras propias de un contexto atravesado por dispersión geográfica y riesgos de orden público, y

se compararon esas fallas con buenas prácticas compatibles con los estándares. De esta lectura, surgieron prioridades de cierre que orientan ajustes administrativos inmediatos y fijan las bases para que la política local sea verificable, equitativa y culturalmente pertinente, de modo que, la planeación municipal no repita esquemas hospitalocéntricos y avance hacia un cuidado cercano y continuo.

El tercer objetivo específico convirtió esos hallazgos en una arquitectura de implementación, al proponer instrumentos normativos locales, mecanismos de exigibilidad y una estrategia con fases, actores, indicadores narrativos y fuentes de verificación. Así, el Acuerdo Municipal de Política de Salud Mental y su reglamentación conforman el núcleo jurídico que habilita la red de servicios, los ajustes razonables y la contratación orientada a continuidad del cuidado, mientras que los mecanismos de tutela, veedurías, transparencia activa y PQRD dan a la ciudadanía rutas para activar la garantía del derecho, a su vez los indicadores de oportunidad, trato digno, continuidad, adaptación intercultural y despliegue extramural permiten medir cambios visibles en el territorio, y el plan de mitigación de riesgos asegura que la propuesta resista a la rotación de personal, a la subfinanciación y a las tensiones intersectoriales, con lo cual se refuerza la viabilidad institucional y la confianza social.

En cuanto a los aportes esperados al sistema local de protección de derechos humanos, la propuesta fortalece la capacidad de respuesta del municipio al articular normas, instituciones y comunidades en un mismo propósito, se espera que la adopción del acuerdo, la creación del comité intersectorial y la señalización presupuestal reduzcan las demoras, eliminen barreras administrativas y mejoren la continuidad del cuidado, también se prevé una mayor participación incidente de usuarios y pueblos étnicos mediante protocolos co-diseñados y mediación cultural, lo que incrementa la pertinencia y la adherencia a los servicios. Adicionalmente, la transparencia de datos y los informes periódicos dan bases para la rendición de cuentas y para la corrección temprana de cuellos de botella, de tal manera que el sistema local no solo proteja frente a vulneraciones, sino que prevenga daños, dignifique el trato y amplíe la cobertura con criterios de equidad territorial.

Finalmente, en términos de sostenibilidad social, los resultados trazan un camino que combina reglas estables, presupuesto, formación continua en enfoque de derechos y evaluación pública con datos abiertos. Esta combinación promueve aprendizajes institucionales y comunitarios que pueden sostenerse en el tiempo y replicarse en otros municipios con contextos similares, el énfasis en la Atención Primaria y en el trabajo

extramural refuerza la cercanía del cuidado y disminuye remisiones evitables, mientras que los mecanismos de exigibilidad conservan el control social y evitan retrocesos, con ello el municipio puede pasar de intervenciones aisladas a una política que mejore el bienestar psicosocial, reduzca estigmas y fortalezca la cohesión comunitaria, haciendo de la salud mental una pieza central del desarrollo humano y de la garantía integral de derechos en Quibdó.

## 9. Bibliografía

- ACHC. (2 de 1 de 2025). *Marco legal y normativa sobre salud mental en Colombia*. [https://revistahospitalaria.org/enportada/marco-legal-y-normativa-sobre-salud-mental-en-colombia/?utm\\_source](https://revistahospitalaria.org/enportada/marco-legal-y-normativa-sobre-salud-mental-en-colombia/?utm_source)
- Agudelo, F., Vélez, H., & Guapacha, M. (2025). Results of quality rights on human rights engagement, stigma and attitudes towards mental health among Colombian medical students. *PLoS ONE*, 20(2), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319431>
- Constitución Política. (1 de 1991). *Constitución Política de la República de Colombia*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125&utm>
- Constitución Política. (1 de 1994). *Función Pública*. Asamblea Nacional Constituyente: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). (3 de 5 de 2008). *Artículo 25 – Salud*. Naciones Unidas: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-25-health.html>
- Cotonieta, E., & Rodríguez, R. (2021). Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(6). <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3816>
- CRPD/C/GC/1. (19 de 5 de 2014). *Observación general n.º 1 - Artículo 12: Igual reconocimiento ante la ley (adoptada el 11 de abril de 2014) - Versión en lenguaje sencillo*. Naciones Unidas: <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-1-article-12-equal-recognition-1?utm>
- E/C.12/2000/4. (11 de 8 de 2000). *Observación general N° 14 sobre el más alto nivel posible de salud (2000), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Naciones Unidas: <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/ec1220004-general-comment-no-14-highest-attainable?utm>
- Gallo, C. (6 de 7 de 2025). *La nueva ley de salud mental en Colombia trae herramientas para mejorar el acceso a atención psicológica y psiquiátrica*. [https://elpais.com/america-colombia/2025-07-06/la-nueva-ley-de-salud-mental-en-colombia-trae-herramientas-para-luchar-contra-el-estigma-de-quienes-requieren-ayuda-psicologica.html?utm\\_source](https://elpais.com/america-colombia/2025-07-06/la-nueva-ley-de-salud-mental-en-colombia-trae-herramientas-para-luchar-contra-el-estigma-de-quienes-requieren-ayuda-psicologica.html?utm_source)
- Hernández, D., & Sanmartín, C. (2018). The Paradox of Mental Health in Colombia: Between the Human Rights, the Predominance of the Administrative and the Stigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.psmc>
- Hernández, D.-M. (2020). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *REVISÃO • Ciênc. saúde coletiva*, 25(3), 1-12. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01322018>

- Hernández, E. (19 de 6 de 2025). *Razones para invertir en salud mental en América Latina*. [https://elpais.com/america/termometro-social/2025-06-13/razones-para-invertir-en-salud-mental-en-america-latina.html?utm\\_source](https://elpais.com/america/termometro-social/2025-06-13/razones-para-invertir-en-salud-mental-en-america-latina.html?utm_source)
- Hernández, F., Vélez, H., & Guapacha, M. (2025). Resultados de los derechos de calidad sobre el compromiso con los derechos humanos, el estigma y las actitudes hacia la salud mental entre estudiantes de medicina colombianos. *PLoS One*, *20*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319431>
- Ley 1438. (19 de 1 de 2011). *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Congreso de Colombia: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- Ley 1616. (21 de 1 de 2013). *Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Congreso de Colombia.
- Ley 1618. (27 de 2 de 2013). *Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad*. Congreso de Colombia: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52081>
- Ley 1751. (16 de 2 de 2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Congreso de Colombia: [https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf?utm\\_](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf?utm_)
- Medicos sin fronteras. (9 de 12 de 2024). *Chocó: finalizamos nuestro proyecto de salud comunitaria en Alto Baudó*. <https://www.msf.org.co/actualidad/choco-finalizamos-nuestro-proyecto-de-salud-comunitaria-en-alto-baudo/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *ReTHUS - Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud*. <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/ReTHUS-Registro-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx?utm>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Política Nacional de Salud Mental 2024-2033*. Ministerio de Salud y Protección Social. [https://www.minsalud.gov.co/Anexos\\_Normatividad\\_Nuevo/Document-2025-01-17T111829\\_306.pdf?utm\\_source](https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Document-2025-01-17T111829_306.pdf?utm_source)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Portal SISPRO > Observatorios > Observatorio de Talento Humano en Salud*. [https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx?utm\\_source](https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx?utm_source)
- MSF. (5 de 8 de 2023). *Salud mental en Alto Baudó: otro vacío sin respuestas en medio del conflicto armado en Chocó, Colombia*. [https://www.msf.org.ar/actualidad/salud-mental-alto-baudo-otro-vacio-respuestas-conflicto-armado-choco-colombia/?utm\\_source](https://www.msf.org.ar/actualidad/salud-mental-alto-baudo-otro-vacio-respuestas-conflicto-armado-choco-colombia/?utm_source)
- Naciones Unidas. (12 de 12 de 2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Instrumentos de derechos humanos: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

- Naciones Unidas. (9 de 10 de 2023). *Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737?utm>
- Office of the high commissioner for Human Rights. (11 de 8 de 2000). *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*. (Contained in Document E/C.12/2000/4) :  
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (23 de 11 de 2021). *Serie Derechos Humanos y Salud - 2. Salud mental: un enfoque basado en los derechos humanos*.  
[https://www.paho.org/es/documentos/serie-derechos-humanos-salud-2-salud-mental-enfoque-basado-derechos-humanos?utm\\_source](https://www.paho.org/es/documentos/serie-derechos-humanos-salud-2-salud-mental-enfoque-basado-derechos-humanos?utm_source)
- Organización Panamericana de la Salud. (12 de 6 de 2025). *Protección y promoción de los derechos humanos en salud mental*. [https://www.paho.org/en/topics/protection-and-promotion-human-rights-mental-health?utm\\_](https://www.paho.org/en/topics/protection-and-promotion-human-rights-mental-health?utm_)
- Osorio, J. (2022). *La Salud Mental en Colombia. Una revisión sistemática de sus modelos interpretativos*. Universidad del Rosario.  
<https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/35d45748-492b-4dce-b9f1-e7aa8bd4d948/content>
- Polo, C., & Villa, C. (2021). Procesos de ciudad y participación comunitaria. Una mirada a través de casos de estudio. *Equidad y Desarrollo*, 37, 99-121.  
<https://doi.org/10.19052/eq.vol1.iss37.5>
- Porsdam, S., Bradley, V., & Sahakian, B. (2016). Enfoques de salud mental basados en los derechos humanos: una revisión de programas. *Salud y Derechos Humanos*, 18(1).  
[https://www.hhrjournal.org/2016/05/24/human-rights-based-approaches-to-mental-health-a-review-of-programs/?utm\\_source](https://www.hhrjournal.org/2016/05/24/human-rights-based-approaches-to-mental-health-a-review-of-programs/?utm_source)
- Posada, D. (2016). La participación comunitaria como estrategia para la intervención físico espacial. *ICONOFACTO*, 12(19), 100-123.  
<https://doi.org/10.18566/iconofact.v12.n19.a04>
- Resolución 2358. (18 de 6 de 1998). *Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf?utm\\_source](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf?utm_source)
- Resolución 2358. (18 de 6 de 1998). *Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud:  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=184173>
- Resolución 46/119 de la Asamblea General. (17 de 12 de 1991). *Principios para la protección de las personas con enfermedades mentales y la mejora de la atención de la salud mental*. Naciones Unidas: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement>

- Resolución 4886. (7 de 11 de 2018). *Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=93348>
- Rubio, D., Cano, L., Reyes, M., S. F., & Gracia, D. (2025). Los profesionales no eran de aquí?: prestación de servicios de salud mental en el contexto del conflicto armado colombiano. *Archivos de Salud Pública*, 83(123). <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01561-z>
- Samaniego, M., & Maldonado, L. (2024). La salud mental como derecho humano y su impacto en la responsabilidad penal en menores de edad en Ecuador. *Nullius*, 5(1), 28-42. <https://doi.org/10.33936/revistaderechos.v5i1.6573>
- Sanmartín, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Javeriana*, 17(35). [https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24379?utm\\_source](https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24379?utm_source)
- Sentencia T-010/16. (22 de 1 de 2016). *Corte Constitucional*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-010-16.htm>
- Sentencia T-760. (31 de 7 de 2008). *Corte Constitucional*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Suarez, S. (2012). *INSTRUMENTOS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL, PARA ENFERMOS MENTALES PRIVADOS DE LA LIBERTAD EN COLOMBIA*. Universidad Nacional de Colombia. [https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20939/699788.2012.pdf?utm\\_source](https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20939/699788.2012.pdf?utm_source)
- Vela, M. (2020). Salud mental como derecho fundamental: estatus, posiciones jurídicas y garantías jurisdiccionales reforzadas. *Opinión Jurídica*, 21(44), 80-102.
- Wilson, K. (2025). El marco de salud mental pública: pensar el derecho como medicina preventiva. *Revista de Derecho Médico*, 33(1). <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwaf002>
- World Health Organization. (21 de 9 de 2021). *Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>