

Sentencia T-398/00

PERSONA AFECTADA CON ENFERMEDAD MENTAL-Tratamiento intrahospitalario/PERSONA AFECTADA CON ENFERMEDAD MENTAL-Tratamiento dentro de entorno social

La psiquiatría moderna descarta, por regla general, el internamiento permanente de las personas afectadas con enfermedades mentales. En este punto coinciden todos los expertos y los escritos consultados. Actualmente, para la mayoría de los casos, la hospitalización es concebida simplemente como una medida transitoria, para las situaciones de agravamiento de la enfermedad, que tiene por fin estabilizar al paciente para poderlo retornar al medio ambiente del que proviene. Este regreso puede estar mediado a través de etapas intermedias de reintegración a la comunidad, tal como ocurre con las fórmulas del hospital día o el hospital noche. La idea que subyace a esta nueva concepción del tratamiento es la de que las personas aquejadas por estas enfermedades deben ser tratadas, en lo posible, dentro de su propio entorno social, a partir de un trabajo mancomunado de los médicos y la comunidad de la que proviene el paciente. Así, la persona aquejada por estas enfermedades no es expulsada de su medio, para ser confiada a grupos de especialistas extraños a su vida cotidiana, sino que permanece en su entorno social. La enfermedad mental, en cierta medida, es también un producto social y, si se desea eliminarla o por lo menos atenuarla, debe ser tratada allí donde se manifiesta. De esta manera, a través del tratamiento, el paciente y la comunidad que lo rodea van estableciendo pautas de relación favorables a la recuperación del enfermo. Asimismo, el paciente puede asumir roles creativos dentro de la comunidad, que le permitan desarrollarse como persona, en vez de ir perdiendo cada día más su relación con el entorno y su autoestima, como sucede como consecuencia de la hospitalización permanente.

PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD SOCIAL PARA CON LOS ENFERMOS MENTALES-Alcance

ENFERMO MENTAL-Compromiso familiar a través de apoyo y colaboración

ENFERMO MENTAL-Cajanal debe continuar respondiendo por gastos de hospitalización/ENFERMO MENTAL-Continuidad en centro hospitalario

Cajanal no puede obligar a la esposa del señor a llevarlo a su casa y que, por lo tanto, Cajanal deberá seguir respondiendo por sus gastos de hospitalización. Como se señaló,

durante demasiados años, la actora ha aportado un importante sacrificio para el cuidado de su esposo, y constreñirla para que reciba nuevamente a su marido equivaldría a exigirle un comportamiento heroico y de autonegación. Considera la Sala que, en este punto, la demandante ya cumplió con su parte y que tiene que ser liberada de ese deber. Ahora es la sociedad la que debe asumir esa responsabilidad. Y si bien en estos casos generalmente se piensa en acudir a las entidades estatales, lo cierto es que, dado que el paciente estaba afiliado a la Caja Nacional de Previsión EPS, es esta entidad la que debe hacerse cargo de la obligación. En las condiciones actuales del país, con tan pocos recursos para tantas demandas, solamente cabe acudir a las instituciones estatales que prestan el servicio de asistencia pública cuando las personas no cuentan con la posibilidad de exigirle a otras instituciones que se hagan cargo de sus responsabilidades. Todos los conceptos recibidos coinciden en señalar que el señor requiere continuar con el tratamiento psiquiátrico.

#### ENFERMO MENTAL-Trabajo social en colaboración con la familia

Las condiciones descritas permiten concluir que antes de pensar en llevar a cabo el tratamiento clínica-día es necesario procurar reconstruir para el señor Alarcón un medio social que le sea favorable. Esto implica realizar una intervención psicosocial y educativa, fundamentalmente con la familia del paciente, con el objeto de sensibilizarla e instruir la acerca del trato y manejo de las personas aquejadas por el mal de la esquizofrenia. Esta labor no fue realizada en la Clínica - que no incluye el trabajo social dentro de su proceso de tratamiento psiquiátrico - y esa falencia bien podría explicar las grandes dificultades que han experimentado la señora y sus hijos en la convivencia con su esposo y padre, lo que, además, muy probablemente ha tenido una gran influencia en sus continuas recaídas.

Referencia: expediente T-248096

Actor: Ana María Parada De Alarcon

Magistrado Ponente:

Dr. EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ

Santa fe de Bogotá, D.C., abril seis (6) de dos mil (2000).

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados

Eduardo Cifuentes Muñoz, Carlos Gaviria Díaz y José Gregorio Hernández Galindo, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

## SENTENCIA

en el proceso de tutela número T-248096, promovido por Ana María Parada de Alarcón contra la Caja Nacional de Previsión.

### I. ANTECEDENTES

#### 1. Hechos

1.1. El señor Francisco Alarcón, esposo de Ana María Parada de Alarcón, se desempeñó como guardia nacional de prisiones hasta el año de 1977, cuando fue pensionado por invalidez por la Caja Nacional de Previsión, por sufrir de una incapacidad laboral del 100%. La incapacidad fue declarada, el 21 de junio de 1977, luego de que una Junta Médica de la Caja Nacional de Previsión le diagnosticara “esquizofrenia paranoide crónica, dolencia progresiva e irreversible.” En el diagnóstico se señala que el señor Alarcón trabajó como guardián nacional desde finales de 1973 y que su proceso sicótico de ese momento se remontaba a julio 7 de 1976, “presentando crisis de agitación psicomotora severas con manifestaciones de gran agresividad. Desde entonces ha sido sometido a hospitalizaciones en la unidad psiquiátrica de La Picota y posteriormente en clínicas de reposo adscritas a la Institución, como también tratamiento psiquiátrico ambulatorio.”

En los últimos años, la dolencia del señor Alarcón se ha ido agudizando y su comportamiento se ha tornado cada vez más agresivo. Por lo anterior, su tratamiento en los últimos años ha sido intrahospitalario. Desde el 31 de julio de 1997 hasta la fecha, el Señor Alarcón se encuentra internado en la clínica de Nuestra Señora de la Paz, en Bogotá, y sus costos de atención médica han sido sufragados por CAJANAL. Sin embargo, desde el mismo año de 1997 la EPS ha indagado acerca de la posibilidad de prestarle un manejo ambulatorio al señor Alarcón. Es así como el 10 de septiembre de 1997 le envió una comunicación al gerente de la Clínica de la Paz en la que le solicita el envío de un resumen de la historia

clínica del paciente “haciendo énfasis en las posibilidades, si las hubiere, de manejo ambulatorio, riesgos previsibles para la comunidad y probable prospección de estado nosológico de base. Si se conceptúa que requiere manejo intrahospitalario, favor especificar las condiciones y requerimientos para el mismo.”

1.2 El 7 de enero de 1998, se reunió un Comité Técnico Consultivo de CAJANAL con el objeto de revisar diversas peticiones de usuarios de esta entidad para obtener atención en salud. Entre ellos, estudió el caso del señor Alarcón y emitió un concepto desfavorable a la petición de la actora de continuar brindándole el tratamiento hospitalario permanente. En el oficio D.S. 070 del 23 de febrero de 1998 se le comunicaron a la señora Parada de Alarcón las razones de la negativa:

“ ...-CAJANAL E.P.S. está regida por los lineamientos de la ley 100/93, y sus decretos reglamentarios.

- Existe un concepto médico de egreso hospitalario.
- CAJANAL E.P.S. no tiene carácter legal de beneficencia y sus recursos económicos son limitados.
- CAJANAL E.P.S. podrá autorizar legalmente cuantas veces sea necesario la hospitalización (intervención) del usuario según concepto médico...”

1.3. Ante la inminencia de la salida de su esposo del centro hospitalario en el que se encontraba internado, la señora Parada de Alarcón emprendió una serie de acciones destinadas a lograr que él continuara siendo tratado en una institución cerrada. De esta manera, decidió buscar apoyo en su comunidad en el rechazo a la orden de salida de su esposo. Como resultado de ello, el 7 de septiembre de 1998, los vecinos de la calle 41A entre las carreras 99 y 100 del Barrio San José el Jardín, en Fontibón, dirigieron una solicitud al Consejo Comunal en la que le solicitaban expedir una certificación en la que se declarara al señor Alarcón, “PERSONA NO GRATA A LA COMUNIDAD”. Ello, por cuanto “el señor en mención presenta carácter agresivo y manifiesta alta peligrosidad por antecedentes psiquiátricos de tiempo atrás. Y en repetidas ocasiones ha agredido sin motivo alguno a los vecinos y a la familia, causándoles heridas de consideración”.

El Consejo Comunal respondió a la anterior solicitud en los siguientes términos: “El Consejo Comunal enterado de estas circunstancias y testimonios de la comunidad estudia y define el problema entregando como respuesta a la Señora Ana María, El Apoyo Incondicional y Absoluta Solidaridad con base en los antecedentes de dicho señor respaldados por sus vecinos y amigos; ya que en estas condiciones al señor le Será Posteriormente al paso del tiempo IMPOSIBLE VIVIR EN NUESTRA COMUNIDAD”. (sic)

Asimismo, en diversas oportunidades la señora Parada de Alarcón se dirigió a diferentes personas y entidades, con el fin de solicitar que le prestaran su colaboración para que su esposo fuera internado en una institución psiquiátrica de beneficencia. Así lo hizo en una carta enviada, el 6 de enero de 1998, al director de salud de Bogotá. Más tarde, el 8 de septiembre de 1998, le fue remitida una carta a un Concejal de Bogotá, para que recomendara su caso ante el hospital psiquiátrico de Sibaté. Luego, el 28 de octubre de 1998, obtuvo que el presidente de la JAL y un edil de la zona de Fontibón le enviaran una solicitud en el mismo sentido a la División de Salud Mental de la Beneficencia de Cundinamarca. De la misma manera, el 18 de diciembre de 1998, le solicitó al gerente de la Beneficencia de Cundinamarca, con la mediación de una psicóloga de la Asociación para la Salud Mental, que le brindara un cupo a su marido en alguna de sus instituciones. La Beneficencia respondió que para el ingreso al Hospital Psiquiátrico Julio Manrique de Sibaté se acostumbraba firmar un convenio interinstitucional y que el valor mínimo que se cobraba en esos casos ascendía a \$591.095 mensuales, por concepto de alojamiento, alimentación y servicios complementarios - distintos a los de salud, que debían ser cubiertos por la EPS respectiva.

Igualmente, el 11 de noviembre de 1998, la señora Parada de Alarcón le solicitó al Dr. Jesús Arturo Valencia, médico Psiquiatra de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, que aclarara los diagnósticos que sobre su marido le había presentado a la doctora Azucena Naranjo Caballero, puesto que:

“los informes presentados a las entidades o personas referidas no se ajustan en los diagnósticos del paciente. Por lo tanto se están violando sus derechos a permanecer en un sanatorio de por vida de acuerdo a su enfermedad mental irreversible. Además compromete la integridad física y moral de mi persona y de mi hijo, ya que por cualquier causa me quieren obligar a que le brinde en nuestro hogar el tratamiento, lo cual me es imposible de

aceptar debido a su agresividad y comportamiento ante mi y la sociedad”.

1.4. El 29 de junio de 1999, la señora Ana María Parada de Alarcón instaura una acción de tutela contra CAJANAL, por cuanto considera que la decisión de ésta de dar de alta a su marido vulnera los derechos a la vida, la igualdad y la salud tanto de ella como de su hijo. La actora dice en su escrito de tutela:

“1. Mi esposo, el señor Francisco Tobías Alarcón Malagón, padece de esquizofrenia cerebral agresiva, que es una enfermedad progresiva, irreversible y deteriorante según el dictamen médico, una persona de 54 años, pensionada por CAJANAL ante la invalidez mental que presenta hace 23 años.

“2. Los últimos años la enfermedad de mi esposo se agudizó, ocasionándonos maltratos físico, verbal y psicológico a mi hijo, a mí y a la comunidad que nos rodea, haciendo la vida imposible de manejar en la casa.

“3. Se encuentra internado en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz. Los costos de su estancia son pagados por CAJANAL.

“4. Recibí una comunicación de CAJANAL en la cual se niegan a pagar la hospitalización por más tiempo y que yo debo asumir los costos en una institución privada.

“5. En contadas ocasiones he solicitado me le asignen un cupo en Sibaté y siempre me lo han negado argumentando que él es pensionado y tiene un seguro que debe responder por esto.

“6. Actualmente sólo tengo la pensión de Francisco Tobías Alarcón Malagón (...) para la subsistencia de mi hogar, ya que tengo 52 años de edad y mi hijo se encuentra estudiando bachillerato, lo cual muestra mi escasez de recursos y mi imposibilidad de hacerme cargo de mi esposo.

“7. Le solicito muy cordialmente, señor juez, su colaboración respecto de la ubicación de mi esposo, pues CAJANAL no quiere responder por los gastos médicos, siendo una obligación del Estado desarrollar políticas de previsión y rehabilitación para los disminuidos psíquicos a quienes debe prestar atención especializada, como la que en este caso se requiere.

La actora finaliza su escrito de tutela con la solicitud de que se ordene a Cajanal que “se siga haciendo cargo de los pagos que corresponden a su hospitalización o que sea ubicado en una institución de larga estadía que sea pública, por carecer de recursos para internarlo por mi cuenta en una institución privada y por representar un grave peligro tenerlo en mi casa.”

Anexa a su escrito de tutela copia de las diversas cartas enviadas a diferentes entidades solicitando la atención de su esposo. Igualmente, la copia de un artículo de periódico (s.f.), en el que se narra que su marido, un día en el que iba a una cita con el psiquiatra en la Caja Nacional de Previsión, había entrado en cólera y agredido a distintas personas, dejando tres personas heridas a bala, una de ellas de gravedad.

Además, acompaña el siguiente resumen de la historia clínica reciente del señor Alarcón, elaborado, el 5 de febrero 1999, por el Doctor Jesús Arturo Valencia, médico psiquiatra de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz:

“El paciente de 54 años, natural de Quipile- Cundinamarca, procedente de Bogotá, estado civil casado, escolaridad elemental.

Con historia de esquizofrenia paranoide crónica de 29 años de evolución, con múltiples y prolongadas hospitalizaciones por sus comportamientos agresivos en los períodos agudos de su enfermedad.

La actual hospitalización tiene una estancia de 19 meses y en la cual se ha logrado una remisión parcial de sus conductas agresivas, persistiendo sus ideas delirantes crónicas y estructuradas, particularmente alrededor de su familia.

Se observa también un marcado deterioro cognitivo y psicosocial.(...)

El pronóstico de este paciente es muy reservado, pues padece una enfermedad progresiva, irreversible y deteriorante, sumado lo anterior al casi imposible manejo ambulatorio por la severidad de sus conductas agresivas particularmente dirigidas contra su familia y su complicada red de apoyo familiar y psicosocial.

Se recomienda manejar en institución de larga estancia”.

2. Sentencias objeto de revisión

2.1. El 1° de julio de 1999, el Juzgado Treinta y Seis Civil del Circuito de Bogotá admitió la tutela y le ofició a Cajanal para que, en el término de dos días, manifestara su posición frente a los hechos de la tutela. Sólo hasta el 16 del mismo mes se recibió la respuesta de la entidad. En ella manifiesta que en su calidad de EPS se encuentra regulada por la ley 100 de 1993, sus decretos reglamentarios, los acuerdos que expida el Consejo Nacional de Salud, los actos administrativos que profiera el ministro de salud y la Superintendencia Nacional de Salud. Sobre el caso del señor Alarcón, hace referencia al concepto desfavorable rendido por el Comité Técnico, el 7 de enero de 1998.

2.2 Un día antes de la recepción del escrito de Cajanal, es decir, el 15 de julio de 1999, el Juzgado Treinta y Seis Civil del Circuito de Bogotá denegó la tutela presentada. Sostuvo, en primer lugar, que la actora no se encontraba en una situación de debilidad manifiesta y que, por lo tanto, su derecho a la salud y a la vida no se encontraban amenazados. Tampoco encontró vulnerado el derecho a la igualdad invocado, pues consideró que no existe “una relación entre dos personas, objetos o situaciones” para que se dé una violación a este derecho. Finalmente, sostiene que la actora cuenta con otro mecanismo de defensa judicial para la protección de sus derechos, como es el proceso de interdicción del demente furioso, consagrado en el artículo 548 del Código Civil. Por último, el Juzgado señala lo siguiente:

“se le hace saber a la peticionaria que la acción de tutela no es sustitutiva de las acciones legales previstas, pues de la documentación adjunta se observa que no ha acudido a la vía indicada anteriormente, pues su amparo no podría concederse por su negligencia, máxime si la interesada manifiesta que su esposo padece hace 23 años de esquizofrenia, pues ha transcurrido el tiempo suficiente para haber incoado y concluido con éxito el proceso respectivo”.

2.3 El 19 de junio de 1999, la señora Parada de Alarcón impugna la anterior decisión. En su escrito, insiste en el peligro que representa para ella y para su hijo la decisión de Cajanal de dar de alta al señor Alarcón. Señala al respecto: “...estamos en peligro a manos de mi esposo, quien es un enfermo mental y el cual no está acorde de sus actos y Cajanal de una u otra manera me obliga a tenerlo con nosotros...”

2.4. El 20 de agosto de 1999, la Sala Civil del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Santa Fe de Bogotá confirmó la decisión de primera instancia, pero por razones distintas a las

expresadas por el juez a-quo. En primer lugar, resalta que en el escrito de tutela presentado por la señora Parada de Alarcón se manifiesta que su esposo se encuentra “internado actualmente en la Clínica Nuestra Señora de la Paz”. Con base en esta afirmación, el Tribunal sostiene que opera la sustracción de materia respecto a la solicitud de la actora de que Cajanal mantenga hospitalizado a su esposo y cubra los costos de hospitalización, pues ello es precisamente lo que ha venido ocurriendo. De otra parte, considera que no encuentra respaldo probatorio la afirmación de la actora acerca de que Cajanal se negaba a sufragar los gastos de hospitalización del señor Alarcón, puesto que en el mismo escrito que enviara la EPS a la actora, el 23 de febrero de 1998, se señaló que CAJANAL autorizaría cuantas veces fuere necesario la hospitalización del usuario, según concepto médico.

Por último, el Tribunal señala lo siguiente:

“frente a este dramático cuadro, lejos está como solución el aconsejar a la esposa del demente, quien al parecer ha tenido que enfrentar hasta el cansancio esa penosa enfermedad de su cónyuge, para que promueva su interdicción, porque si bien es cierto ella alude al cuidado de la persona y a la administración de sus bienes en cabeza del curador, ello no constituye respuesta efectiva con vista a conseguir el amparo de los derechos que considera amenazados. En este sentido, solo la atención médica especializada que se le prodigue al enfermo, será solución adecuada para devolver el sosiego a la familia ALARCÓN PARADA”.

2.5. Pocos días después del fallo de segunda instancia, el 7 de septiembre de 1999, la señora Parada recibió la siguiente comunicación de parte de la Coordinadora de Auditoría Médica de la Caja Nacional de Previsión:

“Por lo anterior, se le solicita proceder de acuerdo a la normatividad vigente ubicando al señor Francisco Tobías Alarcón Malagón en institución destinada al manejo de pacientes crónicos.”

## 1. Pruebas decretadas por la Sala de Revisión

El Magistrado Ponente solicitó la colaboración de las Unidades de Apoyo a la Corte

Constitucional de las Universidades Nacional y Nuestra Señora del Rosario. Ambos grupos aportaron distintos documentos acerca de la esquizofrenia paranoide, de los derechos de los enfermos mentales y del papel de la familia en el tratamiento de los mismos.

Además, se solicitaron diversos peritazgos, se realizaron dos inspecciones judiciales y se recibieron distintos testimonios, tal como se describe a continuación:

#### 1. Concepto de la Asociación Colombiana de Psiquiatría

En respuesta a un cuestionario que le fuera enviado por la Sala de Revisión acerca de la esquizofrenia paranoide y de su tratamiento, el doctor Rodrigo Nel Córdoba, presidente de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, señala que la esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por un importante compromiso de funciones mentales superiores del individuo, tales como el pensamiento, el afecto y la capacidad intelectual. La enfermedad tiene un curso crónico, “pero con un tratamiento oportuno se logran revertir los síntomas activos, aunque requiere controles permanentes.”

Manifiesta que la psiquiatría moderna en ningún caso contempla un tratamiento intrahospitalario permanente para la enfermedad, razón por la cual afirma que incluso en los casos en los que, por razones de índole familiar o social, es imposible brindar los cuidados extrahospitalarios al paciente “se deben ofrecer alternativas a su hospitalización permanente.” Anota, sin embargo, que en la mayoría de los pacientes “es útil que permanezcan en el medio familiar con controles permanentes por un grupo de salud mental y/o alternativas de hospitalización como la clínica día.”

Finalmente, señala que el paciente debe contar con unos controles mínimos mensuales y que “si se presenta persistencia de síntomas existen alternativas de hospitalización parcial, pero es necesario propender por articularlo a la comunidad.”

#### 1. Concepto de la Clínica de Nuestra señora de la Paz

En escrito enviado, el 19 de noviembre de 1999, por el director científico de la Clínica de

Nuestra Señora de la Paz, doctor Eduardo de la Roche, se manifiesta que el señor Alarcón está hospitalizado desde el 31 de julio de 1997 en ese centro, con una corta interrupción de tres días en septiembre de 1998.

Señala el director científico que el paciente padece de esquizofrenia paranoide crónica desde hace más de 20 años, y que durante todo este tiempo ha estado en tratamiento psiquiátrico permanente (hospitalario y ambulatorio). Acerca del estado actual del paciente manifiesta que “[e]l largo curso de la enfermedad ha cronificado sus manifestaciones delirantes y alucinatorias que muestran pobre respuesta a la terapéutica farmacológica, lo mismo que una pérdida del sentido de la realidad, con alejamiento y distanciamiento de su mundo externo.”

Expresa que “[i]nicialmente las hospitalizaciones fueron de corta duración, en promedio de uno a dos meses,” pero que “últimamente el rechazo familiar ha hecho muy difícil su reintegro al medio exterior, por lo que esta última hospitalización ha sido de tan larga duración.” Anota que en septiembre de 1998 se le dio la salida definitiva, pero que la familia lo devolvió a la clínica pocos días después, por cuanto habría presentado conductas agresivas y peligrosas.” Desde su retorno, “el paciente se mostró tranquilo y estable.”

Expone que el “primer episodio de la enfermedad transcurrió con manifestaciones agresivas, que ocasionaron lesiones a varias personas, por lo que estuvo recluido en el anexo psiquiátrico de la Picota, de donde fue remitido a la Clínica. Las siguientes hospitalizaciones han sido motivadas por manifestaciones de agresividad hacia familiares y vecinos, según información de los primeros, no corroboradas por nosotros. En las varias hospitalizaciones, el paciente no ha presentado durante su permanencia en la clínica reacciones de agresividad y se ha comportado en forma tranquila y adecuada.”

El doctor de la Roche asevera que considera que el reintegro del paciente Alarcón a la sociedad es posible y que para ello es necesario intentar un tratamiento ambulatorio: “Como una medida puente para lograr su reintegro al medio social, recomendamos que el paciente pase durante un tiempo prudencial (varios meses) , de la hospitalización total a una hospitalización parcial en clínica diurna. Bajo esta modalidad el paciente asiste durante para lo cual el primer paso sería intentar con él, durante varios meses, el paso de una hospitalización total a una parcial bajo la modalidad de clínica diurna (de 8 a.m. a 5 p.m.), lo

que garantiza la asistencia del paciente al programa terapéutico u el correspondiente suministro de droga.

Finalmente, en la comunicación se manifiesta que el concepto médico emitido por el doctor Valencia en febrero de 1999 - antes transcrito - estuvo muy influenciado por "las condiciones externas desfavorables referidas" por los familiares del señor Alarcón. Para sustentar esta afirmación, se adjunta otro concepto emitido por el mismo doctor Valencia, el día 18 de septiembre de 1998. El escrito anexado es muy similar al de febrero de 1999, y finaliza con la misma precisión acerca de que "el pronóstico de este paciente es muy reservado a largo plazo, pues padece de una enfermedad progresiva, irreversible y deteriorante, sumado al difícil manejo de su comportamiento agresivo." Sin embargo, al contrario de la conclusión que se extrae en el concepto de febrero de 1999, acerca de que el paciente Alarcón debía ser tratado en una institución de larga estancia, en el concepto de septiembre de 1998 se concluye que "en la actualidad se ha logrado un control de su agresividad, por lo cual se considera que debe ser egresado de la clínica, para continuar su manejo ambulatorio por consulta externa."

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses también rindió un informe sobre las características de la esquizofrenia paranoide crónica. Asimismo, realizó un peritazgo sobre la condición actual del señor Francisco Tobías Alarcón.

Expresa el Instituto que, en el estado actual de la ciencia médica, la esquizofrenia es una enfermedad irreversible, para cuyo tratamiento se recomienda en muy pocos casos la hospitalización permanente de los pacientes que la padecen. En este sentido, manifiesta que "las tendencias modernas de la psiquiatría propenden por que el enfermo mental permanezca en su núcleo familiar recibiendo obviamente asistencia psiquiátrica permanente, ya que esto ayuda a su rehabilitación." Agrega que para los casos en los que es posible que el paciente permanezca con su familia, se han diseñado distintas fórmulas para el tratamiento psiquiátrico, cuya aplicación depende del paciente concreto, tales como "Hospital Día (programa en el cual el paciente permanece en el día en programas de rehabilitación y en la noche en su casa), Hospital Noche (lo contrario), Hospitalización Parcial (incluye las anteriores más modalidades similares como los fines de semana), o consulta externa, con una frecuencia relativa de una consulta a la semana a una consulta al mes."

En relación con el señor Alarcón, manifiesta que éste cuenta con “una historia clínica psiquiátrica de larga data de tratamientos psiquiátricos intrahospitalarios y ambulatorios por sintomatología clínica correspondiente a una esquizofrenia paranoide crónica, pero que en la actualidad se encuentra relativamente asintomático con el tratamiento que está recibiendo, y en quien llama la atención el relativamente poco deterioro mental que presenta para tantos años de evolución de la enfermedad”. A continuación afirma que el señor Alarcón “puede ser tratado de manera ambulatoria ya que en la actualidad no sufre delirios persecutorios, alucinaciones ni tendencia a la agresividad.” Al respecto reitera que la hospitalización indefinida es cuestión del pasado, “ya que los modernos medicamentos de acción prolongada permiten el control de la sintomatología psicótica de los enfermos y su control ambulatorio, y el presente caso no puede ser una excepción, ya que no está demostrado que el enfermo mental sea de por sí más peligroso que el común de la población general que no padece enfermedad mental manifiesta”.

El Instituto precisa que las personas que sufren de esquizofrenia paranoide sí pueden poner en riesgo a las personas que los rodean. Agrega que, sin embargo, “el internamiento lo único que garantiza es un control más estrecho sobre el paciente, suministro adecuado de la medicación y personal entrenado en su manejo, pero de ninguna manera es lo ideal porque los pacientes tienden a cronificarse, perder su repertorio social y la oportunidad de ser útiles y productivos en la medida de sus capacidades.” Por eso, repite que, en su criterio, “el señor Alarcón sí puede vivir en comunidad, con el debido control psiquiátrico ambulatorio.”

Preguntado sobre la posibilidad de prestarle un tratamiento ambulatorio al señor Alarcón a pesar de la renuencia de su familia a hacerse cargo de él, el Instituto señala que, incluso sin la colaboración de la familia, el paciente podría someterse a un tratamiento ambulatorio o de hospitalización parcial: “las posibilidades de tratamientos sin contar con su familia habría que explorarlas directamente con la EPS encargada de la salud del enfermo, o con el Ministerio de Salud - Comportamiento Humano.” Agrega, sin embargo, que no encuentra en la evolución clínica del paciente una especial animadversión o agresividad hacia su familia y que, de hecho, el mismo señor Alarcón manifiesta su deseo de permanecer con su hijo Fabio Arturo Alarcón Parada, de 35 años de edad.

#### 4. Inspección Judicial a la residencia de la familia Alarcón Parada

En inspección judicial realizada el día 28 de enero de 2000 en la residencia de la familia Alarcón Parada, se recibieron los testimonios de la señora Ana María Parada de Alarcón, cónyuge del señor Alarcón y actora de este proceso, y de las señoras Lucía de Jesús Pérez Flórez, Alejandrina Torres de Galindo y Blanca Nubia Ruiz, vecinas de la familia. En la misma diligencia, se recibieron de manos de la actora distintos documentos. Entre ellos se destaca una declaración juramentada que rindió, el día 21 de enero de 2000, su hijo menor, Francisco Javier Alarcón Parada, quien se encuentra prestando servicio militar en la Base Militar de Tolomaida y por esta razón no pudo estar presente el día de la inspección. En la declaración, él afirma que “mi padre Francisco Tobías Alarcón, quien sufre de esquizofrenia paranoica, no puede vivir en comunidad, por tal motivo es imposible convivir bajo el mismo techo con él ya que recibo maltrato psicológico y físico por parte de él.”

4.1. En su testimonio, manifiesta la actora que se casó con el señor Alarcón hace 30 años y que éste ha sido su único matrimonio. Señala que lo conoció en Puerto Boyacá y que en esa época él trabajaba con la Policía Nacional, de donde “lo sacaron de un momento a otro”. Dice que durante un tiempo el señor Alarcón dejó de visitarla, hasta el año de 1969, cuando regresó a Puerto Boyacá a proponerle matrimonio y a invitarla a vivir en Bogotá, porque él ya “no podía trabajar ni vivir allá” porque todos lo conocían y sabían que había estado en la Policía “y que había tenido un problema, le dio un tiro a un señor en Puerto Boyacá y lo mató, y la Policía por eso lo despidió”. Cuenta la actora que el señor Alarcón le aseguró que él no había tenido nada que ver con el incidente y que ya lo había arreglado todo. Ella le creyó y aceptó su propuesta de trasladarse a Bogotá.

En Bogotá, la actora contrajo matrimonio con el señor Alarcón, el día 22 de julio de 1969, y se fueron a vivir a la casa de sus suegros. Relata que ocho días después del matrimonio, llegaron unos agentes del DAS con su marido para notificarle que había sido detenido en las instalaciones del DAS mientras tramitaba su pasado judicial, en virtud de que en su contra se había iniciado un proceso por rapto y violación de menores en la ciudad de Anolaima. Ese mismo día se llevaron detenido al señor Alarcón para la ciudad de Anolaima, donde permaneció en prisión aproximadamente tres meses, luego de los cuales salió libre porque no encontraron méritos en su contra. Añade que ella no fue a visitarlo, porque sentía que la habían engañado, y que fueron sus suegros los que realizaron todas las diligencias

necesarias para lograr su liberación.

Afirma la deponente que un mes después de que el señor Alarcón hubiera regresado a Bogotá, se ausentó de la casa por un término de ocho días, pasados los cuales les informaron que se encontraba detenido en Tunja por evasión a la justicia, ya que “cuando el problema de Puerto Boyacá él salió bajo fianza con la obligación de presentarse regularmente, y no se presentó”. En esa ocasión estuvo detenido alrededor de dos años y medio.

Relata la señora Parada que, en vista de lo anterior, ella decidió regresar, junto con sus dos hijos gemelos, al campo, a Chinavita, Boyacá, donde vivían sus padres. Desde allí visitaba regularmente a su marido en la cárcel. Menciona que un día, en 1972, llegó a visitarlo a la penitenciaría del Barne y le informaron que él había salido libre. Durante los dos meses siguientes no supo nada de él hasta que, en enero de 1973, llegó a buscarla a la casa de sus padres. El señor Alarcón la invitó a regresar con él a Bogotá, donde ya había gestionado un trabajo estable en la guardia de prisiones. Ella estaba renuente, pero “mi padre me dijo que yo estaba casada y que él me había perdido perdón y que me fuera con él, que lo entendiera porque él era mi marido.”

Expone la señora Parada de Alarcón que a partir del momento en que llegaron nuevamente a Bogotá, “empezó a celarme todo el tiempo y a maltratarme, y me reventaba las piernas con la correa y no me dejaba salir. Yo me quería devolver, pero yo ya no sentía el apoyo de mi familia. El me pegaba por todo. Empezó a celarme y no me dejaba hablar con nadie, ni con las señoras, y por cualquier cosa sacaba la correa y me dejaba llena de golpes. Una vez lo demandé y como él era del INPEC no me recibieron denuncia ni nada. Eso fue como en 1974 o 1975. Yo le decía a mi suegra, e incluso a veces a ella también la maltrataba. En 1975 lo trasladaron a trabajar en la Picota”.

Trabajando en la Picota, el señor Alarcón decidió mudarse con su familia a un cuarto alquilado, situado en cercanías de la penitenciaría. En ese tiempo estaban los dos cónyuges con uno de los hijos gemelos, pues el otro se encontraba en la casa de los padres de la señora Parada. Sobre esa época relata la actora: “Cuando salía de la casa para trabajar no nos dejaba de comer, nos encerraba y todo bajo llave hasta que él volvía. Mis suegros nos visitaron y le dijeron que nos viniéramos con el niño para donde ellos. En mayo o junio del 75 al niño le dio sarampión y no teníamos médico y no me lo dejó traer al médico ni nada y le

dio una fiebre muy alta, y como él no me dejaba salir ni nada, el niño se me murió de sarampión. El no quiso dar ni siquiera para el entierro que lo pagaron mis suegros. Con eso yo me fui para donde mis papás y me traje al otro niño que estaba allá y él es el que ahora vive, y le dije a Tobías que me iba a vivir con mis suegros, pero él no me dejaba, y no me dejaba trabajar. Ya no me volvió a encerrar, porque lo amenacé con que lo denunciaba. Llamé a mis hermanas y les conté y ellas me dijeron que ellas me ayudaban un poco económicamente y yo con lo que ellas me mandaban me defendía con mi niño”.

En enero de 1976, murió la madre del señor Alarcón. El decidió regresar a la casa paterna. Un día, en julio de 1976, llegaron los compañeros de trabajo a preguntar por él, porque no había llegado a recibir el turno de guardia en la penitenciaría. Manifiesta la señora Parada que cuando fue a averiguar por él, en la Picota le dijeron que ya no trabajaba allá, “que él había llegado el día anterior tarde y que había golpeado a un cabo y que por eso lo habían suspendido y que además se había ido con el arma de dotación”. Cuando regresó a la casa, la señora Parada encontró a su marido: “me insultó cuando le pregunté que había pasado y me dijo además que había pasado la carta de renuncia y que no iba a trabajar más. Lo vi salir al solar con el uniforme aún puesto, y había cogido unos palomos que había en la casa y los echó en una mochila y les daba vueltas y vueltas a los pobres palomos. Yo le conté a mi suegro, que lo llamó y le reclamó por los animalitos, y Tobías los soltó y se encerró en una pieza y no comía ni nada. Me fui para la Picota a pedir una boleta para ir al médico. El dijo que no iba al médico, pero mi suegro llamó a unos compañeros para que me ayudaran a llevarlo al médico y ellos vinieron porque yo ya pensaba que lo que pasaba era que Tobías estaba enfermo, que hacía cosas que no eran normales, como loco.”

Narra la actora que el 6 de julio de 1976, cuando llegaron a CAJANAL a pedir la cita médica con el señor Alarcón, la recepcionista les pidió que esperaran el turno: “de repente él se para y con la cachita del revolver le pegó en la mesa a la niña de la recepción, y comenzó a insultar por la demora en la atención. Y llegó el guardia y comenzó la balacera hasta que Tobías se quedó sin balas y le pegó tiros a la enfermera y a uno de los compañeros, desarmó al celador y con ese revólver se fue repartiendo tiros por el corredor y al fondo había un comisario que sacó la pistola y Tobías se la quitó también y le disparó al comisario en los ojos. Después de eso salió Tobías corriendo a un segundo piso y se tiró por una barda a la calle y le quitó los cuchillos a una señora que vendía fritanga ahí en la calle, y salió dando tiros con una mano y amenazando con los cuchillos. Un sargento lo detuvo y Tobías le dio un tiro. Ya a la salida de

la avenida de El Dorado había mucha policía y periodistas y él salió corriendo. En la persecución a él le dieron seis tiros. Un cabo lo cogió y Tobías lo hirió con el cuchillo y el cabo le disparó a los pies y finalmente lo pudieron agarrar casi a la altura de la avenida 68. Ese día el médico lo vio y dijo que él era enfermo mental y dijo que no era normal.”

Relata la actora que, ante estos hechos, Cajanal le pidió al Ministerio de Justicia que suspendiera al señor Alarcón en el ejercicio del cargo, pero que el Ministerio, en lugar de suspenderlo, lo destituyó. Con ello el señor Alarcón quedaba completamente desprotegido, por lo cual la hermana de la actora le ayudó a sufragar los gastos de un abogado para anular la destitución y pedir que se le diera una incapacidad laboral pagada por CAJANAL, en virtud de su enfermedad mental. Logrado esto, el señor Alarcón fue trasladado al frenocomio de la Penitenciaría de la Picota donde permaneció hasta principios de 1977, cuando lo remitieron a la Clínica de la Paz. Pasados dos meses, la Clínica de la Paz le expidió una orden para tratamiento ambulatorio, con el argumento de que ya estaba recuperado y no requería permanecer interno, siempre y cuando continuara tomando la droga que le habían prescrito. Así permanecieron un tiempo llevándolo a las terapias.

A partir de esta época, y durante un buen tiempo, narra la actora, lograron que el señor Alarcón siguiera el tratamiento ambulatorio, consistente en tomarse la droga y acudir una vez al mes a citas de control. En ese período, su marido tuvo algunas recaídas que los obligaron a internarlo ocasionalmente en la Clínica de la Paz. Asimismo, expone que en esa época decidieron abrir una tienda en la parte baja de la casa. Manifiesta, sin embargo, que, pese al tratamiento, el señor Alarcón la seguía maltratando y golpeando. Señala que inclusive, varias veces la amenazó de muerte ante su renuencia a quedar nuevamente en embarazo. Frente a ello, la señora Parada habló con el médico tratante de su marido, con un psicólogo de CAJANAL y con la trabajadora social de la clínica quienes le manifestaron que era posible que su situación familiar y la condición del señor Alarcón mejoraran con la llegada de un nuevo niño. Así, ella se decidió a tener otro hijo.

Cuenta la actora que durante los primeros cinco años de vida de su hijo menor, el señor Alarcón fue bastante manejable, pues “no presentaba casi crisis y se podía manejar con la droga”. Sin embargo, cuando el niño tenía cinco años “ya él empezó a cambiar y no soportaba que los niños lo miraran, que no lo miraran y nada, y no los soportaba. Los niños sólo descansaban cuando a Tobías se lo llevaban porque no los molestaba ni los maltrataba.”

Así se inició una nueva etapa, en la cual periódicamente la señora Parada tenía que llamar a la ambulancia o a la patrulla de la policía para que se llevaran interno a su marido. Las crisis, a criterio del médico, obedecían a que el señor Alarcón no se tomaba la droga. Afirma la actora que él sí se negaba a recibir el medicamento y que, adicionalmente, ingería licor recurrentemente, lo que lo ponía muy agresivo.

Menciona, entonces, que a partir de 1985, “él empezó a maltratar a los niños y a tener las crisis. Incluso mi hijo el mayor no alcanzó a terminar el bachillerato porque la vida era imposible y se trató de traumatizar y decidió irse para el cuartel. Se presentó a la Armada de Marina en Puerto Leguízamo, porque se quería independizar definitivamente, que estaba cansado de los problemas de la casa. Eso fue como en los años de 1986 u 87. Allá en la base duró como 22 meses prestando el servicio. Cuando salió se vinculó de una vez a la Policía, después de que validó el bachillerato. Se casó en 1997, en enero, y mi esposo asistió a la boda y luego el hijo se fue. Cuando regresaron con mi nuera, en junio de 1997, ya tenían una niña recién nacida, como de ocho días. Mi esposo estaba en La Paz y le dieron salida sin avisar y llegó de sorpresa. Vino y los encontró acá y le dijo a mi hijo que se había casado con una cualquiera, y lo peor, porque esa niña ya estaba engendrada cuando ellos se casaron y que la niñita era hija de un demonio y que él estaba en la obligación de marcarla para toda la vida. (...) Lo íbamos a llevar a la clínica pero se escapó. Quedamos esperando a que volviera para llamar a la policía. Cuando lo vimos tenía un cuchillo caliente entrando al cuarto donde estaba mi nuera con la niña. Cogió a patadas la puerta porque él tenía que entrar a acabar con la niña, según él porque estaba recibiendo órdenes de Dios. Lo pudimos llevar a la Clínica y mi hijo le dijo al psiquiatra que nunca lo volvíamos a traer para la casa, porque ellos eran ahora los responsables de él. Y le contó al doctor todo lo que había pasado y le pidió que de ahora en adelante se responsabilizaran la Clínica y Cajanal. Cajanal me llamó a mí y me dijo que no tenía plata para pagar de por vida un paciente psiquiátrico y que era responsabilidad de la familia. Yo le dije al médico que era imposible porque no hay como manejarlo, porque nosotros le tenemos es miedo, porque Cajanal cada mes, cada seis meses me dice que lo va a sacar.”

Desde la ocasión descrita, el señor Alarcón no ha salido de la Clínica. La señora Parada agrega, además, que “no tengo ninguna intención de volverlo a recibir, porque yo ya he hecho todo lo que está a mi alcance durante 20 años y he pedido colaboración y ayuda hasta a los medios de comunicación para conseguir una parte donde él pueda estar, porque

Cajanal ya no quiere responder. Este año me ha tocado hacer papeles de hospitalización tres veces. En enero 1 me tocó hacer una prórroga hasta el 15, luego una del 15 al 21 y finalmente la última está hasta el 31 de enero. El 31 tengo que ir para ver si Cajanal da la nueva prórroga o si lo van a sacar.”

Interrogada acerca de qué está dispuesta a hacer por su marido, la señora Parada contestó: “realmente yo estoy diciendo que no es que nosotros lo estemos rechazando porque de ser así lo habría hecho desde la primera vez que me agredió y desde las denuncias que se le han hecho por maltrata. No lo rechazamos. Simplemente queremos defender la vida de él y la de nosotros porque en esos estados agresivos uno no sabe qué pueda pasar, cómo reaccione la gente si de pronto le responde con la misma agresión, porque pone en peligro la vida de nosotros y de las personas que viven aquí en el inquilinato. Yo no lo rechazo porque es una enfermedad que Dios le mandó y bueno, pero tenemos que proteger su vida y la de nosotros y la de él y eso es lo que yo pido. Yo estoy dispuesta a colaborarle a él en sus útiles de aseo, en la ropa, en todo lo que él necesita, comprarle droga y todo, pero que permanezca en una casa donde lo puedan manejar y esté bien y podamos nosotros estar tranquilos. Yo lo atiendo y le colaboro mientras él esté en un lugar donde lo puedan manejar.” Afirma que sus hijos comparten su decisión “de colaborar con él siempre y cuando que él este en un albergue protegido. Pero que si eso no era posible ellos no lo van a determinar ni a tratarlo, porque pone en peligro sus vidas y su familia, y ellos no lo pueden tener.”

En relación con la atención que ella le ha dispensado a su marido mientras está en la Clínica asevera: “Cuando estaba en la Clínica de la Paz era diferente, porque desde el 17 de enero está en la Clínica Santo Tomás y no tiene visita. He ido desde el 17 hasta la fecha a llevarle ropa y los implementos de aseo y a unas reuniones, 4 veces. Cuando estaba en la Clínica de la Paz no fallé nunca los días de visita, que son los jueves, sábados y domingos y los festivos. Nunca dejamos de asistir y llevarle la comida, la ropa, le hacíamos compañía las dos horas de la visita. A mi hijo le pegó varias veces estando en la visita, y a veces él nos saca de la Clínica antes de la visita, porque dice que el mundo se va a acabar y que nosotros tenemos que salir de la Clínica.”

Preguntada frente a la decisión del médico de ordenarle tratamiento de hospitalización parcial al señor Alarcón, responde la actora que, a su juicio, “[é]l no se puede tratar así porque si él sale no va todos los días a la Clínica. El en los años que estaba no iba a las

terapias ni cuando está interno; qué tal aquí en la casa. Si para llevarlo a las consultas o cita médica me toca con policía, no es posible que vaya todos los días a la clínica. No se toma la droga allá, cómo será acá. Conociendo como conozco a mi esposo, tratarlo de esa manera es imposible". En igual sentido, recalca que cuando el señor Alarcón no está en la Clínica, él va personalmente a reclamar el dinero de la pensión y lo usa para comprar licores y cigarrillos, sin darle un solo peso a ella. Según cuenta, es una persona que fuma mucho, más de tres paquetes de cigarrillos diarios, y que toma café permanentemente.

De otra parte, narra la actora que, luego de quince años de matrimonio, los hermanos del señor Alarcón le comentaron que él, desde pequeño, era enfermo mental y que por ello había sido dado de baja cuando prestaba el servicio militar, de acuerdo con un dictamen psiquiátrico del Hospital Militar de Bogotá. Igualmente, manifiesta que los hermanos no han querido saber nada de su esposo y que le han retirado todo apoyo. Incluso, comenta, al momento de la muerte de su suegro los hermanos del señor Alarcón iniciaron el proceso de sucesión sin contar con él, información que ella recibió cuando le llegó una notificación en la cual se le solicitaba que desocupara el inmueble para proceder a la partición decretada en el juicio sucesorio. Frente a ello, la señora Alarcón impugnó el proceso pidiendo que su marido fuera reconocido dentro de él como heredero, en virtud de lo cual se le ha adjudicado a ella la administración provisional del inmueble, a la espera de los resultados del proceso.

Para finalizar, la actora manifiesta: "Mi matrimonio ha sido un fracaso para mí, para él un bien porque yo he sido la persona que he asumido la responsabilidad y las consecuencias de la enfermedad de él. Una vez se supo que él era enfermo yo me había podido ir y abandonarlo, pero yo pensé en esa persona enferma y lo he cuidado porque los demás familiares lo abandonaron. Pero ya estoy cansada, entonces él, si viene, yo me voy, porque prácticamente le he manejado la enfermedad, pero él no se ha preocupado de nada, por eso para mí es un fracaso. [De mi matrimonio han sido] normal[es] para mí máximo tres años de los treinta que he vivido con él. Porque es esa psicosis todo el tiempo y ese susto y el maltrato. Normal si él tuviera un trabajo y llegara a la casa, comentáramos de los hijos, pudiéramos comer en paz, pero eso con él no es posible, porque todo toca lo que él decida y si uno hace algo lo agrede. Tobías toca preguntarle qué quiere comer, porque si no se hace lo que él quiere se enfurece."

4.2. Las señoras Alejandrina Torres de Galindo y Lucía de Jesús Pérez de Flórez, vecinas de la

familia Alarcón Parada que rindieron testimonio durante la inspección, manifestaron conocer a la familia Alarcón Parada desde hacía treinta y veinte años, respectivamente. Indican que el señor Alarcón era una persona muy agresiva y violenta, que golpeaba con frecuencia a su esposa e hijos, razón por la cual los mismo vecinos tenían que llamar a la policía. Agregan que en una ocasión hirió con una peinilla a un vecino que había acudido a la tienda que poseía la familia Alarcón Parada en la parte baja de la casa.

En relación con el trato que el señor Alarcón le daba a su esposa, la señora Pérez afirma que “la golpeaba, la volvía una nada, con lo que encontraba le tiraba a esa señora. Es que eso era una zozobra ahí, con muchachos, le daba a uno miedo que los hijos se asomaran a la puerta. Eso era cuando se enfermaba, porque él tenía uno o dos días normales, pero al tercer día oía uno gritos y golpes en las puertas y amenazas de que voy a matar y se asomaba uno y lo veía con cuchillos o machetes allá en el patio (...) La gente del barrio le tenía miedo a él y nadie entraba a la tienda de doña María. Muchas veces a doña María le tocaba encerrarse en la pieza.”

Igualmente, la señora Torres afirmó al respecto: “El le pegaba, la sacaba a la calle, la arrastraba y ella tenía que llamar a la policía y se lo llevaban y luego lo soltaban (...) El tenía sus épocas en las que uno podía hablar con él hasta que uno lo veía que andaba para un lado y para otro y uno sabía que él se iba a enfermar. Ya cuando lo internaron era casi permanente (...) Ya era más agresivo y él lo miraba a uno y uno ya se daba cuenta. Doña María le contaba a uno que él le había pegado. Ella amanecía con la cara golpeada. Yo le tenía miedo a ese señor y no me asomaba cuando lo veía por ahí.”

4.3. En su testimonio, la señora Blanca Nubia Ruiz manifiesta que, desde hace 26 años, vive en una casa ubicada a la vuelta de la residencia de la familia Alarcón Parada. Manifiesta que ella siempre ha evitado al señor Alarcón por cuanto “siempre le decía vulgaridades a uno o lo cogía”. Igualmente, expone que su actitud era muy agresiva: “una vez le dio un machetazo en la cabeza a un señor que no se qué fue lo que dijo. También me consta que doña Ana María Parada buscaba a mi papá cuando él la aporreaba y él se le escapaba y yo acompañaba a mi papá a buscarlo por los potreros y se llamaba a la ambulancia. Para mí siempre fue agresivo. Cuando él estaba acá yo evitaba pasar por aquí o no me arrimaba a la tienda por miedo. Fueron muchas las veces que ella fue a buscar a mi papá para ir a traer la ambulancia.” Para concluir señala que le constaba que la señora Parada había sido objeto

continuo de agresiones por parte de su marido y que “hace como unos 10 años estuvo hospitalizada por una golpiza que le dio el señor Tobías.”

Información solicitada al Hospital Militar de Bogotá y al Departamento Administrativo de Seguridad -DAS-

5. Preguntado el Hospital Militar de Bogotá sobre la información clínica que guardara sobre el paciente Francisco Tobías Alarcón, el Hospital Militar de Bogotá, mediante 000569 del 4 de febrero de 2000, informó al Despacho que la Historia Clínica del paciente Alarcón, radicada bajo el número 121054 “fue retirada del archivo clínico por tener una antigüedad de más de veinte años y no haber sido utilizada en los últimos cinco años”.

Preguntado el Departamento Administrativo de Seguridad -DAS-, sobre los antecedentes penales y policivos del paciente Francisco Tobías Alarcón, por oficio del 9 de febrero de 2000, la Coordinadora del Grupo de Antecedentes informó al Despacho que el señor Alarcón “no registra antecedentes judiciales o de policía, según el artículo 12 del Código de Procedimiento Penal”.

Inspección judicial a la Clínica de Nuestra Señora de la Paz

6. El 18 de febrero de 2000, se realizó una inspección judicial a la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, en la cual el señor Alarcón fue atendido en distintas ocasiones e internado por períodos cortos desde 1976 hasta 1997, y donde estuvo hospitalizado de manera continua desde julio de 1997 hasta el 17 de enero de 2000. En ella, la comisión se entrevistó con el Doctor Eduardo de la Roche, director científico de la Clínica, y con la Doctora Adriana Mazzo, médica tratante del paciente Alarcón en el último año.

Manifiesta el doctor de la Roche que, cuando trabajaba en CAJANAL, él fue el primer médico tratante del señor Alarcón. Relata que un día el señor Alarcón esperaba turno para ser visto por el médico general en CAJANAL y que, como no lo atendieron pronto, se enfureció y altercó con los guardias y con un detective del DAS que sacó una pistola. Anota que el señor Alarcón le quitó la pistola y le disparó. Luego siguió disparando y altercando con otras personas, desarmó a otro de los guardias, se lanzó de un segundo piso a la calle y finalmente fue detenido por agentes de la fuerza pública. Superado lo anterior, Alarcón fue atendido por el doctor de la Roche quien le diagnosticó esquizofrenia, por lo cual fue trasladado al anexo

psiquiátrico de la Picota, de donde pasó después a la Clínica de Nuestra Señora la Paz, momento desde el cual está en tratamiento, ya que padece una enfermedad incurable,

Señala el doctor de la Roche que cada vez que la señora Parada lleva al señor Alarcón a la Clínica, lo hace con el argumento de que la ha agredido a ella y a otras personas, que los amenaza con cuchillos, etc. Manifiesta, sin embargo, que en la Clínica siempre ha sido un paciente calmado, “que vive con sus ideas delirantes; lo encontraba uno arrodillado, rezando, en cosas místicas y hablando con cien mil cosas, delirante totalmente, pero tranquilo. El nunca tuvo problemas de ninguna naturaleza, nunca fue agresivo de ninguna forma”. Agrega que siempre que se le daba salida, regresaba la señora Parada con él, con la queja de que amenazaba y agredía tanto a sus familiares como a los vecinos del barrio.

Manifiesta el doctor de la Roche que en una ocasión la familia dijo que nunca más lo recogería de la Clínica, hasta que la Clínica la obligó a llevárselo: “pero eso duró 24 horas; al día siguiente ya estaban otra vez aquí y desde entonces quedó acá”. Comenta, igualmente, que la Clínica fue notificada de la tutela y que ellos rindieron un concepto en el que expresan que el señor Alarcón puede ya retornar a su casa, siempre que se le sigan los controles y el tratamiento. En este sentido, asegura que el paciente puede ser tratado dentro de la modalidad de Clínica Diurna, de acuerdo con la cual él duerme en la casa y va a la Clínica de 8 de la mañana a 5 de la tarde, y permanece con la familia los fines de semana.

La doctora Mazzo señala haber recibido al paciente hace un año, momento desde el cual ha intentado desinstitucionalizarlo, para lo cual ha intentado que la familia se haga cargo de él bajo la modalidad de Clínica Diurna. Manifiesta, si embargo, que ello no ha sido posible ya que la familia no accede a hacerse cargo de él. Al respecto, señala la doctora Mazzo que en una reunión que sostuvo con la señora Parada, ésta le comentó que le era imposible mantener al señor Alarcón en la casa, por las condiciones de inquilinato en las que viven y por la agresividad permanente que demuestra el paciente. En tal sentido, la psiquiatra señala que esa es una información que la sorprende, toda vez que el paciente, desde que ella lo conoce, no ha mostrado ningún tipo de agresividad. A su juicio, lo único cierto es que es un paciente que permanece delirante y sin ningún contacto con la realidad, mas no un paciente agresivo. En igual sentido, manifiesta la doctora que es un paciente que no tiene capacidades de auto-sostenerse, ni de auto-cuidado; el paciente es muy descuidado con él mismo y mantiene permanentemente conductas delirantes místicas. Señala que durante el

tiempo que ella lo trató no le encontró ningún momento de comportamiento normal ni de lucidez, pero que tampoco demostró conductas ni comportamientos agresivos.

Frente a la situación delirante del paciente, la doctora Mazzo expresa que incluso intentó cambiar la medicación buscando mejor respuesta de parte del señor Alarcón, mejoría que no se logró. De hecho, en su criterio, el paciente responde igual con una dosis muy baja de medicación, de manera que esa es la que se le ha venido suministrando. En cuanto a la agresividad del señor Alarcón fuera de la Clínica, la doctora Mazzo señala que es frecuente que los pacientes crónicos, como el señor Alarcón, que se acostumbran a vivir en un ambiente en el que se sienten protegidos - como es el espacio de la Clínica -, pierdan el control cuando cambian de entorno y cuando las condiciones externas varían, ya que el proceso de adaptación es difícil y muchas veces no se logra.

Preguntados sobre las condiciones de tratamiento que brinda la Clínica para el señor Alarcón, señala el doctor de la Roche que ellos ofrecen la posibilidad de tratarlo bajo la modalidad de Clínica Diurna y que es necesario probar esta fórmula. En cuanto a los problemas que parece presentar el paciente cuando sale de la institución, manifiesta el doctor de la Roche que probablemente el ambiente de rechazo que vive en su casa y con los vecinos constituye un factor detonador de sus conductas agresivas. Frente a ello manifiesta que si él está todo el día en la Clínica no hay posibilidades de que se descuide la medicación, lo que implica que se le pueda garantizar un buen nivel de estabilidad. Agrega el psiquiatra que pacientes como el señor Alarcón son personas de costumbres y que, en tal sentido, sólo sería necesario que durante los primeros meses alguien lo llevara todos los días a la Clínica y lo recogiera en las tardes, de manera que él asumiera ese hábito, con lo que, pasado un tiempo, iría solo y regresaría igual a la casa.

Preguntados sobre la actitud de la señora Parada frente a su marido, el doctor de la Roche manifiesta que “personalmente, quisiera que hubiera otra alternativa para Tobías y desde el punto de vista humano entiendo que ella no quiera que se lo manden a la casa. Pero por el otro lado entiendo que es importante intentar la resocialización [del paciente], pero es muy difícil”. Así, el doctor de la Roche manifiesta que el señor Alarcón tiene derecho a salir de la Clínica y a recibir otro tipo de tratamiento distinto a la hospitalización permanente, la que, además, no necesita. Igualmente, la doctora Mazzo señala que “no es que la familia lo tenga abandonado - de hecho la mujer lo visita siempre - pero es entendible, si es cierto el historial

de maltrato, que no lo quiera recibir en la casa.” En cuanto a la relación con otros miembros de la Familia, la doctora Mazzo señala que en el tiempo que ella trató al paciente Alarcón sólo conoció de visitas de la esposa y, eventualmente, de un hijo.

En cuanto al problema que ha surgido con CAJANAL en torno al cubrimiento del tratamiento hospitalario del paciente, el doctor de la Roche manifiesta que con la nueva ley de seguridad social se propende por la no hospitalización de los pacientes. Señala, sin embargo, que hay pacientes que, como el señor Alarcón, no se pueden desinstitucionalizar completamente, aun cuando eso sea lo que pida la EPS, por razones de racionalización del costo. En este mismo sentido, a juicio de los médicos, la preocupación de CAJANAL frente al caso de Alarcón, “es ahorrarse el costo de la hospitalización total, y mandarlo a la casa”, medida ésta que, de acuerdo con el diagnóstico del paciente, no parece arbitraria. Frente a este mismo punto, la doctora Mazzo manifiesta que la Clínica le pidió a la familia que solucionara la situación con la EPS, ya que estas instituciones ponen unos topes para el monto de la atención y establecen unos límites en cuanto a la duración de los tratamientos, a partir de los cuales no cubren los gastos. Según señala la psiquiatra, como no se logró regularizar definitivamente la situación del señor Alarcón con la EPS, ya que ésta se niega a asegurar el cubrimiento futuro de la hospitalización del paciente, la señora Parada inició la acción de tutela. Manifiesta, igualmente, que para la Clínica la situación es muy difícil, ya que no les es posible mantener un paciente indefinidamente. Asimismo, afirma que hasta que no se intenten otras alternativas, como la Clínica Diurna, no se puede pensar en una hospitalización indefinida o total.

Preguntados sobre la posibilidad de intentar un trabajo social con la familia para lograr que el paciente regrese a la casa con el consentimiento de la misma, los psiquiatras señalan que ese trabajo se podría hacer para estudiar la respuesta tanto del paciente como de la familia, en un proceso de sensibilización. El trabajo social tendría por fin procurar un mejor ambiente exterior para el paciente. Mientras se realiza esa labor, consideran los médicos que se podría mantener la hospitalización. En el caso de que el proceso sea exitoso, señala el doctor de la Roche, se podría intentar la hospitalización parcial, tratamiento que, recalca, no se ha intentado con el paciente. Manifiesta, igualmente, que ese trabajo social externo es algo que no se ha hecho porque no forma parte del proceso psiquiátrico que ofrece la Clínica de Nuestra Señora de la Paz. Como última opción, en caso de que no se logre la sensibilización de la familia, plantean los psiquiatras que se podría pensar en un hogar geriátrico en el cual

se encarguen del cuidado del paciente, aunque no es lo óptimo, ya que allí no se le aseguraría el tratamiento psiquiátrico que requiere.

En cuanto al funcionamiento de la Clínica, manifiesta el doctor de la Roche que ella tiene tres secciones: la sección “de agudos”, en la cual permanecen los pacientes que ofrecen riesgo de maltratar a otras personas, durante 36 o 48 horas, mientras se estabilizan y responden a la medicación; de ahí, una vez que se comprueba que han reaccionado favorablemente, los pacientes son trasladados a la sección intermedia o a la de estabilizados, dentro de las cuales “no se obliga a nadie a permanecer”. Lo anterior quiere decir que una vez que se ha superado el riesgo o la emergencia con los pacientes, estos son instalados en las secciones de “estabilizados”, en las cuales “si el paciente se quiere ir, se va”. Lo que a juicio de los médicos sucede con el señor Alarcón es que cuando él es internado no manifiesta ningún deseo de irse. Una vez llega a la Clínica, manifiesta la doctora Mazzo, “él acepta que estaba mal y que lo estaban persiguiendo y dice cosas incoherentes, pero nada más” .

Para concluir, la doctora Mazzo aclara que para el paciente Alarcón no se recomienda un tratamiento ambulatorio y que es indispensable tener clara la diferencia entre tratamiento ambulatorio -que implica controles esporádicos cada mes, por ejemplo - y hospitalización parcial - bajo el tratamiento de clínica diurna, por ejemplo - que es lo que se recomienda para el paciente, ya que en ella se le brinda atención psiquiátrica permanente.

Preguntado sobre su opinión frente al dictamen rendido por Medicina Legal, expresa el doctor de la Roche que no es fácil diagnosticar un paciente psiquiátrico con una visita corta, y que en ella no se puede dar cuenta de la situación real de un paciente de este tipo, especialmente porque son pacientes que “si no se les habla de alguna cosa en especial, o no aparece el detonante, no dice nada y se comporta relativamente normal”. En tal sentido, disiente el médico del concepto según el cual el paciente no se encuentra tan deteriorado como se esperaría conforme a su historial clínico. Considera, por el contrario, que el paciente está muy deteriorado y que necesita atención psiquiátrica permanente, por lo cual, lo ideal sería lograr el tratamiento de hospitalización parcial propuesto por la Clínica.

7. Entrevista con Diana Lozano Ramírez, trabajadora social de la Fundación para la salud, la bioética y el medio ambiente -FUNSABIAM-

El día 2 de febrero de 2000 se sostuvo una entrevista con la señora Diana Lozano Ramírez,

trabajadora social de FUNSABIAM. La doctora Lozano informa que, el día 17 de enero de 1999, el señor Alarcón fue trasladado de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, y que, dado que en la actualidad las instalaciones de FUNSABIAM se encuentran en reparación, se encuentra actualmente hospitalizado en la Clínica Santo Tomás, donde la Fundación ha alquilado el piso cuarto.

Acerca del diagnóstico del señor Alarcón, manifiesta que éste padece de esquizofrenia paranoide crónica con treinta años de evolución, con historial clínico de agresividad y con algunos antecedentes legales.

En cuanto a la relación del señor Alarcón con su familia, expresa la doctora Lozano que no observa ningún tipo de rechazo de parte de ésta para con el paciente. Muy por el contrario, considera que la asistencia al señor Alarcón se ha convertido en parte de la cotidianidad de la señora Parada, quien, desde el momento del traslado, ha manifestado gran interés por su marido, ha asistido a reuniones y se presenta cada dos días a llevarle la ropa y los demás implementos que él necesita. A su juicio, la señora Parada “necesita” ver a su marido. A pesar de que en la historia clínica se menciona que el paciente no quiere contacto con su familia, no es esa la impresión que tienen las personas que trabajan en Funsabiam. Preguntada sobre los demás familiares del señor Alarcón, manifiesta que él no ha recibido visitas de nadie diferente de su esposa, y que ningún otro familiar ha mostrado interés por el paciente.

8. Concepto del director Científico de la Fundación para la salud, la bioética y el medio ambiente -FUNSABIAM.

La Sala recibió también la respuesta a un cuestionario que le fuera remitido a la Fundación para la salud, la bioética y el medio ambiente -FUNSABIAM-, la cual está a cargo del señor Alarcón desde mediados de enero del año en curso. En el documento se manifiesta que el señor Alarcón está siendo tratado por un equipo interdisciplinario que se compone de un psiquiatra, una psicóloga, una trabajadora social, una terapeuta ocupacional, un médico general y un enfermero jefe,.

En el concepto se expresa que al Señor Alarcón se le ha diagnosticado Esquizofrenia Paranoide. En el caso del señor Alarcón la enfermedad “es severa y de características crónicas y, a la luz de los conocimientos actuales de la ciencia psiquiátrica, no existe

posibilidad de recuperación total de su salud mental.” En cuanto a su pronóstico se especifica que “el paciente Alarcón presenta una enfermedad mental crónica, con períodos breves de estabilización de síntomas, que requiere manejo psicofarmacéutico y psicoterapéutico”. Igualmente, se menciona que “por ser un paciente crónico no hay posibilidades de mejoría, luego el tiempo de tratamiento es indefinido, estaría sujeto a un tratamiento periódico con el fin de monitorear su estabilización que en ningún caso sería de mejoría total.”

En cuanto al tratamiento psiquiátrico que se le ha seguido en la Fundación, en el informe se consigna que el señor Alarcón ha rechazado ciertos medicamentos, pero que en general se ha adherido bien al tratamiento. Con todo se anota que “en las sesiones de psicoterapia, si bien asiste, no se evidencia evolución positiva de sus síntomas, no tiene conciencia de su enfermedad ni clara prospección de sí mismo, no acepta límites, lo que conlleva a que no acepte el proceso terapéutico.”

Al referirse al desarrollo social del paciente, se precisa que en él “se han observado pobres relaciones interpersonales con tendencia al aislamiento y con episodios de heteroagresión asociados a la sintomatología de base, propia de su enfermedad mental”. A este respecto, el informe señala que “la agresividad ha sido una característica de sus diferentes crisis, lo que lo ha llevado a agredir a su esposa y demás miembros de la familia. Al ser un síntoma de su enfermedad, no es posible que lo modifique.” De otra parte, en cuanto a su cuidado personal, en el informe se expone señala que es aceptable en tanto que, si bien no se baña y arregla motu proprio, no impide que los encargados trabajen al respecto.

Preguntados sobre las posibilidades de tratamiento por hospitalización parcial para el señor Alarcón, en el concepto se responde que “[t]eniendo en cuenta que el desarrollo ocupacional del señor Alarcón es deficiente y que, de acuerdo con las políticas de la institución con respecto al tratamiento de Clínica-día se exige un tratamiento aceptable en cada una de las esferas en las que se desarrolle el paciente, consideramos que no es factible el ingreso al tratamiento de Clínica-día.”

En punto a las relaciones familiares del paciente, en el concepto se expone que ha mantenido “relaciones familiares bastante disfuncionales, caracterizadas por escasa comunicación, antecedentes de agresividad y maltrato intrafamiliar y, en consecuencia, se manifiesta en un débil apoyo familiar, en especial manifestado por la falta de contacto con

sus hijos y núcleo secundario”.

De acuerdo con el concepto, la esposa lo visita semanalmente. En ocasiones, también su hijo menor. La esposa “se mantiene al tanto de las necesidades del paciente, relacionadas con ropa, alimentos y visitas periódicas.” En relación con las visitas se señala:

“Durante las visitas realizadas por la esposa al paciente, se evidencia maltrato verbal hacia la esposa y en general una actitud hostil por parte del paciente. No se han detectado agresiones físicas, no obstante no se puede asegurar que dicha conducta no se vaya a repetir posteriormente.

“La comunicación existente entre el paciente y su familia está limitada a cosas específicas, con temas muy concretos (ropa, plata para la merienda), no se profundiza en temas trascendentales a nivel familiar.

En el informe se señala, igualmente, que “el paciente culpabiliza a su familia (núcleo primario) de su hospitalización y se refiere de manera hostil hacia su esposa. De los hijos no comenta nada, al igual que de su núcleo secundario.”

Finalmente, en el informe se precisa que “la participación de la familia en el proceso terapéutico es clave”, pero que, en el caso concreto del señor Alarcón “la familia también debe ser asistida ya que la relación disfuncional que se ha sostenido durante largo tiempo la ha afectado de tal manera que en la actualidad no es posible que participe de manera asertiva en el tratamiento.” Por lo tanto, señala que “es necesario un proceso de intervención psicológica con la familia en términos de concientización de la enfermedad y acompañamiento afectivo con la familia; es importante antes de la salida del paciente fortalecer el núcleo primario frente a las expectativas que tiene del paciente, su reinserción social y funcional, y su desarrollo de habilidades para el manejo del mismo.”

## II. FUNDAMENTOS

1. Manifiesta la actora que su marido sufre esquizofrenia paranoide desde hace más de 20 años, razón por la cual ha sido internado en diferentes ocasiones. Desde julio de 1997, su esposo se encuentra internado de manera permanente. Sin embargo, los médicos conceptúan que él ya no requiere ser tratado en forma intrahospitalaria, y Cajanal, su EPS, le

ha solicitado a la señora Parada que retire a su marido de la clínica. La señora Parada acude a la acción de tutela para solicitar que no se le imponga la obligación de convivir nuevamente con su esposo, puesto que ello conlleva peligros tanto para su vida y la de su hijo menor, como para su mismo marido. Solicita que se ordene a Cajanal que continúe haciéndose cargo de los gastos de hospitalización de su marido o que se disponga que él sea internado en una institución pública hospitalaria de larga estadía.

2. Cajanal EPS expresa que ella no es una entidad de beneficencia y que su actividad está regida por la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. Agrega que los médicos han emitido un concepto favorable al egreso del señor Alarcón, el marido de la actora, y que, por lo tanto, él debe ser dado de alta. Agrega, sin embargo, que la EPS está dispuesta a prestarle al señor Alarcón toda la asistencia en salud que sea necesaria, lo que incluye su hospitalización cuando sea preciso practicarla.

3. El Juzgado Treinta y Seis Civil del Circuito de Bogotá, en sentencia del 1 de julio de 1999, denegó la tutela impetrada. Afirma el a-quo que la actora no se encuentra en situación de debilidad manifiesta y que no aparece probado que su derecho a la salud o a la vida estén en peligro. Finalmente, señala que la actora cuenta con otros mecanismos de defensa judicial para la protección de sus derechos, cual es el proceso de interdicción del demente furioso, contemplado dentro de la legislación civil.

4. La Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, por sentencia del 20 de agosto de 1999, confirmó la sentencia de primera instancia, aunque por razones distintas a las del juez de primera instancia. Consideró el ad-quem que, dado que el señor Alarcón se encuentra internado en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, la tutela impetrada por la actora carecía de sustento. La actora solicitaba que su marido no fuera retirado del hospital y, en la práctica, eso era lo que estaba ocurriendo, pues su esposo continuaba internado y Cajanal estaba asumiendo los costos que ello generaba. Además, Cajanal había manifestado claramente su disposición de prestar la asistencia médica que requiriera el señor Alarcón, incluyendo dentro de ella las hospitalizaciones que fueran necesarias.

#### Problema jurídico

5. Interesa a la Corte determinar si, en virtud del principio de la solidaridad social, se puede imponer a una mujer que conviva con su marido, una persona que, desde hace más de 20

años, sufre de esquizofrenia paranoide.

Las consideraciones de la psiquiatría moderna sobre el tratamiento a las personas afectadas por enfermedades mentales

6. En un pasado no muy lejano se consideraba que las personas afectadas con enfermedades mentales debían ser internadas en forma permanente, de tal manera que fueran apartadas de su medio social y que no representaran ningún peligro para los demás miembros de la comunidad. Sin embargo, esta concepción ya ha sido revaluada. Para ello han jugado un papel importante, entre otras cosas, los avances farmacológicos, un nuevo entendimiento acerca del enfermo mental, la constatación de los efectos negativos que tiene sobre el paciente un internamiento prolongado y la reivindicación de los derechos fundamentales de estos enfermos. Igualmente, ha repercutido en esta reconsideración el éxito atribuido a los tratamientos que se han fundamentado en la desinstitucionalización, tal como ocurrió en el caso de Trieste - Italia, entre los años de 1971 y 1978, en donde se adelantó un plan de salida paulatina de los pacientes del hospital psiquiátrico, para integrarlos en procesos de tratamiento realizados dentro de las mismas comunidades circunvecinas, hasta que finalmente se clausuró en forma definitiva el mencionado hospital.

La psiquiatría moderna descarta, por regla general, el internamiento permanente de las personas afectadas con enfermedades mentales. En este punto coinciden todos los expertos y los escritos consultados. Actualmente, para la mayoría de los casos, la hospitalización es concebida simplemente como una medida transitoria, para las situaciones de agravamiento de la enfermedad, que tiene por fin estabilizar al paciente para poderlo retornar al medio ambiente del que proviene. Este regreso puede estar mediado a través de etapas intermedias de reintegración a la comunidad, tal como ocurre con las fórmulas del hospital día o el hospital noche.

La idea que subyace a esta nueva concepción del tratamiento es la de que las personas aquejadas por estas enfermedades deben ser tratadas, en lo posible, dentro de su propio entorno social, a partir de un trabajo mancomunado de los médicos y la comunidad de la que proviene el paciente. Así, la persona aquejada por estas enfermedades no es expulsada de su medio, para ser confiada a grupos de especialistas extraños a su vida cotidiana, sino que permanece en su entorno social. La enfermedad mental, en cierta medida, es también un

producto social y, si se desea eliminarla o por lo menos atenuarla, debe ser tratada allí donde se manifiesta. De esta manera, a través del tratamiento, el paciente y la comunidad que lo rodea van estableciendo pautas de relación favorables a la recuperación del enfermo. Asimismo, el paciente puede asumir roles creativos dentro de la comunidad, que le permitan desarrollarse como persona, en vez de ir perdiendo cada día más su relación con el entorno y su autoestima, como sucede como consecuencia de la hospitalización permanente.

7. Dentro del entorno social del paciente, la familia es, sin duda alguna, el núcleo que más influencia puede ejercer sobre él, ya que constituye el centro donde se presenta más viva e intensamente la relación emocional interpersonal. Durante mucho tiempo se trató de explicar el origen de la esquizofrenia destacando las características específicas de las familias de donde provenían los pacientes. Y si bien ningún rasgo o elemento familiar ha podido ser identificado como la causa de la aparición de la esquizofrenia, sí se ha concluido que algunas variables relacionadas con el comportamiento familiar están asociadas de manera clara con el surgimiento de la esquizofrenia en uno de los miembros del núcleo familiar.

En las últimas décadas se ha intensificado la investigación acerca del papel que puede desempeñar el medio familiar en la rehabilitación del paciente esquizofrénico. A partir de esas indagaciones se ha construido el “índice de emoción expresada”, dirigido a evaluar la actitud de los familiares con respecto al paciente. La medición se concentra en 5 elementos: los comentarios críticos, la hostilidad, el exceso de involucramiento efectivo, el afecto o calidez y los comentarios positivos acerca del paciente. Pues bien, algunas investigaciones en las que se ha intentado practicar estas pruebas con los parientes de los pacientes han llegado a demostrar que cuando los tres primeros elementos arrojan un resultado muy alto – es decir, cuando se presenta lo que se ha denominado “un alto grado de expresión emocional” – es predecible que el enfermo que ha sido dado de alta del hospital tendrá una recaída en un término no muy lejano. Asimismo, las investigaciones han mostrado que un adecuado tratamiento farmacológico, junto con la reducción del contacto con los familiares que demuestran un alto índice de expresión emocional, contribuyen a prevenir que el paciente recaiga en sus síntomas. De la misma manera, se ha demostrado que una atmósfera familiar positiva – caracterizada por resultados bajos en los tres primeros elementos citados y por resultados altos en los últimos dos – puede constituir una buena defensa contra las recaídas del paciente.

Los investigadores llaman la atención acerca de algunos problemas que presenta el índice de expresión emocional. Así, por ejemplo, se manifiesta que éste no puede ser aplicado en forma universal, sino que debe ser objeto de diferenciaciones de acuerdo con las características culturales de los distintos grupos poblacionales. De otra parte, se critica que hasta ahora la investigación haya sido excesivamente unidireccional, acerca de la influencia negativa que ejercen las actitudes familiares sobre el enfermo, sin tener en cuenta que los familiares son influenciados a su vez por las reacciones y el comportamiento de su pariente enfermo. También se señala que los resultados no son tan evidentes como algunos plantean y se debate acerca de su utilidad para efectuar pronósticos sobre los pacientes.

Con todo, lo cierto es que estas investigaciones han reafirmado la importancia de incluir dentro de los procesos de rehabilitación y prevención de la esquizofrenia a las familias de los pacientes. Así, por ejemplo, se ha señalado que el tratamiento del paciente esquizofrénico debe estar acompañado por intervenciones psicosociales y educativas, dirigidas a reforzar las habilidades de la familia para el manejo de la enfermedad de su pariente. De la misma manera, se indica que la actitud de los familiares con respecto al paciente es muy importante para su proceso de rehabilitación, y que esa actitud puede modificarse, en una dirección positiva, a partir de un trabajo educativo.<sup>1</sup>

La obligación de la familia de velar y atender a sus parientes afectados por la esquizofrenia

8. La actora solicita que se ordene a Cajanal que continúe asumiendo los gastos de internamiento hospitalario de su esposo y que, por lo tanto, se la libere de la obligación de recibirlo nuevamente en su hogar. Afirma que la vida común con su esposo representa un peligro tanto para su vida e integridad personal como para la de su mismo marido.

Por su parte, Cajanal afirma que cuenta con un diagnóstico médico favorable para dar de alta al esposo de la actora. Y, en efecto, tanto los médicos tratantes de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz como el peritazgo realizado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses afirman que la agresividad del paciente Alarcón está controlada y que, por lo tanto, es posible intentar su reintegración a la sociedad, a través de fórmulas como las del hospital-día. Asimismo, coinciden en que el señor Alarcón debe continuar recibiendo el tratamiento psiquiátrico, pero que ya no es necesario que se mantenga su hospitalización continua en la clínica.

Distinta es la posición planteada por Funsabiam, en cuyo concepto se considera que el señor Alarcón requiere aún del tratamiento intrahospitalario, razón por la cual rechaza la propuesta de tratarlo con la fórmula de clínica-día.

9. En distintas sentencias esta Corporación ha recalcado el derecho de las personas afectadas con enfermedades mentales de no permanecer internados de manera indefinida. Así lo señaló en el caso de tres personas inimputables que habían estado internados durante 22, 26 y 30 años, por obra de medidas de seguridad, y a las cuales no se les había levantado esa medida, a pesar de sus continuas solicitudes y de que los experticios médicos señalaban que ya no representaban un peligro para los demás, si bien continuaban sufriendo trastornos mentales. Para fundamentar su respuesta negativa los jueces afirmaban, bien que los enfermos estaban recuperados sólo parcialmente, o que la ausencia de apoyo familiar hacía temer por su integridad personal luego de ser liberados. En aquella ocasión, la Corte expresó que los motivos esgrimidos por los jueces “carecen de justificación para mantener privados de libertad a las indicadas personas sujetas a las medidas de seguridad. Tratándose de convictos incurables, exigir su completa rehabilitación carece de razonabilidad, debiéndose en justicia supeditar la libertad a la no comprobación de la no peligrosidad aunada a la adquisición de un adecuado grado de adaptabilidad social. La ausencia de apoyo familiar, por sí misma, no es criterio suficiente para mantener indefinidamente privado de la libertad al convicto, enfermo incurable, que reúne las dos condiciones anteriores, y de ser cierta esa circunstancia el campo de soluciones en un Estado social no puede limitarse de manera tan inhumana...”

Igualmente, la Corte consideró que una situación como la que describían los demandantes vulneraba las normas constitucionales que prohíben las penas o medidas de seguridad imprescriptibles y la pena de prisión perpetua. Con ello se quebrantaban simultáneamente los derechos de los actores a la libertad y a la dignidad. Por lo tanto, se concluyó que las medidas de seguridad impuestas a los tres inimputables se habían transformado con el paso del tiempo en penas o medidas degradantes y crueles y que era necesario ordenar su cesación. Y en vista de las condiciones de debilidad manifiesta en que se encontraban los actores se ordenó que el gobierno elaborara para ellos un programa de atención y protección integrales.<sup>2</sup>

10. Posteriormente, la Corte declaró la inconstitucionalidad de las normas del Código Penal

que consagraban que las medidas de seguridad impuestas a los inimputables tendrían una duración mínima de dos años y una duración máxima indefinida. En aquella oportunidad, esta Corporación estimó que el carácter indeterminado del tiempo máximo de duración de las medidas de seguridad vulneraba el artículo 34 de la Constitución, que prohíbe las penas perpetuas, y que la fijación de topes mínimos de duración para las mismas medidas era inconstitucional porque no respondía a su objetivo, cual es de la recuperación de la capacidad psíquica del inimputable.<sup>3</sup>

11. En el año de 1999, la Corte conoció sobre un caso similar al que ahora ocupa a esta Sala de Revisión.<sup>4</sup> Se trataba de dos expedientes acumulados, en los cuales las actoras solicitaban que se ordenara al Instituto de los Seguros Sociales que no diera de alta a sus respectivos hijos, también enfermos de esquizofrenia paranoide crónica. En los dos casos, los médicos tratantes habían prescrito que los niveles de agresividad de los dos pacientes – que también contaban con una historia médica de repetidas hospitalizaciones –, habían disminuido y que, por lo tanto, ya no era necesario que permanecieran internos, pues podían recibir un tratamiento ambulatorio. Las dos actoras instauraron la tutela afirmando que la permanencia de los hijos enfermos en sus residencias amenazaba distintos derechos fundamentales de ellas mismas, de sus hijos enfermos y de los demás miembros de la familia.

En esa oportunidad, la Corte denegó la tutela impetrada por las actoras. Para fundamentar su decisión expresó que, además de las obligaciones propias del mismo paciente, la responsabilidad sobre la prevención de las enfermedades y sobre las labores dirigidas a la recuperación y mejoría de los enfermos recae en la familia y el Estado. Ello, como consecuencia del principio constitucional de la solidaridad social. En consecuencia, la familia no puede eludir su deber de prestar solidaridad a los parientes enfermos, si bien, aclara, esa obligación no es absoluta ni desconsiderada, puesto que “[la] asistencia que se predica de la familia respecto de sus miembros enfermos, debe ser establecida de cara a la naturaleza de la enfermedad que se enfrenta y teniendo en cuenta los recursos económicos y logísticos de que se disponga. De este modo, ya sea que se trate de un paciente hospitalizado o de alguien que puede permanecer en su hogar, han de buscarse los medios adecuados para que, junto con la terapia médica convencional, los familiares puedan contribuir al proceso de alivio.”

En relación con los casos concretos, la Corte anotó que los médicos habían dictaminado que las crisis de agresividad de los enfermos habían disminuido y que la enfermedad se había estabilizado, razón por la cual era aconsejable iniciar un tratamiento ambulatorio. Y si bien el estado de los pacientes en ese momento no significaba que no iban a sufrir recaídas - como en efecto ya las habían padecido en el pasado -, ello no significaba que no se debían probar nuevas alternativas de tratamiento, en las que la familia desempeñara un papel preponderante. Así, pues, la familia debía prestar su activa colaboración para el éxito del tratamiento ambulatorio, “brindando apoyo y colaboración para la asistencia a consultas y terapias, el mantenimiento de una adecuada presentación personal, la supervisión en el desplazamiento y el cumplimiento de normas, la toma de medicación, el estímulo afectivo y emocional para la recuperación del paciente, reuniones familiares de acuerdo con lo programado con el equipo terapéutico y demás actividades que contribuyan eficazmente a la estabilidad y bienestar de los enfermos dentro del comprensible estado de sus dolencias.” Lo anterior, aclaró la Corte, no significaba que se relevara al Instituto de los Seguros Sociales de sus obligaciones, puesto que él debería “continuar prestando la atención debida que demande el enfermo, en el control de su mal y en su proceso de reinserción al núcleo familiar; y la que pueda solicitar la familia, para afrontar y comprender debidamente el retorno de una persona a su cotidianidad, evitando traumatismos y fomentando un ambiente de sana y cariñosa convivencia.”

Para terminar, la Corte manifestó:

“Por último, y a manera de síntesis: la existencia de una patología mental crónica, no puede encontrar como respuesta el desinterés y desafecto de las personas cercanas al paciente; tampoco puede solucionarse - y así lo aconseja la medicina moderna -, a través del innecesario e indefinido confinamiento del enfermo en las instalaciones de un centro médico. Los temores y reticencias frente a situaciones que sobrepasan los límites de nuestro entendimiento y de nuestra experiencia vital - de los cuales los males mentales son un típico ejemplo -, no pueden evadirse argumentando desconcierto o incomodidad. La propia naturaleza humana, el cariño, y los lazos nacidos de la convivencia familiar, que se expresan de múltiples y concretas maneras en el ordenamiento jurídico - v.g. solidaridad, vida digna, salud -, exigen que nos sobrepongamos a nuestras perplejidades y participemos activamente propiciando el bienestar de otros.

12. Esta Sala reafirma lo postulado en las sentencias comentadas. En principio, las personas aquejadas por enfermedades mentales tienen el derecho de no permanecer internados de manera definitiva. Igualmente, la familia tiene la obligación de asistir a sus parientes enfermos, en ejercicio del principio constitucional de la solidaridad social.

Las afirmaciones contenidas en el párrafo precedente podrían conducir a la conclusión de que la tutela solicitada por la actora debe ser negada. Sin embargo, esta Sala considera que es necesario hacer una serie de diferenciaciones, las cuales permiten observar la situación desde otro prisma.

13. La actora contrajo matrimonio con el señor Francisco Alarcón en julio de 1969. Esto significa que ha estado casada con él por un período de 30 años. Durante todos estos años, la señora Parada ha estado al lado del señor Alarcón, a pesar de los problemas que su enfermedad ha generado. De acuerdo con la declaración rendida por la demandante, el señor Alarcón ha estado en la cárcel en varias ocasiones, ha herido en forma grave a distintas personas - piénsese en el episodio sucedido en Cajanal y en la herida que le causó a un vecino con una peinilla -, ha golpeado de manera recurrente tanto a la actora como a sus hijos, ha creado zozobra en su familia y en la de su hijo mayor, ha sembrado el temor en los vecinos, etc. La mayoría de esas afirmaciones son corroboradas mediante distintas declaraciones contenidas en el expediente.

Pues bien, a pesar de lo anterior, la señora Parada ha continuado asistiendo a su marido, si bien ahora solicita que no se le exija que conviva nuevamente con él. Es decir, por más de 25 años la actora cohabitó con el señor Alarcón, a pesar de las conductas y actitudes a que lo impulsaba su enfermedad, sobre las cuales se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que crearon un clima de terror en el hogar de la familia Alarcón Parada. Pero a partir de 1997, la actora se ha negado a retirar a su marido del hospital, porque después de tantos años de probar con los tratamientos ambulatorios ha llegado a la conclusión de que ella no cuenta con la capacidad y las condiciones necesarias para manejar a su marido cuando se encuentra en la casa. Así, señala que cuando su esposo está en el hogar se niega a tomar los fármacos y a acudir a las citas médicas, y que, además, ingiere licor y café, bebidas que no son permitidas para los enfermos de esquizofrenia. Con todo, es importante recalcar que la señora Parada no ha abandonado a su marido, pues como lo señala ella, y lo confirman los médicos de la Clínica La Paz y el concepto de Funsabiam, acude a visitarlo constantemente y

lo ayuda en todo lo relacionado con sus utensilios de aseo y con su ropa, y le lleva comida, cigarrillos, etc.

14. Los médicos de la Clínica la Paz y el perito del Instituto de Medicina Legal plantean que el señor Alarcón ya no muestra tendencia a la agresividad y que, por lo tanto, puede ser dado de alta para proceder a su reinserción a la sociedad. Sin embargo, la esposa del paciente se niega a retirar a su marido de la institución en la que se encuentra y a convivir nuevamente con él. La pregunta que debe entonces formularse es si se puede obligar a la actora a que conduzca a su marido al hogar y a que se haga cargo de él.

Esta Sala considera que en el caso de la señora Parada sería desproporcionado hacerle esa exigencia. Como bien se expresó en la sentencia T-209 de 1999, el deber de solidaridad que está a cargo de la familia tiene límites y esos límites ya han sido superados en el caso bajo examen. De acuerdo con el acervo probatorio existente, la vida en común con el señor Alarcón ha sido tormentosa para la actora. Durante más de 25 años la señora Parada ha atendido a su marido, a pesar de las consecuencias que ello aparejaba para su vida y la de sus hijos. Ella ya ha puesto una alta cuota de sacrificio, en cumplimiento de su deber de solidaridad social. Exigir más de su parte, luego de todos estos años de entrega, equivale realmente a vulnerarle sus derechos a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad, y a obligarla que se someta a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Pero, además, lo que se observa es que la actora no se rehusa a cumplir con su deber de solidaridad para con su marido, sino que lo que solicita es que no se le exija convivir con él, luego de tantos años de sufrimiento. Es decir, la señora Parada sí está dispuesta a ejercer su deber de cuidado para con su esposo, pero desde una perspectiva que no le signifique un sacrificio y una amenaza exagerados. Pruebas de la buena disposición de ella en este sentido existen dentro del expediente, por cuanto los médicos tratantes en la Clínica La Paz y la trabajadora social y el concepto de Funsabiam declaran que la demandante visita de manera asidua a su esposo y le colabora en las distintas cosas que necesita. Así, pues, en este caso concreto lo que la actora solicita no es que sea eximida de su deber de solidaridad, sino que no se le exija que siga inmolándose por su marido.

15. Contra lo expuesto se podría argüir que los médicos de la Clínica La Paz y el Instituto de Medicina Legal han expresado que el señor Alarcón ya no representa peligro, por cuanto su

agresividad está controlada. Otra es la posición que expone el director de Funsabiam, quien además aclara que la relación del señor Alarcón con su familia ha estado y está marcada por la agresividad. Pero, incluso sin atender el concepto de Funsabiam, lo cierto es que la actora ha escuchado desde hace muchos años que su esposo ya está recuperado y que puede volver al hogar, lo que, evidentemente, no ha impedido la continua recaídas y las crisis de agresividad del señor Alarcón. La experiencia le ha mostrado a la demandante que su esposo no cumple con las prescripciones médicas durante su permanencia en la residencia familiar, y que ella no está en condiciones para lograr que él atienda los dictados médicos. En esas condiciones, es predecible que las crisis reaparecerán.

De otra parte, se podría argumentar que si la señora Parada no desea convivir con su marido, lo que debe hacer es iniciar los trámites legales para divorciarse de él. No comparte la Sala esta opinión. La actora ha decidido mantener el vínculo matrimonial con el señor Alarcón, a pesar de todo lo sucedido. Diversos motivos la pueden inducir a ello: por una parte, una concepción del matrimonio que podría denominarse tradicional, de acuerdo con la cual las personas deben aceptar el destino que les ha sido deparado - posición que representó el padre de la actora cuando ella le manifestó que no quería volver con su marido luego de que él hubiera sido puesto en libertad de la Penitenciaría de El Barne, y que la misma demandante asumió al indicar dentro de su testimonio que la enfermedad de su marido le había sido enviada por Dios y que a ella le correspondía colaborarle en lo que fuera necesario; de otro lado, la seguridad económica que le brindan tanto la pensión de su marido como la posibilidad de habitar en la casa que fuera de los padres de éste; y, finalmente, y muy relacionado con el primero, la habituación a cierta forma de vida. Muy probablemente, en la decisión de la actora tienen algún lugar los distintos motivos expuestos, y quizás otros más. Lo importante es que todos ellos son legítimos y que, desde el punto de vista de los intereses del paciente y de la sociedad, resulta favorable la decisión de la demandante, en cuanto manifiesta su intención de continuar velando por él.

16. De lo expuesto se deduce que Cajanal no puede obligar a la esposa del señor Alarcón a llevarlo a su casa y que, por lo tanto, Cajanal deberá seguir respondiendo por sus gastos de hospitalización. Como se señaló, durante demasiados años, la actora ha aportado un importante sacrificio para el cuidado de su esposo, y constreñirla para que reciba

nuevamente a su marido equivaldría a exigirle un comportamiento heroico y de autonegación. Considera la Sala que, en este punto, la demandante ya cumplió con su parte y que tiene que ser liberada de ese deber. Ahora es la sociedad la que debe asumir esa responsabilidad. Y si bien en estos casos generalmente se piensa en acudir a las entidades estatales, lo cierto es que, dado que el paciente estaba afiliado a la Caja Nacional de Previsión EPS, es esta entidad la que debe hacerse cargo de la obligación. En las condiciones actuales del país, con tan pocos recursos para tantas demandas, solamente cabe acudir a las instituciones estatales que prestan el servicio de asistencia pública cuando las personas no cuentan con la posibilidad de exigirle a otras instituciones que se hagan cargo de sus responsabilidades.

17. Finalmente, queda una pregunta por dilucidar: ¿cuál será el destino del señor Alarcón? Como ya se señaló, la Corte ha manifestado que las personas con enfermedades mentales tienen el derecho de no permanecer de manera indefinida en los hospitales psiquiátricos. Así ocurre con el señor Alarcón, máxime si se tiene en cuenta que sobre él no pesa ninguna medida de seguridad.

Todos los conceptos recibidos coinciden en señalar que el señor Alarcón requiere continuar con el tratamiento psiquiátrico. Igualmente, los médicos de la Clínica de la Paz y el Instituto de Medicina Legal convienen en que el señor Alarcón puede pasar a recibir ese tratamiento de acuerdo con la fórmula clínica-día. Sobre este punto discrepa el concepto de Funsabiam, en el cual se considera que el esposo de la actora no está preparado aún para ello.

Ciertamente, para que se pueda aplicar el tratamiento clínica-día es necesario que el paciente cuente con personas ajenas al equipo de tratamiento hospitalario que estén dispuestas a colaborarle para recibirlo en su hogar, acompañarlo a la clínica, darle las medicinas necesarias, hacerse cargo de su arreglo y cuidado personal, etc. En el caso del señor Alarcón es claro que él no cuenta con esas personas: de acuerdo con las pruebas recopiladas, sus hermanos no se ocupan de él, sus hijos no quieren comprometerse con su cuidado, y su esposa, la actora, expone que no está dispuesta a seguir asumiendo ese papel. En esta sentencia ya se ha concluido que sería desproporcionado y vulneraría los derechos fundamentales de la esposa del señor Alarcón exigirle que recibiera nuevamente a su marido. Pero, además, es importante señalar que, tal como lo afirman las investigaciones acerca del “índice de emoción expresada” y el concepto de Funsabiam, no tiene sentido

obligar a la familia a hacerse cargo del señor Alarcón, puesto que los patrones de relación que se han creado no son favorables a su reinserción social. En efecto, todo indica que la familia no cuenta con los elementos y la actitud necesarios para asumir un papel positivo y constructivo en el proceso de recuperación del paciente. Siendo ello así, es presumible que forzar la colaboración de la familia en el proceso clínica-día termine por desencadenar nuevas crisis de agresión, un resultado indeseado.

Las condiciones descritas permiten concluir que antes de pensar en llevar a cabo el tratamiento clínica-día es necesario procurar reconstruir para el señor Alarcón un medio social que le sea favorable. Esto implica realizar una intervención psicosocial y educativa, fundamentalmente con la familia del paciente, con el objeto de sensibilizarla e instruirla acerca del trato y manejo de las personas aquejadas por el mal de la esquizofrenia. Esta labor no fue realizada en la Clínica de la Paz - que no incluye el trabajo social dentro de su proceso de tratamiento psiquiátrico - y esa falencia bien podría explicar las grandes dificultades que han experimentado la señora Parada y sus hijos en la convivencia con su esposo y padre, lo que, además, muy probablemente ha tenido una gran influencia en sus continuas recaídas.

Cabe aclarar, sin embargo, que el resultado de esta tarea de trabajo social es incierto, y que no se puede esperar que ella conduzca indefectiblemente a la aceptación del paciente por parte de su familia. En el caso de que la mencionada intervención psicosocial y educativa no ofrezca los resultados deseados, Cajanal podría intentar otras fórmulas que le permitan modificar el tratamiento que recibe el esposo de la actora, en la modalidad que consideren pertinente los médicos, siempre y cuando se garantice que el señor Alarcón continuará recibiendo el tratamiento psiquiátrico que requiere. Con todo, esta sala es consciente de que no se puede descartar que el señor Alarcón continúe hospitalizado, dado su alejamiento de la realidad y su incapacidad de autosostenerse y autocuidarse, condiciones éstas que le dificultan su reintegro a la sociedad sin contar con el apoyo de su familia. Sin embargo, esa decisión deberá ser tomada por las instancias pertinentes, dentro del marco constitucional y legal existente.

18. Para terminar, esta Sala considera importante señalar que la decisión tomada en este proceso está en estrecha relación con las circunstancias que se describieron dentro del mismo. Pero, dada la complejidad de los hechos que conforman el presente caso y la

incertidumbre que acompaña los procesos de recuperación de las personas aquejadas por la enfermedad de la esquizofrenia, es posible que, con el paso del tiempo, estas circunstancias sufran importantes modificaciones. Ello podría hacer posible que se requiriera nuevamente la intervención de la justicia - e incluso la de la justicia constitucional -, la cual tendría que fallar de acuerdo con los hechos que configuran la nueva situación, pero, claro está, teniendo siempre en cuenta que en ningún caso se puede exigir conductas supererogatorias a la esposa del señor Alarcón.

## DECISION

En mérito de lo expuesto, la Corte Constitucional

## RESUELVE:

Primero: REVOCAR la sentencia dictada, el 20 de agosto de 1999, por la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, por medio de la cual se denegó la tutela solicitada por la señora Ana María Parada de Alarcón. En su lugar, se CONCEDE el amparo impetrado.

Segundo: ORDENAR a la Caja Nacional de Previsión - CAJANAL EPS - que continúe prestando los servicios de atención intrahospitalaria que requiera el paciente Francisco Tobías Alarcón Malagón y que garantice la continuación del trabajo de intervención psicosocial y educativa con su familia.

Tercero: Líbrense por Secretaría las comunicaciones a que se refiere el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

EDUARDO CIFUENTES MUÑOZ

Magistrado

CARLOS GAVIRIA DIAZ

Magistrado

JOSE GREGORIO HERNANDEZ GALINDO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 Sobre el punto de la influencia de la familia en el tratamiento del paciente esquizofrénico ver: Biagini Alarcón, Marcela (1994): Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales”, en: Salud Mental, Vol. 17, N°4, pp. 12-17, y Pustilnik, Salomón (1990): “Expresividad motiva y esquizofrenia. Influencia de la familia en el curso de la enfermedad”, en: Salud mental, Vol. 13, N° 3, pp. 45-49.

2 Ver la sentencia T-401 de 1992, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

3 Ver la sentencia C-176 de 1993, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

4 Ver la sentencia T-209 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz.