



**Política Municipal de  
Promoción, Protección y Atención Integral  
de la Salud Mental**

**Pereira, Risaralda  
Mayo de 2017**

**Contenido**

## **TABLA DE CONTENIDO**

Introducción
Justificación
I Marco de Referencia
II Enfoques y desafíos
III Fundamentación de orden legal
IV Objetivos Principios y criterios de gestión
V. Análisis de Actores Involucrados
VI Líneas estratégicas para la acción
VII Difusión y Promoción de la política pública
VIII Fuentes de Financiación
IX Seguimiento y Monitoreo

## I. INTRODUCCIÓN

Desde el año 1946 la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>1</sup>.

Posteriormente el mismo organismo como máxima autoridad en salud, recordó que si el bienestar mental y social hacen parte integral de la salud, no es posible concebir una sociedad, grupo, colectivo o individuo saludables en ausencia de salud mental. Por tanto, ha dicho este organismo: “no hay salud sin salud mental”.

Este consenso que fue reiterado en 2009 con la formulación de la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental por parte del Consejo Directivo de la OPS/OMS, exorta a los países a reconocer la relación que existe entre la salud física y mental, en tanto que los problemas y trastornos mentales<sup>2</sup> incrementan el riesgo de padecimientos físicos transmisibles y no transmisibles y contribuyen a las lesiones intencionales y no intencionales; mientras que diversas afecciones físicas incrementan la morbilidad de problemas y trastornos mentales, lo que a su vez afecta la búsqueda de atención, evolución y pronóstico de los eventos en salud<sup>3</sup>.

Por tanto, la dicotomía mente-cuerpo de tradición cartesiana ha contribuido a fracturar la unidad y concepción del ser humano como un ser integral, cuya salud mental incide en su salud física y viceversa.

Durante décadas se ha priorizado la salud física por encima de la salud mental bajo el errado supuesto de que la primera es más visible y cobra vidas. Los trastornos de la salud mental son cada vez más visibles y no sólo contribuyen a incrementar las tasas de morbilidad general sino de mortalidad evitable. Por tanto, la salud mental es también un derecho fundamental que debe ser promovido y protegido como parte de la salud integral.

La carga de enfermedad derivada de trastornos mentales es cada vez más alta y este hecho ha contribuido también a que países como Colombia avancen en reconocer la salud mental como una prioridad en salud pública<sup>4</sup>. Diversos indicadores de salud pública podrían mejorar su desempeño a partir de la promoción y protección integral de la salud mental de las comunidades, entre ellos el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto sobre la salud pública, el VIH/sida, las enfermedades transmisibles, el suicidio, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las violencias evitables, entre otros.

---

<sup>1</sup> Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

<sup>2</sup> Son los problemas de mayor frecuencia, menor intensidad y duración que un trastorno mental y por tanto no cumplen con los criterios diagnósticos de trastorno mental. Son objeto de atención clínica pues pueden derivar en trastornos mentales.

<sup>3</sup> OPS/OMS (2009). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. Washington: [www.paho.org](http://www.paho.org)

<sup>4</sup> Ley 1616 de 2013. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

Detrás del incremento en las tasas de morbi-mortalidad en salud mental también se viene reconociendo que hay múltiples factores que incrementan la vulnerabilidad a los trastornos de salud mental derivados de los cambios sociales, las presiones de la vida moderna, los cambios en las estructuras familiares y en las redes de apoyo, el empobrecimiento, la integración social y laboral precaria, las múltiples violencias, los desastres naturales, la inseguridad rural y urbana, el estigma y la discriminación de grupos minoritarios, entre muchos otros fenómenos.

Por tanto, la promoción y protección integral de la salud mental requiere también de un abordaje desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Múltiples factores sociales, políticos y económicos amenazan el equilibrio mental y emocional, así como la inclusión social de diversos grupos poblacionales, su abordaje trasciende el quehacer del sector salud y demanda, tal como lo enuncia el el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021, una aproximación intersectorial e interinstitucional.

El Municipio de Pereira comprende el desafío que significa avanzar en la construcción e implementación de una política pública en el campo de la salud mental con una mirada integral que aborde además y entre otros trastornos de comportamiento, el consumo de sustancias psicoactivas en todas sus manifestaciones.

La implementación de una política en este campo busca contribuir de manera decidida al mejoramiento de salud pública del Municipio y por tanto de la calidad de vida y bienestar de la población pereirana.

Se trata de un esfuerzo que busca contribuir también a dar respuesta a grupos poblacionales con necesidades específicas que no están siendo suficientemente satisfechas a pesar de los grandes esfuerzos, las políticas y programas implementados por el Municipio hasta el momento.

Y por encima de todo se trata de contribuir a un cambio de paradigma en torno a la salud mental, reconociendo su importancia a la hora de proteger el desarrollo integral y saludable de **niños, niñas y adolescentes**; la salud, los derechos y la dignidad de las **personas con trastornos mentales** y de las **personas que consumen sustancias psicoactivas**; la salud y el bienestar integral de los **adultos mayores**; la seguridad y la salud emocional de las **mujeres cabezas de hogar**; el reestablecimiento de los derechos y la consolidación una visión de futuro para las **personas desplazadas, personas víctimas del conflicto armado y personas en procesos de reintegración a la sociedad**.

Si no hay salud real sin salud mental, es necesario que el Sistema de Salud con todos sus actores, la sociedad en general, las comunidades, los diversos sectores e instituciones y la sociedad civil organizada y no organizada reconozcan su papel a la hora de contribuir en la promoción y protección de la salud mental de sus propias redes, de cada una de las poblaciones que benefician con sus acciones y de quienes habitan el Municipio.

## JUSTIFICACIÓN

Tras el levantamiento del diagnóstico situacional descrito se llevaron a cabo ocho (8) mesas de consulta con grupos focales y de interés, con el fin de caracterizar el mapa de la situación de la salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas y las necesidades más apremiantes en el municipio de Pereira

Estas consultas se produjeron entre los meses de Octubre y Diciembre de 2015 y se contó con la participación de personas víctimas del conflicto armado, personas que usan sustancias psicoactivas, líderes comunitarios, prestadores de servicios de salud, trabajadores de la salud mental, usuarios de servicios de salud mental, expertos y académicos que han estudiado el tema en la región.

El resultado del diagnóstico preliminar y de las consultas fue presentado y validado en mesas de trabajo en las que participaron las diversas instituciones que integran el actual Comité Municipal de Prevención y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y las mesas de trabajo en temas de salud mental, infancia y adolescencia, reintegración, salud, entre otras.

El diagnóstico además de mostrar que en efecto la carga de morbi-mortalidad por problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas es alta, fue claro en identificar limitaciones en aspectos como: la oferta de servicios, barreras de acceso administrativas y geográficas, limitaciones en la calidad de los servicios prestados, dificultades en el seguimiento efectivo a los tratamientos, dificultades en la adherencia a los tratamientos, pérdida de oportunidades de identificación y diagnóstico oportuno de casos de alto riesgo, baches y obstáculos en las rutas de servicios, inexistencia de rutas claras en salud mental, baja utilización de servicios en salud mental, desconocimiento de los derechos y de la normatividad por parte de instituciones y usuarios de los servicios de salud, estigma, discriminación y en ocasiones maltrato a los usuarios de los servicios, exclusión social y falta de oportunidades de inclusión social para personas con trastornos de salud mental y con consumo de sustancias psicoactivas, tratamientos centrados en farmacoterapia, limitaciones para acceder a una atención integral.

De manera transversal y recurrente se encontró que la inseguridad, la intolerancia, los problemas de convivencia, el ruido, la agresividad, la falta de oportunidades de esparcimiento y ocio productivo, los limitados espacios de encuentro comunitario y de zonas verdes para la recreación en muchas comunas, el bullying o matoneo escolar y el acoso laboral, son factores que inciden de modo importante y negativo en la salud mental de la población en Pereira.

Grupos de gran importancia pues de ellos depende el desarrollo y protección de la salud mental de otros grupos, tales como docentes, cuidadores, trabajadores de la salud mental, trabajadores de la salud, no cuentan con espacios de cuidado, apoyo y atención psicosocial para ellos mismos, aun cuando se encuentren debidamente afiliados a las aseguradoras de riesgos laborales. Por tanto, su propio riesgo psicosocial no está siendo atendido.

También se identificó que el tema de la salud mental es un tema tabú, matizado por representaciones e imaginarios sociales y culturales negativos que impiden que quienes necesitan ayuda la pidan y cuando la piden e ingresan a tratamiento, ello los somete y expone, tanto como a sus familias o cuidadores, al señalamiento y a la estigmatización,

limitando aún más sus oportunidades para una plena inclusión social.

Por último, fue evidente a lo largo de las consultas que los grupos con mayores necesidades de atención psicosocial tales como las personas víctimas del conflicto, las personas que usan drogas, las personas con discapacidad, los adultos mayores, las mujeres cabezas de hogar de cuyo bienestar depende el bienestar de al menos una tercera parte de los niños, niñas y adolescentes del Municipio, tienden a normalizar el malestar mental y emocional, a aislarse, a desconfiar de la institucionalidad y a desconocer por completo los derechos y las herramientas de Ley que les permitirían hacerlos exigibles.

De esta forma no sólo los grupos de mayor vulnerabilidad en temas de salud mental están viviendo serias dificultades para tener un goce efectivo del derecho a ver restaurada su salud mental y calidad de vida, sino que existen acciones limitadas para la promoción efectiva de la salud mental para toda la población.

Por tanto, este planteamiento de política pública busca ser ante todo resolutivo de las principales necesidades identificadas en el campo de la salud mental en el Municipio. Con ella se pretende optimizar el uso de los recursos actuales y existentes, hacer un uso más eficiente y eficaz de las herramientas que ofrece la normatividad en el campo, impulsar estrategias de bajo costo y alto impacto con el fin de mejorar la oportunidad, la integralidad y el goce efectivo del derecho a la salud mental a la población del Municipio y de los grupos con mayor vulnerabilidad.

## I. MARCO DE REFERENCIA

### 1.1 Contexto general actual del Municipio de Pereira<sup>5</sup>

Pereira se encuentra ubicada en una de las zonas de mayor desarrollo del país, lo cual se atribuye a características como localización, temperatura, precipitaciones y calidad de los suelos. Además de cobrar importancia en el desarrollo de la economía cafetera, cuenta con una dinámica importante desde el punto de vista productivo, en sectores como servicios, industria y agricultura.

El Municipio se ha caracterizado también por tener no sólo un crecimiento poblacional importante, sino por su crecimiento sostenido desde el punto de vista económico y cultural. En la actualidad se considera uno de los ejes de turismo más importantes del país junto con los otros municipios de la zona cafetera y su producto interno bruto ha mostrado un desempeño importante desde el año 2004 cuando algunas políticas de reactivación económica, así como el flujo continuado de remesas extranjeras ampliaron los sectores de bienes y servicios, convirtiéndola en uno de los polos de desarrollo más importantes a nivel regional.

Sin embargo, Pereira afronta un momento decisivo en su futuro y el de su población, pues aunque viene mostrando índices de crecimiento importantes debidos principalmente a los sectores de turismo e infraestructura, el ritmo de avance es menor que el del resto del país y afronta los retos de fenómenos crecientes como son pobreza, desigualdad y desempleo.

Por años, el Municipio contó con inversión social importante, gracias a las actividades cafeteras. Sin embargo, en los últimos dos años, se han venido registrando incrementos en indicadores de pobreza, pobreza extrema y desigualdad que muestran la necesidad de tomar medidas que permitan al Municipio retornar al camino del desarrollo y la prosperidad que lo caracterizó por algunas décadas.

Desde el año 2009 el Municipio viene mostrando **desempleo**, alcanzando tasas de hasta del 23%, muy por encima de la media nacional. Una de las razones expuestas por analistas económicos es la reducción de las remesas recibidas por los pobladores, especialmente provenientes de España, pues se trataba de la ciudad que recibía los mayores montos por este concepto. La profunda crisis económica de España y el consecuente desempleo que ha impactado especialmente a los migrantes, afectó a su vez el mercado laboral en la ciudad y su área metropolitana en dos niveles: la necesidad de salir a buscar empleo por parte de quienes recibían las remesas y el retorno al país de muchos de los migrantes.

En cuanto a la **educación**, desde el año 2005 el Municipio alcanzó la cobertura universal en básica primaria, pero cerca del 15% de los adolescentes entre 11 y 14 años no se encuentran vinculados a ninguna institución educativa, así como el 49% de los que están entre los 15 y 16 años. Aunque estas cifras, al igual que los indicadores de calidad, hacen que Pereira esté por encima de la media nacional en cobertura y calidad y muy cerca de las ciudades con mejores desempeños en cobertura tales como Medellín o

---

<sup>5</sup> Pérez, G y colaboradores (2014). *Pereira: contexto actual y perspectivas*. En: Documentos de trabajo sobre Economía Regional No. 208, Sept. 2014. Banco de la República.

Bucaramanga, la brecha sigue siendo importante.

Los niveles de **pobreza** presentan una reducción importante en el país y en Pereira y aunque este Municipio ha mostrado históricamente menores niveles de pobreza que el resto del país, la diferencia se ha venido reduciendo en el último tiempo. Entre el año 2002 y el año 2013 la brecha entre el promedio nacional (por encima) y el promedio local del índice de pobreza pasó de 20 puntos porcentuales a 6. Se indica también que mientras la pobreza extrema se redujo a la mitad en el ámbito nacional, en Pereira aumentó en un 20% en el mismo período, siendo para 2013 la más alta, después de Montería, Cúcuta y Cartagena.

En relación a la **desigualdad** (medida por coeficiente GINI), Colombia ha logrado lentamente reducir la desigualdad, en Pereira no sólo no se ha reducido, sino que ha aumentado. Para el caso de Colombia la reducción de la desigualdad ha sido de 5,8% desde 2002, mientras que para Pereira ha sido sólo del 0,4% en el mismo período.

Por su parte, el indicador de **espacio público** permite determinar el “atractivo” de una ciudad y la posibilidad de mejora en la calidad de vida de los habitantes a partir de la posibilidad de desarrollar en ellos actividades deportivas, culturales y recreativas. Para tener una referencia, ciudades como Copenhagen o Miami cuentan con 30 m<sup>2</sup>/hab. En 2010 Pasto era la ciudad con más área pública por habitante (5,0), seguida de Bucaramanga (4,5), Valledupar (3,7) y Medellín (3,6). Pereira contaba con 2,3 m<sup>2</sup>/hab, mostrando en todo caso mejoras en el indicador a partir de 2007.

El 84, 3% de la población en Pereira vive en la cabecera municipal, el 62,15% de esta población pertenece a los estratos bajo-bajo o bajo-medio bajo, y cerca del 50% de la población pereirana proviene de otro municipio o país y en general los indicadores demográficos muestran una tendencia al envejecimiento de la población.

Todos estos fenómenos incrementan la exposición de la población del Municipio a riesgos psicosociales que afectan la salud mental integral

## 1.2 Contexto en prestación de servicios de salud mental<sup>6,7,8</sup>

Para el campo de la salud, el indicador de **cobertura** muestra resultados positivos en los últimos años, con incrementos de al menos cinco puntos porcentuales, haciendo que esté muy cerca de la cobertura universal en salud. No obstante, otros aspectos como oportunidad, indican que Pereira presenta los mayores tiempos de espera para consultas de urgencias, siendo en promedio de 53 minutos, tres veces por encima de ciudades como Armenia o Manizales. Para el caso de consultas con medicina general los tiempos de espera son de 3,3 días similares a los de Bogotá, siendo ambas ciudades las de peor desempeño a este nivel en el país.

En cuanto a la **disponibilidad** de servicios (oferta) las tres ciudades de la zona cafetera son las que menor número de servicios tienen disponibles para su población. Frente al

---

<sup>6</sup> Pérez, G y colaboradores (2014). *Pereira: contexto actual y perspectivas*. En: Documentos de trabajo sobre Economía Regional No. 208, Sept. 2014. Banco de la República.

<sup>7</sup> Secretaría de Salud y Seguridad Social Municipio de Pereira; Centro de Especialistas de Risaralda, CER (2015). *Estudio de salud mental en el Municipio de Pereira, 2015*.

<sup>8</sup> Información de Registros de la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Pereira, 2015



número de camas disponibles por cada 100,000 habitantes Pereira cuenta con 28 frente a 37 de Manizales y 33 de Armenia, un país como Colombia, clasificado como de ingresos medios, es de 27 camas.

El reciente estudio de Salud Mental para el Municipio indica que aunque en efecto se han dado importantes avances en la titularidad del derecho a la salud, persisten vacíos en exigibilidad de derechos y en calidad. De acuerdo con los investigadores a ello podría estar contribuyendo una marcada tendencia a priorizar la atención y prestación de servicios para la reducción de enfermedades y síntomas antes que la planeación, la construcción de políticas en salud y la promoción y prevención de los eventos en salud.

Este estudio indica que se carece de recursos físicos y de personal humano capacitado y organizado para atender de manera eficaz y eficiente las problemáticas de salud mental en el Municipio. Que se desconoce la importancia de las condiciones de vida en el proceso de salud-enfermedad por lo que no se impulsa el abordaje intersectorial que sería necesario para superar los limitados alcances que el sector salud puede tener en el campo y por último, que la respuesta a los eventos de salud suele ser más reactiva que planificada.

En el campo de la salud mental la situación es compleja. La disponibilidad de personal de salud especializado para el tema es escasa en la mayor parte de países con ingresos bajos y medios. Se calcula que existe un psiquiatra por cada 200,000 personas en necesidad de tratamiento<sup>9</sup>. En Colombia la brecha es igualmente grande, cerca del 50% de psiquiatras se concentran en Bogotá y el resto se distribuye por el resto del país. De hecho, el estudio realizado por Cendex y la Universidad Javeriana en 2013<sup>10</sup> muestra que en Colombia se dispone de un psiquiatra por cada 100,000 habitantes.

De acuerdo con el Atlas de Salud Mental, 2011 apenas el 38% de los médicos y el 30% de las enfermeras de atención primaria, han recibido entrenamiento en salud mental en la región de las Américas.

El estudio denominado “*La brecha de tratamiento en la región de las Américas*” llevado a cabo en 2011 arrojó un resultado verdaderamente preocupante, en Colombia la brecha llegaba a 86%<sup>11</sup> y fue la más grande registrada en los países de la región, así como de 72,2% para los trastornos de mayor gravedad<sup>12</sup>.

Pereira por su parte, cuenta con doce (12) psiquiatras de consulta particular, once (11) servicios de consulta externa en psiquiatría, veintitres (23) psicólogos de consulta particular, cincuenta y dos (52) servicios de consulta externa en psicología, 125 camas

---

<sup>9</sup> OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental, 2013-2021*. En: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)

<sup>10</sup> Cendex y Universidad Javeriana. (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia*. Documento Técnico GPES/1682C-13. Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>11</sup> Este indicador medía utilización de servicios por trastornos de prevalencia de 12 meses, según gravedad y tipo de proveedor de servicios de atención en salud.

<sup>12</sup> Kohn, R (s.f) *La brecha de tratamiento en la región de las Américas. Documento Técnico*. Organización Panamericana de la Salud. En:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=23177&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23177&lang=es)

distribuidas en cuatro (4) IPS, dos (2) de ellas para “farmacodependencia”, ochenta (80) de ellas en el Hospital Mental Universitario de Risaralda, servicio de internación en tres IPS, servicio de urgencias psiquiátricas en una ESE y un solo CAD para atención al consumo de sustancias psicoactivas debidamente habilitado, cumpliendo los requisitos de Ley.

Este mapa de oferta o disponibilidad de servicios es reducido para cubrir con suficiencia, oportunidad y calidad la demanda real y potencial de servicios en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en el Municipio.

### **1.3 Situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas<sup>13,14, 15,16</sup>**

Se calcula que 151 millones de personas en todo el mundo sufren de depresión, 26 millones de esquizofrenia, 125 millones presentan trastornos asociados al uso de alcohol, 40 millones padecen epilepsia y 25 millones presentan algún tipo de demencia o enfermedades como el Alzheimer.

La Organización de las Naciones Unidas a su vez calcula que entre 162 y 324 millones de personas en el mundo han consumido al menos una vez en la vida alguna sustancia psicoactiva ilícita, principalmente derivados del cannabis, del opio, cocaína o estimulantes tipo anfetamínico. Entre 19 y 37 millones de estas personas sufren algún trastorno derivado del consumo o de la dependencia. No obstante, al año solo uno de cada seis consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas consigue acceder a tratamiento.

La carga de enfermedad de países en transición al desarrollo compite entre eventos como la malaria y la depresión, pero los fondos no se distribuyen de manera equilibrada y suele darse mayor importancia a eventos como la malaria. De acuerdo con Urrego y Cocomá<sup>17</sup> la salud mental suele estar relegada y dejarse en segundo plano en tanto que las tasas de mortalidad asociadas son bajas si se comparan con las enfermedades de origen infeccioso o materno-infantiles.

A ello hay que agregar los casi 20 millones de “refugiados” y un número importante de personas desplazadas sin censar que presentan trastornos de salud mental tales como ansiedad, depresión y estrés post-traumático.

De acuerdo con la OMS<sup>18</sup>, para el año 2004 el 13% de la carga de morbilidad era atribuible al conjunto de afecciones en la salud mental, trastornos neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas. La depresión era responsable del 4,3% de la carga de morbilidad en el mundo y del 11% de la pérdida de años vividos por discapacidad, en

---

<sup>13</sup> WHO (2011). WHO (2011). *Mental Health Atlas 2011*.

<sup>14</sup> UNODC (2014). *Informe mundial sobre las drogas 2014*.

<sup>15</sup> Ministerio de Protección Social y Fundación FES (2003). *Estudio nacional de salud mental*.

<sup>16</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Universidad Javeriana (2015). *Encuesta nacional de salud mental 2015*.

<sup>17</sup> Urrego, D. y Cocomá J.C (1999). *Por la salud mental*. En: Revista de Salud Pública, Vol 1 (1), Marzo, 1999.

<sup>18</sup> OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental, 2013-2021*. En:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)

particular en las mujeres. Todo ello supone un costo que asciende a 16,3 billones de dólares en el período entre el año 2011 y 2013.

El Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 mostraba que en Colombia, uno de cada 14 colombianos había presentado algún trastorno en su salud mental en los 30 días previos a la exploración. Ansiedad (19,3%), depresión (15%) y trastornos por uso de sustancias psicoactivas (10,6%) eran los principales problemas que aquejaban a los colombianos. Así mismo, se registró que el 40% de los colombianos había experimentado alguna alteración en su salud mental alguna vez en su vida y que apenas un 10% recibió tratamiento para dicho problema.

En 2010, el diario El Espectador en entrevista con un representante del Ministerio de Salud y Protección Social, señalaba que el 30% de las afecciones en la salud mental de los colombianos se asociaban con dinámicas familiares disfuncionales en las que rupturas, violencia, abuso sexual o muerte de alguno de los padres. Una intervención a este nivel podría significar la reducción de cerca de una cuarta parte de los trastornos más prevalentes y hasta el 42% de los trastornos de conducta.

Para el caso del suicidio las cifras presentadas por el portal “así vamos en salud”<sup>19</sup> indican reducción en la tasa por cien mil habitantes pasando de 5,22 en 1998 a 3,84 en 2013, aunque sigue siendo la cuarta forma de violencia en el país. Desde el año 2009 las tasas han permanecido constantes<sup>20</sup>. La OMS indica que el suicidio es la segunda causa de muerte entre jóvenes en el mundo.

Recientemente se presentaron los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, según la cual uno de cada 10 colombianos sufre algún trastorno en su salud mental, y uno de cada 25 adolescentes, siendo los más comunes la depresión y la ansiedad. Cifras que indican un claro incremento si se comparan con las del año 2003.

El 6,6% de los adolescentes ha tenido ideación suicida y el 2,5% de ellos ha hecho al menos una tentativa suicida. En la misma encuesta se encontró que una tercera parte de la población mayor de 12 años presenta signos de disfunción familiar, el 30% de los niños, niñas y adolescentes (NNA) entre los 12 y 17 años y el 40% de los adultos ha vivido un evento traumático. Así mismo, entre un 13 y un 19% de niños y niñas entre los 7 y 11 años presenta algún problema en su desempeño escolar y el 21% un problema crónico de aprendizaje. Cerca del 44% de los niños y niñas mayores de 7 años y hasta los 12 años presenta al menos un síntoma indicativo de trastorno mental.

La mayor brecha de atención se encontró en los adultos mayores de 18 años, siendo el 38% de quienes buscaron atención los que recibieron efectivamente servicios y el 34% de los mayores de 44 años. Si bien los niños, niñas y adolescentes presentan menos dificultades de acceso a los servicios hay entre un 10% y un 12% que no recibe atención aun cuando la solicite. No obstante los resultados de la Encuesta indican que al menos

---

<sup>19</sup> Así vamos en salud: seguimiento al sector salud en Colombia (s.f). *Radiografía de la salud mental en Colombia*. En: <http://www.asivamosensalud.org/temas-de-analisis/estados-de-salud/temaanalisis.ver/48>

<sup>20</sup> Cifuentes, S. (2013). *Comportamiento del suicidio en Colombia, 2013*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis.

uno de cada dos niños y niñas en Colombia, requeriría de una evaluación formal que permitiera identificar o descartar algún problema o trastorno mental.

El 4,7% de los niños y niñas mayores de siete años, el 4,4% de adolescentes mayores de 12 años y el 4% de los adultos presentaron síntomas indicativos de algún trastorno en su salud mental en los 12 meses previos a la medición.

Para el caso de Pereira, el Estudio de Salud Mental llevado a cabo por la Secretaría de Salud y el CER en 2015 mostró que el 28% había presentado síntomas de ansiedad generalizada, concentrándose en mujeres y en el grupo de 30-39 años, la mayoría residente en zonas urbanas, con antecedentes de maltrato o desplazamiento y con proclividad al uso de alcohol, marihuana o tabaco.

El 12,5% registró síntomas asociados a estrés post-traumático especialmente por desastres naturales, el 6,6% ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, el 8,1% depresión moderada o grave, en particular en el grupo de edad de 30-39 años, más del 60% de estas personas reportó pensamientos recurrentes de muerte, y cerca del 44% ha pensado en el suicidio. El 41% consultó a los servicios de salud por sus síntomas.

En referencia al maltrato una altísima proporción de quienes respondieron la encuesta reportó haber recibido algún tipo de maltrato (72,8%).

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia<sup>21</sup> realizado por los Ministerios de Salud y de Justicia con el apoyo del Observatorio de Drogas de Colombia, Risaralda es uno de los tres departamentos que reflejan los mayores índices de consumo de sustancias ilícitas, así como abuso y dependencia de las mismas.

La ciudad de Pereira no sólo es la más poblada de la zona cafetera después de Medellín, sino que concentra cerca de la mitad de la población del departamento por lo que es posible concluir que una importante proporción de este consumo se concentra en la zona urbana y en la capital departamental.

Mientras el estudio registra una prevalencia de uso de alcohol para el último mes por debajo de la media nacional (29,8 vs 35,8) para el caso de las drogas ilícitas este porcentaje es de 6,4 en contraste con el 3,6 del nivel nacional. Una tendencia similar se registra en el caso de consumo de abuso o trastorno de dependencia para los cuales el porcentaje es de 4,15 en contraste con el 2,08 de la media nacional. Se calcula que alrededor de 25,000 personas estarían entonces en necesidad de recibir tratamiento para el abuso o la dependencia de sustancias ilícitas en el departamento.

La sustancia ilícita de mayor consumo es la marihuana con un 6,32 que contrasta con el 3,27 del total nacional. Le sigue la cocaína, sustancia que si bien no se registra en los

---

<sup>21</sup> Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Observatorio de Drogas de Colombia (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2013*. En: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)

primeros lugares del comparativo territorial, puntúa por encima del índice nacional (1,0 vs 0,7).

El Estudio de Salud Mental llevado a cabo en Pereira muestra para el año 2015 uso de alcohol al menos una vez en la vida en el 87,6% de los casos, siendo similar al de la media nacional (87%; Minsalud et al., 2013). La marihuana es la sustancia ilícita de mayor uso en el municipio registrando uso al menos una vez en la vida en el 19,9% y en el último mes en el 3,2% de los casos. Algo similar se encuentra para el caso del uso de cocaína, siendo 6,3% la proporción de personas que dijo haberla usado alguna vez en la vida, en contraste con el 3,2% de la media nacional. Y para el caso de los opiáceos, Pereira registra una prevalencia de vida de 1,26%, comparado con el 0,04% del promedio nacional.

De otro lado, y aun cuando el Estudio Nacional no reporta datos discriminados por territorio para el caso de la heroína, es ampliamente reconocido que las ciudades de Pereira y Dos Quebradas en particular, concentran un número importante de consumidores activos de heroína. Risaralda y en particular estas ciudades han sido priorizadas, junto con otros municipios, por parte del Ministerio de Salud en el marco Plan Nacional de Respuesta al Consumo de Heroína y las líneas estratégicas de mitigación, reducción de daños y riesgos y superación o tratamiento.

Este perfil epidemiológico podría estar sugiriendo unas concentraciones importantes de variables que dinamizadas, han venido incrementando el perfil de vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales en el departamento y en sus municipios.

Históricamente Pereira ha sido un municipio “central” desde el punto de vista geográfico, se caracteriza por su origen pluriétnico y multicultural desde mediados del S XX cuando fue receptora de diversas migraciones que huían de la violencia característica de la época.

La ubicación estratégica de la ciudad y sus límites o cercanía con departamentos en los que tradicionalmente se han concentrado los cultivos de uso ilícito tales como Chocó, Nariño, Antioquia, Tolima, Valle del Cauca, Cauca, entre otros, podría entenderse también como factor de vulnerabilidad en tanto que integraría parte del corredor a través del cual se moviliza no sólo la materia prima para la producción de sustancias ilícitas sino las drogas mismas para sus destinos intermedios y finales.

#### **1.4 Contexto de violencia e impacto en la salud mental**

Colombia es un país con más de siete millones y medio de víctimas del conflicto armado, de acuerdo con el censo realizado por la Unidad de Reparación y Atención Integral a Víctimas. En el municipio de Pereira el número de víctimas del conflicto registradas y que habitan en el mismo asciende a 37,000, alrededor de 20,000 se encuentran en las edades comprendidas entre 0 y 26 años, la mayoría no reporta origen étnico específico y la distribución por género es similar. El desplazamiento forzado es la

causa principalmente mencionada por las víctimas, seguida de homicidio y desaparición forzada<sup>22</sup>.

De acuerdo con el Estudio de Salud Mental en el Municipio de Pereira (2015) el 14% de la población entrevistada (14-68 años) dijo haber sido víctima de desplazamiento forzado.

Frente a estas cifras la gestión reportada por la Unidad es de alrededor de 21,000 personas que han sido afiliadas a los planes de beneficio en salud, 8,700 que han sido vinculadas a algún proceso educativo en preescolar, básica y media, 19,700 que se han integrado a alguna iniciativa de generación de ingresos, 5,700 que han tenido alguna solución de vivienda, y apenas 309 que se han beneficiado de un programa o intervención psicosocial.

El costo de haber vivido cerca de 50 años de un conflicto interno ha generado impacto y daños profundos a las víctimas, sus familias, comunidades, entornos e instituciones. La sociedad colombiana ha sido poli-traumatizada, tal como lo muestra el informe del Centro Nacional de Memoria Histórica<sup>23</sup>.

El informe de esta entidad señala cómo las modalidades y prácticas violentas que han afectado a miles de personas en el país, afectan su integridad, estabilidad, alteran sus relaciones y su salud y debilitan las redes sociales y comunitarias. El miedo es la emoción más común entre las víctimas y es de acuerdo con el informe, un “mecanismo defensivo eficaz, se convierte en una emoción paralizante y mortificadora que impide que algunas personas puedan adelantar actividades esenciales para desarrollar sus vidas, salir de sus hogares, caminar por el campo, reunirse con sus amistades. El miedo limita, además, iniciativas familiares y comunitarias para reiniciar proyectos.” (p. 263)

Otras emociones comúnmente registradas son la angustia, la incertidumbre por el desconocimiento del paradero y situación de familiares, nostalgia, tristeza, desarraigo, odio, rabia, impotencia, angustia, con síntomas como alteraciones de sueño, concentración, atención, uso de alcohol y otras sustancias y automedicación.

La ausencia de espacios para reconocer y procesar emociones lleva a muchas de estas personas a reprimir sentimientos de odio e ira y a redirigirlos a “los más frágiles” que suelen ser los niños y niñas, con lo cual se acrecientan los conflictos y los sentimientos de culpa. La vergüenza aflora también especialmente en mujeres que fueron víctimas de violencia sexual, así como la culpa en hombres y comunidades que se sintieron impotentes a la hora de defenderse a sí mismos y a los suyos. Estas dos emociones altamente tóxicas suelen impedir en muchos casos que las personas “normalicen su vida” pues con ello sobreviene la sensación de deslealtad o traición frente a lo ocurrido a sus seres queridos o comunidades.

---

<sup>22</sup> Unidad de Atención y Reparación a Víctimas del Conflicto Armado (2015). *Estadísticas y cifras*. En: <http://www.unidadvictimas.gov.co>

<sup>23</sup> Centro Nacional de Memoria Histórica. (2014). *Basta ya!: Colombia memorias de guerra y dignidad*. En: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/descargas.html>

La culpabilidad adquiere una dinámica compleja pues se entiende que por acción u omisión ocurrieron los hechos victimizantes y esto es recordado permanentemente en los núcleos familiares o en las comunidades. El trauma y el daño psicológico dificulta restaurar el equilibrio y la productividad y son comunes los cuadros psicóticos, la depresión, el insomnio, las pesadillas, la ansiedad y los cuadros somáticos. En muchos casos persisten además las amenazas y el riesgo.

Este informe señala además cómo la violencia no sólo altera el mundo emocional y psicológico de quienes han sido víctimas sino que ocasiona daños morales profundos. Estos daños son definidos como “toda modificación dolorosa del espíritu, consistente en profundas preocupaciones, o en estados de aguda irritación que afectan el honor, la reputación, el equilibrio anímico de las personas, que incide en la aptitud del pensar, de querer o de sentir”. Los daños morales afectan los valores y creencias más íntimos, degradan la dignidad de individuos y comunidades, devalúan ideales que son el fundamento de la identidad colectiva.

Lo que el informe llama “una suerte de acostumbramiento social” a un conflicto extenso en el tiempo, ha favorecido las explicaciones “fáciles y estereotipadas” de lo que ha ocurrido y ocurre, haciendo de la indolencia un fenómeno extendido que agrede de nuevo a las víctimas y “agudiza su desamparo”, ello debilitó la democracia del país y la impunidad es una amenaza constante que a su vez erosiona las garantías de no repetición. Esto hace a la sociedad colombiana altamente vulnerable e “invita a tratar la causa de las víctimas, a hacerla suya y a tener la capacidad de defender para ellas lo que la ciudadanía en general reclama para sí” (p. 327)

## **II. ENFOQUES Y DESAFÍOS**

Además de los enfoques definidos en el Plan Decenal de Salud Pública dentro de los que se resalta la salud como derecho fundamental, el enfoque diferencial que busca hacer visibles y proteger los derechos de los grupos tradicionalmente excluidos y de mayor vulnerabilidad y el enfoque de determinantes sociales de la salud, esta política se fundamentará también en los siguientes enfoques:

### **2.1 Enfoque de derechos humanos, desarrollo y vulnerabilidad psicosocial**

La salud mental es el bien colectivo más importante con el que cuentan las sociedades y responde al principio cada vez más aceptado: “no hay salud sin salud mental”. La salud mental al igual que la salud física, son fuente y reflejo de equidad o inequidad, así como indicadores del desarrollo de los países.<sup>24,25</sup>

Un modelo de salud de mental basado en la idea del desarrollo, ha sido promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la Declaración de Alma Ata y se ha hecho explícito desde el año 2010. Para este organismo es claro que las personas que

---

<sup>24</sup> OMS (1978). *Declaración de Alma Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma-Ata, URSS, Septiembre de 1978.

<sup>25</sup> OMS (2013). *Plan de acción sobre salud mental, 2013-2021*. En: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)

presentan alguna condición o alteración en su salud mental, son uno de los grupos humanos más excluidos y marginados de la vida social, productiva y de la toma de decisiones que afectan sus vidas, por tanto, es uno de los grupos de mayor vulnerabilidad.<sup>26</sup>

De acuerdo con la OMS, el desarrollo que mejora las condiciones de vida y da bienestar a unos pocos, es en sí mismo deficiente. Mientras que cuando se busca activamente mejorar las condiciones de vida de los grupos más vulnerables, desde un enfoque de derechos humanos, se está en el centro de lo que es el desarrollo en sí mismo.

Este organismo muestra también cómo la vulnerabilidad puede llevar una salud mental precaria y cómo las condiciones de salud mental se expanden entre los grupos más vulnerables, quienes a su vez tienen dificultades para un acceso efectivo a la atención de dichas condiciones. Insta a que los países, las instituciones y las comunidades integren la salud mental tanto a las estrategias sectoriales, como en las de promoción de oportunidades para el desarrollo.

Un enfoque de desarrollo reconoce entonces que factores como la exclusión social minan la auto-estima, la auto-confianza, la motivación, reducen la esperanza en el futuro y aíslan a los individuos y grupos, contribuyendo así a afectar la salud mental. Así mismo, la violencia y el abuso afectan la salud mental y se asocian con depresión, ansiedad, problemas psicosomáticos, abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Otros factores de corte macrosocial tales como la vulneración de derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, así como la exclusión del derechos a la educación o a la generación de ingresos, inciden negativamente y van en detrimento de la salud mental.<sup>27</sup>

Un enfoque de desarrollo desde una perspectiva transversal, permitiría que las personas con trastornos en su salud mental logren empoderarse, alcancen sus metas de vida y participen plenamente en la vida social y comunitaria. Para ello, además de asegurar el acceso a servicios, es fundamental promover oportunidades, eliminar toda forma y fuente de estigma y discriminación y asegurar su pleno ejercicio de derechos.

Pero este enfoque va más allá, en tanto que una aproximación de la salud mental desde la idea del desarrollo supone una mirada de la prevención y la promoción de la salud mental con enfoque de determinantes sociales y la reducción de los factores de vulnerabilidad.

Es decir que no sólo se debe atender el evento específico cuando ya se presenta, sino que se debe actuar con oportunidad para impedir la aparición de problemas de salud mental, su evolución a trastornos y la eventual discapacidad asociada. La acción oportuna incluye la prevención y la reducción del impacto de los factores de riesgo y vulnerabilidad a ver afectada la salud mental y/o a consumir sustancias psicoactivas.

---

<sup>26</sup> WHO (2011). *Mental Health Atlas 2011*. En: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44697/1/9799241564359\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44697/1/9799241564359_eng.pdf)

<sup>27</sup> Ibid: OMS (2013) y WHO (2011)



Las partes interesadas en promover el desarrollo de comunidades, individuos y grupos, suelen focalizar sus acciones a los grupos más vulnerables o en mayor riesgo. La razón es clara, y es que estas poblaciones no se beneficiarán de los programas si estos no se diseñan para alcanzarlas y no se visibilizan de manera explícita en tales estrategias. Muchos grupos en alta vulnerabilidad o riesgo suelen estar focalizados de manera explícita en políticas, planes y programas, estos suelen ser minorías étnicas, personas en pobreza extrema, personas viviendo con VIH o sida, personas en condición de desplazamiento, mujeres trabajadoras del sexo, personas habitantes de la calle, entre otras. Se reconoce que estos grupos no cuentan con los recursos, capacidades y oportunidades para lograr su pleno potencial, afectando con ello su calidad de vida, su esperanza de vida y su futuro.

Las personas con discapacidad, con trastornos en su salud mental, personas que usan drogas o personas que se inyectan drogas no suelen visibilizarse tan explícitamente en las políticas, planes y programas que promueven el desarrollo. Tampoco se hace visible un enfoque que transversalice la salud mental como elemento fundamental para el logro de las metas del desarrollo de comunidades y países.

En tal sentido, la OMS reitera que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales son producto no sólo de lo que caracteriza a los individuos (gestión de emociones, pensamientos, conductas e interacciones), sino de factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, que son a su vez, producto de las políticas públicas, la protección social, el nivel y calidad de vida, las condiciones laborales y el apoyo de las comunidades. La exposición temprana a la adversidad es un factor de riesgo ampliamente documentado en los problemas y trastornos de la salud mental.

Por último el enfoque de vulnerabilidad abordado desde diversas disciplinas tiene un fundamento común que es la “amenaza” y el riesgo. Es un constructo cada vez más integrado a los temas de salud y ha fundamentado en Colombia la respuesta a eventos como el VIH/sida y el consumo de sustancias psicoactivas.

La vulnerabilidad psicosocial es un constructo multivariado que integra aspectos como el riesgo, el afrontamiento, la resiliencia, el estrés, el apego, la inteligencia emocional, entre otros. Todas estas variables actúan como factores protectores o de riesgo y se configuran de manera diferencial en individuos y comunidades, haciéndolos más o menos vulnerables desde el punto de vista psicosocial<sup>28</sup>.

## **2.2 Enfoque integral y participativo**

El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido la dimensión de convivencia y salud mental del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) como: *“un espacio de construcción, participación y acción transeccional y comunitaria, y que mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de*

---

<sup>28</sup> Ver por ejemplo: García del Castillo (2015). *Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones*. En: Health and Addictions, Vol 15, No. 1, 5-14.

*violencia, contribuya al bienestar y el desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos”.*

El mismo documento retoma la definición de la Ley de Salud Mental 1616/2013 según la cual la salud mental es “... *un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad*” (Ley 1616 de 2013).

En tal sentido, desde la misma definición parece claro que frente a la alteración de la salud mental, individuos y grupos enfrentan la dificultad de desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas o contribuir a su comunidad.

Aunque la definición ubica la promoción de la salud mental como una forma de contribuir al desarrollo humano, la OMS también llama la atención sobre el origen mismo de muchas de las condiciones que afectan la salud mental de individuos y comunidades, así como la importancia de proteger y promover el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas afectadas por trastornos en su salud mental.

Para la OMS la salud mental se define como “*un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio físico y social*”, a lo cual la Organización Panamericana de la Salud añade “*no es simplemente la ausencia de enfermedad mental reconocible*”.

Esta definición a diferencia de la que propone la Ley 1616 de 2013, hace un mayor énfasis en la capacidad del individuo de gestionar adecuadamente sus emociones, de relacionarse con los demás y de hacer frente a los diferentes eventos que se puedan presentar en la vida.

Por tanto, el enfoque marca pautas concretas para la promoción de la salud mental de la población, para la prevención de los trastornos y para la intervención integral de las personas con problemas o trastornos específicos.

De la salud mental depende el balance general del individuo en el ámbito personal, familiar y social, es además una plataforma de desarrollo personal que si se encuentra sólida permitirá una adecuada proyección personal, pero si se encuentra debilitada diversas áreas de la vida de la persona se verán afectadas y afectará a otros.

La convivencia y la salud mental, se encuentran alineadas en la normatividad vigente y el fundamento de ello es la perspectiva participativa y comunitaria que transforma imaginarios, constituye una fuente importante de recursos, lazos e identidad, así como de regulación social. La acción social y comunitaria es fundamental para minimizar el impacto de la exclusión social, el estigma y la discriminación, así como para prevenir y mitigar el impacto de las violencias evitables.

### 2.3 Enfoque territorial y de goce efectivo de derechos en salud mental

Desde el año 1978 la OMS ha promovido la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) no solo como medio para reducir las barreras de acceso, sino como estrategia para asegurar mejores resultados y la reducción de las inequidades en salud.

La Declaración de Alma-Ata definió la APS como:

*“.....la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación....”*

La APS es función central y núcleo básico de los sistemas de salud, además de ser medio fundamental para la integración entre niveles y aspectos de la salud. Erróneamente la APS se ha concebido como servicios para la población en condición de pobreza o como servicios de “baja tecnología”. Así mismo, se ha encontrado cierta resistencia a la prestación de servicios de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en el nivel básico de atención en salud y en la APS.

Desde la declaración de Alma-Ata hasta la fecha se han dado grandes desarrollos directamente ligados a la APS, la promoción de la salud con la Declaración de Ottawa y la acción sobre los determinantes sociales de la salud y la aproximación intersectorial con la Comisión específicamente creada por la OMS para el tema.

En esencia el sentido de la APS es la desmedicalización de la salud pública y la anticipación a través de la prevención y la promoción de la salud, aunque también busca contribuir a entender la salud como un bien colectivo y por tanto un medio para la inclusión, la integración y la participación social.

Los mayores desafíos que se derivan de este enfoque están en el logro del goce efectivo del derecho a la salud para todos y todas, es decir la equidad, la intersectorialidad y transversalidad de la salud y la salud mental en todas las políticas sociales, la participación social, la atención integral, la reorientación de los servicios y la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

Los principales beneficios derivados de la APS están en la mejora de los resultados en salud a nivel poblacional, mayor equidad y mejor acceso a servicios, reducción de costos y mayor eficiencia en el uso de los recursos y mayores niveles de satisfacción por parte de los usuarios. Los resultados han sido ampliamente soportados por la evidencia de diversos estudios realizados en países de la región, entre ellos Costa Rica, Brasil, Cuba y Chile en salud mental.

Colombia en la Ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social integró de forma explícita la estrategia de APS como parte integral de la política de salud y como elemento primordial para alcanzar los resultados en salud. Algunos analistas consideran que a pesar de ello el desarrollo de la misma en el país ha sido incipiente y que los desarrollos han dependido del nivel territorial en cumplimiento de

su autonomía con enfoques principalmente selectivos antes que renovados o integrales<sup>29</sup>.

En el año 2010 la OMS lanzó la estrategia Mhgap para reducir las brechas de atención en salud mental. En ella el mismo organismo señalaba la necesidad de redistribuir los recursos y reubicarlos en programas de base comunitaria, integrar la atención en salud mental a los servicios de salud generales y transversalizarla en los programas de salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, atención al VIH/sida y de enfermedades crónicas no transmisibles, con lo cual se reducirían las brechas de atención y se aseguraría acceso a servicios más costo-efectivos.

Las herramientas que integran la Mhgap proveen directrices basadas en la evidencia para la identificación y el manejo de una serie de trastornos de salud mental de alta prevalencia incluyendo los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y alcohol. Las herramientas fueron desarrolladas para ser aplicadas en el nivel de atención no especializada por parte de profesionales de la salud en los niveles bajos y medianos de complejidad.

Con todos estos desarrollos la OMS ha instado a los países a que prioricen la salud mental y a que la promuevan mejorando la calidad de vida, el funcionamiento psicológico, atendiendo la discapacidad, reduciendo la morbilidad y mortalidad, y mejorando el acceso y el uso de los servicios. De otro lado, ha recomendado ubicar en el centro de las políticas a las personas, responder a las expectativas de la población promoviendo el respeto y la reducción del estigma. Y por último ha recomendado asegurar el financiamiento de lo que se defina como prioritario con criterios de equidad, enfoque de vulnerabilidad y diferencial, acceso a medicamentos esenciales y equilibrio en la inversión en salud mental.

---

<sup>29</sup> Blanco, I (2012). *Limitaciones para la implementación de la APS en Colombia*. Facultad de Medicina, salud pública, Universidad Nacional de Colombia.

### III. FUNDAMENTACIÓN DE ORDEN LEGAL

NORMA	DESCRIPCIÓN	
<b>Objetivos de desarrollo sostenible</b>	<b>Objetivo N° 3</b> Asegurar vidas sanas y promover el bienestar para todos en todas las edades	
<b>Tratados internacionales suscritos por Colombia</b>	*Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud de Río de Janeiro 2011. *Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas. *Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS 2003)	
<b>Normatividad sobre Salud Mental en Colombia</b>	*1566 de 2012 Por la cual se reglamenta.... *Ley 1616 de 2013 de Salud Mental *Resolución 2358 de 1998	
<b>Políticas y planes desarrollados en salud mental del nivel nacional</b>	*Estudio Nacional de Salud Mental (2003) *Política Nacional de Reducción de Consumo de SPA (2008) *Plan nacional de salud mental *Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas (2012-2021) *Lineamientos de política de salud mental para Colombia *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas	
<b>Plan de desarrollo municipal</b>	*Acuerdo Número 11 de 2016 Por el cual se adopta el plan de desarrollo municipal Pereira Capital del eje	

Para hacer referencia a la situación nacional de la salud mental, es importante mencionar el acervo normativo que se ha desplegado en Colombia y que ha aportado lineamientos en dicha materia. En primera instancia, el estado ha reconocido sus obligaciones en torno a la salud garantizando la prestación de los servicios de forma integral y equitativa, generando impactos positivos en la vida física y mental de los ciudadanos, el documento que materializa estas intenciones se halla en la Política Nacional de Salud Mental del año 2.005.

Posteriormente para el año 2013 se sanciona la ley 1616 denominada ley de Salud mental en la que se busca “garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.” Uno de los aspectos a destacar contemplados en la norma es la inclusión de los enfoques diferencial y de derechos, que no se hallaban contemplados en la anterior legislación.

Sin embargo, es el documento del Plan Decenal de Salud pública 2012-2021, quien representa la normativa nacional más importante que involucra las acciones de vigilancia en salud pública y que define como uno de sus ejes centrales de acción, la dimensión de la convivencia social y salud mental, sobre la cual regirán las políticas públicas y gestiones que sean necesarias para desarrollar la promoción, prevención y mitigación de factores asociados a la salud mental.

**Constitución Política de Colombia** de 1991 Artículos 48 y 49 en los cuales se define el derecho de todos los colombianos a la salud y a la seguridad social y la obligación del Estado de garantizarlos.

**Ley 100 de 1993** a partir de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

**Ley 65 de 1993** define el Código Penitenciario y Carcelario y determina el carácter asistencial de las instituciones de rehabilitación y de las unidades psiquiátricas como espacios para alojar y rehabilitar a personas consideradas inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica.

**Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA** de 2007 define los lineamientos, enfoques y líneas estratégicas para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas.

**Ley de Salud Mental** 1616 de 2013 su fin último es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población en Colombia. Esta ley además de declarar la salud mental como una prioridad nacional, la declara como una prioridad en salud pública. Y aunque su proceso de reglamentación aún no termina, ofrece una ventana de oportunidad para que el país promueva la salud mental desde una perspectiva de derechos; priorice la atención a niños, niñas, adolescentes y jóvenes; actúe desde la interdisciplinariedad y la intersectorialidad; realice detección temprana; asegure la atención especializada, oportuna y digna; diversifique las modalidades de atención;

integre un enfoque de determinantes sociales de la salud e implemente la Atención Primaria en Salud (APS) y la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

**Plan Nacional de Salud Mental 2012-2021** cuyo documento preliminar fue socializado en Julio de 2014 en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, sus objetivos, prioridades, metas y estrategias y con las recomendaciones emitidas por la OMS/OPS en 2013.

Define este Plan tres áreas prioritarias: acciones promocionales y de gestión de riesgo colectivo e individual, así como tres problemáticas prioritarias: violencias, trastornos de mayor prevalencia (depresión y ansiedad), abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Igualmente ofrece una serie de consideraciones con las que se quiere asegurar que las acciones que promuevan la salud mental en Colombia, sean coherentes con un enfoque de *determinantes sociales de la salud, promoción y prevención primaria y preferencia por intervenir factores protectores y de riesgo genéricos* por encima de los específicos.

Reconoce que los *determinantes sociales* y en particular las condiciones socio-económicas, son los más importantes a la hora de explicar el origen, el desarrollo y las manifestaciones de los problemas de salud mental, son susceptibles de ser intervenidos y ofrecen una buena relación de costo-efectividad.

El énfasis en *promoción y prevención primaria* busca fortalecer los factores protectores, el apoyo social y mitigar el efecto de los factores de riesgo tales como pobreza o violencia.

La intervención en factores protectores y de riesgo *genéricos* invita a intervenir sobre los niveles macro-estructurales y a transformar los determinantes sociales.

La Ley 1616 señala que es responsabilidad de los entes territoriales y de las empresas administradoras de los planes de beneficios, disponer de una *red integral de prestación de servicios en salud mental pública y privada* como parte de la red general de prestación de servicios de salud. Esta *red* prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud que en el marco de un modelo de *atención integral* asegure la atención en todos los niveles de complejidad y el retorno efectivo al primer nivel de atención. Todo ello bajo los principios de calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad de los servicios.

**Ley Estatutaria No. 1751 de 2015** “*por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*”.

Otras normas y leyes que dan pleno soporte a lo previsto en la Ley 1616 de 2013 son:

- 4 **Ley 1438 de 2011** “*por la cual se dicta la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud y su fortalecimiento con la estrategia de Atención Primaria en Salud*”.

- 5 ***El Plan Decenal de Salud Pública PDSP*** que entre otras disposiciones crea la “*Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental*”: con la cual se busca la promoción de la salud mental y la convivencia, la prevención y atención a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de violencia.
- 6 ***Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018*** que en el punto 2.1 señala el compromiso de Implementar territorialmente el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- 7 ***Resolución 518 de 2015*** que define las “*Disposiciones para la gestión en salud pública y ofrece directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas PIC*”. El PIC se rige por la autonomía y el poder local, su escenario de ejecución es el Municipio en este caso y es definido por el mismo, de acuerdo con el perfil de salud de su población, el contexto y las directrices del nivel nacional incluyendo lo previsto en esta resolución.



## IV. OBJETIVOS, PRINCIPIOS Y CRITERIOS DE GESTIÓN

### 4.1 Objetivo general

Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mental como bien colectivo y como prioridad en salud pública, reduciendo la vulnerabilidad psicosocial y asegurando el acceso a la atención integral oportuna, continua y de calidad en los ámbitos institucionales y comunitarios del municipio de Pereira para el periodo 2017-2027

### 4.2 Objetivos específicos

4.2.1 Reducir la incidencia de factores de riesgo promoviendo los factores protectores que mitiguen la vulnerabilidad psicosocial de problemas asociados a trastornos de salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de disminuir la carga de enfermedad mental en la población pereirana.

4.2.2 Identificar y minimizar las barreras de acceso al diagnóstico, a la atención integral, a la reducción de daños, al seguimiento y a la inclusión social de calidad para las comunidades en Pereira, a través de la articulación interinstitucional e intersectorial de los actores involucrados en el campo de la salud mental, para generar impactos en la calidad de vida de la población y asegurar el goce efectivo del derecho a la salud

4.2.3 Fomentar la salud mental en el municipio a través de un enfoque de derechos humanos que elimine el estigma de la enfermedad mental y promueva un trato digno de las personas con problemas y patologías mentales, así como de las personas que usan sustancias psicoactivas y sus redes de apoyo familiar o comunitario.

4.2.4 Mejorar la gobernanza del Sistema de Salud para la gestión eficaz de los servicios de salud mental a nivel institucional y comunitario, y fortalecer la producción de evidencia para el monitoreo y seguimiento de la respuesta.

### 4.3 Principios de la Política Pública

Los principios que darán marco a las acciones derivadas de la presente política serán los mismos que se han definido en el marco del Sistema General de Seguridad Social Integral<sup>30</sup>:

**Eficiencia:** hace referencia a la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da lugar el sistema sean prestado de forma adecuada, oportuna y suficiente.

**Universalidad:** Es la garantía de la protección para todas las personas sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

**Solidaridad:** es deber del Estado garantizar la solidaridad en el Sistema mediante su

---

<sup>30</sup> Ley 100 de 1993 *Sistema de seguridad social integral*.

participación, control y dirección del mismo. Los recursos provenientes del erario público en el Sistema se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

**Integralidad:** es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud (y en este caso la salud mental), la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para el efecto cada quien contrinuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender las contingencias amparadas por la Ley.

**Unidad:** es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social y en este caso el goce efectivo del derecho a la salud mental como parte integral de la salud.

**Participación:** Es la intervención de la comunidad (...) en la organización, gestión, control y fiscalización de las instituciones y del Sistema en su conjunto.

En el marco de esta política la participación social y comunitaria es fundamental por ser precisamente la salud mental un bien colectivo que se dinamiza, construye, promueve, restaura y protege desde lo colectivo.

**Criterios de Gestión de la Política Pública** La presente política se regirá además para los siguientes criterios de gestión:

**Equidad:** la equidad a diferencia de la igualdad (o el derecho a la no discriminación) es consistente con el enfoque diferencial, y focaliza las prestaciones de acuerdo con las necesidades específicas y diferenciales de las poblaciones. Mayores prestaciones a quienes más necesitan, mayor acceso, mayor seguimiento, mayor protección a quienes por sus condiciones de vulnerabilidad se han visto más expuestos a riesgos, han tenido menores garantías y requieren mayor restitución de sus derechos fundamentales.

**Calidad:** La Ley 1438 de 2011 definió reformas para dar respuesta a limitaciones propias de la Ley 100 de 1993, la mayoría orientadas a asegurar la calidad en la prestación de los servicios. La constitución del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad define una serie de características propias de los servicios de calidad:

**Accesibilidad:** La posibilidad de hacer uso de los servicios de salud a los que se tiene derecho.

**Oportunidad:** La posibilidad de obtener los servicios que se requieren sin retrasos que pongan en riesgo la salud, la salud mental y la vida. Para ello es importante evaluar la manera como está organizada la oferta, si se responde adecuadamente a la demanda, si se induce o no cuando es necesario, y si existe una adecuada coordinación institucional para gestionar eficazmente el acceso a los servicios.

**Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia con los que se busca minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención o de mitigar sus consecuencias.

Ello incluye las condiciones mínimas de seguridad previstas por la habilitación como parte integral del SOGC con las cuales se busca además de manejar y minimizar los riesgos, garantizar el trato digno para los usuarios de los servicios.

**Pertinencia:** se refiere al grado en el que los usuarios obtienen los servicios que

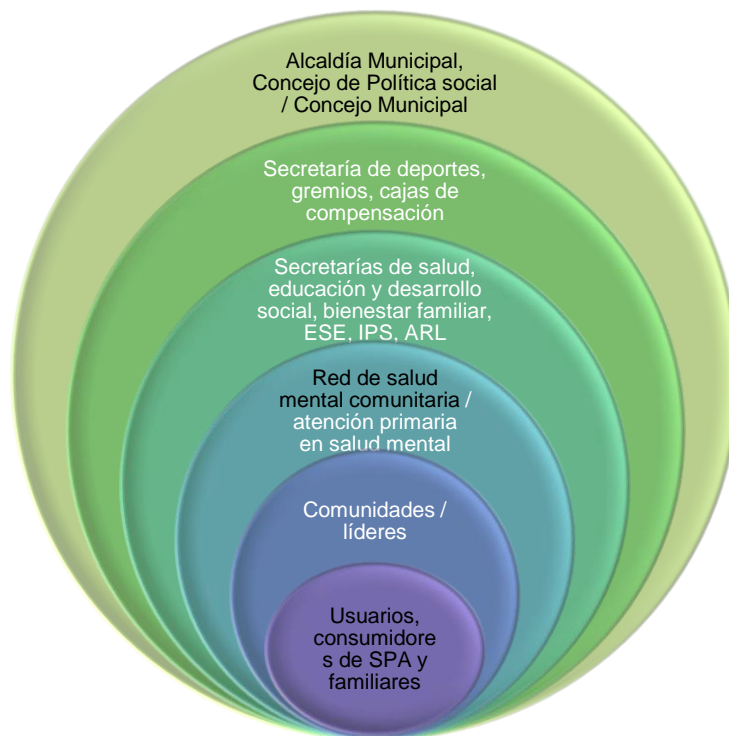
requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**Continuidad:** se refiere al grado en que los usuarios son atendidos en una secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y que asegura la adherencia a los tratamientos, el progreso, la rehabilitación y la reintegración a la vida social y comunitaria.

**Protección Integral:** el alcance de este criterio en el marco de la presente política hace referencia a la atención inmediata e integral de determinados grupos que por sus circunstancias particulares se ven expuestos a mayores riesgos, incrementando su vulnerabilidad psicosocial, dichos grupos son considerados prioritarios en esta política pública.

## V. ANÁLISIS DE ACTORES INVOLUCRADOS

La siguiente matriz presenta el análisis de involucrados y partes interesadas en la gestión e implementación de la Política Municipal de Promoción, Protección y Atención Integral de la salud mental.



El análisis de involucrados plantea desafíos importantes a la hora de gestionar recursos necesarios y de apalancar sinergias y acciones conjuntas que permitirán alcanzar los objetivos planteados.

El centro de esta política son las personas con problemas y trastornos de salud mental, las personas que usan drogas y sus redes familiares. El resto de actores de acuerdo con su influencia, interés y misión organizacional aportarán a hacer cada vez más legítimo y factible el goce efectivo del derecho a la salud mental.

Cada uno de los actores que se han planteado en el diagrama asegura y apalanca la participación y el beneficio del siguiente y viceversa, y lo que resulta fundamental es que la concepción de la salud mental como parte integral de la salud integral, del bienestar, la calidad de vida y la inclusión social de individuos y comunidades, exige la participación decidida de todos y cada uno de los actores que acá se representan.

La acción o inacción de todos y cada uno de ellos contribuye a la promoción protección o vulneración de la salud mental como derecho fundamental de todo ciudadano independientemente de si pertenece o no a un grupo de alta vulnerabilidad; y el desconocimiento de la importancia de la salud mental puede llevar a vulnerar en gran medida este derecho.

La matriz que se presenta a continuación contiene los resultados del análisis del momento en el que se encuentran los actores frente al campo de la salud mental y es indicativa de las acciones que deberán movilizarse para mejorar la gobernanza del Sistema y del Municipio en general en el campo.

ANÁLISIS DE ACTORES INVOLUCRADOS		
	INFLUENCIA	INTERES
Secretaría de salud y seguridad social municipal	5	5
Secretaría de salud departamental	5	4
Secretaría de educación	5	2
Secretaría de recreación y cultura	4	2
Secretaría de desarrollo social		
Secretaría de deportes		
Secretaría de gobierno		
ICBF	4	3
Comisarías de familia	4	3
Personería	1	1
Defensoría	1	1
Casas de Justicia	3	5
Equipos multidisciplinarios en salud	5	3
SOCIEDAD CIVIL		
Líderes comunitarios	5	3
Familias	5	3
Colectivos	3	5
Consumidores de SPA	0	5
Usuarios de SM	2	5
JAC/JAL	4	1
Grupos de apoyo familiar	5	3

OTRAS INSTITUCIONES		
ESE Salud Pereira	5	3
Prestadores privados	3	3
Observatorio de Drogas del Eje Cafetero	3	5
Gremios	5	1
ONG	3	2
Policía Nacional	5	2
Medios de comunicación	5	3
Clase política	5	1
	95	74

La matriz presenta los resultados del análisis de actores identificados como relevantes. El análisis de influencia e interés de cada actor indica la importancia relativa que cada uno tiene en la promoción y protección de la salud mental y el grado de involucramiento activo que presenta frente al tema. Algunos actores fueron identificados posteriormente por lo que no se cuenta con la valoración en cada caso pero el hecho de haber sido identificados tardíamente es indicativo de que no se encuentran claramente en el mapa inicial por lo que es posible que su protagonismo sea limitado en la actualidad.

Los actores que se indican en rojo son actores que tienen una importancia estratégica frente al tema pero en la actualidad no aportan en mayor medida al mismo, es decir que su interés es potencial y debería ser promovido.

Los actores que se indican en verde son actores que en la actualidad presentan una limitada o incluso nula influencia en la promoción y protección de la salud mental pero su interés es primario y fundamental. Son actores altamente estratégicos para movilizar la transformación de las realidades, de los significados y de las representaciones, sin su participación la política pierde un recurso fundamental, relevancia y seguramente efectividad.

Por tanto, el resultado del análisis es indicativo de un esfuerzo que es necesario llevar a cabo para movilizar la voluntad e interés de muchos de estos actores y para empoderar la participación de otros. El escenario ideal será aquel en el que todos los actores que han sido identificados tengan un alto grado de interés en el tema y su influencia se ajuste con base en su importancia estratégica.

## VI METODOLOGÍA

El desarrollo de la Política Municipal de Promoción, Protección y Atención Integral de la Salud Mental fue producto de un trabajo de consulta teórico y práctico que permitió reunir la información respecto a la percepción de necesidades que los actores involucrados en el campo de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas identificaron. A continuación se presenta un esquema del cronograma desarrollado y se anexan los instrumentos que sirvieron como base para adquirir la información pertinente a la construcción del presente documento técnico:

<b>ACTIVIDADES</b>
<b>FASE 1: “estado del arte”</b>
<b>Búsqueda de información</b>
<b>Análisis de la información consultada</b>
<b>Informe de análisis y resultados</b>
<b>FASE 2: “Consultas”</b>
<b>Diseño de Guías de consulta</b>
<b>Primeras consultas: Usuarios, familiares, consumidores de Sustancias Psicoactivas</b>
<b>Segunda Consultas: “comunidad, ONG, Sociedad civil /Expertos academia”</b>
<b>Terceras consultas: Trabajadores de la salud mental, Aseguradores/Prestadores</b>
<b>Cuartas Consultas: “Grupos Vulnerables”</b>
<b>Sistematización de las consultas</b>
<b>FASE 3. “Construcción de la Política”</b>
<b>Reunión de Planeación</b>
<b>Reunión de validación y consolidación</b>
<b>Consolidación e informe final</b>

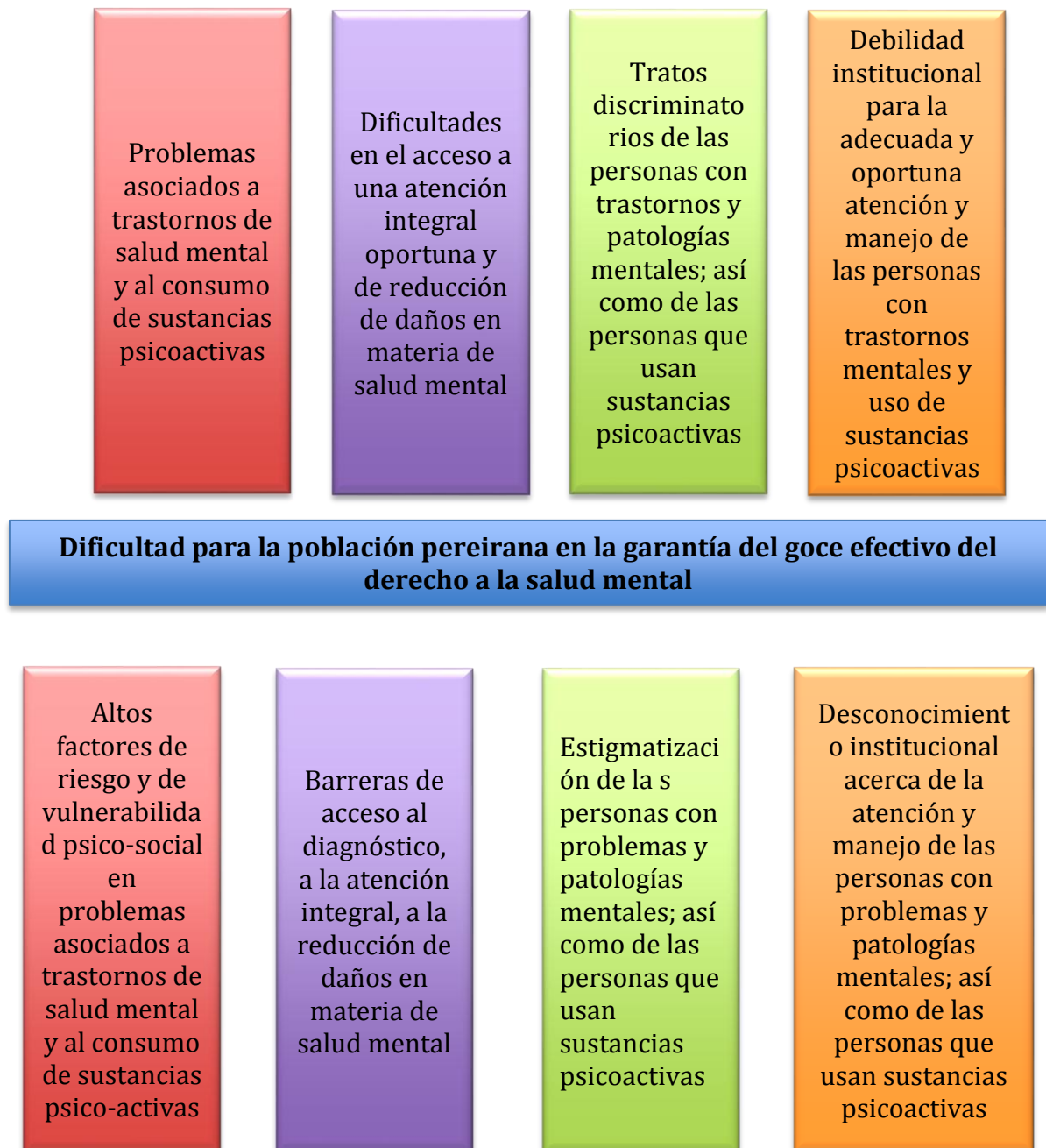
Con el fin de recolectar información proveniente de los actores institucionales y comunitarios que se encuentran involucrados en el trabajo de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en el municipio de Pereira, se desarrolló un proceso de adquisición de información bajo la perspectiva etnográfica en la que primó el uso de la técnica de grupos focales, los cuales se estructuraron en torno a preguntas que buscaban indagar sobre las necesidades más importantes en los siguientes campos: Promoción y Prevención de la salud mental, Atención y diagnóstico Oportuno, Mitigación del riesgo y reducción de daños en lo que respecta a consumo de sustancias psicoactivas y drogas por vía inyectada, gobernanza de la salud mental, abordando esta última como una responsabilidad de sectores diferenciados que deben trabajar de manera articulada para generar el impacto poblacional esperado. Lo anterior se formuló bajo la perspectiva de dos enfoques que transversalizan la presente política pública como son derechos humanos y enfoque diferencial, a partir de esta perspectiva se espera que todo habitante del municipio pueda acceder a los servicios en salud mental de manera oportuna y eficiente.

### DESCRIPCIÓN

Se llevó a cabo un primer taller con metodología ZOOP o planeación s Estratégica, se utilizó la herramienta de Meta-Plan que permite visibilizar los acuerdos, El número de personas que participaron de los grupos focales de consulta fueron 80 El número de personas que participaron del grupo focal de planeación fueron 22 El número de personas que participaron de la reunión de validación fue de 28

**MARCO LÓGICO: MATRIZ PLAN DE ACCIÓN:** La Política pública en Salud Mental para el Municipio de Pereira, se formuló con base en el siguiente información:

**ARBOL DE PROBLEMAS:**



## **POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD METAL**

### **OBJETIVO GENERAL DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mental como bien colectivo y como prioridad en salud pública, reduciendo la vulnerabilidad psicosocial y asegurando el acceso a la atención integral oportuna, continua y de calidad en los ámbitos institucionales y comunitarios del municipio de Pereira para el período 2017 - 2027

Reducir la incidencia de factores de riesgo que mitiguen la vulnerabilidad psicosocial de problemas asociados a trastornos de salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas.

Identificar y minimizar las barreras de acceso al diagnóstico, a la atención integral, a la reducción de daños, al seguimiento y a la inclusión social de calidad para las comunidades en Pereira, a través de la articulación interinstitucional e intersectorial de los actores involucrados en el campo de la salud mental, para generar impactos en la calidad de vida de la población y asegurar el goce efectivo del derecho a la salud

Fomentar la salud mental en el municipio a través de un enfoque diferencial, que elimine el estigma de la enfermedad mental y promueva un trato digno de las personas con problemas y patologías mentales así como de las personas que usan sustancias psicoactivas y sus redes de apoyo familiar o comunitario.

Velar por el cumplimiento de las acciones de la política pública, fortaleciendo la producción de evidencia para el monitoreo y seguimiento de la misma





## **VI. LÍNEAS ESTRATÉGICAS**

### **6.1 Atención integral en salud mental**

Esta línea de acción busca superar la brecha de acceso al diagnóstico oportuno y a la atención integral en salud mental como consecuencia de las barreras geográficas.

La atención en salud mental actualmente se encuentra distante de la mayor parte de las comunas y corregimientos de Pereira, los usuarios del servicio deben desplazarse para la solicitud de citas, para la solicitud de exámenes, para la atención y el seguimiento, lo cual implica una importante inversión de tiempo y de gastos de bolsillo.

De otro lado, el Municipio pierde permanente oportunidades de identificación de casos de alto riesgo pues en la actualidad el primer nivel de atención no integra las estrategias de tamizaje y diagnóstico oportuno en salud mental y en consumo de sustancias psicoactivas. La pérdida de oportunidades es la principal causa de complicaciones futuras debido a factores de riesgo presentes, trastornos de conducta o de aprendizaje, o problemas de salud mental que detectados a tiempo pueden cambiar el curso de los eventos en salud mental.

Una de las medidas esenciales de la prevención basada en la evidencia es la detección y el diagnóstico tempranos, y la inducción a la demanda. Niños, niñas y adolescentes del Municipio de Pereira podrán beneficiarse, potenciar sus potencialidades y evitar transitar a potenciales problemas o trastornos de salud mental o al consumo de drogas con la atención integral en salud física y mental en sus puestos de salud o en los centros de atención de la E.S.E. Salud Pereira más cercanos a su lugar de residencia.

Esta línea estratégica busca además crear y fortalecer las redes de atención en salud mental en todo Pereira, promoviendo la acción coordinada entre instituciones del Estado a cargo de la educación, el bienestar familiar, la salud, la promoción social, la cultura y la recreación, entre otras. Cada contacto con las poblaciones es una oportunidad potencial de detectar posibles problemas de salud mental, las instituciones tendrán la posibilidad de integrar la red y de hacer uso de las rutas y recursos para la referencia y la contrareferencia a los servicios que se habiliten para ello en las comunas y corregimientos en permanente alianza con el segundo y el tercer nivel.

La atención primaria en salud mental se privilegiará en el Municipio de Pereira, así como la Rehabilitación Basada en la Comunidad y los dispositivos de base comunitaria. De ella dependerá el diagnóstico oportuno, el tratamiento, el seguimiento, la rehabilitación y la inclusión social.

La Red de Atención en Salud Mental Comunitaria, una vez constituida en el Municipio y en cada comuna y corregimiento, trabajará de la mano con los equipos de atención primaria en salud mental, el primer, el segundo y tercer nivel de complejidad para asegurar la atención especializada.

La E.S.E. Salud Pereira realizará los acuerdos institucionales a que haya lugar con el Hospital Mental Universitario de Risaralda, y con las otras E.S.E., IPS y profesionales con la debida habilitación, para que sus equipos realicen un trabajo articulado con los equipos extramurales y con los de primer nivel, y trabajen de manera coordinada los

casos, su diagnóstico y atención, eviten el desplazamiento innecesario de los usuarios y aseguren en todo caso el tratamiento y la rehabilitación oportunos, continuos y de calidad en las comunidades en las que viven los usuarios.

Para ello el Municipio y la E.S.E. Salud Pereira desarrollará modalidades como la psiquiatría de enlace, la psicología de enlace, la telemedicina, el desplazamiento a campo de sus profesionales para la supervisión, apoyo técnico y atención de casos. Así como otras estrategias que permitan reducir las barreras de acceso a los servicios de salud que amenazan la adherencia a tratamiento y el pronóstico.

De igual modo el Municipio deberá formar en salud mental, tamizaje, diagnóstico, manejo, rutas, tratamiento y seguimiento a todo el personal de los 25 puestos de salud de la E.S.E. Salud Pereira, a todo el personal actualmente vinculado a la estrategia ENPHASIS, ampliará por fases el programa de atención primaria en salud para llegar a todas las comunas y corregimientos y lo ampliará con la integración del componente de salud mental.

El Municipio reforzará la formación en tamizaje e intervención breve para el consumo de sustancias psicoactivas e incluirá la formación en las herramientas MH Gap para salud mental de la OMS al personal de consejería escolar, consejería universitaria, comisarías de familia, casas de justicia, centros de escucha, zonas de orientación escolar. La formación de este personal deberá ser continua, ofrecer seguimiento y generar los mecanismos de apoyo técnico y asesoría continua. Esto último podrá integrarse a las responsabilidades de la Red de Atención en Salud Mental Comunitaria.

Por último, el Municipio y la E.S.E. Salud Pereira trabajarán con la Gobernación de Risaralda en la habilitación de psicología en el primer nivel de atención y asegurarán la presencia de personal de psicología en cada uno de los 25 puestos de atención de la E.S.E. Salud Pereira.

Es de anotar que los centros y servicios de atención en consumo de sustancias psicoactivas harán parte integral de la Red y privilegiarán la atención ambulatoria y la Rehabilitación Basada en la Comunidad por encima de la atención residencial. Los servicios de internamiento y residenciales tanto en salud mental como en consumo de sustancias psicoactivas deberán limitarse para aquellos casos en los que la vida o la integridad de la persona o de personas de su red estén amenazadas y en todo caso se asegurará siempre el pronto retorno a la comunidad.

Por último, el Municipio ha avanzado en “transversalizar” la salud mental en los casos de enfermedad general y condiciones crónicas. Tal transversalización ha implicado la derivación de múltiples casos recientemente diagnosticados al Hospital Mental Universitario de Risaralda o a otras IPS para su respectiva evaluación por especialista en salud mental, con lo cual se ha sobrecargado aún más la red de salud mental que con dificultad venía respondiendo a la demanda natural no inducida.

El impulso de esta línea estratégica permitirá hacer un uso óptimo de los recursos existentes, limitar el uso de los servicios altamente especializados a los casos que verdaderamente lo ameriten y tramitar una importante proporción de casos para evaluación y tamizaje en menores niveles de complejidad a menores costos tanto para el Sistema como para los usuarios.

## **6.2 Protección y promoción de los derechos humanos con enfoque en salud mental**

Las acciones derivadas de esta línea estratégica buscarán cumplir lo previsto el objetivo dos de esta política.

Múltiples factores de riesgo y vulnerabilidad psicosocial son de naturaleza estructural, incluyendo la pobreza, la miseria, la violencia política, la falta de oportunidades, la debilidad en la titularidad de derechos básicos como el acceso a saneamiento básico, seguridad alimentaria, educación, vivienda.

Una política pública de salud mental no puede intervenir de manera directa en ninguna de estas variables que a la larga afectan la salud mental de un sector importante de la población en Pereira. Por tanto, no dependerá de ella modificarlas.

Sin embargo, las acciones de la política podrán intervenir en la manera como se afrontan estas circunstancias y los eventos vitales estresantes, en la garantía del derecho que todos los ciudadanos tienen a gozar de una buena salud mental a pesar de las circunstancias de vida, en la promoción de la resiliencia y la empatía, en la creación de espacios para la resolución de conflictos, para la gestión de emociones, para la crianza y comunicación con los hijos.

Será también posible dinamizar espacios de movilización social y comunitaria para el control y la regulación social de prácticas que inciden en el incremento de las violencias evitables y en los problemas de convivencia, así como la creación de escenarios de construcción y consolidación de identidad comunitaria y de fortalecimiento del tejido social.

La promoción de la salud mental podrá reforzar factores protectores en medio de entornos de alto riesgo (en los ámbitos familiar, comunitario, educativo) y podrá intervenir para devolver a las personas la sensación de que es posible ejercer algún control sobre la realidad, la adversidad, el futuro, el bienestar y la calidad de vida, con lo cual se estará contribuyendo a la reducción de la vulnerabilidad psicosocial y se le estará quitando peso a los factores de riesgo.

Esta línea estratégica requiere de la confluencia de diversos actores y sectores entre ellos educación, cultura, recreación, así como con sectores comunitarios organizados y no organizados, colectivos, líderes comunitarios. Los centros y zonas de escucha son fundamentales en la dinamización de este componente.

El país viene generando una plataforma cada vez más sólida en la promoción de alternativas y oportunidades para familias, jóvenes y grupos de alta vulnerabilidad. Diversas políticas y documentos CONPES integran el componente productivo y de emprendimiento social y cultural como parte de las estrategias para la prevención de la delincuencia juvenil, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la prevención del VIH/sida.

La integración de este tipo de estrategias es coherente con el enfoque de desarrollo, vulnerabilidad, determinantes sociales de la salud y promoción de estilos de vida sostenibles. La evidencia es cada vez más robusta en mostrar que los resultados en salud no solo dependen de los estilos de vida sino de las condiciones de vida. Por tanto

cualquier estrategia que promueva de manera decidida el mejoramiento de la calidad de vida de individuos, familias y comunidades incidirá positivamente en su salud mental.

Por supuesto, esta línea estratégica entrará a dialogar y a hacer sinergia con los programas y proyectos que el Municipio ya viene trabajando para la promoción de estilos de vida saludables, la promoción de la salud, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la reducción de daños asociados al consumo de drogas, el fortalecimiento de las redes familiares, la atención a víctimas, la atención a la primera infancia, la atención a las minorías étnicas, entre otros.

Por último, esta línea estratégica será fundamental para promover una mirada de la salud mental desde lo positivo. Es fundamental transformar los imaginarios y las representaciones sociales en torno a la “enfermedad mental”, al “enfermo mental” y al “drogadicto”.

La carga negativa que se asocia a estos términos se encuentra muy arriagada en nuestra cultura y no solo impide que la gente consulte o busque ayuda ante cualquier problema o alteración, hace que se normalicen los síntomas cuando se presentan, y se contribuye a reforzar el estigma, la discriminación y la exclusión social de las personas afectadas, sus familias y cuidadores.

Si la salud mental se re-presenta y su concepto se de-construye como un componente esencial de la salud integral, si se entiende que no hay salud sin salud mental, si se integra la salud mental a la tendencia cada vez más marcada del cuidado de la salud, será posible que las personas comprendan que cultivar la salud mental es tan importante como cultivar la salud física y el bienestar. Este aspecto contribuye también al logro del objetivo tres de esta política.

### **6.3 Igualdad y no discriminación en salud mental**

Tal como se enunció desde el comienzo, las personas que presentan alguna afección en su salud mental y las personas que usan sustancias psicoactivas son grupos poblacionales altamente vulnerables por cuenta del estigma y la discriminación de la que comúnmente son víctimas.

El estigma y el señalamiento han contribuido a debilitar la dignidad de estas personas y promueve en varios escenarios institucionales y comunitarios el maltrato, el hostigamiento, la exclusión, en suma, la vulneración de los derechos humanos y la inclusión social de estas personas y de sus redes familiares.

Esta línea estratégica busca movilizar un cambio de paradigma en torno a la salud mental, a los trastornos mentales y al consumo de sustancias psicoactivas. Para ello es necesario que se transformen los imaginarios y las representaciones sociales, que se quiebren los mitos y que se humanice el trato.

Todos somos susceptibles de vivir en carne propia o de tener alguna persona cercana, en algún momento de la vida alteraciones en la salud mental y/o consumos problemáticos de sustancias lícitas o ilícitas. Es necesario avanzar en una pedagogía que permita una mejor comprensión de los fenómenos en toda su complejidad, dejar de lado las

explicaciones que simplifican estas realidades y demandan respuestas de autoridades o instituciones igualmente simples y avanzar hacia un cambio de paradigma.

Esta línea estratégica requiere del involucramiento y la participación activa de la sociedad civil, las comunidades, los colectivos y de la sociedad en su conjunto; estos permitirán mover las transformaciones desde la acción social, es decir, “desde adentro”. Estos cambios toman tiempo y no son fáciles de alcanzar, se requiere de constancia en el ejercicio pedagógico y de sensibilización en todos los niveles sociales, comunitarios e institucionales.

También se requiere fortalecer los mecanismos de verificación y control por parte de Municipio y del Departamento de la calidad de los servicios de atención. En la actualidad persisten en Colombia modalidades de “tratamiento” que privan de la libertad, engañan, humillan, aíslan, maltratan y hasta torturan. Estos tratos no solo son inconstitucionales, no están basados en ninguna evidencia científica por lo que no pueden ser considerados “servicios de salud”, no pueden ser objeto de habilitación por parte del Sistema y no pueden ser permitidos.

Las comunidades, las familias y los mismos usuarios pueden desconocer esta realidad y considerar que esta es la “mejor manera” de atender los trastornos mentales o el consumo de sustancias psicoactivas, por tanto pueden acceder a ello pensando que al someterse a este tipo de intervenciones encontrarán una solución. Es importante que las familias, comunidades y los mismos usuarios conozcan y exijan sus derechos y hagan respetar la Constitución y las leyes. Que además entiendan que no hay evidencia alguna que sustente que los tratos indignos o la privación de la libertad promueven o restauran la salud mental.

Por tanto, esta línea estratégica considera la implementación de mecanismos de exigibilidad de derechos que promuevan el goce efectivo de la salud mental.

#### **6.4 Gobernanza para la salud mental**

El término gobernanza es polisémico y suele entenderse con diversas acepciones, se vienen utilizando desde la década de los noventa y se integra cada vez más a la gestión estatal.

Se integra en la medida en que se reconocen las limitaciones en el alcance de la acción del “gobierno”, el aporte invaluable de la sociedad civil y de las organizaciones no gubernamentales y de base en la definición, implementación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos y el poder cada vez más fuerte de los gremios económicos en la definición de políticas y en las acciones propias del Estado.

La gobernanza acá se entiende como sinónimo de “buen gobierno” y a través de ella se ajustan los mecanismos y las acciones propias de las instituciones del Estado y de los servicios públicos delegados a actores públicos, privados o mixtos para asegurar la legitimidad, la eficiencia, la calidad y la adecuada orientación de las acciones para el beneficio de los ciudadanos.

Esta línea estratégica busca mejorar el buen gobierno del Sistema de Salud en el campo de la salud mental, fortalecer el papel misional de la Secretaría de Salud como entre

rector y mayor autoridad en salud en el Municipio, reforzar los lazos colaborativos con la Gobernación en temas que le son subsidiarios y fundamentales para el cumplimiento de los objetivos de esta política, reforzar el dialogo productivo y las negociaciones con las EPS y con las E.S.E. para hacer posible los acuerdos institucionales y la reorganización de los servicios de tal manera que ninguna de las partes pierda, que se optimice el uso de los recursos existentes, que se reorienten las inversiones en salud para una mayor eficiencia y eficacia. Y por último que se refuercen los mecanismos de participación, dialogo e intercambio continuo con la sociedad civil organizada y no organizada.

Se espera con las acciones previstas que se asegure también que en el Plan de Desarrollo, en el Plan de Salud Territorial y en el Plan de Intervenciones Colectivas de Pereira para los próximos cuatro años y hasta el año 2020 se gestione y se implemente lo previsto en esta política pública.

Una parte fundamental de la gobernanza del Sistema de Salud es la información. La construcción de información estratégica es necesaria para el adecuado seguimiento de las políticas y programas, la toma de decisiones, el ajuste y el mejoramiento continuo de las acciones y más importante aún la rendición de cuentas.

Por tanto y aunque la evaluación y el monitoreo son transversales a todas las líneas estratégicas, pues con ellos se dará cuenta del cumplimiento de los objetivos a través de indicadores, es función de esta línea dinamizar lo necesario para asegurar el flujo oportuno y constante de información, su análisis y su devolución a las comunidades y a la institucionalidad.

Parte esencial de la gobernanza está en la promoción de medios como la veeduría ciudadana. El Municipio ya ha avanzado en esto con la conformación de la red de veedores en salud, se espera que en el marco de la política esta red se amplíe, se fortalezca y que se integre también la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.

Se prevé también la promoción de la participación a través de la consolidación de colectivos y de asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y de atención al consumo de sustancias psicoactivas. Los mecanismos de participación serán transparentes y democráticos y tendrán en cuenta la diversidad.

Por último, esta línea estratégica busca movilizar la articulación y el dialogo intersectorial e interinstitucional que haga posible a los habitantes de Pereira gozar de una salud mental integral en los diversos ámbitos en los que se desarrolla su cotidianidad y no solo en el ámbito de la prestación de servicios.

## **VII. DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

La Secretaria de Salud y Seguridad Social velará por la difusión y promoción de la Política Pública De Promoción, Protección y Atención Integral de la Salud Mental en el municipio de Pereira para el periodo 2017-2027

## **VIII FUENTES DE FINANCIACIÓN**

Los recursos a asignar para la ejecución de las acciones de política pública estarán incluidos en los presupuestos anuales que les sean aprobados a las Secretarías Responsables, las cuales determinarán, de acuerdo con su grado de participación, las partidas de su labor misional que destinarán al cumplimiento de los objetivos del acuerdo.

La aprobación de recursos adicionales estará sujeta al análisis del impacto fiscal y la validación de los indicadores de Ley establecidos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, sin que esto impida la gestión de recursos del orden departamental, nacional e internacional.

## **IX SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN**

La Política Pública De Promoción, Protección y Atención Integral de la Salud Mental y los instrumentos que de ella se deriven serán objeto de monitoreo y seguimiento permanente.

Una vez al año las secretarías de despacho y las entidades del orden descentralizado que tengan a cargo ejecución de acciones de política pública rendirán informe a la Secretaría de Salud de Pereira con el fin de consolidar los avances de sus acciones, las cuales se presentarán a la ciudadanía y al Concejo Municipal.

El Observatorio de Políticas Públicas, realizará el monitoreo, seguimiento y evaluación de la Política Pública y fortalecerá la capacidad para el análisis, investigación y orientación a la toma de decisiones en materia de salud mental para el municipio de Pereira.