



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)
SAÚDE COLETIVA**

**POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL; BRASIL Y COLOMBIA:
DIFERENCIAS**

ANDREA DEL PILAR GARZON PACHECO

Foz de Iguazú
2024

ANDREA DEL PILAR GARZON PACHECO

**POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL; BRASIL Y COLOMBIA:
DIFERENCIAS**

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latino- Americano de Ciencias de la Vida y de la Naturaleza como requisito parcial a la obtención del título de Licenciatura en Salud Colectiva.

Orientador: Prof. (DR) Giuliano Silveira
Derrosso

Foz de Iguazú

2024

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente

GIULIANO SILVEIRA DERROSSO

Data: 14/08/2024 11:42:50-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientador: Prof. (Titulação)
(Nome do orientador) UNILA

Prof. (Titulação)
(Nome do Professor) (Sigla da Instituição)

Prof. (Titulação)
(Nome do Professor) (Sigla da Instituição)

Foz de Iguazú 24 de mayo de 2024

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Andrea Del Pilar Garzon Pacheco

Curso: Licenciatura en Salud Colectiva

Tipo de Documento

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Graduação | <input type="checkbox"/> artigo |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> mestrado | <input type="checkbox"/> monografia |
| <input type="checkbox"/> doutorado | <input type="checkbox"/> dissertação (.....) tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – obras |
| | <input type="checkbox"/> audiovisuais |

Título do trabalho acadêmico: Políticas públicas en salud mental; Brasil y Colombia: diferencias

Nome do orientador(a): Prof. (DR) Giuliano Silveira Derrosa

Data da Defesa: Foz de Iguazú 24 de mayo de 2024

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported.

Foz do Iguaçu, 24 de 05 de 2024



Assinatura do Responsável

Este trabajo es dedicado a mis padres por ser mi apoyo incondicional en este proceso y a mis hermanos por ser mi bastón en el camino; que viviendo la experiencia que es lidiar con una persona con problemas de salud mental y ver como es obstaculizada su atención y vulnerada. Creo en mi combatiente por los derechos de los pacientes de salud mental.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a mi profesor y orientador Dr. Giuliano Derrosso, por la constante orientación en el trabajo, por la comprensión durante el proceso de levantamiento de datos y otras informaciones y por su amistad durante mi formación como investigadora en mi TCC de grado.

A los profesores de la banca por sus orientaciones e inquietudes que me ayudan a crecer en nuevas investigaciones para mi vida

A mis amigos del curso y fuera de ellos, que me alentaron para continuar con mi crecimiento personal durante el proceso de mi curso, recordando que entre amigos podemos crear una amistad tan grande como si fuera otra familia, apoyándonos durante este camino que llamamos vida.

“la prueba de que estoy recuperando la salud mental, es que estoy cada minuto más permisiva: Me permito más la libertad y más la experiencia. Y acepto el quizás, ansio por lo que aún no experimenté. Mayor espacio psíquico. Estoy felizmente más loca”.

Clarice Lispector

PACHECO, ANDREA DEL PILAR GARZON. **Políticas públicas en salud mental; Brasil y Colombia: Diferencias.** 2024. 50f. Trabajo de conclusión de curso (Graduación en Salud Colectiva) - Universidad Federal de Integración Latino-americana, Foz de Iguazú, 2024.

RESUMEN

Este trabajo trata de la importancia de la salud mental y de las políticas de salud mental en dos países, Brasil y Colombia, y los desafíos que enfrenta el usuario para acceder al sistema de salud mental, especialmente en Colombia. Se propone una revisión de políticas y un enfoque más centrado en la atención a la enfermedad para mejorar la calidad y el acceso a la atención de la salud mental. También compara la atención a la salud mental en los dos países a lo largo del tiempo, señalando que un enfoque más social y centrado en la población reemplaza tratamientos perjudiciales. Se hace hincapié de los desafíos en la atención de la salud mental como el acceso limitado, la estigmatización, los recursos insuficientes y la fragmentación del sistema. Luego, se presenta una tabla comparativa de políticas públicas en salud mental, que sugiere que la renovación de políticas en salud mental en Colombia podría mejorar la atención y promover la importancia de la salud mental en todas las etapas de la vida. Para la elaboración de este trabajo fue utilizado una metodología de carácter cualitativo, revisión bibliográfica y exploratoria. Como resultado encontramos que Brasil tiene más programas para la atención inmediata en la salud Mental manejado por el sistema de Salud Único, el SUS, tiene también un nivel de acogimiento de rehabilitación social con atendimientos presenciales disponibles las 24 horas del día. Mientras que Colombia se basa en un sistema de atención más fragmentando, con difícil acceso y atención semipresencial, que no abarca toda la población y grupos sociales.

Palabras clave: Salud Mental; Política Pública; Atención Primaria de Salud.

PACHECO, ANDREA DEL PILAR GARZON. **Políticas públicas em saúde mental; Brasil y Colômbia: Diferenças.** 2024. 50f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2024.

RESUMO

Este trabalho trata da importância da saúde mental em dois países, Brasil e Colômbia, e os desafios que os usuários enfrentam no acesso ao sistema de saúde mental, especialmente na Colômbia. Propõe-se uma revisão das políticas e uma abordagem mais centrada nas doenças para melhorar a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde mental. Também compara os cuidados de saúde mental nos dois países ao longo do tempo, observando que uma abordagem mais social e centrada na população substitui tratamentos prejudiciais. A ênfase é colocada nos desafios dos cuidados de saúde mental, tais como acesso limitado, estigmatização, recursos insuficientes e fragmentação do sistema. Em seguida, é apresentado um quadro comparativo de políticas públicas de saúde mental, que sugere que a renovação das políticas de saúde mental na Colômbia poderia melhorar os cuidados e promover a importância da saúde mental em todas as fases da vida. Para elaboração deste trabalho foi utilizada metodologia qualitativa, revisão bibliográfica e exploratória. Como resultado, constatamos que o Brasil possui mais programas de atenção imediata à saúde mental gerenciados pelo Sistema Único de Saúde, o SUS, e também possui um nível de assistência de reabilitação social com atendimento presencial disponível 24 horas por dia. Enquanto a Colômbia se baseia num sistema de cuidados mais fragmentado, de difícil acesso e cuidados mistos, que não abrange toda a população e grupos sociais.

Palavras-chave: Saúde Mental; Política Pública; Atenção Primária à Saúde.

PACHECO, ANDREA DEL PILAR GARZON. **Public policies in mental health; Brazil and Colombia: Differences.** 2024. 50f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Integração Latino- Americana, Foz do Iguaçu, 2024.

ABSTRACT

The text addresses the importance of mental health, mental health policies in two countries, Brazil and Colombia, and the challenges that users face in accessing the mental health system, especially in Colombia. A review of policies and a more disease-focused approach are proposed to improve quality and access to mental health care. It also compares mental health care in two countries over time, noting that a more social, population-centered approach has replaced harmful treatments. Emphasis is placed on the challenges of mental health care, such as limited access, stigmatization, insufficient resources, and system fragmentation. Next, a comparative table of public mental health policies is presented, which suggests that renewing mental health policies in Colombia could improve care and promote the importance of mental health at all stages of life. To prepare this work, a qualitative methodology, bibliographic and exploratory review was used. As a result, we found that Brazil has more programs for immediate Mental health care managed by the Single Health system, the SUS, and also has a level of social rehabilitation care with in-person care available 24 hours a day. While Colombia is based on a more fragmented care system, with difficult access and blended care, which does not cover the entire population and social groups.

Keywords: Mental Health; Public Policy; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 - Proceso realizado para la selección de documentos	33
Ilustración 2 - Obstáculo de Atención en la Salud Mental Colombia	46

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 - Línea de tiempo de Instituciones de Asistencia Psiquiátrica en el siglo XIX	17
Cuadro 2 - Cronología de la Historia de la Locura	20
Cuadro 3 - Cronología de la Historia de la Salud Mental en Colombia.....	28
Cuadro 4 - Comparación de Atendimento básico entre otros	38
Cuadro 5 - Programa de prevención en salud mental países comparativos.....	41
Cuadro 6 - Redes de atención	42
Cuadro 7 - Centros de Atención.....	42
Cuadro 8 - Programas en atención para la salud mental Brasil y Colombia	45
Cuadro 9 - Diferencias de los sistemas de salud	52
Cuadro 10 Resumen de los programas de atención en ambos países.....	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribución de las personas según tramos de ingreso per cápita, en términos de valor de la línea de pobreza - 2021	48
Gráfico 2 - Gasto público social según clasificación por funciones del Gobierno (porcentaje pib) - 2021	49
Gráfico 3 - Ciclo de La Atención en Salud Mental – Colombia.....	49

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 1. HISTORIA ENTRE LA SALUD MENTAL Y LOS MOVIMIENTOS SOCIALES	15
1.1 CAMINOS DE LA SALUD MENTAL – desarrollo de su historia en latino américa	16
1.2 VENAS DE LA LOCURA: reforma salud mental en Brasil.....	20
1.3 CAMINOS SIN FIN: historia de la salud mental en Colombia.....	26
CAPITULO 2 METODOLOGÍA	32
2.1 PROCEDIMIENTO DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	32
2.1.1 <i>Tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación</i>	33
2.1.2 <i>Colecta y Análisis de los datos</i>	33
CAPITULO 3 - RESULTADOS: COMPARACIÓN DE POLÍTICAS VIGENTES EN SALUD MENTAL; BRASIL Y COLOMBIA	35
3.1 LEY VIGENTE.....	35
3.1.1 <i>Ley que rige actualmente en Colombia</i>	35
3.2 COMPARACIÓN DE PROGRAMAS DE ATENDIMIENTO EN SALUD MENTAL, BRASIL, COLOMBIA NORMATIVIDAD ACTUAL.....	38
3.2.1 <i>Descripción de los programas de Atendimiento</i>	39
3.2.2 <i>Atendimiento en salud mental Colombia</i>	40
3.3 OBSTÁCULO PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL; EN LA SALUD MENTAL COLOMBIA	46
3.4 CICLO DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL – COLOMBIA	49
CAPITULO 4 - DISCUSIÓN	51
CONSIDERACIONES FINALES	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	59

INTRODUCCIÓN

La salud mental está definida para la OMS como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2020).

La salud mental es un recurso muy importante para los individuos, familias y comunidades así contribuyendo a las funciones de la sociedad, con un efecto de productividad de la población en general, contribuyendo a las funciones de la sociedad y tiene un efecto sobre la productividad general. Cuando se habla que una persona tiene mala salud mental lo asociamos con los cambios psicológicos o cambios sociales, que pueden ser influenciados por un trabajo estresante y de discriminación como raza, sexo, género, edad, exclusión social, modos de vida poco saludables, riesgos de violencia y mala salud física, violencia, entre otros factores que podemos encontrar en el transcurso del crecimiento de una persona desde su niñez a la edad adulta.

Al principio cuando se hablaba de salud mental, se decía que era comportamiento de orden en camino del pecado. Otra cosa que marcó la psiquiatría fue que su diagnóstico era tomado por un cierto número de síntomas, entre ellos falta de apetito, insomnio, irritación, antisocial, comportamiento extraño para lo que ellos creen que es lo correcto. Así asociaban a los individuos como enfermos mentales.

Para hablar de salud mental primero debemos saber que significa salud mental. Según el diccionario del latín, salud-significa: *salus, salutis* que es Salud, buen estado”, la palabra mental viene del latín “*Mentalis*” que significa “Relativo al pensamiento”. Si hablamos del tiempo de Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.), para él la salud mental no tiene origen divino sino natural, que el cerebro era el asiento de los placeres, alegrías, risas, dolores, pesares y lágrimas, no como está catalogado que todas las enfermedades mentales eran una maldición de los Dioses. Hablando ya de la actualizada según la OMS (Organización Mundial de la Salud):

“La salud mental es un estado de bienestar en que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad” (OMS).

¿Cuál es la importancia de la salud mental? Hablar acerca de la importancia de la salud mental debe ser lo mismo que hablar sobre el bienestar físico, nos sentimos cansados y sabemos que debemos descansar, que debemos comer bien y que debemos cumplir con nuestra totalidad de horas de sueño para la regeneración de células de nuestros cuerpos, es la misma importancia que debemos tomar con nuestra salud mental porque estamos hablando ya de nuestro bienestar

emocional, psicológico y social. Es decir, la forma en que pensamos, en la que actuamos, así saber cómo manejar y enfrentar las situaciones y decisiones de la vida en la sociedad.

Para poder comprender qué son las “políticas públicas” se dará breve concepto. Las Políticas Públicas son las acciones del Estado para garantizar los derechos de los ciudadanos ya publicadas y ejecutadas en la constitución de cada país, también la podemos llamar como las medidas o programas de gobierno cuyo único fin es garantizar el bienestar de la población. ¿Y por qué se deben estudiar o aprender a ejecutarlas? ¿Porque nos afectan? Cuando hablamos de políticas públicas estamos hablando de los objetivos de una política que su énfasis es bienestar de la población para así mejorar la calidad de vida de los ciudadanos dando en sí beneficios en los servicios públicos como seguridad, salud, educación, entre otros.

Las políticas públicas es el deber del Estado para cumplimiento de los derechos de los ciudadanos basados en enfrentar las problemáticas sociales en el diario de vivir, en el área de la salud mental. Las políticas son la parte esencial para la prevención y el manejo de la salud mental en Latinoamérica y el mundo para promover salud mental como un elemento integro a los derechos fundamentales como el derecho la salud individual o colectivo con énfasis a los trastornos mentales, suicidios, violencias interpersonales, entre otras. Las políticas en salud mental prestan su atención en los servicios de acceso a medicación, desarrollo de acciones de promoción en la salud mental, psicoterapia, intervención terapéutica, régimen de atención diaria, acompañamiento continuo, atención hospitalaria y de urgencia y rehabilitación psicosocial.

Al comparar las políticas públicas en Salud Mental de Brasil y Colombia se puede llegar a la problemática de que estas políticas en su planeamiento, o lo escrito por ley, abarca la necesidad, pero en el momento de ejecución no se cumple en la atención del usuario-paciente. Entonces, que el usuario o persona que necesite algún tipo de atención no encuentre un obstáculo para la atención del servicio en salud mental y se entienda la importancia de los movimientos sociales y la contribución del Estado para la investigación y promoción de estos.

El objetivo de este trabajo es la comparación de las políticas públicas en salud mental entre Brasil y Colombia desde su historia, abarcando los movimientos sociales porque fueron parte fundamental el papel de la ciudadanía para realizar la reforma psiquiatría que fue ejecutada en Brasil, mientras en Colombia en XXI no se encuentra una reforma contemplando la necesidad que es fundamental para la evolución del Atendimiento primario en la salud mental.

Como objetivos específicos fueron:

- Identificar las políticas en salud mental en los dos países ya mencionados;
- Analizar los cambios históricos de las políticas en salud mental, creación de políticas públicas en servicio a la salud mental;
- Identificación de entes de servicio y atendimento en la salud mental de los dos países.

Hacer una comparación en las políticas públicas en la Salud Mental da el resultado de poder mejorar los servicios de atendimento en la salud mental, desde el país de referencia Brasil al país comparativo que es Colombia y así, mejorando estas políticas y buscar como hallar un cambio desde la atención básica, colocando en base las políticas del otro país y viendo el motor clave de que los usuario, es decir, la misma población comprenda la importancia de su papel en el desarrollo de sus políticas públicas y como trascendió estas políticas viendo el pro y contra para el mejoramiento en la atención de la Salud Mental.

El atendimento en la salud mental para la población hace parte fundamental para la convivencia social del diario de vivir de las personas, desde lo individual a lo colectivo, que son las personas que están al lado de nosotros; al trabajar en la salud mental con prevención nos enfocamos en controlar el problema antes de llegar a ella, algo que se previene con programas de prevención y promoción en la salud mental, pero que están incompletos o mal ejecutados que no llegan a su objetivo.

Desde el campo de la salud colectiva se piensa en la ampliación de la salud por medio de los determinantes sociales, para cambiar el modo tradicional biomédico de la atención desde la medicina social, medicina preventiva, planeamiento en salud, entre otras áreas donde sus objetivos abarcan salud del trabajador, salud mental, políticas de género, políticas para la infancia.

Al hacer un comparativo de las políticas de salud mental entre países sur americanos encontramos como resultado las inequidades, la falta de informaciones, la falta de creación de proyectos y la problemática social.

CAPITULO 1 - HISTORIA ENTRE LA SALUD MENTAL Y LOS MOVIMIENTOS SOCIALES

Para comenzar a hablar sobre la salud mental, primero debemos retomar la historia de cómo fue manejada la psiquiatría a nivel de latino-américa, desde la colonización y la lucha social de los pueblos hasta el periodo actual. Posteriormente, nos centramos en cada uno de los países comparativos; que conllevó a crear las políticas públicas en salud mental regidas en sus legislaciones y efectuadas en su atendimento.

“Al momento de la llegada de los colonizadores españoles, el 12 de octubre de 1492, con la expedición de Cristóbal Colón a tierras americanas donde llegaron a la colonización de las Américas, España y Portugal se dividieron las tierras que se conquistaron con el Tratado de Tordesillas (1494), donde Todas las tierras situadas trescientas leguas al oeste del archipiélago de Cabo Verde serían conquistadas por Castilla, mientras que los territorios al este de esa línea podrían ser colonizados por Portugal (1550-1822)” (Guerra Vilaboy, 1997).

Al momento de la colonización de las Américas hubo muchos abusos de los derechos humanos como la esclavitud, violaciones sexuales, muertes y violación de la libertad de expresión y religión, entre otras, donde se adoctrino al pueblo indígena sudamericano a las tradiciones de sus colonizadores, cambiando su cultura, su ser y su identidad. La población que no estaba de acuerdo o no estaba cumpliendo con sus estándares sociales eran reprendidos y excluidos. Eran tratados de locos, proclámate de lujuria, vergüenza y pecadores, ya que la iglesia cristiana hizo parte fundamental en esta conquista.

Cuando llego la revolución de los pueblos sur americanos, la revolución de los mestizos y los pocos sobrevivientes de los pueblos originarios que se reveló contra la corona española y portuguesa, cambió la sociedad, pero quedó con estigma de clasificación del comportamiento social de los ciudadanos. La persona que no cumpliera con esa clasificatoria sería llamada de loca, no por algo más biológico si no por su comportamiento, sexo, su forma de hablar o hasta la raza, donde tal diagnostico era efectuado por curanderos o sacerdotes católicos. Como expresa el escritor Galeano “La epopeya de los españoles y portugueses en América combinó la propagación de la fe cristiana cómo una usurpación de los primeros espacios y locales para el tratamiento de aquellos que serían llamados locos, insanos, enfermos” (Galeano, 2010).

Como comentaba Moreira y Passos en su libro sobre lucha antimanicomial, racismo y avances del conservatismo en tiempos “Temerosos”:

“fue rescatar la libertad de los pueblos colonizados y esclavizados y ancestrales relacionados con la lucha política en torno a la locura, mostrando su resistencia y sobrevivencia a si estuvieran ligadas primeramente a un gran sufrimiento, pero también de que fueron traducidas en locuras sus fugas, revueltas y ataques. La lucha por la libertad, por la sobrevivencia y contra la invasión colonizadora fue traducida en forma de

locura, es por esos que puede ser resignificada cuando releendo en forma de resistencia (Moreira, Passos, 2018, p. 18,36).

1.1 CAMINOS DE LA SALUD MENTAL – desarrollo de su historia en latino américa

Englobando la historia en general, el primer Hospital psiquiátrico en Sudamérica con registro encontrado más antiguo es de la Universidad de San Marcos de Lima, Perú (1571), luego Cartagena de Indias, Colombia (1610), seguida de México en (1580) y Hospital San Martin en Bogotá, Colombia (1817), donde se atendían a las personas con precariedad, con violaciones de derechos humanos, donde eran sometidos a baños fríos a bajas temperaturas, a golpes, entre otras atrocidades y con diagnósticos hipotéticos de una enfermedad llamada “locura” que estaban a disposición de la corona española.

El país que estaba bajo el mandato de la corona portuguesa no había trascendido en la atención de la “locura”, hasta que en (1817) fue creado el Hospicio de la Santa Casa de Misericordia en Minas Gerais (1852). Fue fundado el Hospicio D. Pedro II de Río de Janeiro, y en el siglo XIX fue creado los hospitales del Estado de São Paulo (1852), Hospicio do Juquery (1898). Sus atendimientos no fueron diferentes a los países ya nombrados, como doctrina de maltrato y violaciones a los derechos humanos (recordando que el proyecto de la declaración de los derechos humanos fue en 1948 y efectuado en el mismo año).

A seguir presentamos una línea de tiempo de la creación de las instituciones psiquiátricas en latino-américa:

Cuadro 1 - Línea de tiempo de Instituciones de Asistencia Psiquiátrica en el siglo XIX

Instituciones de Asistencia Psiquiátrica en Hispanoamérica hasta el Siglo XIX	
México	En 1566, el fraile Bernardino Álvarez fundó el Hospicio de San Hipólito 1687 luego el carpintero José Sayago FUNDÓ EL Hospital Real del Divino Salvador 1747 y crea la Congregación de Nuestra Señora de los Dolores y Socorro de Mujeres Dementes Entre 1689 y 1905 funcione Hospital de Santísima Trinidad 1910 fundado el Hospital de la Castañeda.
Venezuela	El fraile Francisco Javier de Irastorza construyó el Asilo para Mujeres Enajenadas en la Ciudad de Mérida, pero el terremoto de 1812 derrumbó la obra antes de que lograra poner en servicio. En 1876 fue inaugurado el Asilo Nacional de Enajenados de los Teques.
Cuba	En 1828 se creó en la Habana el Hospital de San Dionisio y los enfermos fueron trasladados al Hospital de Mazorra en 1855.
Brasil	En 1841 fue creado por decreto Imperial, el Hospicio Pedro II y luego se inauguró en 1852 en la Ciudad de Río de Janeiro. Antes los enfermos mentales se atendían en la Lotería del Hospital de la Misericordia
Puerto Rico	En 1884 fue fundado el Hogar de Beneficencia de San Juan
Chile	En 1852 se funda la Casa De Orates en Santiago de Chile

Perú	En 1859 se funda en Lima el Hospicio del Cercado o Casa de la Misericordia, previamente los enfermos se atendían en las loqueras de los Hospitales de Santa Ana y San Andrés
Uruguay	En 1860 el Asilo de Dementes, fundado en Montevideo, que es convertido en Manicomio Nacional en 1880. Antes los enfermos se tratan en la Lotería del Hospital General de Montevideo
Argentina	Del Patio de Dementes del Hospital Nacional de Mujeres las enfermas son trasladadas al Hospital Nacional de Alienadas en 1854. En 1863 fue abierto en Buenos Aires la Casa de Dementes. La Lotería del Hospital San Juan de Dios atendió los enfermos mentales antes de las creaciones de estas Instituciones
Bolivia	Se fundó en Sucre en 1884 el Manicomio Nacional Pacheco
Colombia	En Bogotá se funda el Asilo de Locos en 1870 y la Casa de Locas en 1874

Fuente: de Rojas, C., Portilla, N., Villaseñor, S. (2002)

También podemos agregar la labor de grandes figuras que hicieron parte como ser humanistas, destacados por ser científicos y filosóficos que ayudaron y resguardaron a las poblaciones con enfermedades mentales como el portugués *Joao Cidade*, canonizado más tarde como San Juan de Dios (1495-1550), en los cuales los hermanos de la misma caridad se reunieron y organizaron por ibero americana una red hospitalaria, entre ellos está Bernandino o Álvarez (1514-1581) que es el principal fundador de la Orden de los Hipólito que su inicio fue en 1567, donde se resguardo y se acogió a los enfermos mentales. En México, también está el fraile Dominicó Limeño de San Martín de Porres quien fue barbero-cirujano y dedicó su vida a la labor de cuidar a los enfermos; San Pedro Claver quien realizó apostolado en Cartagena de Indias, entre otros que en el siglo XV se destacaron en la defensa y cuidado de enfermos en general.

Según Santos e Nelson en su disertación nos dice que:

“la ideología de la locura o enfermedad puede ser identificada en la historia desde la locura, que está presente en la historia del hombre así con pobreza, mendicidad, alejamiento y exclusión de muchos por unos pocos en guerra, en paz o amor al odio” (Santos y Nelson, 1992).

Mostrando una breve característica donde la salud mental ha estado presente en la humanidad y ha sido ignorada por tanto tiempo como un factor externo no importante de la sociedad exponiendo una denigración de la situación, sin haber una solución en verdad por parte de los gobiernos. Cuando fue clasificada la locura o se cataloga la persona como enferma mental –se caracterizó esa persona como un ser improductivo ya que no estaba consciente en las 5 esferas de la conciencia muy conocida en el método hegemónico de la salud. La psiquiatría del siglo XX, al momento que se “descubrió las enfermedades mentales” decían que eran comportamientos de orden en camino del pecado. Otra cosa que marcó la psiquiatría fue que su diagnóstico era tomado por un cierto número de síntomas, entre ellos, la falta de apetito, insomnio, irritación, antisocial, comportamiento extraño para lo que ellos creen que es lo correcto. Cualquier persona que no cumplía con los estándares de

la sociedad o que presenta dos de estos síntomas, ya eran excluidos y caracterizados por la sociedad como enferma mental. Otra cosa que abarcó en el momento que se descubrió la psiquiatría fue que comenzaron a rotular a los enfermos mentales a las personas que presentaban algún fetichismo sexual.

No obstante, cuando llegamos a hablar de los hospitales en la psiquiatría Latinoamericana podemos hablar desde las instituciones a la exclusión de las personas, como decía Foucault “el Hospital es un lugar de internado donde justamente se mezclan enfermos, locos devastados, prostitutas y un instrumento mixto de la exclusión, asistencia y transformación espiritual, en que la función media no procede” (Foucault, 2010, p.102). Posteriormente de esta historia general de psiquiatría en Sudamérica, nos vamos a concentrar en los países que tomamos de referencia para entender “la locura” y los movimientos sociales al pasar los años, lo que con lleva a la importancia de esto para una construcción de políticas públicas. Antes, destacar y hablar sobre el movimiento social y porque son importantes para el desarrollo de las políticas. No obstante, vamos ir definiendo cada punto central de este trabajo, para que se vea el engranaje y la importancia de cada uno de ellos para llegar a nuestro objetivo central.

Un movimiento social es un grupo de personas numeralmente grande que está constituido para buscar el cambio social, que se destacan por que se realizan muchas marchas callejeras disciplinadas contra el Estado o red de trabajo que ellos no están de acuerdo. Se caracteriza por debatir, luchar democráticamente, ejerciendo el derecho de la protesta exigiendo el cumplimiento de sus derechos y por una lucha contra leyes o políticas que este violando el Estado, las empresas o cualquier tipo de maltrato o violación a los derechos. Podemos agregar un concepto muy generalizado basado en ejemplos desde la ideología de Marx y Engels:

“Todos los movimientos históricos anteriores fueron movimientos de minorías o persiguieron los intereses de las minorías. El movimiento proletario es el movimiento consciente e independiente de la inmensa mayoría y obedece a los intereses de la inmensa mayoría” (Marx y Engels. 1848, vol. I.p.44).

Vemos cómo nos está definiendo lo que para ellos es un movimiento social, que podemos decir que se efectúa en sí como una acción colectiva con intereses colectivos presentándose para la historia desde el movimiento del proletariado. La importancia de los movimientos sociales en la política pública es porque son el eje del desarrollo de ellas. Desde una perspectiva más clara, cuando se hace un movimiento social, se hace porque hay algunas inquietudes en las que el pueblo no está satisfecho. El haberse manifestado, se puede hacer un cambio en el método de creación o el método de ejecución de una política porque eso puede definir que los movimientos sociales hacen parte central en una política pública aún más cuando estamos hablando de países democráticos.

Entrando en contexto de nuestros dos países comparativos vamos describiendo cada uno mientras se vamos demostrando su historia.

1.2 VENAS DE LA LOCURA: reforma y salud mental en Brasil

Entre las Políticas públicas, Brasil es una República Federativa caracterizada por una forma de gobierno dividida por la unión, Estado, Distrito y Municipios, por su Sistema de Salud (SUS-Sistema Único de Salud), Universal, Único, descentralizado creado a partir de la constitución de 1998, en el Artículo 196.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, Seção II, 1988).

En la ley orgánica 8080 de 1990, en el Capítulo I, artículo 5 dice: *São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS, inciso II “a formulação de política de saúde a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto 1 do art. 2 donde promove uma lei universal, integral para os usuários dos serviços em geral na saúde:*

“con la creación del SUS se proporcionó acceso universal al sistema público de salud, sin discriminación. Atención integral a la salud, y no solamente a los cuidados asistenciales, pasaron hacer un derecho de todos los brasileños, desde la gestación y para toda la vida, con un enfoque de salud con calidad de vida, visando la prevención y promoción de la salud; basado en los principios de Universalidad, Equidad, Integralidad” (BRASIL, 1990).

Sin embargo, para poder avanzar en nuestras políticas creamos una tabla con los datos obtenidos de “Memoria da Locura” del Centro cultural do Ministerio da Saúde (CCMS), que trata de la trascendencia de la locura en Brasil:

Cuadro 2 - Cronología de la Historia de la Locura

Cronología de la Historia de la Locura	
1808	Transferencia de la Corte Portuguesa para la ciudad de Río de Janeiro y consecuente a la abertura de los puertos brasileños y las naves amigas y dando la bienvenida a Brasil y numerosos artistas, científicos e intelectuales.
1829	Fundada en la Sociedad de Medicina de Río de Janeiro por los médicos higienistas Jose Francisco Sigaud, Joaquim Cendido Soares Meireles, Luiz Vicente de-Simoni, Jose Martins da Ceruz Jobim y Joao Mauricio Faivre.
1830	La sociedad de medicina de Río de Janeiro realiza diagnóstico sobre la situación de los locos de la ciudad, pasan ser considerados enfermedades mentales, merecedores de espacio propio para reclusión y tratamiento

1831	Publicada el acta de fundación de la Sociedad Brasileira de Medicina en el primernúmero de Semanario de la Salud Pública.
1831	Jose Martins da Cruz Jobim, uno de los pioneros de la psiquiatría en Brasil, publica insignia Lo quase, el primer escritorio sobre las enfermedades mentales en Brasil.
1835	Jose Martins da Cruz Jobim denuncia, en discurso en la Sociedad de Medicina de Rio de Janeiro, la insalubridad de Santa Casa de la Misericordia y las pésimas condiciones en que viven los locos de la ciudad.
1841	D. Pedro II sanciona el decreto de la creación del Hospicio que, construido por el medio de las suscripciones públicas, sería un homenaje al sagrado del Futuro Emperador.
1844	El austriaco Carl Von Martius escribe un trabajo sobre las enfermedades mentalesentre los indios brasileños, un caso de Licantropía.
1852	Inauguración en 8 de diciembre, con la presentación del Emperador, Hospicio PedroII, conocido popularmente como el Palacio de los Locos.
1856	Relatorías del Hospicio de Pedro II acusan a su superioridad debido a la entrada discriminatoria de los pacientes curables e incurables, afectados mentalmente omeros indigentes.
1881	Decreto número 8.024 del 12 de marzo, crea la cadera de Enfermos Nerviosos y Mentales en la Facultad de Medicina de la Bahía y de Río de Janeiro.
1882	La ley número 3.141 del 20 de octubre se dispone sobre excursión de la enseñanzade la Psiquiatría en Brasil.
1883	Aprobado en el primer curso Público para la especialidad. Teixeira Brandao asume la Cátedra de la psiquiatría de la Universidad de Brasil, estableciendo la enseñanza regular de las materias.
1886	Joao Carlos Teixeira Brandom asume la directora del Hospicio Pedro II.
1890	Hospicio de Pedro II pasa a llamarse el Hospicio Nacional de Alienados y desanimados da Santa Casa de Misericórdia.
1890	Creada la primera Escuela de Enfermería y Enfermeras de Brasil para suplir la necesidad por los hermanos de la caridad ligados a Santa Casa da Misericórdia.
1890	Decreto número 206.del 15 de febrero. Crea la asistencia Médica y legal a los Alienados edetermina la creación de las Colonias de San Bento y el Coronel de Mezquita, destinadas a los pacientes de sexo masculino, tranquilos e incurables
1898	Inaugurado, em São Paulo Hospital do Juqueri, sobre la dirección de Francisco Franco da Rocha.
1902	Juliano Moreira nombrado director del Hospicio Nacional de Alienados.
1903	Creado la ley de Asistencia para los Alineados, primera legislación brasileña específica sobre los alineados y alineadas mentales.
1905	Juliano Moreira edita los archivos Brasileiros de Psiquiatria ,Neurologia e Medicina Legal.
1907	Creada, en Rio de Janeiro la sociedade Brasileira Psiquiatria ,Neurologia e Medicina Legal.

1911	Decreto número 8.834 del 11 de Julio, creado en la Colonia de Alienados doEngenho de Dentro, destinada a las mujeres.
1912	A psiquiatría se torna una especialidad en medicina autónoma.
1921	Inaugurado, por Heitor Carrilho, el manicomio Judiciário que se encargada de los enfermos mentales que cometen delitos.
1923	Creada la Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) por Gustavo Riedel.
1924	Inaugurada el 29 de marzo en la Colonia de Psicópatas, conocida también como la Colonia de Alienados de Jacarepaguá quien en 1935 pasa a ser llamada Colonia Juliano Moreira.
1925	El psiquiatra alagoano Osorio Cesar, pionero en la utilización de las artes como método terapéutico, asume la dirección del Hospital do Juqueri.
1927	Los decretos n°5.148-A de 10 de enero y n°17.805 de 23 de mayo transforman la asistencia de Alineados del DISTRITO Federal en Asistencia a Psicópatas se dispone la profilaxis y la higiene, equiparon a los psicópatas a los demás enfermos.
1931	O psiquiatra Alagoano Ulysses Pernambucano conduce la reforma de la Asistencias psicópatas de Pernambuco.
1934	Decreto n°24.599 del de julio, reforma de ley de la Asistencia de los enfermosmentales en el distrito federal.
1937	Servicio de Asistencia a los enfermos mentales es ampliado, transformados en la división de Asistencia a los enfermos mentales, que atienden a los federales para los varios estados de la federación.
1941	Decreto de Ley n°3.171 del 2 de abril, crea el servicio Nacional de enfermos mentales, con sus órganos centrales: centro psiquiátrico Nacional, Colonia Juliano Moreira y el Manicomio Judicial.
1946	A psiquiatra Alagoana Nise da Silveira inaugura la sección Terapéutica Ocupacional y rehabilitación (STOR) en el Centro Psiquiátrico Nacional, localizado en el barrio deEngenho de Dentro Psiquiátrico Nacional.
1952	Inaugurado por Nise da Silveira el museo de imágenes del Inconsciente (MII),unidad de centro psiquiátrico Nacional.
1955	Usada por la primera vez en el Brasil, clorpromazina, medicamento que inaugura la categoría de los neurolépticos.
1956	Nise de Silveira, con un grupo de amigos, fundan la Casa das Palmeiras, que funcionan en el régimen de externado.
1956	Proyecto de ley del 10 de julio, el Departamento Nacional de Salud mental.
1965	Creado el HOSPITAL Philippe Pinel (IPP) es sustituido el Hospital de Neurosífilis.
1968	Oswaldo Santos e Wilson Simplicio transforman sección Olvao Rocha, de Centro Psiquiátrico Pedro II en comunidad terapéutica, que sería experimentada por Eustacio Portela, en el InstitutoPhilippe Pinel.
1978	Creado el Movimiento de Trabajadores en Salud Mental (MTS) un grupo de profesionales de la salud comienza a pensar en las alternativas para la visión hospital céntrica.

Fuente: Ministério da Saúde, 2012.

Y con la creación de ley 8080, más conocida como la ley orgánica de 19 de septiembre de 1990, donde se dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud y la organización del funcionamiento de los servicios correspondientes y de otras providencias. Como Amarante habló en el artículo ¡De volta a Cidade, sr. ¡Cidadão! Se puede considerar como uno de los más importantes movimientos en la defensa de los derechos humanos del país, con transformaciones en los modelos de tratamiento, cuidado de la locura en las reformas de participación social y política del sujeto en el sufrimiento mental (Lancetti y Amarante, 2012).

Cambió el atendimento en la Salud Mental marcado por la historia en Latinoamérica con la creaciones o la reunión de un grupo poblacional en movimientos sociales entre ellos está, el movimiento anti-manicomio (1978), que fue creado por el “Movimiento de Trabajadores en Saude Mental (MTSM)” donde se criticó el sistema nacional de asistencia psiquiátrica, al gobierno en ese entonces que estaba bajo del “régimen militar”, que su atendimento psiquiátrico era inhumano porque se practicaba tortura, electrochoques. Sé veía claro ejemplo de las deshumanizaciones en la atención de estos servicios psiquiátricos que se basaban en la higienamental.

Entrando en un contexto “resumido” sobre los movimientos sociales en Brasil se manifestaron o fueron presentados en 1970, em que se construyó colectivamente una red de organizaciones que constaba de sindicatos, partidos políticos y ciudadanos comunes; considerando que los movimientos sociales son los interlocutores del desarrollo del sistema actual de salud que en incluye los principios de participación social en la gestión de la salud y recordando que el objetivo de estos movimientos es: cambiar el orden social de lo existente, es decir, cambiar la ley que no esté cumpliendo con la necesidad de la ciudadanía; así influenciado los resultados de los procesos sociales y políticos que puedan envolver los comportamientos sociales, valores donde se pueda influenciar las decisiones institucionales de los gobiernos u organismos referentes a las políticas públicas (Garza, 2013).

Según Sousa Santos, en su artículo llamado “Interseção entre Movimentos Sociais e Política de Saúde mental: revisão integrativa da produção” nos dice que:

“El Movimiento de los Trabajadores en Salud Mental (MTSM), ocurriendo en 1978, marcó el inicio efectivo de la participación de los movimientos sociales en la construcción de políticas públicas de la Salud mental en Brasil. A partir de este movimiento aliado a los otros frentes de lucha que los derechos de los pacientes psiquiátricos pasaron a ser reivindicados en el mercado de la locura ha denunciado, demostrando que el modelo de asistencia practicada por la psiquiatría tradicional no se sustentaba más” (Sousa Santos, 2018).

Los movimientos sociales en la reforma psiquiátrica unieron sus fuerzas con la democratización de gestión de los Municipios, Estado y la Unión donde de la cual se centraba la lucha antimanicomial y el aumento a la accesibilidad de los cuidados mentales comunitarios. Aunque esas voces fueron mucho tiempo apagadas o no escuchadas por la

exclusión de los sectores hegemónicos de la sociedad que eran compuestos por políticos legisladores, gestores y académicos (Luchmann y Rodríguez, (2007).

Se destaca que entre 1970 a 1980 se crearon dos grandes reformas; la Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB) y la Reforma Sanitaria, que convirtieron y alimentaron a través de pasión política y participativa de la democratización de la época.

Según Pitta (2011), entre los años 1975 a 1980, los Movimientos sociales de la Reforma Psiquiátrica Brasileña recibían de Europas en Sao Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte y Barbacena insumos importantes para abastecer sus ideas reformistas: Francos Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laindig Félix Guatari, Robert Castell que venían para los congresos y seminarios en las universidades en la misión ético-política, trayendo las informaciones.

En la idea reformista fue creado el Movimiento de los Trabajadores en Salud Mental (MTSM). ¿Qué es? y ¿Por qué el MSTM fue fundamental en las políticas en salud mental ejecutadas hasta hoy en día? Entrando en un contexto pincelado de la historia del movimiento social, no podemos dejar de hablar de la parte fundamental de esta historia que fue el (MSTM), porque fueron los entes que ayudaron en cambiar el método hospital céntrico a método de atención más social y dejar de pensar en el hospicio de internación. Es decir, cambiaron ese pensamiento en que las personas que no cumplía con los estándares sociales o culturales para ellos o que no encajan en una sociedad “normal”, eran tildados de ser incapaces de ejercer un papel en la ciudadanía. Se veía la necesidad de alejarlos o excluirlos para un tratamiento entre las instituciones cuyo método conocido como el tratamiento “moral” que se cumplía en (ser alineado y reglas para formar una cura) (Pereira, 2004).

Ese movimiento fue conformado por trabajadores integrantes, asociaciones de familiares, sindicalistas, miembro de asociaciones de profesionales y personas con largo historial de internaciones psiquiátricas e integrantes de movimientos sanitarios, que su objetivo es la construcción de las denuncia de violencia en los manicomios, la mercantilización de los manicomios para los privados donde se iba un fondo público extraordinario y la crítica de un saber psiquiátrico desde el modelo hospital céntrico en la asistencia de las personas con trastornos mentales (Santos, N. A. G., 1992).

Para poder contextualizar la línea de tiempo, se clasificó en ejes cada momento importante para Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB) como: En el primer eje importante podemos destacar la I Conferencia Nacional de Saude Mental, 1987, que fue pionera para que se creara el movimiento social. En ese congreso que fue efectuado en la ciudad de Río de Janeiro, no fue participativo por la sociedad civil, ni trabajadores o usuarios lo que conlleva a hacer un congreso tutelado y fuente de esa pequeña revolución colectiva (Luchmnan, Ligia y Jefferson (2007).

Como segundo eje fue el II congreso de Manifiesto de Bauru donde tenían

participación familiar de internados psiquiátricos. Parte del movimiento constituyó un documento donde se fundaba en sí, el movimiento antimanicomial, donde surge la Articulada Luta Nacional Antimanicomial que según Luhmann, Ligia y Jefferson (2007) nos desglosa el significado de cada uno como:

“1. “Movimiento”: no es un partido, es una nueva institución o entidad, que más un modo político peculiar de la organización de la sociedad en por él una causa.
 2 “Nacional”: no es como algo que ocurre aisladamente en un determinado punto del país sino un conjunto de prácticas vigentes en los puntos del país de diversos de nuestros territorios. 3“lucha”: no es una solicitud de más un enfrentamiento en el consenso, más porque, aunque se supone que es una cuestión de poder privilegiada y 4 “Antimanicomial”: es una posición claro entre escoger, juntamente con la palabra la orden indispensable de un combate político que desde entonces nos reúne por una sociedad sin manicomios”.

Como tercer eje, en 1989, el diputado Paul Delgado que hace parte del partido PT o partido de los trabajadores en el Estado de Minas Gerais presentó el proyecto de ley n°3.657/89 que era la ley de la Reforma Psiquiátrica. Su proyecto constaba de 3 puntos, el primero que era la prohibición de la construcción o contrato de nuevos hospitales psiquiátricos por parte del poder público, la segunda un redireccionamiento de los recursos públicos para la creación de “recursos de atendimento no manicômio” y el tercero obligaba la comunicación de las internaciones compulsivas a autoridades judiciales. No obstante, solo fue aprobado por las cámaras de Diputados 11 años después, como una ley. Se reformaron las políticas y el atendimento psiquiátrico a nivel nacional. En ese mismo año, se hizo el V congreso de Brasileiro de Psiquiatria donde se colocaron en discusión las políticas en el campo de la salud mental. En 1990, Brasil fue signatario de la Declaración de Caracas donde los entes académicos proponen la restauración de la asistencia psiquiátrica. En el año 2000 se amplió, se fortaleció las redes de atención psicosocial con la creación de (Raps). En 2001 fue aprobada la ley Federal de 10.20168 ley de Paulo Delgado donde se toma las Redes de atención psicosocial estructurada en los servicios de salud, sobre la protección y derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y redirección el modelo de la atención que hace parte clave para la atención en la salud mental hoy en día (Goulart, 2015; Santos, Araujo y Amarante, 2016).

Otro movimiento social que hizo un cambio fue en la reforma de la salud cuando fue creado el “Sistema Único salud SUS”, que también está ligado a la institucionalidad de la atención psiquiátrica. Estas reformas y movimientos sociales logran lo que hoy en día estipula el SUS en el atendimento básico en la salud mental, que al pasar del tiempo se ha ejecutado, se han creado varios desafíos, pero siempre se ha cumplido con los objetivos propuestos, con centros de salud accesibles para la población, ayudas para la reintegración de la persona en la sociedad, entre otras políticas para mejoramiento a la salud mental (Escorel y Moreira, 2008).

1.3 CAMINOS SIN FIN: historia de la salud mental en Colombia

Teniendo en cuenta la constitución política 1991, la República señala en artículo 1: “que es un Estado social de derecho, organizado en forma de República Unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista” (Colombia,1991). Con su servicio de salud fragmentado, centralizado y neoliberal, donde los servicios de salud son un ente económico para unos, aunque según la constitución política de Colombia en el Capítulo 2: De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, artículo 49. dice:

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

Con su Sistema de Salud basada en la ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), siendo el ente encargado de cubrir todos los gastos de la salud de la población colombiana con dinero público, con un proceso de que cada persona debe afiliarse a una Entidad Promotora de salud (EPS), recibiendo así sus derechos como ciudadanos a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS). Está dividida entre dos regímenes, el contributivo, que son las personas que tiene un empleo o la capacidad de pagar su seguridad social, o subsidiado, que es la persona que no trabaja o que no tienen los recursos para pagar su seguridad social y que cubierta por el Estado. No obstante, para retomar sobre la salud mental que es eje de enfoque de este trabajo debemos comenzar a tomar los inicios de la psiquiatría, los asilos psiquiátricos u hospitales psiquiátricos. Con la precariedad de la atención, las violaciones de los derechos conllevó que se forman partir de los años leyes de la Salud Mental, especificando que no se encuentra mucha información del inicio de la psiquiatría y Salud Mental en Colombia por falta de investigación y publicaciones científicas de la misma.

La historia de la Salud Mental en Colombia se remonta a los años 30, donde se acogieron los manicomios llamados comúnmente, para Hospitales psiquiátricos como en Bogotá, Medellín, entre otras ciudades de Colombia. El tipo de atención que se daba al paciente era basado en la Higiene mental y el más famoso “tratamiento de Pinel”, donde se atendían a las personas con trastornos mentales que eran diagnosticados por Alcaldes,

párrocos e inspector de policía de los municipios (PEREIRA, 2004). Su valoración no era ejecutada por personas con los recursos humanos para tal valoración, es decir, no tenían la preparación científica para diagnosticarla, atribuyendo más que la religión, que hizo parte central de los asilos psiquiátricos, las personas encargadas de recoger o llevar el control social de estas personas era la “policía Moral, que eran los responsables de recoger mendigos, la construcción de calles y vigilar el comportamiento social de la ciudadanía”.

Consiguiente, se presenta una tabla con la cronología de la historia de la Salud Mental en Colombia.

Cuadro 3 - Cronología de la Historia de la Salud Mental en Colombia

Cronología de la Historia de la Salud Mental en Colombia	
1870-1880	Fundación de los Establecimientos para Enfermos Mentales en Bogotá y Medellín, con estructura Manicomio.
1913-1926	Fundación de las cátedras de Medicina mental y Nerviosa, de la facultad de Ciencias Naturales y Medicina.
1916	Se dicta la primera cátedra por parte Miguel Jiménez López, discípulo de Giles de Torete, primera generación de psiquiatras del país.
1940-1943	Fundación de la sociedad Colombiana de Psiquiatría, Neurología y Medicina forense por el profesor Maximiliano Rueda Galvis profesor de Universidad Nacional de Colombia.
1942	Fue fundada la revista Anales Neuropsiquiátricos por Eduardo Rico Téja la psiquiatra.
1950	Introducción de la psicoterapia científica y la orientación dinámica de la psiquiatría.
1955	Fue fundada la cátedra de psiquiatría de la Universidad del Valle por Carlos A. León, reconocida en ambiente mundial por ser uno de los mejores psiquiatras con estudios de investigación sobre la evolución de la esquizofrenia.
1956	Se constituyó un grupo de estudios psicoanalíticos, por José Francisco Socorro, Hernán Quijadas psiquiatras de europeos y Arturo Lizardo formado en Chile.
1959	durante el Congreso Médico Nacional de la higiene mental se tomó por primera vez la palabra Salud Mental.
1960	Comité Colombiano de Salud Mental.
1963	Se crea y se determina la Fundación de la Sección de Salud Mental de la división de Atención Médica en el Ministerio de la Salud Pública por el decreto 3224.
1965	1965 se inauguró el consejo Nacional para la Salud Mental encargada de crear las normatividades con convenio con el Estado para la atención en la salud mental a nivel nacional.
1967	Con la resolución 679 se establece la Política Oficial de Implantar Unidades de Salud Mental en hospitales generales.

1970	Decreto 1136, se dicta medidas de Protección Social para evitar la perturbación Pública como consecuencia de la intoxicación por alcohol, enfermedad Mental y Consumos de sustancias Psicoactivas (SPA).
1971	Declaración de los derechos del Retrasado Mental, creado por Las Naciones Unidas.
1974	Creada la división de la Salud Mental con dos secciones: 1 prevención y protección, 2 programas asistenciales.
1975	Se llevaba a cabo las investigaciones sobre el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), que conlleva a la creación de la Sección de Salud Mental de la división Distrital de Salud en Bogotá D.C.
1980-1990	Primer Micro diagnóstico de Salud Mental, primer Programa de Salud Mental y el primer plan Nacional de Salud Mental.
1982	Fundación de la Granja Taller de la Asistencia Colombiana (FUNGRATA).
1989	Asociación Mundial de Psiquiatría la declaración Sobre los Derechos y Protección legal de los Enfermos Mentales.
1990	Declaración de Caracas
1991	Data de la declaración nivel Internacional de los Principios de la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental de la Asociación Médica Mundial, ese mismo año se expide la Nueva constitución Política de Colombia.
1992	Resolución 002417 se dicta los derechos de las personas con Enfermedades Mentales.
1998	Se había promulgado la Política Nacional de Salud Mental, mediante la resolución 02358, por el cual estuvo su vigencia en 2013.

Fuente: Valderruten, M.D C, (2020)

Dado la alta frecuencia y los altos números de diagnosticados con locura a nivel nacional y los pocos centros de atención, también la falta de los recursos humanos, en el año 1959, durante el Congreso Médico Nacional de la higiene mental, se tomó por primera vez la palabra Salud Mental, así creando, en 1960, el comité Colombiano de salud mental, que implicó crear una serie de normatividades entre los años 1960 y 1970 en el país para así reconocer la salud mental como un ente importante para la población, favoreciendo la consolidación de programas y políticas en la Salud Mental.

Históricamente, Colombia es uno de los países de Latinoamérica donde hay más desigualdades sociales y violencia por el conflicto armado, según Hernández Holguín e Sanmartín Rueda (2018), haciendo que cada población se haga más vulnerable en sí, principalmente poblaciones indígenas, niños, campesinos, víctima de violencia política, víctimas de cartel de drogas, desplazamiento forzado, entre otros. En la década de los 70, se organizaron los servicios de salud, con el fin de que hubiera mayor participación de la comunidad, “como un ente de abrigo, acogimiento” para las personas que en ese momento se encontraran un tratamiento psiquiátrico, donde funcionaba como una rehabilitación más familiar, y que esas familias tuvieran también un apoyo de la salud de su territorio para que

no quedaran expuestas a solo el manejo del usuario sin vigilancia ni su respectivo tratamiento.

Al momento que se realizó la actualización del sistema de salud con un sistema basado en prestaciones de servicio en salud, se creó otra barrera en la atención básica de la salud mental. Como los niveles de atención se encontraba “unificados de normas escasas e integración en la institución”, no se contaba en sí con enlace o tipo de comunión entre ellas para el momento de la prestación del servicio. Según el Ministerio de Salud, algunas problemáticas fueron:

“A nivel de la prestación misma de los servicios los problemas más deficientes son: pocos conocimientos de la situación de la población en alto riesgo, esquema tradicional de atención individual e institucionalizado, rechazo del personal calificado hacia nuevos modelos de atención” (COLOMBIA, 1996).

No obstante, en 1998 se había promulgado una política Nacional en Salud mental con la resolución 02358 (1998), donde su objetivo era promover la salud mental y la prevención de estas enfermedades, haciendo un control y un manejo adecuado de estas, mejorando el acceso al servicio, dando una mejor cobertura y calidad en la atención, implantando la vigilancia en salud pública y la investigación epidemiológica para abarcar el total de usuarios con enfermedades mentales en el territorio nacional. “Desafortunadamente, la escasa difusión y los cambios generados por la adopción del SGSSS no lograron su plena implementación” (Radón-Centeno y Cubillos-Novela, 2012).

Con una perspectiva más pedagógica, en el año 2004, se llevó a cabo el diagnóstico y los planes territoriales de salud mental que fueron expedidos por la circular Externa 0018, la cual su fin era presentar una guía, un tipo de instrumento de apoyo para los distintos centros de atención o colaboración para el diagnóstico de las enfermedades mentales en localidad y municipios del país. Ya, en el 2006, la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP), por medio de contrato con el Ministerio de la Protección Social, proceden a hacer una estructura de política nacional abarcado el campo de la Salud Mental, donde su ejercicio era garantizar los derechos, contribuir con la solución de la necesidad el país (el conflicto armado y sus secuelas, los desastres, la pobreza extrema), mitigando así el sufrimiento derivado de los vicisitudes de la vida cotidiana y de las situaciones específicas de los territorios (Radón y Cubillo, 2012).

Se resalta que en Colombia no hay reforma psiquiatría en sí, y que no hay un papel fundamental para la ciudadanía, grupo de científicos en área de la psiquiatría, movimientos de trabajadores en el área de psicología, ya que no ejercen su voz ni voto en la creación de las políticas públicas, hasta la última actualización de la ley salud mental del 2013, donde se tomó en cuenta el papel fundamental que debe ejercer en la creación de las políticas públicas. Según Hernández y Sanmartín (2018):

“se puede afirmar que la intención técnica y ética de quienes han liderado la ley de Salud Mental y la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) y sus actualizaciones han fracasados a pesar del esfuerzo que han hecho, y que se requiere un análisis profundo de la política pública de la salud mental en el país, con sentido ético y político en consonancia con la realidad sociocultural”.

Se resalta esta afirmación porque existe la necesidad de que el territorio nacional debe ser dividido en regiones, porque cada región del país ha vivido o se ha presentado un tipo diferente de violencia o necesidad del mismo olvido del gobierno nacional. No se puede comparar la necesidad de una comunidad indígena, que vive con una caracterización de territorio precario para las necesidades básicas del desarrollo por ser una población de una zona rural, alejada de la centralización o de la atención primaria; a una comunidad afrocolombiana que está ubicada al otro extremo del país con una desigualdad social bastante representativa, donde hay aumento prolongado de desempleo con desarrollo económico bajo, que conlleva a otras problemáticas importantes de la salud, como la desnutrición infantil, enfermedades prevenibles, entre otros determinantes sociales, a una persona que se vive en una Ciudad con un tipo de violencia o vulnerabilidad distinta que lo pueblos alejados de las grandes ciudades o los cascos rurales del país.

CAPITULO 2 - METODOLOGÍA

Se trata de una metodología de carácter cualitativo, revisión bibliográfica y exploratoria, que consiste en:

“la revisión bibliográfica constituye una etapa fundamental de todo proyecto de investigación y debe garantizar la obtención de la información más relevante en el campo de estudio” (Benavente, 2011).

De un universo de documentos que puede ser muy extenso, que consiste dar un análisis documental a las leyes, portarías y decretos de nuestros países comparativos que es Brasil e Colombia. Las informaciones fueron colocadas de manera descriptivas, destacando los elementos y las trascendencias de cada política y programa, con relación a sus propios países y sistema de salud.

Los accesos de los materiales ocurren a través de las páginas oficinales en formatos digitales de cada Estado/país, en los sitios e instituciones naciones de salud de cada uno de los países, como Ministerio de Salud, prosperidad social entre otros.

La otra manera de encontrar documentos fue: buscador de Google de cada país, ya que esto posibilita un mejor cruzamiento de las informaciones de la web; se investigó en las instituciones gubernamentales de los países, instituciones legislativas superiores, utilizando el recurso de escrita por políticas públicas, salud mental, programas en salud mental, y además de las palabras claves como: Salud Mental; Políticas Publicas; Atención Básica; Obstáculos; Comparación.

La comparación mediante un conjunto de observaciones y estudios sobre los fenómenos similares, según Nelson (2008), ha sido la principal fuente de conocimientos y ratificación de juicios y evaluaciones.

2.1 PROCEDIMIENTO DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El método de análisis utilizado en el presente fue revisión bibliográfica y exploratoria, donde se analiza basada en lo propuesto por Bardan (1979):

- Pre lectura de los documentos para la organización del material y definición del corpus de la investigación;
- Exploración del material con lectura profunda sobre el corpus de análisis con el fin de clasificar y categorizar las informaciones contenida en los documentados;
- Tratamiento de los resultados con la condesciende las informaciones objetivas para la interpretación.

La creación de corpus de análisis considera los siguientes criterios:

1. Exhaustividad: no se debe utilizar selecciones de documentos que traten sobre determinado fin considerando todo los existentes con el fin de evitar las conclusiones tendenciosa para evitar omitir informaciones;

2. Representatividad: análisis que debe ser realizado con base a una muestra repetitivadel universo investigado;

3. Homogenizados: documentos analizados deben ser homogéneos (único tema, estructura o contenido) así como las técnicas de colecta de los documentos;

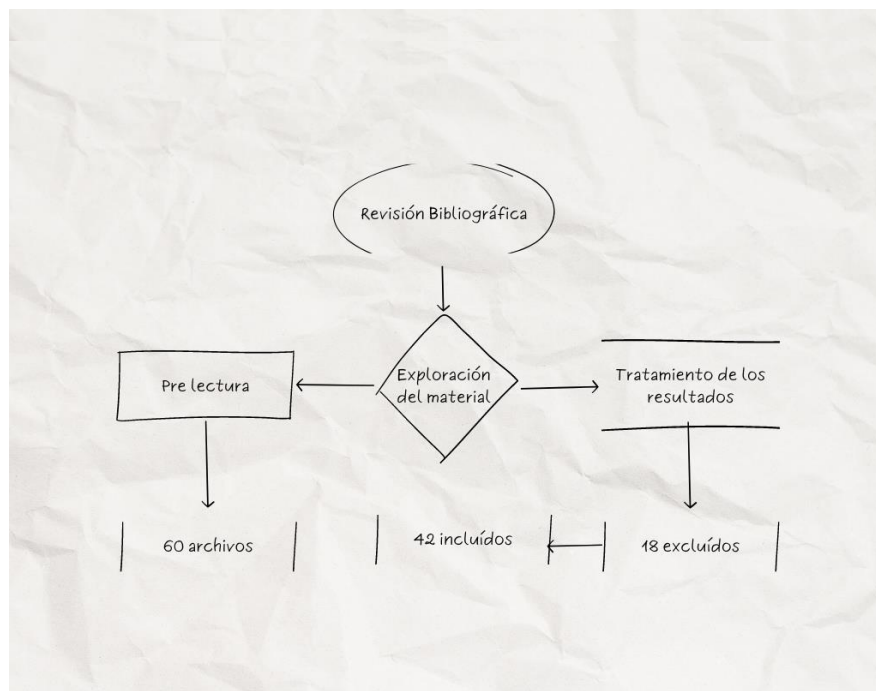
4. Pertinencia: los documentos deben ser fuentes de informaciones adecuadas a los objetivos de la investigación.

5. Tema: Para hacer un análisis a partir del tema consiste en descubrir los núcleos de sentido que compone una comunicación y una frecuencia de aparición que puede significar alguna para el objetivo analítico escogido.

6. Documento: Es la unidad del género (película, artículo, un libro, un relato) sirve como unidad de registro.

2.1.1 Tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación

Ilustración 1 - Proceso realizado para la selección de documentos



Fuente: creado por la Autora

2.1.1 Colecta y Análisis de los datos

El levantamiento documental sucedió durante el periodo comprendido de 6 de julio de 2023, hasta 23 de marzo del 2024, donde se hizo una investigación por internet en sitios web de Brasil y Colombia y de sus instituciones gubernamentales. Se realizó un seguimiento documental donde se buscó identificar las normas y decretos de las

instituciones. La búsqueda de acceso para dicha documentación se hizo por medio de Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde, Google Académico, Ministerio de salud de Brasil, Ministerio de Colombia. Encontrada disponible la sistematización, elaboramos la siguiente estructura:

1. Pre lectura:

Se realizó un contacto inicial para hacer la lectura preliminar de cada de unos de los documentos, examinándose e identificados los autores, así confirmando la autenticidad y confiabilidad de su naturaleza. La pesquisa se realizó por palabras claves.

2. Exploración del material:

Los documentos se organizaron y se agruparon considerando las características (cronología, historia y leyes) o elementos representativos del mismo tópico y patrón, conformando categorías o unidades de registros de forma.

3. Tratamiento de los resultados:

A partir de las informaciones extraídas de los documentos, los resultados fueron tratados e interpretados de modo poder comprender y permitir la visualización de ideas centrales y la sistematización de los principales aspectos de contenido y relevancia. Los documentos fueron seleccionados y clasificados, según la cronología, línea de tiempo, conteniendo la categoría, tipo de documento, fecha de publicación, Base de datos, Contenido central y Párrafos claves.

CAPITULO 3 - RESULTADOS: COMPARACIÓN DE POLÍTICAS VIGENTES EN SALUS MENTAL: BRASIL Y COLOMBIA

3.1 LEY VIGENTE

3.1.1 Ley que rige actualmente en Colombia

Antes de comenzar a aludir las políticas públicas y las leyes de esta, vamos a mencionar breve concepto de que es una Política Pública y porque repercuten en el desarrollo de una sociedad. Si nos basamos en la teoría de Lodi Alude, según Rezende (2004), una política pública es una regla formulada por alguna autoridad gubernamental que expresa una intención de influenciar, alterar, regular, el comportamiento individual o colectivo a través del uso de sanciones positivas o negativas.

Según Souza (2014, p. 69), “las políticas públicas repercuten en la economía y en la sociedad, es así porque cualquier teoría política pública precisa también explicar las interrelaciones entre Estado, Política, economía y sociedad”. Las políticas públicas se desarrollan según su formulación, es decir, por el grupo de interés que tenga con mayor o menor influencia o dependiendo del tipo de coalición que se haga.

Para comenzar hablar en sí de las políticas vamos a citar cada una según las políticas vigentes de cada país, para poder hacer una comparación efectiva y eficaz sobre la planeación y ejecución de ellas.

Ya retomando sobre el sistema de salud de los países sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se observó una actualización con la ley 1438, de 2011, con la de enero, 19: “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” (Colombia, 2011). Cuyo objetivo es fortalecer el sistema de seguridad social en salud basado en el modelo de prestaciones de servicios público con estrategia en la atención primaria en salud con coordinación de Estado, instituciones y la sociedad, para tener un enfoque mayor en la calidad de atención, acarreado una actualización con la creación de la ley 1616, de 2013 y de enero 21, decretada por el congreso de la república, donde se expide la ley de salud mental que rige hasta el momento, cuyo objetivo es priorizar la atención primaria en la salud mental para las poblaciones vulnerables con enfoque en calidad de vida.

El artículo 1 de la ley ya mencionada 1616, de 2013, nos dice que su objetivo es garantizar la salud mental en la población colombiana, con la priorización de la población de niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción de salud, basando en sí en el artículo 49 de la constitución política de Colombia, que nos habla de que la salud debe tener un enfoque promocional de Calidad de vida y de estrategia para los principios de hacer una atención primordial a la Atención Primaria en Salud. Ya que no se encuentra casi biografías de movimientos sociales que ayudaran a estas políticas o participación de la ciudadanía, vamos

a citar el Título VI de la presente ley que nos destaca la participación social, Artículo 27.

Garantíade participación:

“En el marco de la constitución Política, la ley y la Política Pública Nacional de Participación Social el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá garantizar la partición real efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política Nacional de SaludMental y demás en el ámbito de la salud mental” (Colombia, 2013).

También resaltando el Título VII “criterios para una política pública de Salud Mental” en el artículo 31, se informa el compromiso que tiene el Ministerio de Salud y Protección Social para lo expedido, la política en salud mental con cambio normativos, entre ellos, colocado los determinantes sociales, el perfil epidemiológico basado en los enfoques de intersectorial responsable y equitativo en las políticas públicas vigentes A través de ella fue creada la Política Nacional de Salud Mental, con la resolución 4886, de 2018, donde afirma que la política de la salud mental debe ser parte de la garantía y protección de los derechos fundamentales en la salud con 5 ejes importantes como:

1. Promover a programas de promoción en la habilidad psicosociales individualeso colectivas;
2. Orientar en programas de prevención en los sistemas de servicios de salud mental con base comunitaria;
3. Fortalecer los servicios de salud y los enfoque en atención primaria;
4. Promover la rehabilitación en base a la inclusión social;
5. Optimizar los sistemas de información dando así una articulación en la gestión sectorial e intersectorial.

3.1.2 Ley actual en Salud Mental en Brasil

Retomando que el sistema de salud de Brasil se basa en Sistema Único de Salud (SUS) con una organización de sistema con dirección descentralizada basado en los principios de:

- Universalidade: dando referencia al Art.196 de la constitucional federal “A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e acesso universal e igualitário a açõese serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil,1988)
- Equidade: Nortea las políticas de salud pública brasileña, reconociendo las necesidades de los grupos específicos y actuando para reducir los impactos de las diferencias (Gabriela Rocha, 2020), es decir que el atendimento del individuo es de acuerdo a las

necesidades del usuario.

- **Integridade:** Busca garantizar a los individuos una asistencia en la salud que trascienda de práctica curativa, contemplando al individuo en todos los niveles de atención considerando el sujeto inserido en un contexto social, familiar y cultura (Souza; Araujo, Souza, Villela e Franco, 2012).

Conllevando a la creación de ley 8080 más conocida como la ley orgánica, de 19 de septiembre de 1990, donde se dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud y la organización del funcionamiento de los servicios correspondientes y de otras providencias. No obstante, en Brasil se basa actualmente sobre la ley 10216, del 6 de abril del 2001, que afirma: Se dispone sobre la protección a los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y redireccionarlas a los modelos de asistencia en salud mental (Brasil, 2001). Destaquemos uno de los ítems de esta ley que es parte primordial para la atención básica en la salud mental a nivel nacional.

“Artículo 1: los derechos y protección de las personas acometidas de trastornos mental, que se trata de esta, estarán asegurados en cualquier forma de discriminación cuando a raza, sexo, orientación sexual, religión, opción de política, nacionalidad, edad, familia, recursos económicos y el grado de la gravedad o el tiempo de evolución de su trastorno o cualquier otra. Artículo 2: En el atendimento en salud mental, de cualquier naturaleza, las personas o sus familiares responsables serán informados científicamente de los derechos enumerados en este artículo. Párrafo único: Son derechos de las personas portadoras de trastorno mental” (Brasil, 2001).

Comentaremos dos incisos de los 9 que son nombrados en el párrafo único en los derechos de las personas portadoras de un trastorno mental:

I-Tener accesos a mejor tratamiento del sistema de salud, constanding a sus necesidades
 II- Ser tratada con humanidad y respeto y el único interés exclusivo es beneficiar su salud, visualizando, alcanzando su recuperación por la inserción en la familiar, en el trabajo y la comunidad
 III- Ser protegida contra cualquier forma de abuso y exploración
 IV-Tiene derecho a presencia médica, en cualquier tiempo, para esclarecer las necesidades o no de su hospitalización involuntaria
 V-Ser tratada en un ambiente terapéutico por medios menos invasivos posibles.
 Art.3 Es responsabilidad del Estado el desarrollo de las políticas en salud mental, en la asistencia y la promoción de la salud en los portadores de trastornos mentales, condebida participación de la sociedad y de la familia, en la cual será prestada en el establecimiento de la salud mental, así atendidos en las instituciones y las unidades que ofrezcan la asistencia en salud con los portadores de trastornos mentales” (Brasil, 2001).

3.2 COMPARACIÓN DE PROGRAMAS DE ATENDIMIENTO EN SALUD MENTAL ENTRE BRASIL Y COLOMBIA: normatividad actual

En los siguientes 4 cuadros se van a describir y comparar los programas efectuados por las políticas pública de los países ya mencionados. El cuadro 4 trata del Atendimento (el objetivo del trabajo es reconocer los programas de atención y poder esclarecer si se encuentra

accesibilidad para la ciudadanía). El cuadro 5 trata de los Programa de prevención en salud mental. Aquí se describen los programas implementados hasta el día de hoy de nuestros países comparativos. La conexión que tiene el Estado y la importancia en la salud mental de los pacientes. El cuadro 6, trae las Redes de Atención enfocando como es importante la descentralización y el conocer la población según sus necesidades, destacando la fragmentación de la atención. El cuadro 7 describe los lugares donde el usuario puede acceder a la atención y comentando la diferencia según la necesidad de la “enfermedad mental” según la región y especialidad.

Cuadro 4 - Comparación de Atendimento básico

Programa	BRASIL	COLOMBIA
Atendimento	Es realizado por el SUS y es acogido por redes de atención RAPS, CAPS, SUAS, CRAS, CREAS	Es realizado por la atención primaria en salud, programa de protección social como el ICBF, proyectos sociales de universidades, fundaciones pro familia.

Fuente: creado por la Autora: información Ministerio de Salud de Brasil, Universidad Javeriana.

En esta tabla comparativa podemos encontrar los tipos de atendimientos en la atención psicosocial de la salud mental en los dos países referentes. Brasil hace su atención sobre el Sistema Único de Salud (SUS) siendo así accesible para la población, porque es gratuita y con atención presencial, con funciones que vamos a completar describiendo cada una citada en la tabla.

3.2.1 Descripción de los programas de Atendimento

RAPS - o Rede de Atención Psicosocial, es donde se acoge a las personas con problemas mentales incluyendo en efecto nocivos de uso de crack, alcohol otro tipo de drogas. Está compuesta con una red de atención y servicios compuestos por **CAPS** que es el Centro de atención psicosocial, **SRT** que es Servicio Residenciales Terapéuticos, Centro de convivencia y Cultural, **UAs** que es Unidad de Acogimientos y camas de atención integral (hospitales generales, CAPS III). Está presente en:

- Atención básica
- Atención Psicosocial Estratégica
- Atención de Urgencias y Emergencia
- Atención Residencial de carácter Transitorio
- Atención Hospitalaria
- Estrategia de desinstitucionalización
- Estrategia de Rehabilitación psicosocial

CAPS, es Centro de atención psicosocial que está clasificado en:

- Caps. I: Atendimento para trastornos mentales graves y persistentes, incluso uso de sustancias psicoactivas, atendimento en regiones, ciudades por lo menos con 15 mil habitantes
- CAPS II: trastornos graves y persistentes, uso de sustancia psicoactivas, atendiendo ciudades y regiones por los menos 70 mil habitantes
- CAPS i: atendimento a niños y adolescentes, con trastornos mentales graves y persistentes, incluye usos estancia psicoactivas, atiende en ciudades y regiones con los menos de 70 mil habitantes.
- CAPS de Alcohol y Drogas: Atendimento especializado en trastornos por alcohol y drogas, atendimento en ciudades y regiones por los menos de 70 mil habitantes
- CAPS III: Atendimento de 5 cupos de acogimiento nocturno y observación; trastorno mentales graves y persistentes incluye usos de sustancia psicoactivas, ciudades regiones con menos de 150 mil habitantes
- CAPS ad III y Alcohol y Drogas: atendimento de 8 a 12 cupos de acogimiento nocturno, funcionamiento de 24 horas, trastornos con alcohol drogas, atendimento en ciudades y regiones menos de 150 mil habitantes

SUAS- Está organizada por medio del Sistema Único de Asistencia Social (SUAs) presente en todo Brasil, el objetivo es garantizar la protección social de los ciudadanos que se un apoyo a los individuos, familiares, comunidad en el enfrentamiento de sus dificultades por medio de servicios, beneficios, programas y proyectos del Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, família e combate à fome, Brasil.

CRAS –Centro de Referencia de Asistencia Social, localizado en áreas mayormente vulnerable social, donde son ofrecidos los servicios de Asistencia social, con el objetivo de fortalecer la convivencia con la familia y con la comunidad

CREAS –Centro de Referencia Especializado de Asistencia Social, cual su objetivo es atender personas que vivieron situaciones de violaciones de derechos o de violencia, por que sufrió algún tipo de acoso, discriminación abuso, por cuidados específicos en razón de edad o deficiencia. Las informaciones posteriormente fueron tomadas de Emmanuel-Tauro y Foschaches (2018).

3.2.2 *Atendimento en salud mental Colombia*

***Atención primaria**- El acogimiento de la salud mental se basa en la atención primaria, es decir, la persona debe pasar por el servicio de urgencias o consulta externa, ser valorada por un médico general de una Institución prestadora de Salud (IPS) que así es remitida por orden médica y orientada al servicio necesario de salud mental. También se puede encontrar IPS privada donde el atendimento es directo con el profesional, pero tiene un

costo y no es accesible a toda la población.

***Programa de Protección Social ICBF** –es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es una entidad del Estado Colombiano trabaja en la prevención y protección integral de la primera infancia, adolescencia y fortalecimiento de los jóvenes, familias (Colombia, 2022).

***Proyecto social de universidades, fundaciones-** Como él mismo nos dice son proyectos de Universidades públicas como privada que se centra el atendimento semi-presencial en la capital departamental, es decir con líneas de atención o presencial con consultoría de prácticas para las universidades que están ofertando la profesión de psicología o la especializada de psiquiatría, fundaciones son empresas sin ánimo de lucro que objetivo es ayudar al ciudadano colombiano a través de atención presencial también situado en las capitales departamentales del país dando entendimiento gratuito básico en la salud mental.

Cuadro 5 – Programa de prevención en salud mental

	BRASIL	COLOMBIA
Prevención	Programa prevención del suicidio por medio del convenio con el Centro de Valorización da Vida (CVV) Centro de Valorización da Vida (CVV) que es un área de apoyo emocional y de prevención del suicidio, atendido las 24 horas, gratuito, atendimento vía chat o mensajes.	<ul style="list-style-type: none"> • Programa intervenciones en Salud Mental PUI-HUSI: programa de intervención en salud orientada por APS y reducción de la carga de trastornos mentales generados de mayor discapacidad (Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, centro de memoria y Cognición –Intelectos) • Hablemos de Salud Mental: es una cuenta de Instagram que reúne tips y ejerciendo para realizarse para conocer mejor nuestras emociones y entender cómo transmitirlos, contenido producido por la psicóloga y activista Marina Solarte Mente Saludable: acompañamiento psicológico, talleres grupales y familiares en casa, acompañamiento empresarial y servicios de tele orientación guiado por profesionales.

Fuente: creado por la Autora: información Ministerio de salud Brasil, Universidad Javeriana

En la prevención, nos damos cuenta que tiene más atención al enfoque en prevención es Colombia, pero por programas externos del gobierno. Es decir, que por parte de las políticas públicas no se toma con la integralidad y la importante de hacer una inversión para la prevención que hace parte fundamental, para no llegar a la enfermedad, este caso las enfermedades mentales. Una parte que me faltó tomar es que estas líneas o atenciones se fragmentan en las ciudades sólo abarcando un pequeño número poblaciones; mientras Brasil es a nivel nacional abarcando la necesidad total de la población.

Cuadro 6 - Redes de atención

	BRASIL	COLOMBIA
Redes de Atención	Red de Atención Psicosocial (RAPS) Desarrolladas por el gobierno federal, Estadual y Municipios sus atendimientos y hace en los Centros de ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CAPS)	EPS: Entidades Promotora de Servicios Fundaciones

Fuente: creado por la Autora: información Ministerio de salud Brasil, Universidad Javeriana Universidad Universidad Externado de Colombia.

Encontramos la descentralización de la atención que es una parte esencial para una calidad en el servicio en Brasil. En Colombia solo encontramos fragmentación y centralización de la atención, así formando otro obstáculo para el absceso de los usuarios–pacientes. Cómo lo define Ruiz-Massieu (1984), se define la descentralización de los servicios de salud reviste la peculiaridad de avanzar a través de las dos vías que se han identificado líneas; reforma constitucional y por convenios de coordinación.

Cuadro 7 - Centros de Atención

	BRASIL	COLOMBIA
Centro de atención	<ul style="list-style-type: none"> • El centro de Atención Psicosocial (CAPS) son las unidades que prestan la atención de salud comunitario para las personas con sufrimiento, trastorno mental, rehabilitación como alcohol, drogas • Urgencias y emergencias SAMU 192, sala de estabilización, UPA 24 h y Pronto socorro: Son servicios de atendimento en urgencias y emergencias rápidas, son clasificadas por el riesgo, tratamiento de las persona y trastorno mental o necesidad decurrente cracks, alcohol, drogas Servicios Residenciáis Terapéuticos (SRT): Son habitacional a casa destinada a cuidar paciente con trastornos mentales, egreso de interacciones psiquiátricas con permanencia o no. • Ambulatorios Multiprofesionales de 	<ul style="list-style-type: none"> • Los centros de atención son manejados por las EPS o gobernación según la regional; encontramos líneas de atención para la salud mental • Way pacientes aplicativo: aplicativo gratuita que se encuentra en la play store, donde recibe la atención de un profesional de la salud, como médico general, especialista o psicólogo a través de la tele orientación o video llamadas • Atención para orientación: línea Nacional 192 opción4 • CRUE clasificación por departamentos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Atlántico: centro regulador de Urgencias y Emergencias ,330 9000 ext. 5131

	<p>Salud Mental: Son servicios ambulatorios especializados, policíclica compuesto por médico psiquiatra, asistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermero entre otras especialidades, que actúa entre el tratamiento del paciente que presente trastornos mentales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunidades Terapéuticas: son servicios de residencia transitorias para paciente con necesidad de clínicas estables como decurrente del crack, alcohol y otras drogas • Enfermeras especializadas em Hospital General: Son servicio destinadas con tratamiento adecuados em manejo de paciente con cuadro clínicos agudos, común ambiente protegido em soporte de atendimento 24 horas, • Hospital-Día: Es una asistencia intermediaria entre la internación y el atendimento ambulatoria, para realización de los procedimientos clínicos, quirúrgicos em diagnóstico y terapéuticos que requieran una permanencia no mayor de 12 horas 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Bolívar línea 125 3. Caquetá: 318 617 5909 -435 6021 ext. 51 4. Cauca: 820 5390-820 5366 5. Casanare:3173717451 6. Cauca: 8205390- 8205366 7. Putumayo: 3123191736 8. Sincelejo: 2822556 <ul style="list-style-type: none"> • Línea Nacional para la ATENCIÓN 192 opción 4 • Antioquia: Salud para el Alma(Gobernación) 440 76 49 • Barranquilla: Línea de la vida(5) 399 999 • Bogotá: El poder de ser escuchado, Línea 106, Línea psicoactiva: 01 8000112 439 • Boyacá: línea Amiga 106 • Cartagena: línea 125 • Cundinamarca: línea 123 • Cesar: Línea Vital #123 • Guajira: Línea Esperanza 018000 943 782 • Huila: centro escucha8702277 • Meta: línea Amiga:3125171135 <ol style="list-style-type: none"> 3. Risaralda: Amate y Vive,línea106
--	--	--

Fuente: creado por la Autora: información Ministerio de salud Colombia: Universidad Javeriana, Universidad externa de Colombia.

Encontramos la gran diferencia de la disponibilidad para el atendimento desde ambulatorio o con mayor complejidad em Brasil, demostrando que las políticas em salud pública si son ejecutadas a la orden de su ley y no solo son escrituras para demostrar que la atención se hará, otra cosa que podemos destacar es que con la disponibilidad nuestra el acogimiento que tiene este centro de atención según la necesidad del usuario-paciente, para tener así un buen control de la enfermedad. Colombia nos demuestras que sus políticas son creadas con buena idea con una buena proyección, pero al momento de su ejecución que sería em los centros de atención se encuentra más obstáculos porque esos centros de atención se basan em el sistema de salud que es fragmentada e centralizado así que no abarca la necesidad población dando la atención de la salud mental más como privilegio que como derecho. Como lo argumenta CastrosBlanco Pedraza palacios (1990-2015), se puede afirmar que Brasil presenta un bloque legislativo más articulado, bajo una intención más clara (asociado al SUS).

Em el cuadro 5, muestra que Brasil se enfoca con según la necesidad población es decir, niños, jóvenes y adultos y pensando siempre em la rehabilitación de la persona dado la oportunidad económica y sociales para que la persona retomé su vida em la sociedad se ha

una persona productiva e independiente económicamente, Colombia si llego estar el programa que PAPSIVI que es programa de atención psicosocial para las víctimas de conflicto armado que es una población vulnerable porque hace parte de las partes rurales de países, donde se encuentra personas de todas las edad, porque la guerra no mira edad, ni color de piel; aún le falta enfocarse en las necesidades generales con programas de prevención y promoción de la salud mental en los niños, adultos, adultos mayores.

Nuestra conclusión final de todas las tablas comparativas encontramos que Brasil tiene más programas para la atención inmediata en la salud Mental, tiene un nivel de acogimiento de rehabilitación social con atendimento presenciales con disponibilidad 24 horas todo lo días dela semana, también están apostando por la prevención de las enfermedades mentales mientras, que la facilidad de absceso y la prevención de enfermedades mentales son unos de los factores más importantes para el bienestar social de la ciudadanía, así viendo la importancia de las buenas políticas públicas que maneja el sistema de salud SUS, con sus puntos de atención organizados por edades, problemática mientras Colombia se basa con un sistema de atención más fragmentando con difícil acceso con un atención semipresencial que no abarca toda la población ,sino a la ciudades capitales ignorando en sí poblaciones urbanas del país.

Cuadro 8 – Programas en atención para la salud mental Brasil y Colombia

BRASIL	COLOMBIA
<ul style="list-style-type: none"> • Programa Volta a casa: Programa de reintegración de las personas que tengan una larga historia de hospitalización en la sociedad, con un pago de auxilio de rehabilitación • Beneficio de Prestación Continuada (BPC): Es una prestación continua que otorga Ministerio de Desenvolvimento Social y Combate al Hambre (MDS) y por el Instituto Nacional de Seguridad social (INSS) con los recursos del Fundo de Asistencia Social (FNAS), que es otorgar un salario mínimo mensual a personas mayores de 55 años o personas con deficiencia de cualquier edad con impedimento de naturaleza física, mental ,intelectual, sensorial , que impida participar de forma plena en la sociedad en igual condiciones con las demás personas. • Beneficio de Prestación Continuada na Escola: Tiene como objetivo monitorear la permanencia de las escuelas los beneficiarios con deficiencia, entre 0 a 18 años, por medio de articuladas de educación, asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Porque quiero estar bien – apoyado por pro familia y la Fundación Santo Domingo • Línea Salvavidas FUNDACION Sergio Urrego: atención en condiciones de vulnerabilidad y maltrato intrafamiliar, ideación suicida o violencia de género • Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), hace parte del Plan Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas dando respuesta a las medidas de rehabilitación en el marco de la reparación integral a las víctimas del conflicto armado en Colombia. • Profamilia: organización sin ánimo de lucro, especializada en salud sexual y reproductiva, brinda el servicio de orientación psicológica y acompañamiento profesional durante los momentos que alteran el bienestar emocional y social. • Zona de escucha: Espacio de consejería y espiritual, ubicado en Risaralda,

social, derechos humanos y salud.	<p>con orientación de profesionales en salud mental</p> <p>Red de amor, cuidado y salud mental – Confama: Orientación telefónica o virtual, con psicólogos que te ayudarán reconocer pensamiento, emociones y creencias que afectan tu cotidianidad.</p>
-----------------------------------	--

Fuente: creado por Autora: Ministerio de salud de Brasil, Universidad Javeriana, Universidad Externado de Colombia.

3.3 OBSTÁCULO PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA SALUD MENTAL COLOMBIA

Ilustración 2 - Obstáculo de Atención en la Salud Mental Colombia



Fuente: Hipótesis tomada de “Zamora-Rondón, Suárez-Acevedo, y Bernal-Acevedo (2020).

1. Administrativo y Normas: El sistema de salud en general en Colombia es fragmentado y centralizado y se basa sobre el servicio prestado por SGSSS, a través de la ley 100 de 1993, de los departamentos de Colombia, que en total son 16. Solo el 50% de estas tienen en sus planes de desarrollo territoriales de salud y planes integrales de drogas. Solo 7 de estos departamentos cuentan actualmente con políticas públicas en salud mental. Serían 21.8% que es Caldas, Nariño, Santander, Tolima y la capital del país Bogotá que se basan en la ley 1616 de 2012, mientras que Boyacá, Cundinamarca y Norte de Santander trabajan con la resolución 4886 de 2018 (Sánchez e Cabra, 2021).

2. Poca oferta para la demanda: Según lo describen Henao, Restrepo, Álzate, e González (2009), para la salud mental existe una limitación sobre los tratamientos psiquiátricos, impidiendo ofrecer una cobertura con calidad, con prevención, diagnósticos oportunos, aseguramiento de terapia y medicación adecuado porque se basa en la reglamentación de la cobertura de los servicios en salud mental para los regímenes contributivos, y subsidiado consiguiente vamos explicar cada una de las limitaciones por régimen.

Régimen contributivo:

- Psicoterapia prolongada a mayor de 30 días;
- Hospitalización superior a 30 días de paciente con crisis aguda, y que no representa peligro para sí mismo, familiares o comunidad; estas normas establecen que estas restricciones serán por año o por usuario;
- Los medicamentos no incluidos y que no cumplen las condiciones establecidas en la reglamentación sobre la formulación y despacho de medicamentos o con cobro.

Régimen subsidiado:

- Cubre solo manejo ambulatorio y con internación ordenada por el médico general;
- No se cubre la atención por psicólogo en el nivel 1, el pos solo cubre la atención de la salud que pueda brindarse según lo establecido por ley;
- Las aseguradoras del régimen subsidiado no están obligadas a cubrir la atención ni al suministro de medicamentos. Datos tomados de (Henao, Restrepo, Álzate, González, 2009).

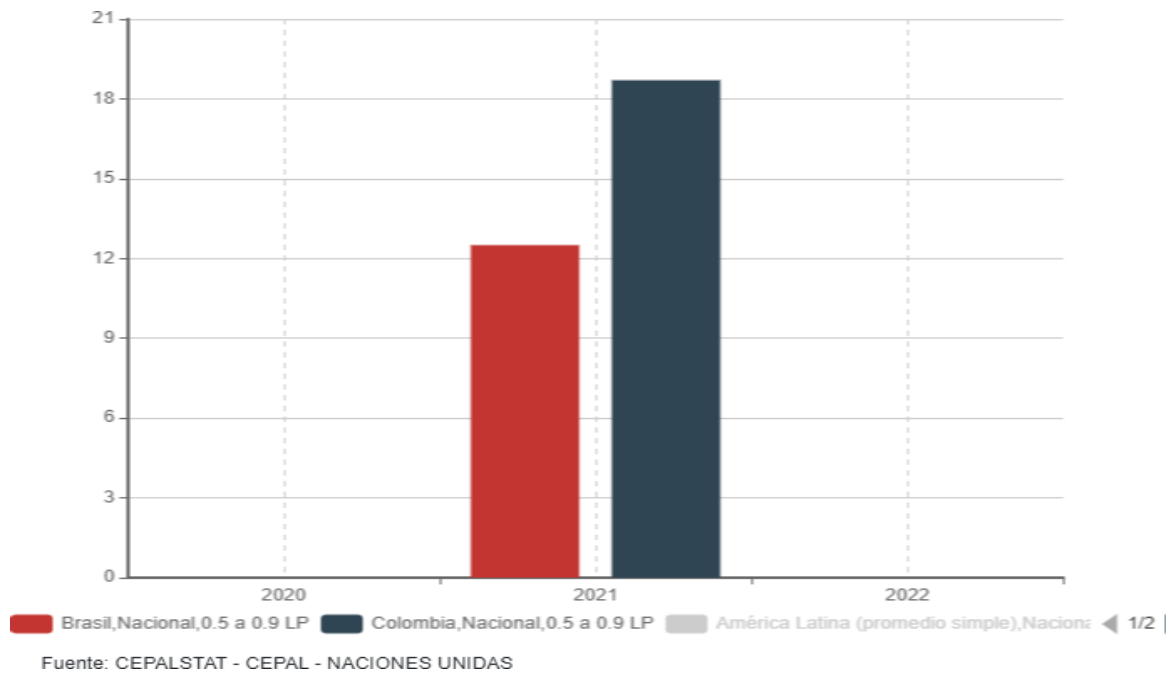
3. Geografía: los centros de atención están creados por el sistema de salud que, centralizado, es decir, que la población urbana (Municipal) y rural (campesina) del país se deben trasladar desde su residencia a otro Municipio o ciudad capital para recibir la atención creado una inequidad y desigualdad para la atención básica. “la mayoría de los departamentos de Colombia son rurales, mientras que el 25% se encuentra en una categoría intermedia y el 9% son urbanas” (CEPAL,2017).

4. Contexto cultural: Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) indica el 10.6% de la población Colombia es afrodescendiente, el 3,4% indígena y el 0,01 gitana, el 85% restante es de naturaleza mestiza es decir que rica en culturalidad que hace que una atención padronizada se ha un obstáculo para la salud mental. En Colombia aún se maneja el “tabú” sobre la salud mental pensando que las persona que necesitan este tipo de especializada son colonialmente llamadas como “locas”; como motivo de burla e

inferioridad a la persona. Al hablar de cultura podemos también hablar del papel de la religión en la salud mental. Según Van-Ness (1999), indagar los aspectos negativos y los positivos del papel religioso acerca sobre la salud física y salud mental. Entre lo negativo ella destacó el fanatismo, el ascetismo, las mortificaciones y el tradicionalismo opresivo; actitudes desfavorables para los procesos de autocuidado y de la salud mental.

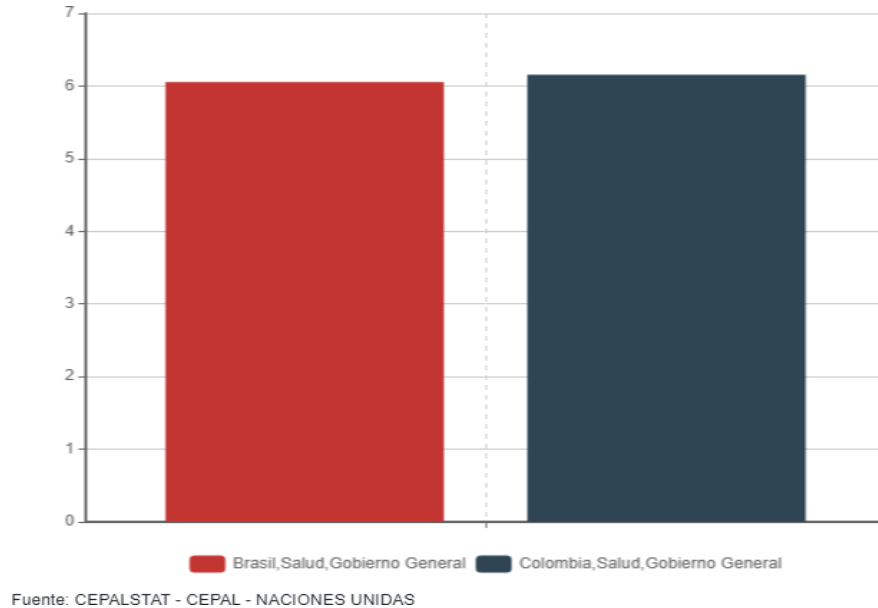
5. Político e Económico: según los datos obtenidos por CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) la distribución de las personas según el tramo de ingreso per cápita, en términos de valor de línea de pobreza Brasil y Colombia nos demuestra que:

Gráfico 1 - Distribución de las personas según tramos de ingreso per cápita, en términos de valor de la línea de pobreza - 2021



Durante el periodo de 2021, en distribución de pobreza en Brasil es de 12,5% y Colombia 18,7%. Es decir, Colombia tiene mayor nivel de pobreza con aumento comparativo de 6,2% entre los dos países en el año de referencia.

Gráfico 2 - Gasto público social según clasificación por funciones del Gobierno (porcentaje pib) - 2021



Si miramos el gasto público por funciones del gobierno (salud) durante el mismo periodo comparativo 2021 encontramos que Brasil gastó 6,1% y Colombia 6,2% en salud; dando un gasto 1% de diferencia entre ellas. Según Berlín Valenzuela en el diccionario universal de términos parlamentarios define gasto público a “toda la erogación que realiza el Estado para efectuar sus fines y sostener estructura, con los recursos de los impuestos y contribuciones de los ciudadanos” (Berlín Valenzuela, 1998).

3.4 CICLO DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL – COLOMBIA

Gráfico 3 - Ciclo de La Atención en Salud Mental – Colombia



Fuente: creado por la autora Diagrama Ciclos de la atención en la salud mental Colombia

Basándonos en las comparaciones de los dos países ya mencionadas anterior mente encontramos que en Colombia la atención básica o primaria en salud lo hacen a través de las Entidades de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que son las encargadas de las Entidades Promotoras de Salud las (EPS) encargada de prestar los servicios de salud, haciendo que los usuarios “paciente” tenga una mayor problemática para obtener la atención porque se debe

primero, tener una atención básica por IPS donde son atendidos por médico general en consulta externas-urgencias, después según la complejidad, son remitidos e atendidos inmediatamente pero si la complejidad es baja debe comunicarse con su red prestadora de servicio (EPS), después deben sacar una cita y mirando que en Colombia las Entidades Prestadoras de Servicios otorgan las citas con médico general con 10 a 8 días de anticipación, y esa persona los remite a un especialista donde se debe sacar una autorización que tiene un tiempo de espera de 6 a 8 días avilés donde el usuario se comunica en la IPS encargadas ahí sí de prestar el servicio donde la cita con el especialista se demora entre 1 a 3 meses para su respectiva atención; en urgencias llegamos a encontrar el atendimento se hace según el TRIAGE pero la salud mental, no hace parte fundamental de TRIAGE; solo cuando la persona tenga un problema psiquiátrico avanzado donde ya perjudique a la demás población presente en la región se hace el atendimento inmediato el resto no.

CAPITULO 4 - DISCUSIÓN

Esta pesquisa busca responder la problemática en la salud mental, desde el análisis histórico de la creación de las políticas públicas de los dos países de sur América, Brasil y Colombia. El eje es poder responder, a través de las cuestiones que se creaban durante el levantamiento bibliográfico, cuáles son las diferencias en las políticas públicas y luego observar como el orden territorial y el prototipo de sistema de salud cambia para la acción en la atención en salud mental:

1 ¿Existen diferencias en las políticas públicas de Brasil y Colombia que son distintos modelos de atendimento en la atención a la salud mental?

Existe una gran línea de diferencia de las políticas públicas como ya sea mencionado anteriormente para poder entenderlo que conocemos de políticas públicas se debe analizar la trascendencia de estas políticas a pasar los años y reconocer el papel fundamental de la reforma de las personas que se desarrollaron en ella para alcanzar el tipo de atención más humanizado, atendimento más a la mano de usuario y clasificado según su necesidad como se encontró en Brasil.

2 ¿Colombia adopta un modelo más tradicional en las políticas de salud mental?

Entendemos que sí, porque se basó desde la higiene mental a sus principios de atención en la psiquiatría. Al pasar las décadas se ve el grave problema que el Estado no le ve la completa importancia que es la salud mental para la población. Hasta el momento no se ha creado ni una reforma a la salud mental. Si encontramos investigadores y personas que desenvuelve el tema tratando de cambiar esta incierta atención a la salud mental, pero no vemos el compromiso de Estado para cumplir a la sociedad colombiana, porque plasmar en un texto intenso excelente programas, promoción y prevención en salud mental, deberes y derechos, atención basada en la necesidad y con la facilidad de tener una atención, pero al momento de la verdad, no se cumple.

La finalidad es poder identificar:

1. Las políticas en salud mental en los dos países ya mencionados. Al momento de profundizarnos en las políticas de salud mental debemos recalcar y recordar que al momento de hacer un comparativo de políticas públicas en salud mental debemos tener en cuenta los factores como, tipo de sistema de salud y las diferencias de los sistemas y eso que conlleva que cada política sea diferente en cada país y si ayuda al desarrollo para la atención del usuario.

Los países comparativos se basan en diferentes sistemas de salud, mientras Brasil es un sistema único de salud (SUS), Colombia es un sistema basado Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS):

Cuadro 9 - Diferencias en los sistemas de salud

		Tipo de atención	Tipo de prestación de los servicios	Principios
Colombia	Basado en el Sistema General de Seguridad social (SGSSS)	Centralizado	Entidades prestadoras de servicio	Eficiencia universalidad Solidaridad Integralidad
Brasil	Basado en el sistema Único en Salud (SUS)	Descentralizado	Único Directo Estado– Instituciones prestadoras de servicios (IPS)	Universalización Equidad Integralidad

Fuente: (br, gov, 2024), (Colombia, medicina legal, 2014).

Colombia: Según Guerrero e Gallego (2011), el sistema de salud está compuesto por sector de seguridad social y un sector exclusivamente probado, donde el eje central es el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), con sus dos régimen el contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS). El RC afilia todos los trabajadores asalariados y pensionados o a los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS afilia a las personas que no tiene capacidad de pago y los regímenes especiales (RE) que son los trabajadores de fuerzas militares, la policía Nacional, la Empresa Colombia de petroleras, el Magisterio y las Universidades públicas.

Brasil: Sistema Único de Salud (SUS), uno de los mayores y más completos sistemas de salud del mundo, con inclinación en su atención por medio de la Atención Primaria, hasta el trasplante de órganos, garantizando el acceso integral, universal y gratuito para toda la población del país. Con su creación, el SUS proporciona el acceso universal al sistema público de salud sin discriminación. La gestión del servicio de salud se basa en deber de solidaridad y participación de tres entes federales que son la Unión, los Estados y los Municipios y es la red que la componen, donde se engloba la atención primaria, media y alta complejidad, servicios de urgencias y emergencias, atención Hospitalar y acciones en los servicios de vigilancia sanitaria y ambiental y asistencia farmacéutica (Brasil, 2024).

1. Analizar los cambios históricos de las políticas en salud mental, creación de las políticas públicas en servicio a la salud mental. Ya recalando la diferencia que hace el sistema de salud diferente, aunque con demografía semejante. Vemos la importancia que se deje el modelo neoliberal en la salud priorizando la universalidad y la igualdad de la atención en los servicios de salud mental, los cambios históricos que se puede encontrar en la cronología de la historia de la locura donde las familias, médicos especialistas y personas que están envueltas en la psiquiatría lucharon para tener lo que hoy encontramos como la reforma a la salud mental en Brasil que sucedió el 6 de abril de 2001, que impulso a un avance considerable en la atención con un método más preventivo, más acogedor, organizándola en

redes de atención según las necesidades específicas de cada usuario, porque no se puede generalizar unos síntomas, unas enfermedades, si hablamos de sexo diferente y edad diferente en estas redes. Mientras Colombia se iba estancando por falta de investigación, desarrollo y la importancia que la misma población luchará para una atención más humanista.

Sobre la salud mental para hoy en día sabemos que la población de Colombia tiene otros factores sociales como el conflicto interno que indirectamente ha afectado el desarrollo del país a nivel general desde la democratización en la constitución de 1991. La poca información encontrada que está escrita en la cronología de la historia de la salud mental nos deja a un paradigma de que fue en sí el ¿por qué la salud mental en el país no se ha puesto como un instrumento fundamental para el vivir del ciudadano?

Si vamos observado cómo va trascendiendo el tiempo y como se fue cambiando la atención en la salud mental en los dos países marcando la diferencia, desde que la población vio el papel fundamental para la creación de políticas en la atención basada más en lo social, hizo que fuera un cambio en la atención básica para demostrar que las personas con algún trastorno mental fuera relevante para la sociedad, porque son personas productivas, son personas que pueden en todos sus cualidades aportar un bien para la sociedad. Se excluyeron tantos malos tratamientos que hacían que era violentar la integridad de los pacientes.

Además, estamos hablando de dos países diferentes, de sociedades diferentes porque aunque no quisiéramos hablar, el conflicto armado ha hecho que Colombia retrocediese siempre desde el campo económico, social y la salud mostrando la vulnerabilización en que crece el ciudadano, demostrando que la población de Colombia ha sido callada por guerra, o por los mismos entes gubernamentales que no han aprendido a escuchar la opinión de la ciudadanía, de las familias de los pacientes que han estado con contacto directo con la atención en la salud mental. Aunque su desarrollo tuvo avances significativos en la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales, encontramos muchos desafíos como el acceso limitado, estigmatización, recursos insuficientes, fragmentación del sistema, falta de prevención, violencia y conflictos armados.

2. Identificar los entes de servicios y atendimento en la salud mental de los países comparativos. Con las tablas comparativas de políticas públicas donde se tomó desde el modo de atención básica, la prevención y líneas de emergencias, entre otras características, y el desarrollo que tiene el Estado en cada uno de los países, llegamos a la conclusión de que;

si se renuevan las políticas en (salud mental) en Colombia, habrá una mejor demanda en la atención en salud para los usuarios que en el momento necesiten el servicio, donde se considere la salud mental en una parte fundamental del ser-salud-enfermedad y no se desconozca la universalidad e integridad del usuario. Donde se trabaje la importancia en la promoción en salud mental, en la prevención del riesgo, vigilando desde una atención temprana, pasando desde la edad preescolar y escolar, hasta la adultez.

En el cuadro 10 mostramos un resumen de los resultados obtenidos mediante las observaciones sobre los programas de atención a la salud de cada uno de los países.

Cuadro 10 – Resumen de los programas de atención en ambos países

	Brasil	Colombia
Atendimiento	Es realizado por el SUS	Es realizado por la atención primaria en salud
Prevención	Prevención suicidio por medio de Centro de Valorización de la Vida, red de apoyo emocional y de prevención del suicidio. Atendido las 24 horas, gratuito, atendimento vía chat o mensajes.	<ul style="list-style-type: none"> ● Programas de intervenciones en Salud Mental PUI-HUSI: ● Hablemos de Salud Mental:
Redes de Atención	Red de Atención Psicosocial (CAPS), Centros de Atención psicosocial (CAPS).	EPS: Entidades Promotora de Servicios Fundaciones
Centros de Atención	<ul style="list-style-type: none"> ● El centro de Atención Psicosocial (CAPS) Urgencias y emergencias SAMU192, ● Servicios Residenciais Terapéuticos (SRT) ● Ambulatorios Multiprofesionales de Salud Mental ● Comunidades Terapéuticas: son servicios de residencia transitorias ● Enfermeras especializadas en Hospital General ● Hospital-Día 	<p>Los centros de atención son manejados por las EPS o gobernación según la regional; encontramos líneas de atención para la salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Way pacientes aplicativo ● Atención para orientación: línea Nacional 192, opción4 ● CRUE clasificación por departamentos.

Fuente: (br, gov, 2024), (Colombia, medicina legal, 2014).

Como se puede observar en los resultados anteriores, el sistema de salud mental en Colombia trabaja de una forma muy contradictoria a lo que promueven sus políticas. Donde en verdad se centra en la atención a lo financiero o económico y no se centra en la enfermedad, aumentado el alto costo de la atención, y no promueven los recursos humanos para una digna atención. Es decir, si se cambian esas políticas promoviendo más profesionales especializados en la salud mental, que estén ubicados en puntos de fácil acceso para la población campesina y de bajos recursos, bajaría los costos en la atención y sería

obtener una población con mayores accesos a ese sistema. Como escribe Irrázaval, Prieto y Armijo (2016) “Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental están dirigidas a contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores protectores a lo largo de la vida, con el fin de modificar esos procesos que contribuyen a la enfermedad mental”, una buena prevención y una buena atención ayuda para que esta problemática. Así que al momento que se crean las políticas públicas se debe enfocar en estos puntos tan importantes para mejorar la problemática en la salud mental.

No obstante, cambiar su fragmentación y centralización a un sistema descentralizado y no fragmentado porque las poblaciones tienen diferentes necesidades. El sistema de salud nos deja una gran complejidad que afecta diariamente la atención médica y la calidad de vida de la población colombiana. Al momento que comparamos con Brasil vemos los frutos de un sistema descentralizado que se basa en sus principios de universalidad y equidad, que hace que sus políticas públicas sean más eficientes y, como al promover la educación y la investigación hace que un país diagnostique la necesidad. Si nos dirigimos a la salud mental, se puede observar que su atención es basada según la necesidad por edad, sexo, tipo de enfermedad.

Otro punto que se puede subrayar es que ellos promueven la salud mental como el *enfermo blanco* cuyo objetivo es apoyar y reforzar los programas para que la ciudadanía pueda identificar y pueda tener una idea de que si tiene algún síntoma sepa donde se puede dirigir para poder ser atendido. Cada desafío en la salud mental y cada problemática es una barrera para que la ciudadanía, primero, tome la importancia a sus salud mental; segundo, que no se sienta juzgada si se tiene depresión, ansiedad o cualquier otra enfermedad motivada por miedo que digan que eso es falta de trabajo, falta de ser una persona más dura; tres, que si se llega a promover y promocionar la salud mental desde la infancia con talleres y actividades donde puedan manejar sus emociones, podemos tener unos adultos a futuros sin problemas de ansiedad, estrés o depresión. Todo eso genera un cambio significativo al gasto público y en salud.

Analizando el gasto público en salud es importante evaluar que a pesar de tener una diferencia del 1% del gasto público en salud de estos dos países, es esencial entender que el gasto por ente no es el reflejo de la eficacia ni la calidad del sistema de salud. Aunque los gastos puedan ser semejante, la eficiencia y la equidad de servicios varían significativamente. Por eso es muy importante evaluar cómo estos gastos son utilizados y traducidos en el acceso efectivo de los servicios de calidad para la población; que no quede marcado en un simple papel con un objetivo claro, pero al momento de la realidad encontramos que ese papel escrito sigue siendo un papel donde no se toma la consideración de implementarlas con más eficacia. No habría tanto obstáculo y mala atención a nuestros ciudadanos que en este momento están luchando con una enfermedad que llegara a complicar y aun necesitan luchar

con el mismo Estado para poder tener un derecho fundamental que es la salud.

Hay un dilema y limitación de esta pesquisa ya que es una revisión bibliográfica que se basa monografías, tesis de disertación, jornales, bases de datos académicos, revistas especializadas, libros, conferencias, repositorios en línea, y entre otras que se ve la falta de compromiso de incentivar la pesquisa en Colombia ya que no se encuentra mucha información para poder concretar y explicar los objetivos de ella. Solo en el levantamiento histórico encontramos que hay poca información, la carencia de publicación en medios de información abiertos. Los problemas de accesibilidad de la información establecen una dificultad a la población en general. Lo que conllevo ampliar más los criterios de búsqueda, expandiendo en términos y reduciendo los criterios de inclusión, buscando estudios relacionados del tema para poder tener un área afín de investigación.

Al momento que se va llevando la pesquisa se observaron otras problemáticas que podrían crear grandes pesquisas para el futuro, como pesquisa basada en entrevistas, comparando los servicios de atención en salud mental en los dos países comparativos; estudio de corte basado en la cantidad de usuarios que acceden a los servicios de salud mental, comparado con los usuarios que algún momento buscaron o necesitaron la atención; evaluar y auditar la calidad de la atención en los servicios de salud, desde la perspectiva de los usuarios campesinos y regiones apartadas del país.

CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo se pudo observar dos países sudamericanos, Brasil y Colombia, con una organización de Estado totalmente diferente, con políticas públicas en salud mental. Traen políticas distintas enfocadas, una, a través de los movimientos sociales y otra, entre decretos y leyes solo por cumplimiento de tratados donde no se cumple con su respectiva importancia, con un investimento menor de recursos monetarios o falta de recursos humanos para realizar. Enfatizando que en Colombia los movimientos sociales son casi inexistentes debido a la opresión del conflicto armado que lleva 50 años pronunciados en el territorio o por el mismo gobierno autoritario y neoliberal. Hicimos una breve introducción a la historia de la Salud mental en estos dos países ya mencionados y vimos como se crearon las políticas de salud mental y como fueron ejecutadas en cada uno de los países y como pueden llegar a un mejor atendimento en el sistema de salud.

No obstante, dando de referencia que, si las políticas públicas en Salud Mental se enfocasen más en los determinantes sociales invistiendo en la promoción y prevención desde niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, no se llevaría los recursos al trato de la enfermedad, si no la prevención para no llegar a ella. Luchemos para que la producción de estas políticas no se haga solo para cumplir unos simples tratados internacionales, si no para cumplir las necesidades de los usuarios-pacientes. Así se llegaría a tener una mejor calidad en la atención. Para realimentar lo que estamos hablando se va dar un claro conceptos de los temas que se van tratar en el actual texto. ¿Qué es la salud Mental?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ACOSTA y USECHE (2016). **Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia.** *Athenea digital*, 16(2), 139-168.

ALCALDÍA de Medellín. Secretaría de Salud. (2020). *In: Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*. [S. l.], 16 abr. Disponible en: <<https://www.medellin.gov.co/es/secretaria-de-salud/subsecretaria-de-servicios-de-salud/seguridad-social-en-salud/>>. Acceso em: 30 mayo 2023.

ALMEIDA (2019). **Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso.** *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00129519.

ARANGO-DÁVILA (2012). **Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia.** *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, 11S-21S.

ARDÓN-CENTENO y CUBILLOS-NOVELLA (2012). **La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana.** 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 12-38.

AVENDAÑO (2019). **Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia.** De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018. *HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local*, 11(21), 285-317

CEPALSTAT, (2024). **BASES de Datos y Publicaciones Estadísticas.**

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição Federal (Artigos 196 a 200)**. [S. l.: s. n.], 1988.

BEDOYA (2021). **La salud mental: su historia en Colombia.** *REDIIS/Revista de Investigación e Innovación en Salud*, 4, 102-113.

BERLÍN VALENZUELA (1998). **Diccionario universal de términos parlamentarios.**

BOTTI y ANDRADE (2008). **A saúde mental na atenção básica- articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica.** *Cogitare Enfermagem*, 13(3), 387-394.

ORTEGA y PARADA (2020). **Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en América Latina.** *Gaceta Médica Espirituana*, 22(3), 160-174.

CASTRILLÓN-VALDERRUTÉN (2020). **Entre asilos y hospitales psiquiátricos.** Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención a la locura en Colombia. *Sociedad y economía*, (40), 143-162.

CASTRO, PALACIOS, SUAREZ y VERBEL (2017). **Los desarrollos legislativos en salud mental en Brasil, Argentina, Chile y Colombia a partir de la declaración de Carácas.** 1990-2015 (Master's thesis, Universidad El Bosque).

COLOMBIA potencia de la VIDA (2021): ICBF. *In: BIENESTAR FAMILIAR*. Disponible en: <<https://www.icbf.gov.co/instituto>>. Acceso en: 25 out. 2023.

CONGRESO DE LA REPUBLICA. "por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. nº LEI N 1616, de 21 de janeiro de 2013.

COSTA PEREIRA (2004.). Pinel - a mania, o tratamento moral e os imcios da psiquiatria contemporanea. [S. l.]: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/rXNVvsX6rzFsX3wpVYdB4Lj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 ago. 2023.

DECLARACIÓN UNIVERSAL sobre el genoma y los derechos humanos. *In: NACIONES UNIDAS*, 1997. Disponible em:<<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/universal-declaration-human-genome-and-human-rights>>. Acesso em: 22 mar. 2023.

DE MESQUITA, NOVELLINO y CAVALCANTI (2010). **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP.**

SOUSA SANTOS y SANTOS (2018). **Interseção entre movimentos sociais e política de saúde mental: revisão integrativa da produção científica no cenário brasileiro. Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, 3(6), 419-433.**

DE SOUZA, ARAÚJO, JÚNIOR, SOUZA, VILELA y FRANCO (2012). **Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. O mundo da saúde, 36(3), 452-460.**

VIESCA (1999). **La manía en el Corpus Hippocraticum. Salud Mental, 22(5),34- 36. 1c.**

TAURO y FOSCACHES (2018). **As atuais políticas de saúde mental no Brasil: reflexões à luz da obra de Cornelius Castoriadis. Mental, 12(22), 90-112.**

ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. *In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. Reforma sanitária: em busca de uma teoria..* Acesso em : 10 abril, 2023.

BARCENA (2024). Etimología de salud. *In: Salud.* Disponible em <https://etimologias.dechile.net/?salud>. Acesso em: 26 jan. 2024.

Fundamentos para la realización de búsquedas bibliográficas: Acta Pediátrica Española, *In: Aleixandre-Benavent, R, González Alcaide, G, González De Dios, J, y Alonso-Arroyo.*

FUNCION PUBLICA. **Lei 1438 Sistema General de Seguridad en Salud nº lei 1438, de 19 de janeiro de 2011.** "por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

GALEANO (2010). *As veias abertas da América Latina*. LePM Editores.

GARCIA SANTOS y AFONSO (1992). **Do hospício à comunidade**: políticas públicas de saúde mental. Dissertação (Mestrado) - Estudante, Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.

GARZA TOLEDO, PALOMINO, LUCENA, ROSADO DUQUE, POCHMANN y HERMANSON (2013). **Sindicatos y nuevos movimientos sociales en América Latina**: Enrique de la Garza Toledo (compilador). Buenos Aires: CLACSO, 2013.

GUERRA VILABOY. **Etapas y procesos en la historia de América Latina**. Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales, Veracruz, Mexico, 1997. Disponible en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/iih-s-uv/20170608043740/pdf_473.pdf>. Acceso en: 3 jul. 2023.

GUERRERO, GALLEGU, BECERRIL-MONTEKIO y VÁSQUEZ (2011). **Sistema de salud de Colombia**. *Salud pública de México*, 53, s144-s155.

GUIMARÃES y ROSA (2019). **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019**: análise de uma conjuntura antirreformista. *O social em questão*, 21(44), 111-138.

GOULART, Maria Stella Brandão. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, Edição Especial, dez. p. 194-213, 2015. Disponible en: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8nspe/04.pdf>>. Acceso en: 29 de mai. 2017.

HENAO, RESTREPO, ALZATE y GONZÁLEZ (2009). **Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006**. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 271-281.

HERAZO-ACEVEDO, URREGO-MENDOZA y PARALES-QUENZA (2018). **La insostenible levedad de la política nacional de salud mental para Colombia**: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34).

HERNÁNDEZ-HOLGUÍN y SANMARTÍN-RUEDA (2018). **La paradoja de la salud mental en Colombia**: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56.

HOCHMAN, ARRETCHE y MARQUES (2007). **Políticas públicas no Brasil**. SciELO- Editora FIOCRUZ.

IRARRÁZAVAL, PRIETO y ARMIJO (2016). **Prevención e intervenciones tempranas en salud mental**: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50

QUARESMA (2012). **Movimentos Sociais**: legitimização da participação social na

saúde. *Revista Grifos*, 21(32/33), 171-190.

LAPA BOTE y VIEIRA ANDRADE (2008). **A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do sus e da reforma psiquiátrica.** *Cogitar Enfermagem*, vol. 13, núm. 3, julio-septiembre, 2008, pp. 387-394 Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil

LÜCHMANN y RODRIGUES (2007). **O movimento antimanicomial no Brasil.** *Ciência Saúde Coletiva*, 12, 399-407.

MATTA, G. C. (2007). **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.** EPSJV.

MATTA, Gustavo Corria. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.** [S. l.], 23 jul. 2002. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%EDticas%20de%20Sa%FAde%20Ade.pdf;jsessionid=6AA7542C53C03A5DDA5D0C4EAC5E1EF7?sequence=2BAde%20mental>>. Acesso em: 23 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). (2004). **Memória da loucura: apostila de monitoria.**

MINISTERIO DE SALUD. O.P.S. Y O.M.S. **Lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía.** Bogotá, 1996.

MOREIRA y PASSOS (2018). **Luta antimanicomial, racismo e o avanço do conservadorismo em tempos “temerosos”.** *Temporais*, 18(36), 178-192

MUÑOZ, MUÑOZ y URIBE-RESTREPO (2020). **La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando.** *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 117-135.

MUTANTE: salud mental. In: **Guía de programas y líneas de orientación en salud mental en Colombia.** [S. l.]: Mutante, 21 set. 2022. Disponível em: <<https://www.mutante.org/contenidos/programas-y-lineas-de-atencion-en-salud-mental/>>. Acesso em: 11 out. 2023.

PASSOS (2003). **Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980-1996.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 231-239.

PEREIRA (2004). **Pinel— a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea.** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, p. 113-116, 2004.

PEÑAS (2000). **La salud mental en Colombia.** *Revista de la Facultad de Medicina*.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA CASA CIVIL SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Lei n 8.080 nº lei n 80880, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **LEI Nº 8.080, DE 19**

DE SETEMBRO DE 1990., [S. l.], 19 set. 1990. Disponible en: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acceso en: 13 mar, 2023.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA (2022). *In: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome*. [S. l.], 5 jul. 2022. Disponible en: <<https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas#:~:text=Ela%20est%C3%A1%20organizada%20por%20meio,%2C%20benef%C3%ADcios%2C%20programas%20e%20projeto>>. Acceso en: 13 mar, 2023.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA (2019). *In: Centro de Referência de Assistência Social - Cras*. [S.l.], 12 dez. 2019. Disponible en: <<https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/unidades-de-atendimento/centro-de-referencia-de-assistencia-social-cras>>. Acceso en: 25 maio 2023.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA (2021). *In: LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001*. [S. l.], 6 abr. 2001. Disponible en: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental>. Acceso em: 25 maio 2023.

PITTA (2011). **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores políticos**. *Ciência & saúde coletiva*, 16, 4579-4589.

PABLO, BULCOURF y CARDOZO (2008). **¿POR QUÉ COMPARAR POLÍTICAS PÚBLICAS?** *In: ¿POR QUÉ COMPARAR POLÍTICAS PÚBLICAS?* [S. l.]: A. (2013). **La salud mental en Colombia**. *Biomédica*, 33(4), 497-498. PROGRAMAS Intervenciones en Salud Mnetal PUJ-HUSI. *In: PUNTO DE APOYO* . [S. l.], 4 jun. 2019. Disponible em: <<https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/>>. Accesoem: 23 ago. 2023.

ROJAS-BERNAL, CASTAÑO-PÉREZ y RESTREPO-BERNAL (2018). **Salud mental en Colombia**. Un análisis crítico. *Ces Medicina*, 32(2), 129-140.

RUIZ-MASSIEU (1984). **La descentralización de los servicios de salud**. *Salud Pública de México*, 26(1), 7-16.

SANCHEZ CORREA y CABRA ANGEL (2021). **Análisis de la salud mental en Colombia y la implementación de la política pública nacional de salud mental**, 2018.

SANDER, J. (2010). **A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos**. *Psicologia & Sociedade*, 22, 382-387.-foucult porstitutas, enfemos em um mesmo hospital.

SANTOS, Nelson Afonso Garcia (1992). **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúdemental**. 1992.

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES (2013). **"por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones**, [S. l.], 21 jan. 2013.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (2011). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf>. Acceso en: 15 jan. 2024.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (2020). In: **Ministerio da Saude** . [S. l.], 12 maio 2020. Disponible en: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>>. Acceso en: 27 maio, 2023.

TELLEZ-BEDOYA, C. (2020). **La salud mental: su historia en Colombia**. *Revista de Investigación e Innovación en Salud*, 4(4).

TILLY y WOOD (2009). **Los movimientos sociales, 1768-2008**. Barcelona: Crítica.

URREGO MENDOZA, Z. (2007). **Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004**. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36(2), 307-319.

VAN NESS (1999). **Religion and Public Health**. *Journal of Religion and Health*, 38(1), 15-26.

VOCÊ SABE O QUE É EQUIDADE? (2015). In: **UNA-SUS**. [S. l.], 26 ago. 2015. Disponible en: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-sabe-o-que-e-equidade>>. Acceso en: 27 maio 2022.

WORD HEALTH ORGANIZACIÓN (2002). **Mental health: new understanding, new hope**. Geneva: World Health Organización; 2002. 178 p. (Te Word health reportó).

ZAMORA-RONDÓN, SUÁREZ-ACEVEDO y BERNAL-ACEVEDO (2020). **Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia**. *Revista de Salud Pública*, 21, 175-180.