

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO****DE 2018****()**

Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas en el artículo 31 de la Ley 1616 de 2013, y en desarrollo de lo establecido en el artículo 2º del Decreto ley 4107 de 2011 y la Resolución 1841 de 2013 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1616 de 2013 contiene disposiciones para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de 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 consonancia con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política.

Que de igual forma, la precitada ley establece los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital, todo ello con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Que de acuerdo con el artículo 31 *ib.*, la política deberá ser expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá que ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes incluyendo entre otros elementos, *"...la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales mediante la detección oportuna, el seguimiento, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud locales. Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el Plan Decenal para la Salud Pública"*.

Que, a su vez, mediante la Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas OMS (2010), los Estados deben considerar la importancia que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial dentro de la formulación de políticas, y de esa manera avanzar en aspectos como el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad.

Que de conformidad con los objetivos de desarrollo sostenible -ODS, específicamente el objetivo 3 *"Salud y Bienestar"*, los estados deben promover el desarrollo con sostenibilidad social, que se traduzca en mejores condiciones de vida y salud para todos.

Que para su cumplimiento, el Estado colombiano estableció una meta con el fin de garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades:

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

"De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar".

Que, adicionalmente, conforme con la Agenda 2030 definida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, se insta a que los Estados Partes deben formular políticas y acciones a partir del *"...consenso cada vez mayor en la necesidad de hacer más esfuerzos para reducir la estigmatización de los enfermos mentales y ofrecer servicios de salud mental a la población..."*

Que la Ley 1414 de 2010 *"Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral"*, establece en su artículo 5 que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá formular la Política Pública de atención integral a las personas que padecen epilepsia.

Que a través de la Ley 1448 de 2011 se definieron dentro de los derechos de la víctimas, las medidas para la asistencia, reparación, atención integral y rehabilitación, en las que la salud mental y la atención psicosocial son parte fundamental para fortalecer la autonomía y la auto agencia de las víctimas en razón de los impactos producidos por los hechos violentos ocurridos en el marco del conflicto armado.

Que mediante la aplicación del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, la Organización Mundial de la Salud exhorta a que en la esfera de la salud, así como la labor que ha realizado hasta la fecha para incorporar, entre otras cosas, una perspectiva de derechos humanos en la salud mental, y recordando el compromiso de los Estados de lograr este objetivo mediante.

Que mediante la Resolución 1841 de 2013 este Ministerio adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, estableciendo como parte de sus dimensiones la de Convivencia y Salud Mental, como eje prioritario dentro de la cual propone la meta *f* del Componente de Promoción de la convivencia social y de la salud mental para que *"A 2021 el 100% de Departamentos y municipios del país adopten y adapten la Política Pública Nacional de Salud Mental acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social"*.

Que la Ley 1751 de 2015 *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"* establece en su artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, y para ello deberá: ... *b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema y c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.*

Que a través de la Resolución 32/18 de 2016 del Consejo de las Naciones Unidas se definen y generan las orientaciones para que los países establezcan acciones sobre salud mental y derechos humanos, y sus resoluciones sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Que se hace necesario adoptar acciones de política pública dirigidas al ejercicio del derecho a la salud mental de toda la población colombiana, como parte de la garantía y protección del derecho a la salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Adóptese la Política Nacional de Salud Mental, contenida en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente disposición será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, en el ámbito de sus competencias y obligaciones. Del mismo modo, los demás actores y sectores que tengan funciones relacionadas con salud mental, concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el documento técnico.

Artículo 3. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

ANEXO TÉCNICO

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

CONTENIDO

SIGLAS

I. PRESENTACION: VISION Y APUESTA DE LA POLITICA PÚBLICA.

II. ANTECEDENTES POLITICOS Y NORMATIVOS.

III. ANALISIS DE LA SITUACION.

3.1 Afectaciones en la salud mental en relación con:

3.1.1 Problemas y trastornos mentales, enfermedades no Transmisibles, conducta suicida y epilepsia.

3.1.2 Consumo de sustancias psicoactivas.

3.1.3 Violencias y convivencia social.

3.2 Factores que dificultan o impiden condiciones y habilidades para el ejercicio de la salud mental.

3.3 Atención integral e integrada de la Salud Mental

3.4. Servicios sectoriales e intersectoriales para la atención integral e integral de la salud mental con participación social.

IV. ENFOQUES

4.1 Desarrollo basado en Derechos Humanos

4.2 Género

4.3 Diferencial Poblacional y Territorial

4.4 Psicosocial

4.5 Modelo de Determinantes Sociales de la Salud: relaciones con la salud mental.

V. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD.

VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

6.2 Objetivos específicos

VII. EJES Y LINEAS ESTRATEGICAS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

7.1 Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos.

7.2 Prevención en salud mental y epilepsia

7.3 Atención Integral e integrada en salud mental y epilepsia

7.4 Rehabilitación basada en comunidad e Inclusión social

7.5 Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial

VIII. ACTORES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

IX. MONITOREO, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL: METAS E INDICADORES

X. BIBLIOGRAFIA

XI. ANEXOS

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

SIGLAS

AMS Asamblea Mundial de la Salud

APD Años de Vida Sana Perdidos por Discapacidad

APS Atención Primaria en Salud

ASIS Análisis Situacional de Salud

AVAD Años de Vida Ajustados por Discapacidad

AVPP Años de Vida Potencialmente Perdidos

CNSM Consejo Nacional de Salud Mental

DSS Determinantes social de salud

FAP Fracción o el porcentaje de Riesgo Atribuible a la Población.

ENT Enfermedades No Transmisibles

EVS Estilos de Vida Saludable

MSPS Ministerio de Salud y Protección Social

ODS Objetivos de Desarrollo sostenible

OMS Organización Mundial de la Salud

ONS Observatorio Nacional de Salud Mental

OPS Organización Panamericana de la Salud

PDSP Plan Decenal de Salud Pública

PNSM Política Nacional de Salud Mental

SENT Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

SM Salud Mental

SND Sistema Nacional de Discapacidad

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

I. PRESENTACION: VISION Y APUESTA DE LA POLITICA PÚBLICA

La salud mental, como asunto prioritario de carácter universal esencial para el ejercicio de los derechos de todas las personas, se debe considerar como un tema fundamental para la formulación e implementación de políticas, planes y programas y acciones de salud integral e integrada, a partir de una atención con calidad, no solo para quienes padecen o sufren algún problema o trastorno mental, sino para toda la población colombiana.

La presente Política Nacional de Salud Mental propone la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en término de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos (Cunego, Aram, 2016) y reconoce la salud como un derecho fundamental recogiendo lo establecido por la Ley Estatutaria de Salud (MSPS, 2015) y la Política Integral de Atención en Salud de 2016 donde se define que las personas, familias y comunidades son el centro de la atención integral de la salud.

El objeto central de las políticas públicas en el marco del desarrollo humano deben fortalecer condiciones de vida digna que promuevan la satisfacción de necesidades básicas y condiciones materiales para el ejercicio de los derechos; en tal sentido es importante reconocer las particularidades diferenciadas, sus relaciones con lo territorial y las condiciones que aumentan la salud mental. Para alcanzar dicho propósito se requiere que las instituciones orienten sus políticas, programas, proyectos y estrategias para generar y reconocer las capacidades de las comunidades, por tal razón es fundamental que las instituciones, la sociedad y el sector privado generen, promuevan y potencien condiciones para mitigar la exclusión, reducir las inequidades y eliminar las desigualdades.

Entendiendo que las personas son el centro de las políticas de desarrollo, la garantía de los derechos, para su protección, respeto y reparación, implica que las diversas situaciones en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, se aborden no sólo desde los factores de riesgo individuales, sino también desde las relaciones sociales que se encuentran determinadas por los distintos órdenes, de clase, género y raza (MPS, 2016 [b]).

Desde esta perspectiva, se busca trascender la idea dicotómica de salud – como ausencia de enfermedad y promover logros óptimos en salud en todas las esferas de la vida humana, recogiendo el abordaje de la Organización Mundial de la Salud sobre salud mental como *"...un estado de completo bienestar físico, mental y social, en el que no solamente está dado por la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que además lo relaciona con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos..."* (OMS, 2018). Se entiende así la salud mental en una perspectiva comunitaria que promueve la relación con el medio ambiente, la participación e inclusión social, el fortalecimiento de redes de apoyo y la adopción de estilos de vida saludables, entre otros, como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas que les permitirá consecuentemente *"el despliegue a nivel individual y colectivos de sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad..."* (MSPS, 2013).

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

La salud mental representa un tema fundamental en el actual escenario de país teniendo en cuenta el marco socio-histórico de profundas desigualdades y factores estructurales de base relacionados con violencia social y política, así como por condiciones de pobreza que han ampliado y profundizado las vulnerabilidades personales y sociales. Tal como evidencia la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 y otras fuentes de información dicha situación afecta a la población general, particularmente a niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, mujeres víctimas de distintas formas de violencia, víctimas del conflicto armado, población privada de la libertad y comunidades indígenas, entre otros, con repercusiones que inciden y truncan sus proyectos de vida y su capacidad para vivir una vida funcional y autónoma, así como las dinámicas relacionales familiares y comunitarias, agudizando condiciones de conflicto y malestar social. Esto a su vez incrementa la carga de enfermedad y complejiza las capacidades de respuesta, no solo del sector salud, sino de los demás sectores, las comunidades y la sociedad en general.

Se requiere así de una política nacional de salud mental basada en la evidencia, que aborde integralmente la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la generación de condiciones de calidad y humanización en la atención de las personas, familias y comunidades afectadas. Del mismo modo la política pública debe adelantar acciones en contra de la estigmatización, el señalamiento y el abandono social a los que han sido sometidas las personas afectadas en algún grado de trastorno o problema, ya que parte de los retos de la misma es el desarrollo de posibilidades para su recuperación, sostenimiento y rehabilitación en el marco de los derechos humanos y de procesos de inclusión social, definidos tanto por el Plan decenal de Salud Pública dentro de sus metas, como por la Ley 1616 de 2013. (MSPS, 2012).

Esta política busca incidir en el despliegue de capacidades psico-emocionales, mentales y comportamentales que posibilitan el desarrollo de autonomía y relacionamiento, la funcionalidad y el desempeño para la vida cotidiana; tanto para la construcción de proyectos de vida y auto reconocimiento de potencialidades como para fortalecer las limitaciones en los procesos de transformación personal y social. (Congreso de la República, 2013). Para esto se propone un abordaje social comunitario, que requiere del despliegue de recursos sectoriales e intersectoriales con el objetivo de lograr una atención integral, reconociendo a los sujetos de derechos como centro de la misma, en consideración de las particularidades propias de las personas, familias y comunidades, sus situaciones y contextos.

Por consiguiente la política nacional de salud mental, desde el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con las demás instituciones, busca posicionar la salud mental no solo como asunto prioritario de la salud pública y de derechos tal como lo promulga la Ley 1616 de 2013," (MSPS, 2013), sino que además debe, en concordancia con lo propuesto en el Plan Hemisférico de la Salud Mental 2015 – 2020. (OMS - OPS, 2014):

- Orientar programas de promoción que fortalezcan las habilidades psicosociales individuales y colectivas, la cohesión social y gestionen entornos saludables, resilientes y protectores.
- Orientar programas de prevención articulando los sistemas y servicios de salud mental a los dispositivos de base comunitaria.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

- Fortalecer la respuesta de los servicios de salud con enfoque de atención primaria.
- Promover la rehabilitación basada en comunidad y la inclusión social.
- Optimizar los sistemas de información y la gestión de conocimiento así como la articulación sectorial e intersectorial.

Los anteriores énfasis constituyen ejes transversales de formulación de la presente política de salud mental y orientan las acciones para intervenir los principales eventos que aportan a la carga de enfermedad en el país, ya sea por discapacidad o por mortalidad:

- Los problemas y trastornos mentales.
- La conducta suicida.
- Las violencias interpersonales
- La epilepsia

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas es importante aclarar que en Colombia distintos estudios poblacionales¹ evidencian un fenómeno creciente en todos los grupos poblacionales, especialmente en el consumo de las sustancias ilícitas, así como en la disponibilidad de sustancias. Se considera así que el país paso de ser un país productor de sustancias psicoactivas a un país productor y consumidor.

La información de estos estudios nacionales y la evidencia internacional es clara en señalar la importancia de construir políticas nacionales y respuestas programáticas integrales e intersectoriales con visión de largo plazo a partir de un abordaje que integre los componente de promoción de la salud y la convivencia, prevención, atención y reducción de riesgos y daños, así como procesos que definan acciones estrategias para afrontar fenómenos emergentes como los de las nuevas sustancias psicoactivas y las características de las poblaciones vulnerables. Es así como los desarrollos de política específicos en esta temática se materializan en la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas 2018-2030, que se constituye así en un documento independiente pero complementario a la presente política.

Por otra parte, dado el marco normativo presente en la Ley 1414 de 2010 (Ley de epilepsia) que establece unos criterios para una Política Pública de Atención Integral, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud frente a gestionar los trastorno mentales y la epilepsia de manera conjunta en la atención primaria, las altas comorbilidades con trastornos mentales y la presencia de desenlaces comunes tales como la discapacidad psicosocial, el deterioro cognitivo, el mayor riesgo de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas y la sobrecarga de los cuidadores; se ha definido incluir este trastorno neurológico en la presente política.

Con el propósito de lograr una implementación efectiva de la política y tal como lo dispuso la Ley 1616 de 2013 en su artículo 41, se expedirá el documento

¹ El país cuenta, desde el año 1992, con estudios nacionales y poblacionales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en diferentes grupos poblacionales tales como escolares, población general y en población con comportamientos de alto riesgo para adquirir o transmitir Infecciones de Transmisión sexual y sanguínea - CODAR por el impacto en salud pública

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

CONPES² de Salud Mental (2018 – 2022) con el concurso del Departamento Nacional de Planeación. Este documento constituirá el Plan de Acción de la presente Política de Salud Mental y Convivencia concertado con las entidades del orden nacional relevantes y reflejará las acciones concretas, sectoriales e intersectoriales, para la implementación así como sus fuentes de financiación. Por otra parte, la presente política será el insumo con el cual los departamentos y distritos del país realizarán los procesos de adopción y adaptación que permitirán la implementación territorial.

En concordancia con lo anterior, el presente documento de política comprende once capítulos. El primero enmarca la presentación de la apuesta y visión de la política nacional de salud mental; el segundo define el marco político y normativo de la salud mental, sus relaciones con los derechos humanos y los principales desarrollos para posicionar la salud mental desde el ámbito internacional, regional y nacional; el tercer capítulo es el análisis de situación y del contexto de la salud mental; el cuarto capítulo establece la fundamentación, que contiene los enfoques; el quinto capítulo desarrolla los principios que rigen la política; el capítulo seis recoge los objetivos; el capítulo siete desarrolla los ejes y líneas estratégicas de intervención; el capítulo ocho describe los actores claves para la implementación efectiva a nivel nacional y territorial; el capítulo nueve enuncia los mecanismos e indicadores de seguimiento y monitoreo y finalmente los capítulos diez y once exponen la bibliografía y los anexos.

La formulación de la Política Nacional de Salud Mental, que incluyó la recopilación y análisis de la información, la deliberación nacional y territorial y la concertación de los aportes dados por cada uno de los actores relevantes, entre otros procesos relevantes, se realizó siguiendo las orientaciones de la Guía para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas de salud y protección social elaborada por la Oficina de Planeación de Políticas públicas sectoriales del Ministerio de Salud y Protección Social. (MSPS, 2016).

Es importante agradecer la participación de los diferentes grupos de trabajo del Ministerio de Salud y Protección social tales como: la Oficina de Promoción social, la Oficina de Planeación y Políticas Públicas Sectoriales, la Dirección de Promoción y Prevención, la Oficina de Calidad, la Dirección de Prestación de Servicios, la Dirección de Talento Humano en Salud, así como la participación activa de las direcciones territoriales de salud, los representantes del Consejo Nacional de Salud Mental, actores sectoriales e institucionales, académicos, gremios y cuerpos colegiados, organizaciones sociales y comunitarias, de pacientes, familiares y cuidadores de patologías en salud mental y demás participantes con quienes fue importante compartir cada uno de los planteamientos señalados en el presente documento y recibir sus valiosos aportes para la concertación y elaboración del mismo.

II. ANTECEDENTES POLITICOS Y NORMATIVOS

A partir de la II Guerra Mundial ocurrida entre 1939 a 1945 ocurrieron graves violaciones a los derechos humanos DDHH y graves infracciones al Derecho Internacional Humanitario- DIH, cuyos impactos a nivel internacional generaron

² El Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) fue creado por la Ley 19 de 1958. Ésta es la máxima autoridad nacional de planeación y se desempeña como organismo asesor del Gobierno en todos los aspectos relacionados con el desarrollo económico y social del país.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

importantes repercusiones políticas, económicas, sociales y culturales, principalmente en los ámbitos históricos y jurídicos, uno de ellos con fuertes impactos en la salud mental por los hechos ocurridos y la magnitud de los mismos que conllevaron a la creación de instrumentos internacionales relevantes para la promoción, protección, defensa y garantía de los derechos humanos a través de la Carta de los Derechos Humanos, las Declaraciones, los pactos, acuerdos y demás mecanismos internacionales que se han venido adoptando paulatinamente por los Estados como insumos importantes para la toma de decisiones en materia de políticas públicas. (ONU, 1948).

Mediante la creación de la Organización de las Naciones Unidas y el Sistema de Naciones Unidas conformado por los Estados que decidieron ser parte de ella, se generaron compromisos para adoptar y adaptar legislaciones, políticas y acciones que promuevan los derechos humanos, tendientes a eliminar todas las formas de violencia y discriminación, promoviendo el derecho a la inclusión social y la participación efectiva de todas las personas en la sociedad, entre ellos la salud mental a través de instrumentos normativos internacionales. (Véase Anexo Técnico 2 *Antecedentes Internacionales Relacionados Con La Salud Mental, Los Derechos Humanos, El Desarrollo Humano y Los Determinantes Sociales*).

A través de dichos instrumentos le otorgaron a los Derechos Humanos los principios de integralidad e interdependencia, por lo cual el disfrute del derecho depende en gran medida de la realización de los demás derechos, y para ello es necesario la toma de las mejores decisiones de política por parte de los Estados con el fin de alcanzar los mejores resultados en las poblaciones, teniendo en cuenta la relación entre la interpretación y explicación de las realidades sociales y la materialización de los derechos, los cuales deben afectar positivamente los determinantes de la salud mental.

En coherencia con lo anterior, los estudios y experiencias a nivel internacional demuestran que parte del ejercicio de los derechos humanos tienen una relación con la salud, ya que evidencian la necesidad de formular e implementar políticas públicas que incluyan acciones de promoción de la salud mental como parte de las acciones para garantizar y proteger los derechos humanos, debido a que el aumento en la carga de enfermedad deteriora no solo la salud física sino que afecta la calidad de vida de las personas en su salud física y mental por las dificultades para relacionarse, por ejemplo, el estudio mundial de carga de enfermedad de 2013 indicó que *“la carga de enfermedad con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, aumentó en un 41% entre 1990 y 2010 y representa uno de cada 10 años perdidos de salud a nivel mundial, sin incluir el aumento de la mortalidad asociada a estos trastornos o las consecuencias sociales y económicas de los trastornos en las personas afectadas, sus cuidadores y la sociedad.*

Lo anterior ha sido posible gracias al desarrollo jurídico y normativo internacional, el cual se ha venido consolidando paulatinamente desde las Naciones Unidas como parte de los mecanismos para el disfrute de los derechos, los cuales dependen en gran medida de la realización con los demás derechos, y para ello es necesario la toma de las mejores decisiones de política por parte de los Estados con el fin de alcanzar los mejores resultados, por lo cual la interdependencia e integralidad de dichos derechos se logra mediante la formulación de políticas públicas para la promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación de la

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

salud, a través de las competencias que deben establecer los Estados en materia de políticas para el sector salud y el bienestar de sus poblaciones.

Sin embargo para lograr resultados efectivos en la salud de las personas, la evidencia documentada recomienda que es importante incluir paquetes de atención y promoción en salud mental, a través de políticas públicas que inviertan entre 3 a 4 US\$ anuales por habitante, como parte del incremento de la rentabilidad y el desarrollo económico en los países de medianos y de bajos ingresos. Sin embargo, menos del 1% del gasto público en salud en los países de bajos y medianos ingresos se destina a la atención de personas con estos trastornos, razón por la cual las políticas públicas deben incluir acciones que mitiguen no solo el deterioro de la salud física y mental de las personas, sino que además incluyan una atención integral y articulada con otras políticas sectoriales para incidir positivamente los determinantes estructurales tales como salud, trabajo, protección social, vivienda, seguridad, participación, con el fin de fortalecer la respuesta institucional que atienda las particularidades de las personas según las condiciones de sus territorios, su cultural, y sus visiones de desarrollo

Así mismo las experiencias globales muestran como la ausencia del componente de salud mental en la formulación e implementación de políticas públicas, reducen posibilidades de desarrollo e inclusión mayoritariamente de las personas, familias y comunidades que viven en países con bajos y medianos ingresos, al igual que incrementa otros problemas asociados con la pobreza, la falta de vivienda, el desempleo o la ausencia de medios de generación de ingresos, la desescolarización y la falta de acceso integral a otros servicios, aumentando problemas de salud, principalmente relacionados con el estigma y la discriminación de las personas que sufren problemas de salud mental o de enfermos mentales, y de sus condiciones desfavorables para el desarrollo humano, la calidad de vida y la capacidad para incidir positivamente en las relaciones y dinámicas de los entornos, generando posibles violaciones de derechos humanos. (Okpaku, 2014)

Por tal razón resulta fundamental la inclusión de la salud mental dentro de políticas públicas, ya que generan beneficios sociales para la población y las relaciones sociales por la reducción de la discriminación y el empobrecimiento, así como en la salud porque mejoran el acceso a otros servicios con los que se reduce carga de enfermedad, ya que las intervenciones mencionadas requieren no sólo de recursos financieros, sino de esfuerzos sostenidos para hacer frente a otras barreras tales como la escasez o falta de cualificación del talento humano, la débil gobernabilidad y el estigma del que son víctimas las personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas.

Otro planteamiento de los estudios a nivel global señala que las acciones de promoción y *prevención, requieren de una variedad de intervenciones efectivas, que incluyan medicamentos, tratamientos psicológicos e intervenciones sociales, las cuales pueden prevenir y tratar los trastornos*; por ejemplo, en la plataforma de prestación de servicios a nivel de la población, *"las mejores prácticas incluyen medidas legislativas para restringir el acceso a medios de autolesión o suicidio y para reducir la disponibilidad y la demanda de alcohol"* (Patel V, 2016).

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Lo anterior lo ratificó el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en su informe de desarrollo humano, el cual recomienda a nivel global la importancia de priorizar el componente de salud mental dentro de las políticas públicas, con el fin de promover el desarrollo humano y fortalecer la autonomía de las personas, familias y comunidades, transformando mejorando sus condiciones de vida, tal como lo señala el informe sobre Desarrollo Humano de 2016, donde *"...el desarrollo humano es un proceso encaminado a ampliar las oportunidades de las personas..."* (PNUD, 2016).

A nivel regional la política nacional recoge uno de los principales estudios realizados en el continente africano a partir de un análisis de las políticas de salud mental y sus procesos de formulación en 4 países: Ghana, Sudáfrica, Uganda y Zambia, (Edwige Faydi, 2011); dicho estudio incluyó como parte de las acciones de política la promoción de la salud mental y la rehabilitación mediante servicios basados en la comunidad, la integración de la salud mental en la atención sanitaria general, así mismo se reconoció como parte de los hallazgos encontrados las principales brechas de impacto en la política y los sistemas de salud mental tales como:

- Falta de consistencia interna entre la estructura y el contenido de las políticas públicas
- Superficialidad de los conceptos internacionales claves
- Falta de evidencia para sustentar orientaciones de la política
- Ausencia de apoyo político y deficiente integración de la política de salud mental dentro de la política nacional
- Marco legislativo nacional carente de especificidad presupuestal sectorial y de recursos (humanos, financieros)

Así mismo este estudio recomendó tres estrategias para abordar estas dificultades: i) el fortalecimiento de la capacidad de los actores clave en salud mental y el desarrollo de políticas públicas, ii) la creación de una cultura de desarrollo de políticas incluyente y dinámico, y iii) una acción coordinada para optimizar el uso de los recursos disponibles, todos estos aspectos claves a tener en cuenta para la actualización del presente documento de Política Nacional de Salud Mental para Colombia.

Es por ello que el sector salud tiene responsabilidades concretas frente a la garantía de este derecho, en conjunto con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales, organizaciones y varios actores de la sociedad civil, a través de este trabajo articulado y transectorial se hace posible la gobernanza de la salud pública con el fin de avanzar en políticas públicas de salud mental, centradas en los derechos de las personas.

Por tal razón, desde el ámbito internacional se ha propuesto una mirada de la salud mental y los derechos humanos a partir del análisis de los determinantes sociales de la salud y Enfoque de Desarrollo basado en los Derechos Humanos, ya que para el logro efectivo de resultados en salud es importante el establecimiento de objetivos claros y su integración en las intervenciones del desarrollo que adelantan los países. (Cunego, 2016), dado que como se observa en estas experiencias internacionales de orden regional, se evidencia la relación entre el ejercicio de los derechos, las condiciones de desarrollo humano y los determinantes sociales de la salud tales como la pobreza, las desigualdades y el déficit de garantías para satisfacer necesidades básicas insatisfechas, ligadas con

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

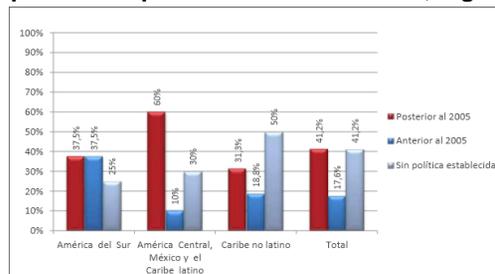
estructuras de gobierno y capacidad de respuesta por parte de las instituciones, que generan efectos negativos sobre la salud mental.

En coherencia con los estudios regionales, es importante señalar la importancia de la voluntad política de los gobiernos, particularmente de los tomadores de decisiones del nivel nacional, ya que su postura debe fortalecer el despliegue e implementación a través de las demás políticas públicas: *"... una política pública que no desarrolle componentes de política de salud mental, refleja no solo una falta de recursos, sino la incapacidad de las instituciones, su falta de liderazgo, y sistemas de información inadecuados que conjuntamente con legislación inadecuada, incrementan el estigma sobre los problemas de salud mental y las enfermedades mentales y por tanto, sobre la salud de toda la sociedad..."* (Jenkins, 2003)

A nivel regional, el informe realizado por la Organización Panamericana de la Salud en 2013 durante la última década en 34 países de la región, exceptuando Colombia (OPS, 2013) acerca de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe y la formulación de políticas nacionales de salud mental, evidenció dificultades en los procesos de recopilación de la información, generando dificultades para la implementación de planes y otras políticas de salud, desconociendo la salud mental como derecho humano, ya que no incorporaron componentes específicos de respuesta en salud mental a las dificultades de las personas, sus familias y comunidades, generando desigualdades sociales por la imprecisión de acciones en salud mental tanto a nivel territorial como poblacional por la incoherencia de las estrategias a las particularidades, así como a los principales problemas y trastornos mentales.

Lo anterior mantuvo un abordaje fraccionado e individual de la salud mental desde factores de riesgo de ciertos grupos poblacionales, sin ahondar en acciones de promoción social y comunitaria para la atención integral e integrada de la misma y no debilitando la implementación de políticas de salud mental intersectoriales con participación de otros sectores a través de acciones de promoción, prevención y atención integral e integrada de los problemas y trastornos mentales a través de la gestión y articulación.

Gráfica N° 1 Porcentaje de países con políticas de salud mental, regional y por subregiones.



Fuente: Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina (WHO-AIMS) 2013

Es importante mencionar que si bien dichas políticas fueron elaboradas según recomendaciones de la OMS, sus desarrollos se centraron primordialmente en componentes comunes tales como: el financiamiento, la legislación, la organización de servicios y de recursos humanos y capacitación, la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, distribución de medicamentos esenciales, la abogacía y mejoras en la calidad de los sistemas de información,

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

investigación y evaluación de políticas y servicios y colaboración intersectorial (OPS, 2013) sin fortalecer procesos de gestión, desarrollo de acciones para la promoción y mejorar en los indicadores de salud y por tanto en el mejoramiento de la salud y vida de los sujetos.

A nivel regional puede decirse que la mayoría de los avances más significativos han sido en materia de legislación, a través del diseño de leyes específicas de salud mental coherentes con el enfoque de desarrollo basado en los derechos humanos, como parte de la apuesta mundial enfocada a recalcar el papel que las instituciones públicas y privadas frente al respeto, protección y garantía de los derechos humanos, mediante dispositivos necesarios para promover condiciones de vida de las personas, fortalecer el crecimiento económico e incrementar el desarrollo de capacidades en los ámbitos públicos y privados, fundamentales para el desarrollo humano, el bienestar y la calidad de vida de los países.

Lo anterior muestra que a nivel regional se ha dado importancia del abordaje amplio de la salud mental como derecho, ya que en su mayoría se han diseñado políticas donde desde otros sectores se han definido competencias relacionadas con el logro efectivo de resultados en salud y por ende frente al desarrollo humano, principalmente de competencias relacionadas con el sector social a través de algunos instrumentos internacionales, con los cuales se ha logrado dar alcances para la comprensión integral, sistémica y compleja de la salud mental como parte de dichos resultados sectoriales y como eje esencial de desarrollo de los países para identificar las brechas de inequidad y desarrollar acciones de política para reducirlas desde los individual, familiar y colectivo, en pro de mejorar indicadores de calidad de vida y bienestar.

De este modo el sector salud desde el ámbito internacional ha establecido responsabilidades concretas para la garantía de este derecho, con el concurso de los demás sectores estatales (gubernamentales y no gubernamentales, organizaciones y demás actores de la sociedad civil) para hacer avanzar en el desarrollo mediante la evolución de políticas públicas de la salud mental, a través de intervenciones centradas en los derechos de las personas con el fortalecimiento del trabajo articulado para lograr la gobernanza de la salud pública y mejores indicadores de desarrollo.

Leído de esta manera articulada y transversal se logra reconocer que existen relaciones entre el enfoque de salud pública con el modelo ecológico y el modelo de determinantes sociales de la salud ya que permite una mayor potencia explicativa de las realidades sociales, al tiempo que hace posible una mejor manera para la intervención de las causas estructurales que provocan los problemas de salud mental.

De este modo existe una coherencia entre el desarrollo normativo internacional y la mirada de la OMS, ya que establece que los determinantes sociales de la salud son circunstanciales dado que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y que dichas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas; así mismo explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria, para lo cual se cuenta con instrumentos internacionales que

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

relacionan el marco de la salud mental desde el enfoque basado en derechos humanos, los determinantes sociales y el desarrollo humano. (Véase Anexo Técnico 2 *Antecedentes Internacionales Relacionados Con La Salud Mental, Los Derechos Humanos, El Desarrollo Humano Y Los Determinantes Sociales*).

Estos estudios internacionales globales y regionales muestran la importancia de reconocer la salud mental como parte del contexto socio histórico y político en materia de derechos y de desarrollo humano ya que dichas experiencias logran evidenciar retos importantes para la formulación e implementación de la política nacional de salud mental tales como: (OPS, 2011)

- Reconocer la salud mental como factor determinante para el ejercicio de los derechos humanos a través de políticas públicas intersectoriales.
- Mejorar indicadores de desarrollo humano mediante la inclusión de acciones de salud mental a través de la articulación y gestión con otras políticas públicas sectoriales e intersectoriales.
- Posicionar y promover la salud mental en la agenda pública de los países no solo en su legislación sino mediante la recopilación, producción y análisis de información coherente con las necesidades de las personas y sus particularidades para tomar las mejores decisiones por parte de los gobiernos.
- Fortalecer la atención o mitigación de la carga de enfermedad mediante la inclusión del componente de salud mental en todas las políticas mediante acciones integrales de prevención, promoción como derecho y parte del desarrollo de la vida de las personas, familias y comunidades
- Promover la participación e inclusión de pacientes, familiares o cuidadores que padecen o sufren problemas y trastornos, debe ser un hito para desarrollar políticas públicas que promuevan la salud mental, reduzcan situaciones de exclusión y estigma y por tanto disminuyan brechas de inequidad.
- Formular políticas públicas desde una perspectiva social comunitaria porque reconocer a las personas, materializa el derecho a la salud mental y fortalece la relación entre las condiciones de bienestar de las personas, familias y comunidades
- Gestionar la salud mental debe ser un asunto prioritario en las agendas de las políticas y programas de los países desde el enfoque de desarrollo basado en los derechos humanos, acorde a las particularidades individuales, familiares y colectivas, las características territoriales con coherencia entre estas y el diseño y puesta en marcha de intervenciones intersectoriales orientadas a mejorar los servicios de salud y lograr resultados en la calidad de vida de todas las personas, con mayor énfasis en quienes se encuentran con mayores riesgos de padecer algún problema o trastorno mental, sus cuidadores y familias.
- Reducir brechas de inequidad a mediano y largo plazo e incrementar la progresividad en la atención integral e integrada mediante el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales enfocadas hacia la promoción de la salud mental, la prevención y atención integral de los problemas y trastornos mentales y su rehabilitación, posicionando la salud mental como parte de las respuestas integrales

En el marco de la presente política nacional de salud mental, se hace un esfuerzo importante para señalar las relaciones entre los problemas sociales, los derechos

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

humanos y la salud mental debido a los impactos existentes en la vida de la personas, familias y comunidades por la permanente situación de vulneración de derechos derivadas en gran parte por las brechas de inequidad y las dinámicas propias del conflicto armado, lo cual indica la importancia de hacer un abordaje integral y no de forma aislada acorde a lo que se recomienda desde la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, quien lo ratifica a través de los principios y directrices para la integración de los derechos humanos en las estrategias de reducción de la Pobreza: "...Según la normativa internacional de derechos humanos, el derecho a la salud abarca varios derechos más concretos en materia de salud, entre ellos el derecho a la salud materno infantil y a la salud reproductiva; el derecho a disfrutar de un entorno natural y laboral sano; el derecho a la prevención, al tratamiento y a la lucha contra las enfermedades; y el derecho a instalaciones, bienes y servicios de salud, así como de estrategias de todas las políticas públicas..." (OHCHR, 2006).

Para tal fin, el Estado colombiano, viene adoptando estos instrumentos internacionales como parte del proceso de evolución y profundización del derecho a la salud mental, inscribiéndose con ello, en un compromiso por el desarrollo basado en los Derechos Humanos, como requisito ineludible para la reducción de las inequidades y por ende hacia la consolidación de una convivencia social y de paz en el país.

Por tal razón la Política Nacional de Salud Mental de Colombia ha recogido gran parte de los acuerdos, pactos y temas de agendas propuestas en el ámbito internacional, como acción estratégica del sector salud, a partir del marco normativo señalado dentro de la Constitución Política de Colombia y el despliegue de Leyes, planes, programas y demás instrumentos jurídicos que hacen parte del bloque de constitucionalidad como normas y principios que van más allá de lo señalado en dichas normas y que integran el mandato del cumplimiento del derecho desde un abordaje integral a la salud mental que recoge temas importantes como el consumo de sustancias psicoactivas, la atención integral de la epilepsia y otros temas relacionados. (Véase Anexo 3 Marco Normativo Nacional sobre la salud mental)

Es importante señalar que el presente instrumento recoge algunas recomendaciones dadas en el Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU - Consejo de Derechos Humanos, 2017) en cuanto al desarrollo normativo internacional que se ha venido adoptando al contexto colombiano, partiendo en sus inicios de una visión clínica que gradualmente se han orientado hacia una comprensión de un enfoque de salud pública (Véase Anexo 3 Marco Normativo Nacional sobre la salud mental y Anexo Técnico 4 Instrumentos operativos para la garantía del derecho a la salud - salud mental)

Uno de los hitos a nivel internacional relevante para el país ha sido la *Atención Primaria en Salud como avance hacia una visión integral de la salud* que el país acogió desde mediados de los años 70 y 80 mediante la adopción paulatina de algunos instrumentos internacionales como el Plan Decenal para la Salud de las Américas 1972 -1982, Declaración de ALMA ATHA de 1978, Resol. 14130/85, Resol. 14129/85, Resol. 02417/82 y Resol. 08186/82, resaltando que dicha adopción tuvo lugar en medio de constantes tensiones políticas que derivaron

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

decisiones en materia de salud mental hacia la cobertura y desarrollo de servicios de atención.

Si bien a través de ALMA ATHA se enfocaron las acciones hacia la *Promoción y prevención en salud mental* entendiendo la necesidad de hacer un abordaje colectivo e integral de las diferentes intervenciones y que la salud es un asunto que atañe a otras esferas tales como las sociales, las económicas, las culturales y las políticas, el país tuvo un momento histórico y político importante que conllevó a un plebiscito mediante el cual se reformó la Constitución Política de 1991 y con ella se dieron algunos ajustes institucionales significativos como la Ley 100 de 1993 con la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República, 1993).

En 1998 mediante la Resolución 2358 el país formuló la Política de Salud Mental, con el objetivo de *promover la salud mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental así como mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases*, teniendo en cuenta las relaciones entre la salud mental desde una perspectiva integral; esta política, definió las atenciones para las personas con padecimientos mentales, orientando los ejes de la misma hacia: la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psiquiátricos, así como el control de trastornos psiquiátricos mediante el fortalecimiento de la salud mental, la prevención y detección de los trastornos a nivel territorial, la reorientación de la prestación de los servicios en salud mental, con calidad y equidad como principios fundamentales de la acción, coordinación de la gestión intra e intersectorial, y la prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas y el establecimiento de mecanismos de seguimiento, control y evaluación. (Ministerio de Salud, 1998).

Posteriormente y debido a las necesidades propias del contexto colombiano, en 2005 se elaboraron los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia con "*...el propósito de facilitar el debate público sobre la situación de la salud mental de los colombianos, sus necesidades y los enfoques posibles para su abordaje en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema de la Protección Social, para la formulación y desarrollo de una Política Nacional que incluyera acciones de promoción de la salud mental, prevención de los impactos negativos de problemas psicosociales sobre individuos, familias y comunidades y la reducción del impacto negativo de los trastornos mentales sobre las comunidades* (Ministerio de la Protección Social - FES, 2005)

En 2007, El Ministerio de salud, junto con la Asociación Colombiana de Psiquiatría elaboraron un documento propuesta para la discusión denominado "*Política Pública del Campo de la Salud Mental, Propuesta para la discusión y acuerdos*" (Ministerio de la Protección Social, 2007) en el que se hizo énfasis sobre la gestión integral de la salud mental resaltando aspectos relacionados con el enfoque de determinantes de sociales de la salud y el deterioro de la misma, incluyendo el enfoque de los Derechos Humanos y la salud mental, las acciones de vulnerabilidad y vulneración de los mismos, señalando retos para una gestión articulada de políticas públicas desde dichos determinantes, a partir de la interlocución entre la sociedad civil como gestores de la política pública y procesos de articulación y concurrencia con el Estado mediante la provisión de intervenciones y servicios que favorecieran la autonomía de los pacientes, la

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

importancia de los cuidadores en el bienestar y las condiciones de vida de las personas que padecen trastornos mentales.

En el contexto colombiano el conflicto armado es un determinante estructural de la salud de la población colombiana y como tal, es un reto importante para el abordaje de la salud mental, por la relación existente entre las afectaciones de las personas, familias y comunidades y la necesidad de establecer políticas públicas y procesos de reparación integral como parte de los derechos humanos de las víctimas en el campo de la salud mental.

Las afectaciones prolongadas durante más de cinco décadas han generado mayores secuelas en las víctimas directas de dicho conflicto a nivel individual, familiar y colectivo, donde el gobierno nacional ha adelantado medidas concretas para prevenir, promover y atender problemas en salud como parte de la agenda pública nacional y territorial que incluyan acciones para la atención integral e integrada de la misma, principalmente por las consecuencias derivadas de la violencia socio política y recientemente por la urgencia de una gestión del postconflicto y el derecho a la paz como condición ineludible para mejorar la salud mental de los colombianos. (*Anexo Técnico 4 Instrumentos operativos para la garantía del derecho a la salud - salud mental*).

El reconocimiento de las afectaciones del conflicto armado en las víctimas a través de la Ley 1448 de 2012, la expedición de la Ley 1414 de 2010 que establece criterios para una Política Pública de Atención Integral a las personas que padecen epilepsia, la concertación y de construcción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 el cual incluyó la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental (MSPS, 2012) y la expedición de la Ley 1616 de 2013 (MSPS, 2013) han sido desarrollos normativos significativos para impulsar y posicionar la salud mental como parte de la agenda nacional.

Dicha Ley concretó la relación entre los Derechos Humanos y el goce efectivo de la salud física, mental y emocional de las personas, ya que reconoce la dignidad humana y del respeto del otro a partir de la existencia de una estructura institucional, normativa y política que busca altos niveles de bienestar físico, mental y emocional que incidan en resultados positivos de la salud mental de todas las poblaciones mediante la promoción, prevención, atención, rehabilitación, paliación y tratamiento de la salud mental, tendientes a la recuperación de la autonomía de las personas, la incidencia en la toma de decisiones de las instituciones, la articulación de sus intervenciones, la gestión integral e integrada de la salud mental y la convivencia, fortaleciendo la articulación intersectorial y los procesos de interlocución entre las comunidades y el Estado.

A partir de esta Ley, que enuncia que debe darse un proceso de actualización de la Ley de Salud Mental, se avanzó con una propuesta conjunta entre este Ministerio y la Universidad Nacional, de la cual surgió un documento denominado *Propuesta de ajuste a la Política Pública de Salud Mental 2014 y su respectivo Plan de Acción 2014 – 2021*, cuyo objetivo buscaba "... garantizar plenamente el disfrute efectivo del derecho a la salud mental mediante su posicionamiento en la agenda pública y la generación de acciones transectoriales de protección y promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación integral de los problemas y trastornos relacionados con la salud mental..." (OPS - OMS, 2014).

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Este documento mantuvo parte de la apuesta generada de los procesos anteriores relacionado con la promoción y la prevención como ejes clave para garantizar la salud mental como derecho y propuso enfoques de prevención, promoción, universalidad, participación, intersectorialidad e integralidad como principios articuladores de la gestión y acceso a la salud mental, orientados al desarrollo de acciones promocionales de salud mental y acciones de prevención del trastorno mental y de atención integral mediante respuestas estratégicas tales como: promoción de salud mental a través de la convivencia y la calidad de vida, prevención y atención integral de los problemas y trastornos mentales por efectos derivados de las violencias, procesos de rehabilitación integral a las personas y comunidades, fortalecimiento de la capacidad de respuesta social, institucional y comunitaria, y la gestión del conocimiento en salud mental y convivencia. (OPS - OMS, 2014).

Por otro lado es importante señalar que la Encuesta Nacional de Salud Mental (MSPS, 2015) y la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, (Congreso de la República, 2015) junto con la Política de Atención Integral en Salud (MSPS, 2016), otorgaron la necesidad de ampliar enfoques importantes para la promoción de la salud, la gestión integral del riesgo en salud y los procesos de atención integral e integrada como elementos importantes para reconocer a las personas como el centro de las atenciones y titulares del derecho a la salud, así como las particularidades territoriales, mediante el fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la redefinición de los administradoras y prestadores de servicios en salud. Igualmente la consolidación de las transformaciones sociales esperadas con el cese del conflicto armado requieren de la comprensión de las dinámicas afectan la salud mental de individuos y comunidades.

Por tal razón en el 2016 se retomaron los anteriores desarrollos de este instrumento de política y se propuso la actualización de la misma a través de la inclusión de marcos conceptuales como el Enfoque Basado de Derechos Humanos (EBDH), el enfoque promocional de calidad de vida, el curso de vida, el enfoque diferencial, el enfoque de construcción de paz. Así las prioridades se enfocaron hacia el apoyo social y la disfunción familiar, la alta carga de enfermedad asociada con los problemas y trastornos mentales, la atención integral frente al consumo de sustancias psicoactivas, las necesidades de atención psicosocial en poblaciones en riesgo o vulnerables y desarrollo de atención de prevención de la conducta suicida.

Es así como el presente documento de Política de Salud Mental y Convivencia recoge todos los esfuerzos técnicos descritos armonizándolos con las prioridades evidenciadas en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 y el marco de política provisto por la Política Integral de Atención en Salud 2016.

III. ANALISIS DE LA SITUACION

La Política Nacional de Salud Mental plantea el siguiente análisis situacional de la salud mental teniendo en cuenta las principales cifras a nivel global y nacional, en coherencia con los elementos contemplados en la Ley 1616 de 2013.

3.1 Afectaciones en la salud mental en relación con:

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

3.1.1 Problemas y trastornos mentales, enfermedades no Transmisibles, conducta suicida y epilepsia.

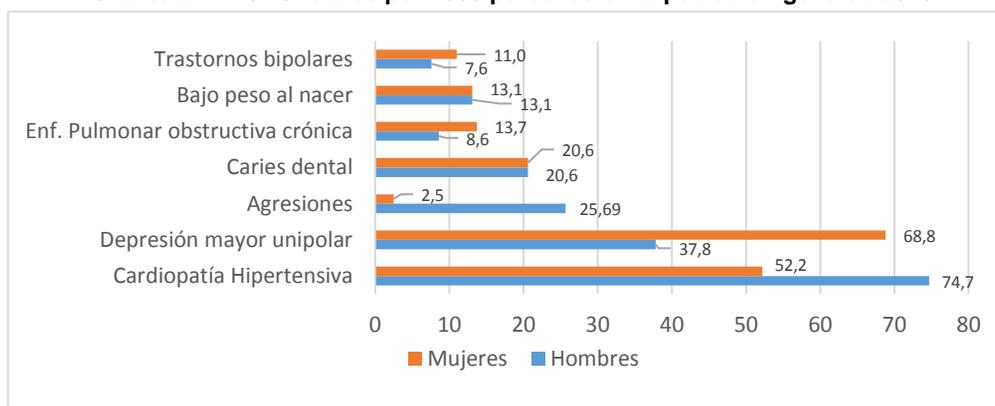
Según el plan de acción sobre salud mental 2013 – 2020 las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad; por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad más alta de muerte prematura que la población en general, lo que se debe a la existencia de problemas de salud que a menudo no son atendidos (como cánceres, enfermedades cardiovasculares, VIH), de hecho, por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres, con consecuencias de pérdidas económicas causadas por los trastornos mentales de US\$16,3 billones aproximadamente entre 2011 y 2030. (OMS, 2013)

Por otro lado, el informe regional sobre los sistemas de salud en América Latina y el Caribe de 2013, menciona que la carga de los trastornos mentales y neurológicos representa el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación a todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más altos son los trastornos depresivos unipolares (13,2%) y los producidos por el uso excesivo de alcohol (6,9%) (OPS, 2013)

En Colombia durante los últimos 8 años y según el Análisis de Situación de Salud de 2016 las enfermedades crónicas no transmisibles se ubicaron como la primera causa de mortalidad, con una estrecha relación con los trastornos mentales y del comportamiento como eventos que contribuyen a la muerte prematura.

Las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad. En Colombia, los trastornos mentales y del comportamiento representaron la primera causa de años de vida vividos con discapacidad (AVD) en la población de 10 a 60 años (INS, 2018) y la primera causa de AVD a nivel mundial (Vigo, 2016). Así mismo, los trastornos mentales como la depresión y el trastorno bipolar se encontraron dentro de las primeras cinco causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVISAS) para la población general, con mayor carga en las mujeres y en las personas de 15 a 45 años, o las edades consideradas de mayor productividad de un individuo (Gráfica 2).

Gráfica 2. AVISAS totales por 1000 personas en la población general. 2010



Fuente: Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social. 2018

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Por otra parte, las tasas de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por trastornos mentales y del comportamiento han venido creciendo desde 2009 con 4,63 AVPP, hasta 17,42 AVPP por 100 mil habitantes en 2016. Esto se encuentra en correlación con el alza en la demanda de servicios relacionados a la atención de trastornos mentales y del comportamiento³ que paso de 405.100 personas atendidas en 2009 a 862.272 en 2017. (MSPS , 2018)

Según el curso de vida, la ENSM de 2015 muestra las relaciones entre las condiciones crónicas y la salud mental, por ejemplo la población infantil que tiene por lo menos una condición crónica, el 56,7 % manifestó por lo menos un posible problema mental, mientras que aquellos que tienen 2 condiciones crónicas o más, el 70,8 % padecen de estos problemas con una prevalencia 2,6 veces mayor de los trastornos mentales evaluados en la población que tiene por lo menos una enfermedad crónica al compararla con la población de la misma edad.

Igualmente la encuesta exploró la presencia de enfermedades crónicas en la población con trastornos mentales en el último año, el estudio reportó que en niños y niñas de 7 a 11 años que tenían cualquier trastorno mental en los últimos doce meses, la prevalencia de una enfermedad crónica fue del 37,3%, en los adolescentes correspondió al 27,6%, en los adultos de 18 a 44 años fue de 30,4% y en población de 45 años y más fue de 23,8%. En estos últimos la prevalencia de más de una enfermedad crónica fue de 45,1%. Ver tabla 1.

Tabla 1. Resultados de salud mental en Colombia, Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015.

| Evento | Grupos poblacionales | | |
|--|----------------------|--------------|----------------|
| | 7 a 11 años | 12 a 17 años | 18 años y más |
| Problemas mentales (por lo menos un síntoma) | 44,7% | 12,2% | 9,6% a 11,2% |
| Trastornos mentales | 4,7% | 4,4% | 4% |
| Eventos traumáticos (al menos uno) | 11,7% | 29,3% | 40,2% – 41,4 % |
| Condiciones crónicas | 37,3% | 27,6% | 23,8%-30,4% |
| Conducta de riesgo alimentario (cualquiera) | 8%-8,2%* | 9,3% | 9,10% |
| Consumo de riesgo -abuso de alcohol | ** | 2,8% | 6%-11% |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social a partir de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

*Comer en exceso o comer muy poco. ** No se reportaron por su baja frecuencia.

En cuanto a las personas con problemas mentales "*tienen una disfunción en sus pensamientos, sentimientos y relacionamiento con los demás que se pueden observar en síntomas como ansiedad, tristeza, insomnio, cambios en el apetito y otros sentimientos y conductas que pueden generar malestar y algunos inconvenientes*" sin embargo, esto no impide que realicen sus actividades diarias, pueden requerir atención por el equipo de salud mental y en algunos casos progresan a trastornos mentales (MSPS , 2014). Así mismo la ENSM 205 señala que la prevalencia de problemas mentales más frecuentes ocurre en población de 7 a 11 años con un 44,7%. Los síntomas que se detectaron en mayor proporción por el *Reporting Questionnaire for Children* (RQC – Cuestionario de síntomas para niños) durante el tamizaje de esta población fueron: lenguaje anormal (19,6%)

³ Las patologías incluyen: trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos , Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos, delirantes, afectivos, neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos, síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, retraso mental , trastornos del desarrollo psicológico, trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia y trastorno mental no especificado.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

problemas para aprender matemáticas (19,4%) y problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (15,9%).

Por otro lado la exposición a las diferentes formas de violencia pueden generar afectaciones en la salud mental, la encuesta reportó que el 71,1% ha sufrido maltrato o acoso escolar, el 11,7% ha tenido al menos un evento traumático (por el conflicto armado, delincuencia común, accidente de tránsito, violencia intrafamiliar, entre otros) y como consecuencia de estos los cuidadores manifiestan que los niños tienen algún trauma psicológico, en el 38,6% de los casos. Se encontró que el 13,7% (IC_{95%}:10,6-17,4) de la población infantil entre 7 y 11 años, el 18,3% (IC_{95%}:14,9-22,4) de los jóvenes entre 12 y 18 años y el 18,7% (IC_{95%}:17,1-20,4) de la población adulta entre 18 y 44 años ha sufrido desplazamiento forzado por algún tipo de violencia.

Alrededor del 8% de la población infantil presenta algunos comportamientos en el hábito de comer que más adelante podrían progresar a conductas de riesgo alimentario, estos comen mucho o muy poco. No se obtuvieron resultados significativos en cuanto al consumo de alcohol en los niños, por su baja frecuencia, pero se estima que la edad de inicio está alrededor de los 11 años.

Un evento considerado crítico en el curso de la vida es la separación de los padres en la infancia, por las carencias afectivas, económicas y el impacto negativo que este hecho genera; la encuesta evidenció que solo el 51,5% de los niños de 7 a 11 años viven con sus padres biológicos, el resto vive con uno solo de los padres o con figuras substitutas.

En los adolescentes la prevalencia de problemas mentales fue de 12,2% y los síntomas más comunes en el tamizaje con el *Self Report Questionnaire* (SRQ- Cuestionario de síntomas para adolescentes, jóvenes y adultos) fueron: se cree más importante que lo que los demás piensan que es (46,5%), se asusta con facilidad (24,6%) y dolores de cabeza frecuentes (20,5%). En esta población se exploraron los síntomas (un número medio de ellos) de ansiedad (11,6%), depresión (15,8%) psicosis (10,1%) y epilepsia (2%). Se encontró que el consumo de alcohol en los últimos 12 meses fue del 17,8% y el 2,8% tiene un patrón de abuso. Ver tabla 1.

Como se observa en la Tabla 1, los adolescentes son quienes tienen mayor prevalencia de conductas de riesgo alimentario (9,3%), como "malestar con el acto de comer, conductas de dieta o atracones".

Los adultos han estado más expuestos a eventos traumáticos (40,2% – 41,4 %) en relación con los otros grupos poblacionales y tienen una mayor prevalencia de consumo de alcohol con patrón de abuso (6%-11%⁹). Los síntomas más frecuentes de problemas mentales fueron: se cree más importante que lo que los demás piensan que es (45%-51,2%), se cansa con facilidad (24,3%) y dolores de cabeza: 18,1%-24,1%. También se encontraron síntomas (en número medio de estos) de ansiedad (12,3%-13,7%), depresión (15,6%-19,2%), psicosis (6,7%-7,1%) y epilepsia (1,2%), estos síntomas, aunque causan *discomfort*, todavía no tienen la gravedad de un trastorno.

En cuanto a los trastornos mentales, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) en su versión 5 define

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

el trastorno mental como "un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental", a diferencia de aquellos comportamientos ante la pérdida de un ser querido u otros que la sociedad considera no aceptables y tienen su origen en otras causas distintas, los cuales no se consideran patológicos.

Los trastornos se encuentran clasificados en dos herramientas aceptadas mundialmente, CIE-10 (clasificación adoptada por Colombia) y DSM-5. Los trastornos mentales más relevantes en el mundo son la depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario (MSPS, 2014).

La encuesta mostró que los trastornos mentales (como la ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad -TDAH- y trastorno de la conducta) afectaron al 4.7% de la población infantil en el último año. En adolescentes y adultos se exploraron los trastornos depresivos -depresivo mayor, menor y distimia - el trastorno afectivo bipolar (I y II) y los trastornos de ansiedad, generalizada, pánico y fobia social, en personas de 12 a 17 años, la prevalencia de estos trastornos en el último año fue de 4,4% y en adultos fue de 4%.(Ver tabla 1). Estas prevalencias se vieron más en las zonas urbanas (5.5%) que en las rurales (2.7%) y en las regiones pacífica y central. La región que presentó menores indicadores de trastornos mentales fue la región atlántica

En cuanto a los eventos relacionados con la conducta suicida como resultado no deseado en salud mental, tienen orígenes multifactoriales como "*una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado*" (Cañón Buitrago SC. Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015) y su espectro incluye la ideación suicida, el plan suicida, el intento de suicidio y el suicidio.

Datos publicados por la OPS/OMS con referencia a los años 2000-2004 comprendían tasas no-ajustadas y ajustadas según la edad. En América Central las tasas totales respectivas eran 7,3 y 7,5; en el Caribe latino, 8,4 y 7,6; en América del Sur, excluyendo a Brasil, las tasas respectivas eran de 6,7 y 6,3. Las tasas respectivas de Brasil eran de 5,2 y 5,3. En Cuba, Uruguay y Nicaragua se registraron las tasas más altas de América Latina, 16,4 y 13,0; 16,0 y 13,6; y 13,7 y 14,1, respectivamente. El Caribe no latino presentó las tasas más altas de todas las subregiones. La tasa total no-ajustada por edad era de 14,1 mientras que la ajustada era de 13,4. Todas las tasas antes mencionadas son por 100.000 habitantes. En la totalidad de los países las tasas eran más altas en los hombres (OPS, 2013)

El intento de suicidio es un evento al que se le realiza vigilancia epidemiológica desde 2016, la información que se tiene antes de esta fecha proviene de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), integrada al

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Las cifras muestran un incremento substancial en la tasa nacional del intento de suicidio, en 2009 era de 1,8 por 100.000 habitantes y en 2017 fue de 52,4, lo cual podría tener su origen en el subregistro así como también en un incremento real del evento. En el último año los departamentos con tasas más altas fueron Vaupés, Putumayo, Caldas, Huila, y Arauca (INS, 2017)

El SIVIGILA reportó en 2016 que se presentaron 17.587 intentos de suicidio y en 2017 fueron 28.835, (ver tabla 2) con un incremento del 47% de un año a otro. El 32,1 % tienen intentos previos, motivo por el cual cobra tanta importancia el seguimiento a los casos en el sistema de salud.

Tabla 2. Número de casos de intento de suicidio y suicidios en Colombia, de 2009 a 2017

| Evento | Año | | | | | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Intento de suicidio | 810 | 1.038 | 1.461 | 1.537 | 1.515 | 1.980 | 1.987 | 17.587 | 25.835 |
| Suicidio | 2.251 | 2.107 | 2.045 | 2.119 | 2.068 | 2.126 | 2.332 | 2.474 | 2097* |

Fuente: SIVIGILA y Estadísticas vitales del DANE. * Cifra preliminar

De los 25.835 casos reportados al SIVIGILA en 2017, el 62,7% fueron de sexo femenino, en general las mujeres son quienes intentan suicidarse con mayor frecuencia en razón de 2 mujeres por cada hombre. El 29,7% ocurrió en población de 15 a 19 años (48,5% entre los 15 y 24 años), el 79,9% proceden de cabeceras municipales, el 2,2% fueron indígenas y el 3,7% afrocolombianos. Ver tabla 3.

En la población privada de la libertad se reportaron 412 casos (1,6%), en gestantes, que hubo 288 casos (1,1%). El 49,5% de todos los casos reportados en 2017 presentaba algún trastorno mental, el más frecuente fue la depresión (4.867 casos-38%). El principal mecanismo utilizado para el hecho fue la intoxicación (68,7%) y el factor desencadenante más frecuente fue los conflictos recientes con la pareja (51,2%).

Tabla 3. Distribución de los intentos de suicidio en Colombia en 2017, según variables de interés

| Variable | Categoría | Casos | % |
|----------------------|--------------------|-------|------|
| Sexo | Femenino | 16199 | 62,8 |
| | Masculino | 9615 | 37,2 |
| Área de Procedencia | Cabecera Municipal | 20633 | 79,9 |
| | Centro Poblado | 1847 | 7,2 |
| | Rural Disperso | 3334 | 12,9 |
| Pertenenencia Étnica | Indígena | 580 | 2,2 |
| | ROM (gitano) | 119 | 0,5 |
| | Raizal | 24 | 0,1 |
| | Palanquero | 15 | 0,1 |
| | Afrocolombiano | 938 | 3,6 |
| | Otros | 24138 | 93,5 |

Fuente: SIVIGILA. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento intento de suicidio, 2017.

El suicidio es un tema de gran relevancia en salud pública, es un evento prevenible y de gran impacto en el individuo, la familia y la sociedad, son muchos los años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura por esta causa y afecta en mayor magnitud a la población joven, entre 15 y 29 años. Existen otros grupos específicos de riesgo como son las personas con antecedentes de intento de suicidio, los campesinos, las personas que consumen sustancias psicoactivas, personas pertenecientes a grupos étnicos, personas bajo custodia y personas en

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

condición de desplazamiento. (MSPS - Bolétín de salud mental, conducta suicida, 2017)

El número de defunciones por suicidios en Colombia entre 2009 y 2017 fue de 19.619, con un promedio anual de 2.180 casos. La tasa ajustada de mortalidad por suicidio más baja que ha tenido Colombia en los últimos 9 años fue la de 2013, con 4,42 por 100.000 habitantes, desde entonces se ha venido incrementando y en 2016 fue de 5,07 con tendencia al incremento. Los departamentos con tasa más altas por 100.000 en 2016 fueron Vaupés (12,21), Arauca (11,67), Putumayo (9,22), Guainía (9,15), Amazonas (8,37) y Quindío (8,07). (Fuente bodega de datos SISPRO-EEVV del DANE)

El grupo poblacional más afectado por el suicidio fue el de los hombres entre los 20 y 24 años, estado civil soltero. En general el suicidio es más frecuente en hombres, con una razón aproximada de 4 a 1 en relación con las mujeres, es decir, por cada 4 hombres que se suicidan, solo 1 mujer lo hace.

El mecanismo de asfixia es el más común adoptado por hombres y mujeres (61,52 %), seguido por la ingesta de tóxicos (19,35 %). En cuanto a la razón del suicidio se reporta que las enfermedades físicas y mentales son las primeras causas para asumir esta determinación (29,09 %); el conflicto de pareja o expareja es la segunda causa (25,91 %). (INMLyCF, 2017)

Tabla 4. Resultados poblacionales sobre conducta suicida en Colombia, 2015

| Población | Plan suicida | Ideación suicida | Intento de suicidio |
|---------------------|--|---|--|
| 12 a 17 años | 1,8%* (IC _{95%} :1%-3,1%) | 6,6% (IC _{95%} :5%-8,6%) | 2,5%** (IC _{95%} :1,5%-4,1%) |
| 18 años en adelante | 2,3% (IC _{95%} :1,8%-2,9%) | 6,5% (IC _{95%} : 5,8%-7,3%) | 2,5% (IC _{95%} :2,1%-3,1%) |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

*Resultado estadísticamente no significativo ** Resultado con Coeficiente de Variación Estimado (CVE) mayor de 20

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 exploró la conducta suicida en la población colombiana, los resultados fueron similares en adolescentes y adultos, con una frecuencia de ideación suicida de 6,6% y de intento de suicidio de 2,5%. Los resultados en relación con el plan suicida en adolescentes fueron estadísticamente no significativos. (Ver tabla 4).

Por otro lado la encuesta indagó acerca de la percepción que tienen los padres o cuidadores de la salud mental de los niños, un 17,8% reporta que es buena, un 30,8% muy buena y 49,8% excelente, todas ellas percepciones positivas frente a la necesidad de reconocer la salud mental como un aspecto clave para generar vínculos y cuyo reconocimiento varía según el sexo, el estado conyugal, la edad y las regiones donde se realizó dicha encuesta. (MSPS, 2015)

En relación con el establecimiento de relaciones significativas y de apoyo, (es importante la identificación y reconocimiento de redes con las que se pueda superar dificultades o problemas), los resultados indicaron que dicho apoyo disminuye a medida que las personas avanzan en edad, por ejemplo, en la población de 60 años y más, el 22% (IC_{95%}:19,4%-24,9%) dijo nunca haber recibido apoyo, en el 84,1% (IC_{95%}: 80,9%-86,8%) mencionaron que la ayuda fue

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

solicitada a miembros de su familia y entre el 49,9% y el 66,8% percibieron la escasa confianza en los vecinos.

En las personas encuestadas se observó que el 53,7% de los adolescentes de 12 a 17 años no están vinculados a algún grupo o red de apoyo social y esta cifra aumenta en las personas entre los 18 a 44 años con 65,3% y en personas de 45 a 49 años correspondió al 60,5%, al igual que las personas con más de 59 años con un 60,0%, que tampoco se vincula o participa en actividades de beneficio comunitario. (ENSM 2015).

Así mismo las percepciones de la salud mental y las relaciones con las características sociodemográficas, antecedentes personales, y particularidades familiares y condiciones del hogar y la vivienda son aspectos relevantes para el ejercicio del derecho a la salud mental, por ejemplo, los niños criados por una madre crónicamente deprimida tienen, en promedio, peores resultados en evaluaciones cognitivas, emocionales y conductuales que los hijos de cuidadores no deprimidos, y corren mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental, dificultades de adaptación social y dificultades en la escuela (Center on the Developing Child, 2009)

Otros factores que afectan el ejercicio del derecho a la salud mental es la baja cobertura de necesidades básicas por ejemplo, factores asociados a la inestabilidad laboral y de fuentes de ingresos disminuyen la capacidad adquisitiva en los hogares para cubrir necesidades, acceder a servicios y garantizar condiciones de vida digna, de trabajo e ingresos suficiente. Según el DANE, durante el 2017 solo el 55.5 % de los hogares lograron cubrir necesidades básicas (DANE, 2017) y actualmente, hay un 9.1 % de desempleo en el país, con lo cual el ingreso de los hogares es insuficiente para garantizar el acceso a servicios básicos y a necesidades vitales para vivir, lo cual impide el derecho a la salud mental. (DANE, 2018)

Lo anterior tiene graves repercusiones en el desarrollo y crecimiento de niños, niñas y adolescente ya que cifras como la de la CEPAL señalaron que en el 2012 el 42% de los hogares presentaron condiciones de inseguridad alimentaria, 57,5% de los hogares rurales y 38,4% urbanos, lo que significa una brecha de 1,5, así mismo el 56.4% de los hogares en centros poblados y zonas rurales dispersas se consideraron en condiciones de pobreza (CEPAL, 2016), generando impactos negativos en la salud mental y el desarrollo humano, lo que incrementa desigualdades en las regiones, exclusión y otros problemas que a su vez aumentan la probabilidad de enfermar durante el curso de vida.

El derecho a la salud también está relacionado con el acceso o tenencia de vivienda, condiciones de trabajo y generación de ingresos, así como ausencia de condiciones de seguridad y protección social, los cuales afectan negativamente el establecimiento de relaciones y dinámicas familiares, pues la poca o insuficiente cobertura de estos, disminuyen la satisfacción a otras necesidades, por ejemplo en 2016 solo el 42.8% de los colombianos mencionaron la posibilidad ser propietario de vivienda, respecto de un 36,8% que vivían en arriendo o subarriendo, lo cual evidencia que más de la mitad de la población colombiana no ha logrado acceder a una vivienda propia, lo cual aumenta la desprotección y los riesgos para la salud mental (DANE, 2017), al igual que la falta de acceso a la educación, bajos niveles educativos y pocas oportunidades para la recreación,

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

aumentan las dificultades para relacionarse, establecer vínculos, y por tanto el favorecen situaciones de violencias interpersonales. (MSPS, 2015).

En cuanto al enfoque diferencial y étnico se evidencian lo siguiente: el 14,06% de la población encuestada se reconoció como perteneciente a algún grupo étnico del cual el 3,43% se reconoció como indígena, el 10,62% como afrocolombiano, el 0,01% como pueblo ROM o gitano, sin embargo el país mantiene una subvaloración hacia estas poblaciones, y no se ha logrado igualdad de derechos y el respeto hacia estos grupos, aumentando relaciones de discriminación y exclusión hacia estas comunidades. (DANE, 2005)

La discriminación genera dificultades en el establecimiento de relaciones sociales y vínculos en las personas en condición de pobreza o grupos mayormente vulnerables, y se constituye en parte de las barreras para construir o pertenecer a redes de apoyo o grupos sociales; cifras de la encuesta nacional de salud mental de 2015 señalaron que el 14,8 % de los niños de 7 a 11 años, y un 21,3% de las personas de 45 a 59 años, mencionaron que se han sentido discriminadas en distintos ámbitos, al igual que un 48% mencionó que excluiría a personas con ciertas características, la primera de éstas los problemas con drogas o alcohol. (MSPS, 2015).

En cuanto a los costes económicos, la depresión afecta la productividad en el trabajo con incremento para los sistemas de salud (Beck, 2011), así mismo se estima que el costo social y de cuidado a nivel mundial de las afectaciones en salud mental entre el 2011 y el 2030 será de 16.3 trillones de dólares (BLOOM, 2011), esto indica que las enfermedades mentales serán las más costosas, seguidas de las enfermedades cardiovasculares (USD 15.1 trillones) y el cáncer (USD 8.3 trillones).

Para mejorar la situación de salud mental en el país, la Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, recomienda realizar actividades de promoción y prevención en salud mental a nivel individual, familiar y comunitario, en articulación con otros sectores corresponsables, en el marco del modelo integral de atención en salud MIAS, acciones dirigidas a la transformación cultural en el largo plazo, realizar demanda inducida y gestión del conocimiento, intervenir los entornos en los diferentes ámbitos, implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, con participación intersectorial de todos los actores corresponsables de la salud mental, teniendo en cuenta los diferentes enfoques, realizar acciones para la detección temprana de problemas y trastornos mentales en los entornos, formulación de protocolos y guías de práctica clínica. Se propone también el fortalecimiento de las competencias del personal de salud y educación, desde la atención primaria

3.1.2 Consumo de sustancias psicoactivas.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud de 2016, el consumo de drogas, es un problema de salud pública por la relación que tiene con los trastornos asociados y las afecciones sanitarias ya que a 2015, se le atribuyó al consumo de drogas psicoactivas más de 450 000 muertes al año, así como el 1,5% del total de la carga de morbilidad, y se calcula que el uso de drogas inyectables es responsable de un 30% de las nuevas infecciones por el VIH fuera

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

del África subsahariana y contribuye significativamente a las epidemias de hepatitis B y hepatitis C en todas las regiones. (OMS, 2016)

De igual forma, existe la prevalencia con los trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas, así como a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura de acuerdo a lo señalado por Plan de acción de la salud mental 2015 – 2020, lo cual se agrava por la baja adherencia a tratamientos y las dificultades para la prestación de servicios de salud (OPS - OMS, 2014)

En Colombia el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2013, identificó una tendencia a la disminución en la edad de inicio de consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, bazuco o cualquier otra sustancia ilícita, está entre 16,8 y 19,7 años y el grupo de edad donde se da mayor consumo de sustancias psicoactivas es de 18 a 24 años, en general se observó un crecimiento del consumo de sustancias ilícitas, en comparación con estudios anteriores.

La sustancia psicoactiva con consumo más prevalente en los últimos 30 días, fue el alcohol con 35,7% (IC_{95%}: 34,7%-37,7%), seguida por el consumo del tabaco con 12,9% (IC_{95%}:12,3%-13,6%) mientras que entre las sustancias ilícitas, la que se consume con más frecuencia es la marihuana, seguida por la cocaína, en cuanto al consumo diferenciado de alcohol por sexo, los hombres consumen más que las mujeres (46,2% vs 25,9%) (INS - MSPS, 2016).

La coexistencia del consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos mentales se encuentra documentada por la evidencia clínica (patología dual); de acuerdo con la CIE10 esto corresponde a los códigos diagnósticos del F10 al F19 (los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas) que cursan con algún trastorno mental de los codificados del F00 al F9 o del F20 a F99.

El número de personas atendidas por patología dual ha tenido una tendencia al incremento, en el año 2009 se atendieron 9.103 personas por esta causa y en 2017 fueron 26.228 (bodega de datos del SISPRO), en los hombres es más frecuente este evento, que en las mujeres, en razón de 2 a 1, es decir por cada mujer que tiene patología dual, hay 2 hombres que la padecen.

En el país se estima que el 42,5% de la población consume alcohol (MSPS, 2015) y alrededor de 2.5 millones de personas en Colombia presentan un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas (1.9 millones son hombres y 0.6 millones son mujeres). Para el grupo de 18 a 44 años, el 2.8% de los que beben alcohol tienen problemas médicos, 1.6% tienen problemas mentales y 5.5% tienen problemas en el hogar.

Un 19,4% de los escolares del sexto grado declararon haber usado alcohol en el último mes, cifra que se eleva a un 39,2% entre los estudiantes de octavo grado, llegando a algo más de un 60% entre los estudiantes del último grado, con un uso significativamente mayor entre estudiantes de establecimiento privados (44,1%) que públicos (38,4%) (MSPS, 2011).

Las causas del consumo de sustancias psicoactivas son múltiples, se vinculan factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales, de orden individual, familiar y comunitario. Desde la concepción biológica, el consumo sustancias psicoactivas en la infancia y adolescencia afecta determinantemente el desarrollo cerebral, así mismo, su uso es un factor riesgo importante para la

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

salud, lo cual se refleja principalmente en la pérdida de días vividos sin salud, en la mortalidad asociada a eventos como la violencia, enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras (Organización de los Estados Americanos, 2012), con efectos desproporcionados en poblaciones específicas como habitantes de calle, personas privadas de la libertad, personas que se inyectan drogas y gestantes.

Sin generalizar, el consumo de sustancias psicoactivas inicia con consumos experimentales, sociales, habituales o regulares, de acuerdo con la exposición de cada persona a los factores de riesgo y protección que inducen el consumo/no consumo, que en ocasiones transita a consumos de riesgo o perjudiciales para la salud física y mental del consumidor y su familia, que pueden o no desencadenar problemáticas sociales asociadas a la convivencia social y a la vida en comunidad.

Estos consumos también pueden transitar a ser consumos de dependencia a las sustancias psicoactivas, lo cual es una enfermedad de salud mental que requiere atención integral de las personas que sufren esta patología, requiere del acompañamiento a sus familias para el apoyo afectivo y el involucramiento parental; el desarrollo de capacidades comunitarias para la inclusión social reducen el estigma y discriminación por el consumo y permiten mayor sostenibilidad de los procesos de tratamiento.

La transición de los consumos experimentales a consumos de riesgo, perjudiciales o de dependencia, está configurada según los determinantes sociales de la salud, y de acuerdo con los entornos donde las personas que consumen sustancias psicoactivas se desarrollan. Así mismo, el uso crónico del alcohol está vinculado con problemas psiquiátricos, familiares, médicos y sociales, que se magnifican en los niños y niñas que han sido expuestos a un ser cercano que abuse del alcohol (Moss, 2013).

En el país la situación de la salud mental establece cuatro ejes a tener en cuenta:

- El primero tiene en cuenta los factores de riesgo de algún problema o trastorno mental y que pueden ser prevenibles a nivel general. Estos están relacionados en su mayoría con la prevención del consumo de sustancias psicoactivas como herramienta de afrontamiento, el desarrollo de otras ECNT y la reducción de estresores que pueden desencadenar problemas o trastornos mentales.
- El segundo se enfoca en las personas que ya padecen de problemas y trastornos mentales y que requieren de una atención. En este eje se analiza el estado de la oferta en términos de calidad, cantidad y efectividad en comparación con las recomendaciones internacionales y las IBE.
- El tercer eje se centra en analizar el tema de la convivencia y su relación con las violencias y los vínculos sociales.
- El cuarto analiza el estado de las instituciones en torno a la generación de evidencia, monitoreo, evaluación y participación social.

3.1.3 Violencias y convivencia social.

La Organización Mundial de la Salud en su Informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002, p. 5) clasifica la violencia en tres grandes categorías según el

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal (que incluye la violencia intrafamiliar) y violencia colectiva, por lo cual la violencia es un fenómeno social de origen multicausal, con consecuencias económicas, políticas, sociales y de salud pública.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015b, p.106), cada año en el mundo más de un millón de personas pierden su vida y muchos más sufren de heridas no fatales como resultado de estas tres categorías. Sin embargo, existen dificultades para abarcar todo el espectro de la violencia en el país, desde la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, ya que las metas establecidas para esta dimensión en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, priorizaron la violencia interpersonal y la violencia intrafamiliar como las categorías más preocupantes y en ocasiones menos visibles en la actualidad.

Las lesiones causadas por la violencia interpersonal son un problema de salud pública porque se encuentran vinculadas a la discapacidad, a la disminución de la calidad de vida y al incremento del número de años de vida potencialmente perdidos por mortalidad prematura. Sus efectos se relacionan con la sobrecarga al sistema judicial, sobrecostos y aumento en la demanda por prestación de los servicios al sistema de salud, ausentismo laboral, e impactos negativos a nivel psicológico, social, familiar, económico y cultural. Según los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en los últimos años, la violencia interpersonal se ha constituido como la principal causa de años de vida saludable perdidos en Colombia por lesiones de causa externa no fatales; En 2017 ocurrieron 115.547 casos por causa de violencia interpersonal, con una tasa de la tasa de 234.42 por cada 100.000 habitantes y en 2017 , cifra menor al 2016 cuya tasa fue de 234,4 por 100.000, con una reducción del número de casos del 6,29%. (INMLy CF, 2017).

Entre las causas más relevantes de este tipo de violencia se presentan determinantes estructurales relacionados con el género, el capital y la cohesión social y la cultura y los valores sociales, entre los que se encuentran las normas sociales, prejuicios, estereotipos, creencias e imaginarios que justifican, validan y reproducen el uso de la violencia, la ruptura en el tejido social, la baja solidaridad ciudadana y confianza interpersonal; y aquellos intermedios, asociados a factores comportamentales y psicosociales como el déficit en las habilidades sociales (Mal manejo de las emociones y del estrés, etc.), las inadecuadas pautas de crianza, el bajo involucramiento parental y las débiles pautas educativas para formación de competencias y cultura ciudadana y biológicas (hormonales).

Esto explica que según los resultados de FORENSIS que en 2017, el 65.5% de los casos atendidos fueron de hombres por hechos relacionados con la violencia interpersonal con un 65,51% con una tasa de 310,87 por 100.000 habitantes al presentar comportamientos más violentos que las mujeres. En cuanto al momento del curso de vida en los que más se presentan estos eventos, las principales víctimas son los jóvenes de 20 a 24 años (18,34%) y entre los 25 y 29 años (16,50%), ya que, entre otros factores, los jóvenes cuentan con menor aversión al riesgo y son más proclives a la transgresión de normas que personas de otros grupos de edades. Además para los hombres jóvenes, la violencia se constituye como uno de los principales medios para afrontar las dificultades y reaccionar frente a los conflictos, al percibirla como un mecanismo simbólico de reconocimiento y realización personal. (Corpovisionarios, 2012, pp.219-222).

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

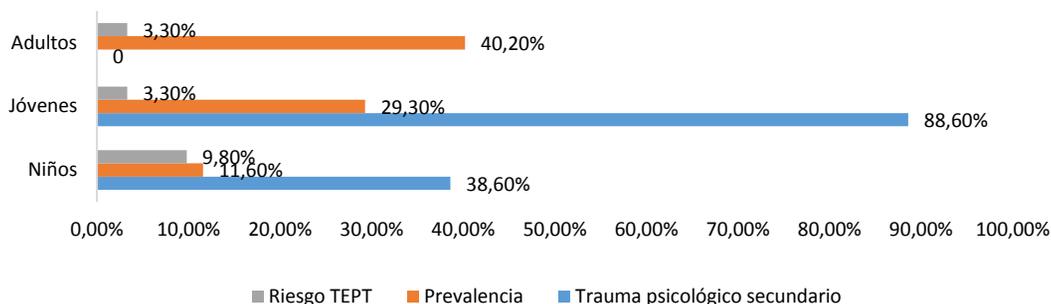
Por otro lado, la ENSM 2015, señala las limitaciones en salud mental relacionadas con la *"naturalización de formas de relacionarse basadas en la indiferencia, la dominación, la explotación o la tortura, en la incapacidad de transformar las maneras de pensar y actuar"*, cuyos resultados sobre cognición social y reconocimiento de los otros, evidencia baja empatía y reconocimiento de emociones como tristeza, miedo o asco; por otro lado la percepción de la población de que nunca contaría con apoyo social en caso de dificultades, la cual aumenta con la edad, la baja participación de la población colombiana en grupos, y la discriminación ligada a la condición socioeconómica, la condición física o de discapacidad no mental y la etnia, particularmente en los entornos escolares

Los problemas y trastornos mentales se atribuyen a diferentes factores desencadenantes que comprenden al individuo y al ambiente que lo rodea, tales como los biológicos, los estructurales y los situacionales, así como la falta de herramientas que le permiten al individuo afrontar su cotidianidad; La priorización de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental dentro del PDSP 2012 - 2021 reconoce las violencias, como uno de los principales factores desencadenantes y la convivencia, en términos de entornos que conduzcan al disfrute de la vida cotidiana, se situó como prioridad al abordar los factores estructurales protectores de la salud mental. (MSPS, 2012) .

Sin embargo, existe una relación entre la violencia y la salud mental en doble sentido, la primera reconoce los problemas y trastornos mentales como posibles causas de la violencia y a la vez, consecuencia de ésta, ya que algunas víctimas de violencia por lo general presentan trastornos emocionales y psicológicos agudos como ansiedad y depresión, o crónicos como estrés postraumático mientras que los victimarios, pueden presentar factores de riesgo emocional o psicológico que los conducen a cometer hechos violentos, por lo cual las violencias hacen parte de lo que se denominan eventos traumáticos. La ENSM 2015 mostró una alta prevalencia de eventos traumáticos en jóvenes y adultos, derivados por accidentes de tránsito, víctima de delincuencia común, el conflicto armado, víctima de violencia intrafamiliar, padecer una enfermedad grave, víctima de violencia física por fuera del ámbito intrafamiliar, o algún otro evento o experiencia estresante.

En cuanto a los eventos más prevalentes por grupo poblacional se destacan: los accidentes de tránsito, las violencias por delincuencia organizada o común, el conflicto armado y la violencia intrafamiliar (física, psicológica o sexual) en personas adultas, quienes están mayormente expuestas a ciertos eventos traumáticos, y se reconoce la posible existencia de trauma psicológico secundario, ya que este indica una morbilidad sentida elevada; en los jóvenes sobresale el alto porcentaje de trauma psicológico secundario, mientras que en las mujeres se presentaron mayor número de síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) que los hombres lo cual las hace más susceptibles a desarrollar otras patologías.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"



Gráfica 3. Prevalencia y consecuencia de evento traumático por grupo etario
Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

El desplazamiento forzado es un evento que afecta a la población en todas las edades, con una frecuencia entre 13,7% y 18,7%; se da con mayor frecuencia en los adultos jóvenes de 18 a 44 años. En adolescentes se exploraron experiencias traumáticas de manera general y se encontró una frecuencia de exposición de 29,3 (MSPS, OIM, Corpovisionarios., 2016). El ASIS de Convivencia Social y Salud Mental Colombia de 2014 y el Registro Único de Víctimas, (RUV) con corte de abril de 2015, ocurrieron 6.995.173 hechos victimizantes que han afectado a 6.325.358 personas; los tres principales hechos reportados por la población fueron el desplazamiento forzado con el 87,9% (5.031.096), homicidio con el 12,9% (736.552) y la amenaza con el 3,3% (191.034). El grupo etáreo con más afectación por el desplazamiento forzado es el de 15 a 19 años de edad (11,11%). Los departamentos o Distritos donde se concentra más el problema del desplazamiento son: Antioquia, Bogotá D.C., Valle, Cauca, Bolívar y Nariño (7).

En 2014 la última Encuesta Nacional de Convivencia y Seguridad Ciudadana (ECSC), realizada en 28 ciudades del país, aplicada a personas mayores de 15 años, dio a conocer la percepción de inseguridad, indicando las ciudades de Pasto (73,4%), Buenaventura (69,4%), Bogotá D.C (69,2%), Cali (67,7%), Palmira (61,1%), Valledupar (60,8%) y Sincelejo (59,5%), como las ciudades con mayor percepción de inseguridad. (MSPS, Dirección de Epidemiología y Demografía., 2014), al mismo tiempo que dicha percepción se asocia con la ocurrencia de hechos violentos en la vía pública, en el transporte público, con mayor frecuencia en plazas de mercado o calles comerciales y en cajeros automáticos.

Esta misma encuesta reportó que se presentaron 370 personas involucradas en riñas o peleas, lo que corresponde al 2,2%, en las cuales los hombres resultan más involucrados en riñas o peleas con 3,1%(252) que las mujeres con 1,3% (119) y con una mayor frecuencia en personas entre los 15 a 29 años con un 62,2% (230 riñas o peleas). Así mismo el principal hecho circunstancial de la violencia interpersonal son las riñas (66,09%), debido a la poca capacidad de las personas para resolver conflictos de manera no violenta, pocas habilidades de afrontamiento y problemas para la gestión de emociones, cuya ocurrencia principalmente se da en calles y vías públicas y los agresores más frecuentes son los conocidos (INMLy CF, 2017).

En cuanto a la violencia intrafamiliar, como fenómeno social con consecuencias que trascienden el ámbito individual y familiar, son las mujeres, los niños y las niñas las víctimas más frecuentes, según el estudio publicado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Económico (CEDE) de la Universidad de los Andes (Ribero y Sánchez, 2004), la violencia intrafamiliar trae consigo efectos negativos

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

en los ingresos laborales de las mujeres, reduciendo su participación en el mercado laboral, limitando sus opciones de encontrar un empleo satisfactorio, e incrementando el desempleo. De igual forma impacta negativamente en la salud y en el rendimiento escolar de los menores.

Estos efectos generan una serie de costos económicos, asumidos por el Estado y en general, por la sociedad en su conjunto, a través de la oferta de bienes y servicios empleados para prevenir, controlar y tratar este tipo de violencia, que incluyen entre otros costos judiciales, de servicios sociales y de atención médica, derivando en un detrimento económico a nivel nacional: *"Se encuentra que los ingresos dejados de percibir por la mujer a causa de la violencia severa contra ellas o sus hijos representa alrededor de 2.2% del PIB del país y los ingresos sacrificados por el mayor desempleo alcanzan el 0.2% del PIB. Los costos estimados en este estudio sobre las demás variables de bienestar de los hogares ascienden a 1.53% del PIB. Esto significa que los costos anuales totales asociados a la VIF alcanzarían el 3.93% del PIB, cifra para nada despreciable y que merece mayores acciones de política"*.

Según cifras de Naciones Unidas, el costo de la violencia doméstica en América Latina y el Caribe equivale al 2% del PIB de la región. México (44%), Colombia (41%), Perú (41%) y Chile (40%) son los países con los índices más altos de violencia contra la mujer, incidiendo negativamente en la productividad y el desarrollo de los países latinoamericanos.

Del mismo modo, el Estudio reciente del Banco Interamericano de Desarrollo, en América Latina se encontró una relación directa entre la violencia doméstica y la afectación de la salud de la mujer y de sus hijos a corto plazo. Perú y Colombia cuentan con las tasas más altas de violencia física (aproximadamente 40%), mientras en los demás países este indicador registra un menos del 20%.

Según cifras de 2017 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en 2017 ocurrieron 27.538 casos de violencia intrafamiliar en el país, cuya tasa estimada fue de 55,87 casos por cada 100.000 habitantes; del acumulado total de las víctimas, el 59,78% (16.463 casos) corresponde a mujeres y el 40,22% (11.075 casos) a los hombres. En cuanto a curso de vida las mujeres fueron las más victimizadas; en cuanto al cálculo de tasas para la variable sexo, las mujeres arrojaron un resultado de 65,97 casos por cada 100.000 habitantes y los hombres de 45,5, mientras que 10.385 (37,71%) corresponden a violencia contra niños, niñas y adolescentes, 1.944 (7,06%) a violencia contra el adulto mayor y 15.209 (55,23%) a violencia entre otros familiares. De forma general, se encontró que las mujeres son las mayores víctimas, con 16.463 casos (59,78%), mientras que los hombres registraron 11.075 (40,22%). (INMLyCF, 2017).

Respecto a los agresores sus principales víctimas son niños, niñas y adolescentes, seguido por agresiones contra los padres y madres, y posteriormente contra adultos mayores, cuyos agresores han sido los hijos, mientras que en otros familiares los, principales agresores han sido los hermanos. El principal factor desencadenante de los hechos de violencia intrafamiliar, fue la intolerancia y el machismo.

La Encuesta nacional de Salud Mental menciona que la probabilidad de que los eventos traumáticos generen impactos en la salud del individuo aumenta en la

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

medida que haya una experiencia repetida del trauma, haber experimentado traumas previos, que la experiencia traumática sea de alta gravedad, historial de problemas de conducta o comorbilidades psiquiátricas, antecedente de TEPT en los padres o cuidadores, la disfunción familiar y el pobre apoyo social. Al indagar sobre las herramientas socioemocionales de la población para afrontar estos factores desencadenantes se encontraron falencias relacionadas con la empatía y con la habilidad para expresar sentimientos. Por ejemplo, al preguntar qué tan de acuerdo se encontraba la persona con la afirmación "*cuando las cosas se ponen feas o tristes, prefiero hacer lo que sea para olvidarlas*", el 78,6% de adultos entre 18 y 44 años y el 84,2% de adultos mayores de 45 estuvo de acuerdo.

Así mismo en la población encuestada se encontró que las emociones más fáciles de reconocer fueron la alegría, sorpresa y los rostros neutros, con una mayor empatía en jóvenes que no están en estado de pobreza y tienen mayor escolaridad. Sin embargo, solo un cuarto de la población fue capaz de reconocer la tristeza, el asco y el miedo

3.2 Factores que dificultan o impiden condiciones y habilidades para el ejercicio de la salud mental.

Este análisis enmarca todas aquellas condiciones o factores que causan problemas y trastornos mentales a nivel poblacional generando riesgos o dificultades para el manejo de emociones, habilidades sociales, pensamientos, percepciones, comportamientos y situaciones negativas para el bienestar de la persona, su comunidad y entorno. (Congreso de la República, 2013)

Algunas de las condiciones o factores de riesgos que contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, incluyen trastornos mentales y de comportamiento, asociados a problemas en la alimentación y nutrición inadecuada, la falta de actividad física, dificultades para el uso del tiempo libre y condiciones medioambientales como la calidad del aire, el estrés urbano, y las exposiciones ocupacionales, determinan condiciones que impiden el derecho a una buena salud mental; así mismo la movilización y asentamiento de las personas en las zonas urbanas, donde habita el 76% (Banco Mundial., 2016) de la población colombiana, las hace particularmente vulnerables a estos factores de riesgo.

La Encuesta del Uso del Tiempo (ENUT 2012) y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2015), señalan los patrones de uso del tiempo libre, sedentarismo y hábitos alimentarios como determinantes asociados con las prevalencias de cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y trastornos mentales. Por otro lado la ENSIN de 2015, encontró que solo el 31% de los escolares y 13.4% de los adolescentes cumplen con las recomendaciones de actividad física y 67.9% y 76.6% respectivamente tienen tiempo excesivo frente las pantallas. Las actividades recreativas y el uso del tiempo libre hacen son indicadores que miden el índice de calidad de vida y su relación con mejores indicadores en salud y capital humano. En Colombia, solo el 18.9% de los hombres y el 9.2% de las mujeres dedican tiempo diario a realizar actividades de tipo cultural, deportivas o dedicadas a sus aficiones.

Por otra parte, se pudo observar un aumento del exceso de peso para escolares (5.6 puntos porcentuales (pp.)), adolescentes (2.4 pp.) y adultos (5.2 pp.) en

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

comparación con los resultados de la ENSIN 2010, con mayor prevalencia en el área urbana que en el área rural y con mayores riesgos para las poblaciones entre los 18 a 64 años, afectando más a las mujeres que a los hombres y siendo más prevalente en el quintil de riqueza medio y afectando más a los afrodescendientes sobre otras etnias y razas.

Del mismo modo la Asociación Americana de Psicólogos encontró que la obesidad en las mujeres se asocia con un aumento de un 37% en la depresión grave y una relación estrecha con un alto índice de masa corporal y pensamientos suicidas frecuentes (centro de apoyo y obesidad., 2017); del mismo modo, las personas con un diagnóstico previo de depresión mayor, tienen mayor probabilidad de tener sobrepeso u obesidad (Lopera & Restrepo., 2014), por lo tanto existe una correlación entre la obesidad y la depresión es cada vez más frecuente.

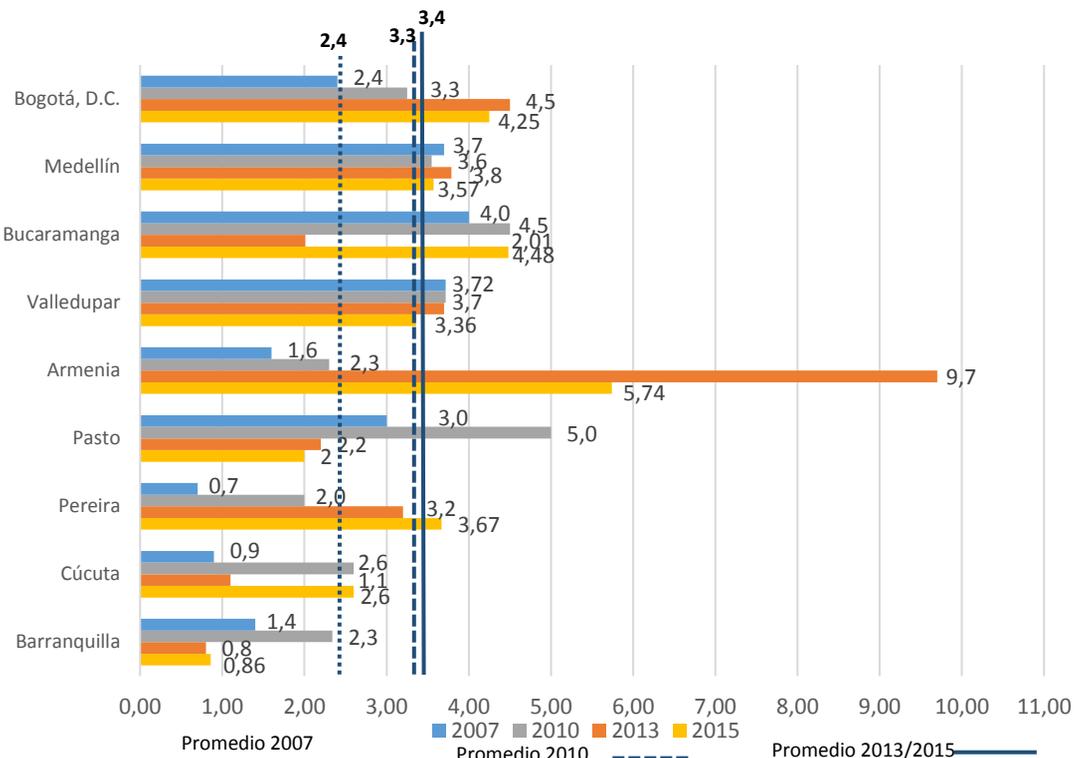
En 2015 la ENSIN 2015, reportó que el 30% de preescolares hombres (entre 3 y 4 años) y solo el 20% de preescolares mujeres tenían acceso a juego activo. Así mismo, preescolares del quintil más alto tenían mayor acceso a juego activo. El quintil con menor acceso a juego activo era el quintil medio de riqueza. Estos datos resaltan la importancia de articular y garantizar acceso a actividades durante el tiempo libre más enfocadas en las interacciones sociales, eventos recreativos y culturales y de desarrollo de aptitudes y hobbies que enriquezcan el capital humano de la sociedad.

Otros aspectos relacionados con la salud mental y el establecimiento de habilidades y vínculos sociales son los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y el uso del tiempo libre; según el Estudio de Consumo en Población Escolar del 2011 se evidencio que hay menor consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes cuyos padres se interesan en saber en dónde se encuentran los adolescentes, así como de los padres que están pendientes en los programas de televisión que ve el adolescente y de las actividades que se hace en el colegio o del control de los horarios de llegada a casa durante los fines de semana y el conocimiento acerca de los lugares que frecuenta dichos fines de semana, al igual que el compartir espacios de comida y el interés frecuente sobre los amigos más cercanos que frecuente el adolescente (MinJusticia y del Derecho, 2011.).

Por otra parte el estado de espacios y estrés urbanos tienen una relación importante con la salud mental, por ejemplo la OMS recomienda un promedio de 10 a 15 m² de espacio público por habitante, como la medida que garantiza el objetivo 11 de los ODS y su importancia para "*hacer que las ciudades sean inclusivas, seguras, resilientes, sostenibles*" ya que con ello se fomenta la salud de las personas. La Encuesta de Espacio Público 2015 recogió los datos de área verde que equivale al Espacio Público Efectivo (EPE) para nueve ciudades (MinAmbiente, 1998) tal como se observa en la gráfica 4.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Gráfica 4. M2 de espacio público efectivo por habitante en ciudades de Colombia.



Fuente: DDU- DNP. Informe de Encuesta de Espacio Público de 2015

Como se puede evidenciar en la gráfica, todas las ciudades se encuentran muy por debajo de la recomendación de la OMS sobre espacio público efectivo por habitante y ello repercute con la limitación de alternativas para el uso del tiempo libre y actividad física, afectando el ejercicio de la salud mental y la calidad de vida de las personas.

Otro aspecto que condiciona negativamente la salud mental de las personas es el estrés urbano y las relaciones con las condiciones laborales, ya que los cambios en los tipos de contratación, la informalidad y los trabajos temporales representan mayores prevalencia de problemas de salud mental con mayor afectación en los hombres que en las mujeres; Así mismo las largas jornadas laborales y los altos tiempos de desplazamiento del trabajo a la casa hacia los lugares de trabajo limitan el tiempo libre para realizar actividades de esparcimiento y de actividad física, afectando negativamente la salud mental.

3.3 Atención integral e integrada de la Salud Mental

El país reconoce la importancia de la atención y del fortalecimiento de programas y estrategias integrales e integradas relacionadas para dar respuesta a los problemas y trastornos mentales, por tal razón viene avanzando en la cualificación de la oferta institucional y comunitaria, junto el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del talento humano que hace parte de las condiciones necesarias para el acceso a dichos servicios que brinden atenciones a las personas, cuidadores, familias y comunidades que sufren o padecen problemas y trastornos mentales derivados de las situaciones anteriormente señaladas en el presente análisis situacional a causa de consumir sustancias psicoactivas, ser víctimas de violencia, factores biológicos, factores genéticos o debido a la exposición de eventos traumáticos o estresantes.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Uno de los aspectos que el país reconoce es el desarrollo de acciones de atención primaria con enfoque social comunitario a través de la atención y rehabilitación basadas en la comunidad mediante la detección y canalización de los actores sociales y comunitarios las cuales determinan una primera respuesta mediante la detección y primeros auxilios en salud mental y canalización hacia los servicios de mayor complejidad; posteriormente la atención integral e integrada deriva el involucramiento interdisciplinar del talento humano conformado no solo por los profesionales de la salud, sino también de profesionales de otras áreas del conocimiento, y del desarrollo de competencias intersectoriales con el fin de garantizar acciones de atención secundaria para la promoción, la prevención, la atención y la rehabilitación mediante la red de servicios que atienda oportunamente. (ONU - Consejo de Derechos Humanos, 2017)

Dichos procesos de atención integral e integrada evidencian que la atención primaria en salud con mejores resultados en salud mental debe tener en cuenta el entrenamiento diferencial y con mayores alcances para los profesionales de la salud sin experiencia en salud mental, que tenga en cuenta las características cualitativas de los programas de educación, capacitación y entrenamiento, de las diferentes categorías de profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en el sistema de servicios de salud (MSPS, 2015); Finalmente se propone dentro de las Resoluciones 046 de 2018 y la Resolución 05269 de 2017, servicios de promoción de la salud (información, educación, capacitación y comunicación), protección específica y detección temprana, prevención de la enfermedad y la atención ambulatoria y de urgencias en los que hacen parte la atención para los pacientes con trastornos mentales severos a través de psiquiatras y especialistas. (MSPS, 2018)

Es importante señalar que la relación de profesionales en salud mental en los países más desarrollados, da cuenta que el número de psiquiatras llega a ser de 15 por cada 100,000 habitantes; mientras que en Colombia existe un vacío en la oferta de talento humano que cumpla con dichas recomendaciones, ya que solo se cuenta con 2.4 psiquiatras y 10.6 psicólogos por cada 100,000 habitantes, de igual forma existe un desconocimiento del número de profesionales de apoyo (enfermeras, profesores, trabajadores sociales) entrenados en salud mental; Existen aproximadamente 1600 psiquiatras que trabajan en el territorio colombiano, un 60 a un 70% se encuentran concentrados en Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, lo cual representa un problema de acceso para las personas que se deben desplazar hacia las ciudades capitales para recibir atención y en la mayoría de los casos no logran acceder a un especialista debido a la distancia.

Dentro de la oferta social es importante resaltar la importancia de los programas de detección temprana y prevención del intento suicida, abuso de sustancias psicoactivas y violencia, los cuales están vinculados con el entrenamiento al talento humano comunitario y con las rutas claras de tamizaje dentro del ABC, sin embargo a nivel nacional se desconoce dicha oferta social y del alcance de los programas comunitarios actuales que ayudan a la rehabilitación de las personas de manera integral y que incluyan a la familia como actor clave en la recuperación y reintegración del individuo. Así mismo no se cuenta con datos relacionados con la inclusión de personas con patologías mentales en el ámbito laboral, educativo y social como herramienta social para la rehabilitación.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Este análisis de la oferta de servicios sanitarios muestra grandes brechas en el país frente a las recomendaciones establecidas, por ejemplo, la evidencia recalca la reducción de hospitales psiquiátricos e hace hincapié en la unificación de la salud mental a la medicina general (WHO, 2003). Sin embargo se evidencia un número mayor de hospitales psiquiátricos que de unidades de psiquiatría en hospitales generales, así como el incremento de residencias con cuidado asistido para pacientes de trastornos mentales y de hospitales día, donde a nivel nacional solo se cuenta con 6 hospitales día sin residencia para cuidados asistidos.

Adicional a la oferta, el análisis de las barreras de acceso a los servicios en términos de la oferta y demanda por parte de la población, se encontró que entre 88 y 94% de las personas que solicitaron atención médica lograron acceder al servicio (ENSM 2015) dada la alta cobertura de aseguramiento; Sin embargo, solo el 30% de las personas que presentaron algún problema o trastorno mental en el último año solicitaron atención por patología mental. Estos resultados son congruentes con los resultados a nivel internacional donde se estima que de 30% al 80% de la población con problemas o trastornos mentales no ha recibido nunca atención (OMS, 2003).

Las razones para no solicitar atención se relacionan con temas la falta de oferta de servicios en salud mental por parte de los prestadores del sistema de salud (5.1%), seguido por la ausencia de las personas para para solicitar el servicio (64.8%); como parte de las razones de dificultades en la oferta se encontró las distancia existentes entre los centros de atención, los tiempos para recibir una cita médica, el número de trámites de la EPS o IPS y la desconfianza en el tratamiento debido a experiencias pasadas. Estas barreras no solo afectan la consulta inicial sino la continuidad del tratamiento, que es crucial para la atención de los problemas y trastornos mentales.

La falta de claridad en las rutas de atención y se desarticulación con la atención primaria y de los prestadores de otros sectores comunitarios no relacionados con el sector salud son otros problema identificados por la ENSM de 2015. Ligado con lo anterior la existencia de dichas barreras administrativas y de atención, existen barreras asociadas con el estigma o la patologización de la salud mental las cuales relacionan con la falta de demanda a dichos servicios a razones o imaginarios asociados con *"no considerar"* *"no es necesario ir"*, *"descuido"* o *"no querer ir"*. Estas razones están asociadas a causas de orden actitudinal relacionadas con posible estigma, creencias negativas frente a los sistemas de salud, malinterpretación sobre las consecuencias de los tratamientos, la baja necesidad percibida de requerir ayuda y miedo, entre otros (Gonzales L. M, 2016).

Lo anterior muestra otras dificultades en el acceso a la atención y adherencia a los tratamientos por parte de las personas, relacionadas con las bajas capacidades del individuo para mantener la adherencia a los tratamientos, con mayor prevalencia en enfermedades crónicas como lo son los trastornos mentales y la adición a sustancias psicoactivas, así como la ausencia de redes de familiares, sociales o comunitarias que apoyen el tratamiento y la actitud corresponsable frente a dichos tratamientos.

Aspectos que debilitan la atención integral e integrada de los problemas y trastornos mentales se relacionan con la falta de confianza de algunos profesionales hacia la capacidad de sus pacientes para tomar decisiones propias,

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

lo cual conlleva a la utilización de tácticas de bloqueo como el castigo, la rabia o mostrar un conocimiento técnico mayor para desorientar a los pacientes (Thorce et al.), así como de prejuicios por el "sesgo de cuidado de la clase media", lo cual resulta problemático para pacientes pasivos que reciben menor información ya que el profesional los percibe como indiferentes o incapaces de cuidarse a sí mismos (Kickbush), por lo cual el empoderamiento y desarrollo de la autonomía de los pacientes es primordial para su autogestión en torno a su salud.

Las debilidades en dicha atención integral e integrada se asocian con la falta de detección temprana por parte de las personas, familias, cuidadores y de comunidades así como de los profesionales de la salud, lo cual aumenta la probabilidad de mortalidad temprana, más si la persona sufre de otras enfermedades crónicas no transmisibles, ya que algunos profesionales de la salud no cuentan con el suficiente entrenamiento para utilizar las herramientas de tamizaje para identificar la presencia de algún problema o trastorno mental en el paciente, particularmente para la población infantil quienes son los que presentan un menor acceso en relación a la percepción de enfermedad, ya que según la encuesta se pudo identificar que 44% de la población infantil requería de evaluaciones más a profundidad para identificar posibles problemas y trastornos mentales. (MSPS, 2015).

En relación al suicidio, se observa un incremento en el número de casos de muertes por esta causa, en 2014 hubo 2.126, en 2015 hubo 2.332 y en 2016 se registraron 2.474; esta variación es consistente con las tasas ajustadas de mortalidad, en 2014 pasó de 4,47 por 100.000 habitantes a 5,07 en 2016, sin embargo, más allá de las cifras, el análisis debe hacerse teniendo en cuenta estos aspectos importantes: el suicidio es un evento prevenible, se presenta en gente joven con mayor frecuencia (20 a 24 años), por esta razón son muchos los años de vida potencialmente perdidos por las muertes prematuras y estas muertes tienen un efecto devastador en la persona, su familia y la sociedad.

Uno de los eventos en salud mental con mayor alerta es la conducta suicida, ya que la tasa de intento va en aumento y ello representa un importante predictor de la mortalidad, por lo cual, la detección temprana de intento o pensamientos suicidas, así como la oferta necesaria para prevenir que se lleven a cabo las lesiones auto infligidas debe ser vital para reducir la mortalidad, a través de herramientas de tamizaje en las escuelas y en el trabajo, así como de oferta comunitaria o trabajadores sociales que puedan actuar ante una eventualidad o riesgo de suicidio de alguna persona y que sirva para dar primeros auxilios en caso de que se detecten pensamientos suicidas en poblaciones en riesgo.

3.4. Servicios sectoriales e intersectoriales para la atención integral e integral de la salud mental con participación social

Es importante señalar que para ejercer el derecho a la salud mental se hace necesario de instalaciones, bienes y servicios de atención y apoyo disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad. Una atención y un apoyo para la salud mental basados en los derechos es una parte integral de la atención de la salud para todos (OMS - OPS, 2014), por lo cual los estados deben avanzar hacia una gestión intersectorial de la salud a través de los desarrollo normativos así como de acciones complementarias en las demás políticas sectorial.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Como desarrollos importantes en Colombia existen la Ley 1616 de 2013 en la que se estipula que el Estado Colombiano fortalecerá la atención en salud mental "integral e integrada y humanizada" y que dicha "atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental (Congreso de la República, 2013), así mismo ha dispuesto de manera gradual el desarrollo de servicios de atención integrales mediante la Ley estatutaria en su artículo 6 en la que define *la disponibilidad, la accesibilidad y la libre elección*, en referencia a los servicios de salud (Congreso de la República, 2015)

Por tal razón en materia de salud mental para la presente política pública los servicios sectoriales e intersectoriales son importantes para la garantía de la salud mental mediante el acceso a la oferta y calidad de los mismos para la atención como parte de la respuesta integral e integrada de los sistemas de la protección y seguridad Social, dirigidos a grupos poblacionales específicos, sujetos de protección constitucional, los cuales son prestados por lo general por entes gubernamentales o instituciones de derecho privado, "*...en el marco de políticas de protección social tendientes a evitar, impedir, atenuar o enfrentar el riesgo que se deriva de una posible vulneración de un derechos derivado de la pobreza, de la violencia, de las condiciones socio-económicas del entorno, del medio ambiente y, en general, de las desigualdades sociales y/o culturales, con el fin de prodigarle a las personas, hogares y comunidades beneficiarias de su amparo, una mejor calidad de vida...*" (Asociación Iberoamericana de Juristas del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social., 2017).

Desde 1993 la Ley 100 en Colombia, regula los servicios sociales complementarios tales como el programa de auxilio para ancianos indigentes, el subsidio al desempleo y el programa de apoyo directo al empleo (PADE), así mismo existen otros servicios sociales prestados por las Cajas de Compensación Familiar como subsidios, capacitaciones, educación continuada, recreación turismo social, financiación de créditos, mercadeo social, entre otros, y existen servicios sociales que prestan las entidades territoriales tales como: programas de atención a la niñez, a la juventud y/o a la familia, programas para la promoción o intervención del consumo de sustancias psicoactivas, comedores comunitarios, programas de atención a los adultos mayores en condiciones de pobreza extrema, educación a la primera infancia, entre otros (MSPS, Profamilia, 2015.)

A partir de la pesquisa sobre el acceso a servicios sociales en Colombia se encontró que "*...los datos presentados revelan la persistencia de grandes disparidades en las condiciones de vida de la población colombiana, en su acceso a los bienes y a los servicios básicos y a los sistemas de educación y salud, disparidades que operan en función de los estratos socio económicos de origen y en función de la localización territorial y que constituyen una fuente de discriminación y de obstáculos para el ejercicio del derecho al bienestar...*" (MSPS, Profamilia, 2015.), dicho estudio muestra "*...indicadores de pobreza multidimensional que dan cuenta de una carencia o limitación o barrera de acceso a bienes o servicios sociales...*" y de manera global dicho estudio determinó que existen desigualdades importantes en relación a cómo viven las personas en las áreas rurales, en comparación con el promedio nacional (DANE , 2016).

En las áreas rurales las personas en sus hogares carecen más de logros educativos, (el 82,2% de los hogares tiene bajo logro educativo, frente a 48.4%

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

del promedio nacional) y presentan mayores barreras de acceso a las fuentes de aguas mejoradas (31.7%, contra 9%), mientras que el 31,4% de los hogares, se encuentran privados de servicios para la eliminación de excretas frente a 11.5% a nivel nacional; la construcción de sus viviendas están en materiales inadecuados de los pisos (21.5%, contra 6%), y la con alta privación de materiales para paredes (69.1%, frente a 18.6%), con un aspecto positivo frente al aseguramiento en salud, el cual es equilibrado (DANE , 2016).

Teniendo en cuenta lo anterior, se destaca la importancia de la financiación o asignación de recursos en salud como un factor determinante para el acceso y prestación de servicios sectoriales e intersectoriales como parte de las prioridades de las políticas, ya que a través del monitoreo de los servicios en salud mental se pueden detectar cambios y hacer ajustes en las prioridades, así como a la cualificación del talento humano mediante la formación y capacitación con el fin de mejorar la atención integral e integrada en salud en tiempo real, al igual que mediante el desarrollo de estrategias de base comunitaria que aporten al cuidado de los pacientes y de las familias en pro de un efecto positivo sobre la salud mental a mediano y largo plazo.

Otros datos importantes muestran, que el acceso a los servicios en niños y niñas mayores de 7 años, logro reconocer que tenían un diagnóstico de trastorno mental, dicho estudio reportó que aunque muchas personas tienen problemas en salud mental, no siempre solicitan ser atendidos en el sistema de salud (la cifra no alcanza el 50%), así mismo entre las personas con patología mental, del 34,3% el 48,1% solicitaron atención en salud mental durante el último año y de estos, decidieron consultar, entre 88% y 94%, quienes lograron recibir algún tipo de servicio. Otras diferencias por grupos poblacionales, evidenciaron que los niños solicitan ser atendidos con mayor frecuencia (MSPS, 2015).

Cuadro N° 4 Indicadores de acceso a la atención en salud mental en población de 7 años y más.

| Indicadores de acceso a la atención en salud mental | De 7 a 11 años | De 12 a 17 años | De 18 a 44 años | De 45 años y más |
|---|----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Solicitan atención por patología mental en los últimos 12 meses | 48,1% | 38,5% | 38,5% | 34,3% |
| Recibieron algún tipo de atención en salud mental luego de ser solicitada | 92,7% | 88,5% | 94,0% | 88,9% |

Fuente: MSPS a partir de los datos de la ENSM 2015

Sin embargo hoy día se cuenta con una mayor cobertura en el aseguramiento en salud (alrededor del 95%), lo cual no se equipara con el acceso efectivo a los servicios, esto se da por varias razones, entre las más importantes están: las barreras actitudinales (la persona no considera necesario consultar), las limitaciones de orden geográfico y económico. (MSPS, 2015)

La planeación, implementación y evaluación de políticas y/o programas inadecuados, junto con la "ausencia de compromisos y por lo tanto de recursos", la inequitativa distribución social de los recursos, son elementos claves para el análisis de las dificultades en la atención e implementación de servicios sectoriales e intersectoriales enfocados en la salud mental y convivencia.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Existen ventajas importantes frente al gran número desarticulado de fuentes de información desde diferentes sectores (ej. SISPRO, Sistema de información misional del ICBF. Sistema SPADIES –seguimiento a cifras de deserción escolar-, Registro Único de Víctimas, entre otros); Sin embargo se podría fortalecer su gestión mediante la unificación de las mismas con lo cual sería posible seleccionar, seguir, integrar y evaluar el conjunto de servicios sectoriales e intersectoriales dirigidos a las personas, familias y comunidades que sufren o padecen trastornos mentales, así como del comportamiento, la violencia intrafamiliar y de pareja, y el abuso de sustancias psicoactivas, con lo cual se fortalecería la vigilancia epidemiológica de las patologías mencionadas anteriormente.

Otros aspectos que debilitan la respuesta sectorial e intersectorial de las instituciones es la desconfianza de la población hacia el Estado, ello se debe en parte, a la baja gobernabilidad del Estado colombiano. Según los últimos datos del Banco Mundial, el índice de gobernabilidad en Colombia se encuentra por debajo de la media internacional, entre otros, por deficiencias en el sistema político, políticas públicas desarticuladas y poca legitimidad de las instituciones públicas, que se reflejan en indicadores como la efectividad gubernamental⁴, que para Colombia en el año 2015 fue de 52,45 (Banco Mundial, 2016).

Dicha desconfianza en las instituciones se encuentra ligada a la percepción de ineficiencia de éstas y a los altos niveles de corrupción que presentan; Según el Índice de Percepción de Corrupción de Transparencia Internacional del 2016, Colombia cuenta con un índice de 37, en una escala de 0 a 100 (donde 0 es muy corrupto y 100 muy transparente), lo que indica un alto nivel de corrupción en el país percibido en el sector público. Por tal razón un dispositivo clave para asegurar una mejora atención sectorial e intersectorial son los sistemas de monitoreo, evaluación y seguimiento abiertos, los cuales son indispensables para incrementar la confianza de la población.

Por otro lado la Encuesta sobre Responsabilidad Social Empresarial (RSE) de la ANDI del 2011, reveló que a pesar de que el 73% de los encuestados cuenta con una política de RSE y el 68% de los mismos tiene dentro de su empresa un cargo específico para RSE, se mantienen problemas para implementar esta política en muchas empresas por problemas de costos, seguido en menor medida por la falta de aliados y cooperación, además únicamente el 33% de las empresas se ha comprometido con el Pacto Global en Colombia de Naciones Unidas, que promueve la responsabilidad social empresarial a nivel mundial. Así mismo existe falta de compromiso y solidaridad tanto de la comunidad como del sector productivo, lo cual debilita la acción sectorial e intersectorial y facilitan nuevas formas de violencia y la perpetuación de ciertos problemas y trastornos mentales.

Como parte de la gestión integral e integrada de la salud mental, la participación social y del reconcomiendo de la ciudadanía resultan elementos claves para la política pública y como titulares de los derechos. Datos recientes del Banco Mundial sobre participación y rendición de cuentas⁶, Colombia en el 2015 obtuvo

⁴ Representado en la percepción de la calidad de los servicios públicos, la calidad del servicio civil y su grado de independencia de presiones políticas, la calidad de formulación e implementación de políticas y la credibilidad del compromiso gubernamental con esas políticas.

⁵ En una escala de 0 a 100, siendo 0 el rango más bajo y 100 el más alto de efectividad gubernamental.

⁶ Este indicador captura la percepción del grado en que los ciudadanos de un país tienen la posibilidad de participar en seleccionar su gobierno, así como la libertad de expresión, de asociación y de prensa.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

un puntaje de 45⁷ (Banco Mundial, 2016), por lo cual se resalta el fortalecimiento de las redes socio-institucionales como una herramienta exitosa que permite incrementar la participación social e involucrar a actores de diferentes sectores y poblaciones en la generación y toma de decisiones.

Parte de la gestión sectorial e intersectorial se define a través del establecimiento de vínculos sociales y familiares, lo cuales si están debilitados generan bajos niveles de confianza interpersonal, limitando las capacidades y potencialidades comunitarias e institucionales fundamentales para la universalización del desarrollo humano; Según la Encuesta Mundial de Valores (DNP, 2015), Colombia es el país con menor porcentaje de confianza en el otro (4,1%); Lo anterior se debe a la existencia de prejuicios, imaginarios, creencias y normas sociales, que configuran una visión negativa del otro, generando fragmentación de la sociedad y rompimiento de vínculos sociales y comunitarios, que favorecen la resolución de conflictos de manera violentas e inciden en el aislamiento y depresión de las personas, derivando afectaciones en la salud mental y el desarrollo humano por consumo de sustancias psicoactivas, ideación suicida y suicidio.

El rompimiento de dichos vínculos sociales favorece la primacía del bien individual sobre el colectivo sin importar las consecuencias, en este sentido, la Encuesta de Cultura Política de 2015 señaló, que, al preguntar a las personas mayores de 18 años, el 56,2% está totalmente de acuerdo con que los ciudadanos participen siempre y cuando tengan un beneficio particular y únicamente el 26,2% está totalmente de acuerdo con que los mecanismos y espacios de participación beneficien por igual a todos los ciudadanos.

Lo anterior también se debe al desconocimiento por parte de la población, de los mecanismos y espacios para participar, dicha encuesta dio cuenta de ello, pues indicó que únicamente un poco más de la mitad población mayor de 18 años conocía por lo menos algún mecanismo de participación ciudadana: referendo aprobatorio o derogatorio (52,3%), revocatoria de mandato (52,1%), consulta popular (43,2%) y plebiscito (30,9%). En cuanto a la proporción de ciudadanos que escucharon hablar de los espacios de participación ciudadana tales como veedurías ciudadanas (34,6%), audiencias y consultas públicas (30,2%) y los comités de desarrollo y control social en salud y servicios públicos (29,2%) fue menor.

Finalmente, en términos de participación comunitaria, la ENSM 2015 reportó que más de la mitad de los colombianos no participan en ningún tipo de grupo, el porcentaje aumenta con la edad, donde el 65,3% de las personas entre 18 a 44 años y el 60,5% de las personas de 45 y más años no participan en ningún grupo. El porcentaje de no participación es mayor en los quintiles más bajos y con menor educación, lo cual representa un reto significativo para fortalecer la gestión sectorial e intersectorial de la atención en salud mental.

IV. ENFOQUES

La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, en cumplimiento de lo contenido en la Sentencia T-760 de 2008 que elevó el derecho a la salud como derecho fundamental, establece los elementos que permiten la protección, respeto y garantía de este derecho de manera integral. Así mismo, dicha norma incluye la

⁷ En una escala de 0 a 100, siendo 0 el rango más bajo y 100 el más alto de efectividad gubernamental.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

creación de la Política y el Modelo Integral de Atención en Salud. Dicha política se cimienta en una idea fundamental, la salud en tanto derecho y activo fundamental para el desarrollo humano, social y económico del país, ubica al ser humano en el centro de la política.

Desde esta visión, los enfoques de política pública que permiten hallar elementos para comprender las estructuras que determinan los resultados en salud, analizar la interacción compleja entre enfoques y orientar la gestión pública en salud mental y la convivencia social desde cada uno de ellos. (Véase Anexo Técnico 5 *Articulación de los enfoques de política de salud mental*)

4.1 Enfoque de desarrollo Basado en Derechos Humanos para el ejercicio de la salud mental.

El enfoque que enmarca la gestión de la Política Nacional de Salud Mental es el de Enfoque de Desarrollo Humano basado en Derechos cuyo principio rector es el de la universalidad, como eje central de los principios del derecho internacional de los Derechos Humanos establecidos a partir de las Naciones Unidas, como producto de un amplio consenso internacional y su respectiva adopción por parte de los Estados a través de sus políticas, programas y demás procesos para el desarrollo de sus respectivos países

El **enfoque de desarrollo humano**, implica la comprensión del desarrollo humano como integral y en una relación ineludible con los derechos humanos, donde estos se asumen como libertades humanas, planteándolo desde el reconocimiento, y desarrollo de capacidades humanas, es decir libertades, logro de autonomía, que permita o posibilite el goce de derechos. La obligación del Estado, es generar y garantizar condiciones para su ejercicio.

Derivado de esta relación desarrollo y derechos, el **enfoque de curso de vida**, se considera importante desde el reconocimiento de las trayectorias de vida, los sucesos y transiciones, que matizan el proceso de desarrolla y el vivir de los seres humanos. Permite, identificar ventanas de oportunidad que inciden en la vida cotidiana de los sujetos en el marco de sus relaciones, la toma de decisiones y su proyecto de vida. Por tanto, tanto el desarrollo en relación con los derechos, y el reconocimiento del curso de vida de los sujetos individuales y colectivos, constituyen un fundamento clave para la comprensión y abordaje de la promoción y sostenimiento de la salud mental.

De este modo, este enfoque, de desarrollo humano basado en derechos, orienta unos principios básicos en los derechos humanos, los cuales están orientados a promover la "dignidad humana" como *"una cualidad intrínseca, irrenunciable e inalienable de todo y a cualquier ser humano, constituyendo un elemento que cualifica al individuo en cuanto tal, siendo una cualidad integrante e irrenunciable de la condición humana. Ella es asegurada, respetada, garantizada y promovida por el orden jurídico estatal e internacional, sin que pueda ser retirada a alguna persona por el ordenamiento jurídico, siendo inherente a su naturaleza humana; ella no desaparece por más baja y vil que sea la persona en su conducta y sus actos.* (González Pérez, 1986), así como fundamento ético y político, a partir de unas categorías indispensables a la hora de evaluar programas y políticas desde un enfoque basado en Derechos Humanos; desde esta perspectiva, hablar del desarrollo implica que los derechos humanos son *valores o principios*, ya que

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

desde allí se debe fundamentar las políticas a partir del reconocimiento de la dignidad humana, que enmarca la diversidad y la pluralidad de los sujetos, las cuales deben ser respetadas y tenidas en cuenta desde un marco de Derechos.

Este enfoque comprende el reconocimiento de los sujetos individuales y colectivos como titulares de derechos, y del desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades para que alcancen su bienestar físico, mental y social, ampliando sus libertades y posibilidades de elección para vivir una vida plena de sentido según el momento de curso de vida en el que se encuentran, las características y condiciones poblacionales que los identifica, y los territorios específicos que habitan y construyen subjetivamente. Así pues, "los derechos humanos y el desarrollo humano comparten una misma visión y un mismo objetivo: garantizar, para todo ser humano, libertad, bienestar y dignidad" (UNDP, 2002:2)

De esta forma los DDHH son posibles mediante el empoderamiento de los sujetos (personas, familias y comunidades) a través de las obligaciones legales por parte de los Estados para igualar la distribución y el ejercicio del poder dentro de la sociedad, mitigando así la impotencia del pobre." (OMS, 2004.) Con el fin de "*...poder disfrutar de una vida libre del miedo y de la pobreza, sin discriminación...*" mediante el ejercicio de la autonomía y la libertad individual y colectiva a través de la incorporación de políticas públicas en las que centra la responsabilidad del Estado y genera esfuerzos y objetivos para mejorar las condiciones de vida. (Nusbaum Martha, 2012)

4.2 El Enfoque de Género

Este enfoque se fundamenta en la categoría de género como constitutivo de los seres humanos y de sus derechos. Constituye una categoría para el análisis y la intervención, desde el reconocimiento de los géneros, y las relaciones de poder que los enmarcan, buscando equidad y desarrollo, dignificando el rol de hombres y mujeres. La existencia de normas sociales que refuerzan los roles y estereotipos de género que han sido otorgados cultural e históricamente a mujeres y hombres hacen que tanto unas como otros estén expuestos a diferentes tipos de experiencias y necesidades que deben ser abordadas de manera contextual de acuerdo a las especificidades y características del ser mujer y ser hombre; por tal razón este enfoque es fundamental para el ejercicio de los derechos humanos, ya que es un determinante social de la salud, que interactúa con otros determinantes, visibilizando la distribución desigual de poder que existe entre lo masculino y lo femenino, las diferencias biológicas propias de hombres, mujeres y personas intersexuales y la manera como los factores sociales y biológicos interactúan entre sí produciendo efectos directos y específicos en los procesos de salud y enfermedad de las personas, de acuerdo a su sexo biológico y construcción de género.

La incorporación de este enfoque es relevante para el abordaje integral de la salud mental, ya que el ejercicio del poder presente en el relacionamiento social cotidiano, de forma asimétrica, exacerbando otras formas de desigualdad y produciendo efectos específicos y diferenciales en la salud física y mental tanto de hombres como de mujeres. "El enfoque de la salud mental desde la perspectiva de género visibiliza las diferencias de los factores sociales y biológicos asociados a la salud mental de la mujer y del hombre, a la vez que explora sus interacciones

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

y tiene en cuenta la forma en que las desigualdades influyen en las experiencias de salud, sirviendo de orientación para identificar respuestas más equitativas".

La OMS (2013) señala que el impacto que la intolerancia y la discriminación provoca en la salud emocional y mental, se traduce en el hecho de que las personas enfrenten más riesgos de sufrir lesiones como consecuencia de la violencia física y emocional a la que se ven expuestas, por lo anterior, la comprensión e intervención de la salud mental y la convivencia requieren de un tipo de relacionamiento social positivo, respetuoso y garantista de los Derechos Humanos con los propósitos de i) generar relaciones y procesos de igualdad entre hombres y mujeres ii) comprender e incorporar en el abordaje integral de la salud mental las necesidades y experiencias de mujeres y hombres, de acuerdo a su construcción de género y orientación sexual iii) construir relaciones de mutualidad, horizontalidad e igualdad de derechos para todas las personas

4.3 Enfoque Diferencial Poblacional – Territorial

El enfoque diferencial aporta al abordaje de la salud mental, al reconocer las características particulares de las poblaciones en términos de curso de vida, características culturales, condiciones o situaciones particulares, así como pertenencia y habitabilidad en determinados territorios.

Comprende un enfoque para el análisis y la definición de acciones acorde con las particularidades de los sujetos individuales y colectivos, considerando su situación y su contexto de variables sociales, políticas y culturales que marcan los diferenciales. Implica el reconocimiento de **condiciones constitutivas** de **edad, etnia, discapacidad**, así como **condiciones sociales, políticas, culturales, religiosas y económicas**, y las afectaciones por violencias (social y política), condiciones de ubicación geográfica (urbana o rural), y la condición legal, entre otras. Permite promover universalidad de los derechos de la diversidad, lo multicultural, lo étnico y promueve la lectura en contexto, en nuestro caso de país pluricultural.

En este sentido, el enfoque diferencial, reconoce la importancia de la relación **población – territorio**, como categorías que promueven la formulación, implementación y evaluación de políticas que tengan como punto de partida tanto a los sujetos individuales y colectivos de derechos, como las condiciones poblacionales y territoriales en las que convergen condiciones de base, educativas, socioeconómicas, ambientales, así como la identificación de las complejidades propias de sus inter relaciones.

Igualmente, en esta lógica de comprensión del enfoque diferencial, es necesario considerar el enfoque **enfoque interseccional** (Molina, 2012), como una oportunidad para lograr una comprensión holística de los sujetos y sus relaciones, lo cual, complementa las opciones de análisis e intervención de las políticas públicas, en este caso de salud mental.

Este enfoque armoniza los procesos de intervención en la salud mental y física, de manera comunitaria, incluyente y transformadora, con la que sea posible movilizar una agenda pública para el país, incluyendo a las organizaciones sociales, cuidadores, familiares y pacientes. La Ley 1616 de 2013, visibilizó las

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

particularidades de la población, los territorios y la gestión de la salud. (Decreto reglamentario 0648 de 2013)

Ello se convierte en oportunidad y reto para el sector, las instituciones públicas y privadas, y sus profesionales, para dar atenciones con calidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud mental, no como fin en sí mismas, sino como medio para que las medidas de recuperación emocional a nivel individual y los procesos de promoción sean acordes a las particularidades de la población.

Un aspecto importante dentro de este enfoque, es que para el país, la relación salud mental y violencia es históricamente importante. En un país de más de 8 millones de víctimas por el conflicto armado, la atención en salud mental debe ser vista como "reparaciones transformadoras" en las que el Estado asuma un abordaje integral, como procesos de fortalecimiento de la democracia, la justicia y la construcción de paz (Guzmán-Rodríguez, 2010) Por tal razón es indispensable tener en cuenta que en el marco de las acciones propuestas dentro de las políticas públicas, las víctimas deben ser el centro de las intervenciones, para el ejercicio de su autonomía, a través de la interlocución como parte del ejercicio efectivo de los principios de verdad, la justicia, reparación y no repetición. (Uprimmy, 2011)

Por ello uno de los retos del país es desarrollar capacidad desde las instituciones como gestoras del Estado Social de Derecho, a través de la implementación de una Política de Salud Mental que incorpore acciones con enfoque territorial a partir de la generación paulatina de procesos de atención integrados y articulados a los Planes de Desarrollo, con el fin de dar realmente respuesta a las medidas de atención integral e integradas que contengan el enfoque diferencial frente a las particularidades de detección, atención, tratamiento y rehabilitación en salud, a la promoción de la salud pública y al logro de resultados en salud mental. (Rodríguez C., 2017)

De este enfoque dependen en gran medida acciones centradas a gestionar la salud mental de los sujetos según el curso de vida, reconociendo las realidades territoriales urbanas, rurales y rurales dispersas de estos, acordes a sus condiciones y características, étnicas, culturales relacionadas con las exposiciones a situaciones de mayor vulnerabilidad.

4.4 Enfoque Psicosocial

La Política Nacional de Salud Mental adopta el enfoque psicosocial como una herramienta de la atención en salud que permite reconocer la integralidad de la personas teniendo en cuenta el contexto en el que se han desenvuelto, los hechos que han vivido, el significado que les han dado a estos hechos, el sufrimiento que han experimentado y las capacidades con las que cuentan las personas y comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida.

Por su parte, a atención psicosocial a víctimas del conflicto armado favorece la mitigación del daño psicosocial y el sufrimiento emocional generado a las víctimas como consecuencia de las graves violaciones a los derechos humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario, cuyos desarrollos técnicos se encuentran en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI).

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Es así que, para el presente instrumento de política, la atención en salud mental con enfoque psicosocial se diferencia de la atención psicosocial como medida de reparación a las víctimas del conflicto armado, tal como lo prevé la Ley 1448 de 2011; toda vez que la atención en salud mental con enfoque psicosocial es aplicable a la totalidad de las personas que habitan en el territorio colombiano reconociendo sus múltiples vulnerabilidades.

Es relevante mencionar que el sector salud ya cuenta indicaciones para la atención en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado descritas en el "*Protocolo de Atención Integral en Salud con enfoque psicosocial*"⁸, siendo necesario el desarrollo de orientaciones específicas dirigidas a otras poblaciones con otras condiciones de vulnerabilidad, tales como la población privada de la libertad, personas con discapacidad, personas habitantes de calle, adultos mayores, entre otros.

4.5 Modelo de Determinantes Sociales de la Salud: relaciones con la salud mental

El modelo de Determinantes Sociales de la Salud, comprende una opción para el análisis de las desigualdades sociales y su incidencia en los logros en salud. Implica reconocer que "las diferencias en salud producidas socialmente, se distribuyen de forma sistemática entre la población y son injustas". (OMS, 2007). Por tanto, resultado de la aplicación del modelo en el análisis de los procesos y resultados en salud, busca promover la adopción de políticas que generen movilización y participación social, así como condiciones de igualdad en salud, reafirmando el derecho de las personas a "lograr el grado máximo de salud posible" y procurando cerrar brechas y diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente"

La Política Pública Nacional de Salud Mental aborda como parte de la plataforma estratégica el modelo de Determinantes sociales de la Salud, ya que la evidencia latinoamericana indica, por lo general, que el estatus socioeconómico se relaciona negativamente con indicadores de trastornos mentales y la falta de escolaridad se relaciona con síntomas de depresión, intento de suicidio, trastornos mentales del estado del ánimo y ansiedad; De lo anterior se infiere que existen determinantes estructurales de la salud mental que subyacen en los subsistemas económicos, políticos y culturales de las sociedades ocasionando la aparición de las enfermedades o trastornos mentales.

En tal sentido, lo que pone de manifiesto estos determinantes y su adopción mediante normas es una tensión entre prácticas de biomedicina basadas en la evidencia y la aproximación de la salud pública basada en la experiencia comunitaria que tal y como lo señala Rodríguez, enfatiza los determinantes sociales de la salud mental y las prioridades locales fortaleciendo los recursos comunitarios y desarrollando soluciones endógenas.

Desde esta perspectiva, el conjunto de normas vistas en el marco del enfoque de derechos están directamente relacionadas con los determinantes sociales de la salud puesto que garantizan unas condiciones sociales y económicas, políticas y culturales que favorecen la salud mental. Por lo cual es importante tener estos

⁸ Instrumento definido por el Decreto 4800 de 2011, artículo 88.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

elementos dentro de la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud mental, por lo que cobra importancia instrumentos como la Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las Políticas (2010) la cual hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social.

Por lo tanto, las instituciones deben reconocer sus competencias como parte de las titularidad de sus obligaciones en su quehacer para proteger, respetar y promover garantías de acceso y oportunidad en los servicios de salud, centrando a las personas en las atenciones, lo cual implica que desde lo intersectorial se realice la gestión colectiva de todas las condiciones que debilitan la salud causadas por la insuficiencia o falta de cobertura de otros programas como el empleo, la educación, la cultura, la recreación entre otros.

En suma, es necesario para la gestión integral e integrada de la salud mental procesos de inclusión social y de participación con los cuales se fortalezcan los roles y responsabilidades de los demás sectores, vigorizando la capacidad resolutoria del talento humano en los primeros niveles de atención, mediante la formación que viabilice la promoción de la salud mental, y que preste servicios libres de discriminación contra poblaciones históricamente violentadas, por esta vía se mejoran los proceso de atención integral y las condiciones de vida de la población.

Uno de los retos de la presente Política Nacional de Salud Mental que tiene que ver con la generación de las condiciones y oportunidades necesarias para el disfrute de una adecuada salud mental, ello precisa una acción articulada e interdependiente entre el Estado, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales, así como el papel activo y transformador de los sujetos y las instituciones para alcanzar mejoras sustanciales en la salud física y mental de los colombianos.

V. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

La Política Nacional de Salud Mental contiene los siguientes principios orientadores:

- i. ***La salud mental como un derecho: Las personas, familias y comunidades reconocen el derecho a la salud mental como el centro de las intervenciones.*** El Estado debe velar por la ampliación de las libertades humanas a través del desarrollo de una política pública que genere capacidades, oportunidades y agencia de los de las instituciones y los sujetos, por lo cual se deben promover los derechos de los sujetos, familias y comunidades a **la salud mental como parte fundamental del bienestar y la calidad de vida, abarcando los determinantes sociales de la salud y trascendiendo el abordaje de los trastornos mentales.** (WHO, 2018).
- ii. ***Personas, familias y comunidades como centro de la atención en salud mental: La salud mental y la convivencia reconocen como objetivo a las personas y las relaciones con sus familias y***

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

comunidades, a partir de los diferentes niveles el Estado debe agenciar acciones de integralidad, interdependencia e interrelación en materia de salud pública y salud mental con el fin de reconocer y fortalecer las relaciones a nivel individual, familiar y colectivo promoviendo mejores procesos de salud mental y fortaleciendo la convivencia.

- iii. **Atención integral de la salud mental: El abordaje de la salud mental es multidisciplinario y multisectorial para incidir progresivamente en los determinantes sociales de la salud:** se debe fortalecer la transformación de los determinantes sociales mediante la acción coordinada entre los diferentes sectores del Estado, garantizando a los titulares de derechos las condiciones y procesos necesarios para la realización efectiva de los mismos encaminados hacia una salud mental que reconozcan múltiples factores (modelo biopsicosocial) para lograr resultados en salud positivos que inciden en la aparición de los problemas, trastornos y enfermedades mentales, en los riesgos de violencias y en el consumo de sustancias psicoactivas a partir de una acción articulada entre Estado, sociedad civil, organizaciones sociales y sector privado.
- iv. **Formulación de Políticas públicas pertinentes: La política pública debe corresponder a las características de contexto, cultura, diversidad, valores y creencias de la población colombiana.** El enfoque diferencial y territorial enmarcan la acción de la política de salud mental reconociendo el respeto por las costumbres, diversidad, características y valores de los individuos y comunidades deben guiar permanentemente las acciones de la política de salud mental con mayores esfuerzos hacia **grupos poblacionales** según etnia y cultura, condiciones particulares como la discapacidad o la enfermedad terminal y según situaciones particulares como las víctimas de conflicto armado, las personas en procesos de reincorporación a la sociedad civil, habitantes de la calle, entre otros.
- v. **El restablecimiento y promoción de la salud mental de las personas, familias y comunidades afectadas por el conflicto armado del país** es una prioridad para el gobierno nacional a través de atenciones de orden psicosocial adecuadas a los contextos de dichas comunidades.
- vi. **El empoderamiento y la participación social son elementos esenciales de las personas, familias y comunidades para la gestión de la salud mental en todos los ámbitos y entornos:** este se hace fundamental para la transformación de los determinantes sociales de la salud mental y para la práctica cotidiana de los derechos humanos, desde lo característico, particular y contextual de las poblaciones.
- vii. **Decisiones basadas en la evidencia científica y contextual: La toma de decisiones debe hacerse bajo la normatividad vigente y las políticas y lineamientos internacionales que evidencien información científica y contextual.** La política pública de salud mental debe estar orientada por las normativas vigentes nacionales e internacionales y debe ser coherente con los lineamientos internacionales y otras políticas vigentes; de este modo resulta importante que la información tenga argumentos validados científicamente y de la lectura de las realidades contextuales de los territorios donde se aplica la política, promoviendo

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

procesos de gestión del conocimiento desde las comunidades y para las comunidades.

- viii. **La política Pública de salud mental enfatiza en lo ecológico y lo multisistémico.** A partir de los enfoques ecológico, multi-sistémico para avanzar intersectorialmente mediante acciones en distintos sistemas que determinan la salud mental: biológico, individual, familiar, comunitario y social. Esto debe verse reflejado en lineamientos de acciones en salud mental en distintos niveles: individual, familiar, escolar, laboral, comunitario y social.
- ix. La Política en salud mental en sus ejes recoge los tres componentes de abordaje reconocidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, a saber: Promoción de la Salud, Gestión Integral de Riesgo y Gestión de la Salud Pública

VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General:

Promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud todas las personas, familias y comunidades para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.

6.2 Objetivos específicos:

- i.* Desarrollar acciones promocionales para el cuidado de la salud mental de las personas, familias y comunidades.
- ii.* Orientar acciones para la prevención de los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.
- iii.* Promover la integralidad de las atenciones en salud para los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.
- iv.* Implementar acciones de rehabilitación basada en comunidad para la inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales, epilepsia y víctimas de violencias interpersonales.
- v.* Fortalecer los procesos sectoriales e intersectoriales de gestión de la salud pública en salud mental.

VII. EJES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL.

Los ejes de política orientan estratégicamente las acciones intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno del Derecho a la Salud - Salud Mental de la población que reside en el territorio colombiano con enfoque de atención primaria en salud. A continuación se enuncian y describen dichos ejes, así como se plantean las diferentes líneas de acción que permitirán la materialización operativa de lo que esta política pública.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

7.1 Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos.

Este eje de política pública agrupa a todas aquellas acciones intersectoriales orientadas al desarrollo de capacidades individuales, grupales, comunitarias y poblacionales que le permitan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía vivenciar una salud mental que les permita afrontar los desafíos de la vida, trabajar y establecer relaciones significativas y contribuir a un tejido comunitario basado en relaciones de poder equitativas, dignas y justas para todas y todos.

El principal objetivo de la promoción de la salud mental es proteger, promover y mantener el bienestar emocional y social, así como crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo integral de las personas, pues ello potencia la salud mental; aquí son fundamentales la formación en el respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad de las personas (Jane-Llopis y Anderson, 2005). En otras palabras, lo promocional de esta política implica comprender la salud mental como un proceso histórico, dinámico y contextualizado, en el que se pone en juego la capacidad de agencia de las personas, el tejido de relaciones humanas que se construyen y el conjunto de potencialidades individuales y colectivas que se desarrollan cuando se decide libre y conscientemente relacionarse con otros y otras a partir de prácticas de cooperación, reciprocidad y mutualidad, en procura del disfrute de una buena vida y conforme a las diferentes maneras de ser y estar en el mundo.

Así pues, corresponde a los actores del sistema de salud generar y garantizar las oportunidades, procesos y procedimientos necesarios para que todas las personas en tanto titulares del derecho, vivencien la salud mental en los términos arriba expuestos.

Estrategias:

- *Entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables:* Se refiere a "los escenarios de vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen..." (Ministerio de Salud y Protección Social 2016). Para esto se requiere:
 - Fortalecimiento redes de apoyo sociales, familiares y comunitarias.
 - Articulación de las actividades de salud con las iniciativas de los distintos sectores al fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población.
- *Involucramiento parental:* Se entiende como la presencia y participación regular de los padres en la vida y cotidianidad de los hijos, implica:
 - Diálogo y concertación permanente con fines de acompañamiento, apoyo.
 - Construcción de afecto y confianza, vínculos y relaciones, en un ambiente de respeto y libertad.
 - Soporte y acompañamiento; control y supervisión.
- *Habilidades psicosociales para la vida:* Son las competencias que le permiten a los individuos afrontar las exigencias de la vida cotidiana y tener

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

relaciones que posibiliten el mayor desarrollo del capital humano. Se han descrito diez habilidades básicas a saber:

- Autoconocimiento
 - Empatía
 - Comunicación asertiva
 - Relaciones interpersonales
 - Toma de decisiones
 - Manejo de problemas y conflictos
 - Pensamiento creativo
 - Pensamiento crítico
 - Manejo de emociones y sentimientos
 - Manejo de tensiones y estrés.
- *Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector en salud mental:* Implica promover las cosmovisiones, valores, rituales y creencias que favorezcan los procesos propios de interacción a nivel comunitario, familiar e individual así como el reconocimiento de la identidad de los grupos étnicos.

7.2 Prevención en salud mental y epilepsia.

Este eje orienta las acciones para intervenir los factores de riesgo y el mejoramiento de la capacidad de respuesta individual, familiar, comunitaria e institucional en esta temática.

Estrategias:

- *Cualificar los dispositivos de base comunitaria.* Los dispositivos de base comunitaria son espacios relacionales en los entornos donde se realizan procedimientos de:
 - Detección temprana de riesgos de violencias, problemas y trastornos mentales, riesgo de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia.
 - Primeros Auxilios Psicológicos e intervención en crisis.
 - Educación en salud mental
 - Canalización a los servicios sanitarios y sociales.
- *Adaptación de las acciones en salud mental de los dispositivos de base comunitaria a la medicina tradicional y las formas organizativas de los grupos étnicos*
- *Estrategia intersectorial de prevención de la conducta suicida:* Incluye acciones en los entornos de:
 - Restricción del acceso a medios letales tales como sustancias tóxicas, armas de fuego y barreras mecánicas para evitar caídas desde la altura.
 - Ampliación de la cobertura territorial y cualificación de líneas telefónicas de ayuda.
 - Asistencia técnica para la implementación de orientaciones de la Organización Mundial de la Salud dirigidas a medios de comunicación.
- *Fortalecer las acciones de prevención de la epilepsia*

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

- Identificar y gestionar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo, riesgos acumulados y alteraciones que inciden en la salud de la mujer gestante, el recién nacido y primera infancia.
- Gestión intersectorial para la prevención de accidentes de movilidad vial con secuelas neurológicas y psiquiátricas
- Ampliar las coberturas del Plan Ampliado de Inmunización (PAI) para prevenir infecciones del sistema nervioso central.
- Implementar medidas sanitarias para reducir la infección del sistema nervioso central por parásitos como el cisticerco (manejo de excretas, tenencia de porcinos en los hogares, formas de cocción de los productos cárnicos porcinos).
- Control de las enfermedades crónicas no transmisibles y del riesgo cerebro-vascular

7.3 Atención Integral e integrada en salud mental y epilepsia.

Este eje busca el fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental, que aumenten el acceso, la pertinencia y la calidad de los servicios, disminuyendo el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, a través de la atención integral e integrada de la salud mental.

Estrategias:

- *Desarrollo de redes integrales, con enfoque de atención primaria, para la atención en salud mental y epilepsia.*
 - Desarrollar servicios de baja complejidad que faciliten el acceso y la atención integral en salud mental y epilepsia de las personas en el territorio.
 - Incentivar el desarrollo de los servicios especializados en salud mental y epilepsia que se requieran.
 - Promover la creación de unidades funcionales de prestadores de servicios que garanticen el manejo integral en salud mental y epilepsia, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de hospitalización parcial.
 - Promover la adecuación intercultural de los servicios en salud mental y epilepsia para la atención de población étnica.

7.4 Rehabilitación basada en comunidad e Inclusión social.

Este eje tiene por objetivo lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural), de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario) hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros. Es de carácter sectorial e intersectorial.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Estrategias

- *Ampliar la cobertura y cualificar la implementación de la Rehabilitación Basada en Comunidad en salud mental:*
 - Identificar y caracterizar a las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y comunidad de referencia.
 - Canaliza a los servicios de salud y seguimiento de los casos detectados.
 - Apoyo y acompañamiento a las familias y cuidadores de personas con trastornos mentales.
 - Conformación de grupos de apoyo y de ayuda mutua.
 - Acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social.
 - Fortalecimiento de redes socio-institucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas, recreación y cultura para las personas con trastornos mentales
 - Fortalecimiento de las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.

7.5 Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

Este eje articula los diferentes procesos de la salud pública a los objetivos, principios y alcance de la presente Política de Salud Mental en Colombia, mediante la gestión sectorial e intersectorial a fin de promover el goce efectivo del derecho a la salud, la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas en sus diferentes entornos de desarrollo.

Estrategias:

- *Gestión y articulación sectorial:*
 - Promover la aplicación efectiva de los recursos de promoción y prevención, tanto de la Unidad de Pago por Capitación como del Plan de Intervenciones Colectivas, e incentivar el uso de recursos del sistema nacional de regalías en la ejecución de proyectos locales en salud mental y epilepsia.
 - Realizar los ajustes requeridos para el desarrollo de redes integrales para la atención en salud mental y epilepsia en lo relacionado:
 - Cualificación y suficiencia del talento humano.
 - Procesos de habilitación y acreditación.
 - Procesos y procedimientos de atención en salud
 - Mecanismos de contratación y pago
 - Sistemas de monitoreo y seguimiento de las coberturas y resultados en salud.
 - Fortalecer la vigilancia en salud pública de la conducta suicida y las violencias.
 - Fortalecer el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud Mental
 - Gestión territorial de la Política de Salud Mental.
 - Ampliar el número de entidades territoriales que cuentan con planes de prevención y atención la conducta suicida.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

- Fortalecer la gestión del conocimiento a través del Observatorio Nacional de Salud Mental
- *Gestión y articulación intersectorial*
 - Implementar y hacer seguimiento al CONPES en salud mental.
 - Promover la generación, gestión y transferencia de conocimiento nacional y territorial, así como investigación en salud mental.
 - Definir un modelo integrado de gestión de servicios sanitarios y sociales para las personas con problemas, trastornos mentales y epilepsia.
 - Promover la implementación de los ejes de la presente política para la atención integral en salud mental de mujeres, niños, niñas y adolescentes, grupos étnicos, población LGBT, víctimas del conflicto armado, población en emergencias y desastres, población privada de la libertad y migrantes.
 - Implementar en el nivel territorial el programa de salud mental indígena.

VIII. ACTORES DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL (Ver Anexo 6 Matriz de actores de la Política Nacional de Salud Mental)

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 definido como meta del componente de promoción de la convivencia social y salud mental de la Dimensión de Convivencia Social que "... a 2021 el 100% de municipios y departamentos adoptan y adaptan la Política de Salud Mental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social..." (MSPS, 2012), razón por la cual la formulación, adopción y adaptación de la presente Política Pública Nacional de Salud Mental es parte de las orientaciones para la gestión integral de la salud a nivel nacional y territorial.

La gestión de la presente política recoge las competencias y los actores definidos en la Ley 1616 de 2013 así como aquellos referentes sectoriales e intersectoriales, representantes de la comunidad o de la población a la cual va dirigida, las organizaciones sociales, sector privado, la academia entre otros actores, tanto del orden nacional como territorial.

Dichos actores han sido convocados a participar en el proceso de construcción de la política teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Establecer las responsabilidades, competencias institucionales, sectoriales de orden nacional o territorial que aportan a la atención integral e integrada de la salud mental desde las acciones definidas para la presente política pública.
- Definir los actores clave para la promoción, prevención, atención integral e integrada de salud mental, la prevención del consumo de SPA, la atención de las violencias Identificación de los intereses y percepciones relacionadas con los problemas y trastornos mentales, la atención integral e integrada de la salud mental con enfoque sectorial e intersectorial.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

- Identificar los actores involucrados en la política pública nacional de salud mental, con competencias en la salud mental, violencias, problemas y trastornos mentales del orden nacional y territorial
- Viabilidad e identificación de alternativas, objetivos, líneas estratégicas, metas e indicadores comunes para la acción sectorial e intersectorial de la política nacional de salud mental.
- Identificar las acciones, recursos y disponibilidad de talento humano necesario para el abordaje de la salud mental como derecho a través de la ejecución, formulación e implementación de la presente política
- Establecimiento de acuerdos para la implementación de acciones a nivel nacional y territorial de la salud mental mediante la gestión intersectorial del CONPES en Salud Mental.

IX. MONITOREO, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL: METAS E INDICADORES

El monitoreo, evaluación y seguimiento de la presente política se realizará bajo las directrices de la Oficina de Planeación del Ministerio de Salud y Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, con la metodología que se defina para el tal fin a partir del documento CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Social). Este documento será realizado con base en el presente documento y se expedirá en 2018 con el concurso de los diferentes sectores que tienen competencias directas en la financiación e implementación de las acciones de la Política Nacional de Salud Mental.

Así mismo el presente proceso tendrá el apoyo por parte de la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental, la cual está a cargo de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social. Este Consejo según la Ley 1616 de 2013, en el artículo 29, se define como la instancia mixta de carácter consultivo, responsable de hacer el seguimiento y evaluación a las ordenes consignadas en la Ley 1566 de 2012 y la Ley 1616 de 2013, la presente Política Nacional de Salud Mental y el Plan Decenal para la Salud Pública en lo relativo a la salud mental.

Los instrumentos y resultados del mencionado proceso de monitoreo, evaluación y seguimiento estarán disponibles en el Observatorio Nacional de Salud Mental que es la instancia técnica responsable de consolidar y proveer información relacionada con las áreas de actuación definidas en la presente política, así como de proporcionar evidencia a los responsables de formular políticas, planes y programas a nivel nacional y territorial, orientados a mejorar la capacidad y oferta de los servicios. También permite, a través de un conjunto de indicadores básicos, actualizar periódicamente tanto el diagnóstico de la problemática en salud mental en el país como la respuesta desde las distintas estrategias y líneas de acción priorizadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, Objetivo 3, Meta 3.4 "Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar", los indicadores de impacto hasta 2021 de la presente política son los definidos por el Plan Decenal de Salud Pública, a saber:

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Tabla 5. Metas de Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

| Promoción de la salud mental y la convivencia | Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia |
|--|--|
| a. A 2021 aumentar en 10% el promedio de los niveles de resiliencia en la población general. | a. A 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes. |
| b. A 2021 aumentar la percepción de apoyo social en un 30% en la población general. | b. A 2021 reducir a 55 por 1.000 personas los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años. |
| c. A 2021 aumentar en un 30% el nivel de percepción de seguridad de la población general. | f. A 2021 reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes. |
| e. A 2021 aumentar al 60% el promedio de la toma de decisiones conjunta con la pareja sobre asuntos específicos del hogar. | g. A 2021 disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal. |
| f. A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. | h. A 2021 el 100% de los municipios del país implementan y operan el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar. |
| h. A 2021, aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados. | i. A 2021 aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno. |

X. BIBLIOGRAFIA

ACNUR (2004). Balance de la Política pública de Desplazamiento Forzado en Colombia.

Breilh J. (2003) ¿La salud corresponde esencialmente al orden individual-subjetivo-contingente o al orden colectivo-objetivo-determinado? En: Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar. p. 51.

BANCO MUNDIAL (2016) Indicadores mundiales de buen gobierno. Banco de datos. Disponible en: <http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=indicadores-mundiales-de-buen-gobierno>

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (2016). Bienes y Servicios públicos sociales en la zona rural de Colombia. Brechas y Políticas Públicas.

Congreso de la República de Colombia. (2001). Ley 715 de 2001. *Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los.* Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2012) Ley 1257 del 4 de Diciembre de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Diciembre 2008.

Congreso de la República de Colombia. (2012) Ley 1566 del 31 de Julio de 2012 "Por medio de la cual se dictan normas para garantizar la Atención Integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio Nacional "Entidad comprometida con la prevención del consumo, Abuso y adicción a Sustancias psicoactivas. Julio 2012

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

Congreso de la República de Colombia. (2015) Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero de 2015

Corpovisionarios (2012). ¿Víctimas o victimarios? Un acercamiento a los jóvenes latinoamericanos y su papel en la violencia urbana. En Antípodas de la violencia. Desafíos de cultura ciudadana para la crisis de (in)seguridad en América Latina. Nueva York: BID.

Confalone Gregorián. (2014). Diálogos deliberativos: una metodología para la toma de decisiones en políticas públicas. Guía para la Formulación de Políticas Informadas en la Evidencia. Bueno Aires. Argentina

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Cuarto (4°) Congreso de la Asociación Iberoamericana de Juristas del Derecho del Trabajo y la Seguridad Social. La aplicación práctica de los "servicios sociales" en Colombia. Disponible en: <http://aijdtssgc.org/2005/10/26/ponencias-del-iv-congreso-vi/>

Cunego, Aram. (2016) La evaluación de las políticas de Desarrollo a través de una perspectiva de Derechos Humanos. Biblioteca de DDHH Berg Institute

Dario Restrepo. (1995). La participación social como construcción del interés público entre el estado y la sociedad. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*.

DANE (2007). Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá.

DANE (2016). Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2016, Boletín técnico. Bogotá

DNP (2015). Encuesta Mundial de Valores. Una mirada comparada de los resultados de la sexta ola de medición 2010-2012. Bogotá.

Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública Boletín Epidemiológico 2016

Ginsberg, P. E. (2005). Public mental health care and public policy in Kenya. Ithaca: Institute for African Studies, Cornell University

Glasby, J., & Tew, J. (2015). *Mental Health Policy and Practice*. Nueva York: Macmillan.

Ferro, Ruben Oscar. (2010) Salud mental y poder: Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. En *Revista de Salud Pública*, (XIV) 2:47-62, dic. 2010

Jenkins, R. (2003). Supporting Governments to Adopt Mental Health Policies. *Mental Health Review Journal*, 10(1), 33-38. <http://doi.org/10.1108/13619322200500008>

Kemp, D. R. (1993). *International handbook on mental health policy*. Greenwood Pub Group.

López, Marcelino. Laviana, Margarita. Fernández, Luis. López, Andrés et al (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. En *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83, ISSN 0211-5735

Martin Baro, Ignacio. *Conferencia pronunciada en San Salvador el 22 de junio de 1984, en la inauguración de la "I Jornada de Profesionales de la Salud Mental", y publicada en "Estudios Centroamericanos", 1984, n.º. 429/430, pp. 503-514.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Maldonado, Carlos Eduardo. (2005) *Termodinámica y complejidad una introducción para la ciencias sociales y humanas*. Universidad Externado de Colombia-

Mechanic, D. (2008). *Mental Health and Social Policy*. Nueva York: Allyn & Bacon

Mrazek, P. J. y Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Sala situacional de Personas con Discapacidad Nacional*. Oficina de Promoción Social. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015b). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Ruta integral de atención en salud para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y otras violencias interpersonales*

Ministerio de Salud y Protección Social, PROFAMILIA (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS Tomo I*. Bogotá

Ministerio de Salud y Protección Social, *Prevención del consumo de sustancias psicoactivas*. (2017) República de Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan decenal de salud pública PDSP 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (01 de Abril de 2014). *Resolución 01067: por la cual se crean, organizan y conforman los Grupos Internos de Trabajo*. *Diario oficial*.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Bogotá: Javegraf.

Ministerio de Salud y Protección Social. *Política de Atención Integral en Salud: "Un Sistema al servicio de la Gente"*. Enero de 2016

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013) *Plan decenal de Salud Pública, 2012 - 2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Abril de 2013

National Health System, U. K. (2016). *Implementing the five year forward view for mental health*, Londres: Instituto Nacional de Salud, p. 1–50

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Observatorio Nacional de Salud (2016). Informe Técnico sobre Clase Social y Salud. Bogotá.

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D.C

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Guía de intervención mhGAP, Ginebra: OMS.

OMS (2004). Promoción de la Salud mental: conceptos, evidencia emergente, prácticas. Consultado en la página electrónica: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Okpaku, S. O. (2014). *Essentials of Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press

Organización Mundial de la Salud. Comisión de Determinantes sociales de la salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Suiza.

ONU. (2011). *A66/Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. Nueva York. Estados Unidos de América.

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Conferencia Sanitaria Internacional: Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Nueva York: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Atlas 2001. Recursos de salud mental en el mundo*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre políticas y servicios*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Programa Mundial de Acción en salud mental mhGAP*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: OMS.

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Política, planes y programas de salud mental*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Atlas de Salud Mental 2014*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

PNUD (2016). Informe de desarrollo Humano. Consultado en Informe sobre Desarrollo Humano 2016 - Human Development Reports.

PNUD (2010). Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Nueva York: PNUD.

PNUD (2016). Informe sobre Desarrollo Humano 2016. Desarrollo humano para todos. Canadá: PNUD

PNUD (2016). Informe de Desarrollo Humano. Consultado en: Informe sobre Desarrollo Humano 2016 - Human Development Reports.

Ramos Lira, Luciana. (1996) Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. En Salud Mental, publicación oficial del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Vol 19, Supl 1

Rodríguez C., Luis Giovanni Rodríguez. La atención en Salud Mental con enfoque transformador: Una Oportunidad para fortalecer la reparación integral a las víctimas del Conflicto Armado en Colombia. Escuela Superior de Administración Pública. Bogota D.C., 2017

Rodríguez-Yunta, E. Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *pers.bioét.* 2016; 20(2): pp. 192-204. DOI: 10.5294/pebi.2016.20.2.6

Ruiz, Luisa Fernanda. (2009) La salud mental vista desde la medicina social latinoamericana. En Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud, Núm. 11 (enero-diciembre).

Continuación de la resolución: "Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental"

SED. (2014). Lineamiento pedagógico de educación para la ciudadanía y la convivencia.

Villamil, Jorge (2007) ¿Por qué la complejidad?. En complejidad, ciencia, pensamiento y aplicación. Editor Maldonado, Carlos (2007). Universidad Externado de Colombia.

World Health Organization. (1996). *Public Mental Health. Guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes*. Geneve: World Health Organization.

World Health Organization. (1999). *Setting the WHO Agenda for mental health*. Geneve: WHO.

World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneve: World Health Organization.

Recursos de internet:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/convivenciasocial-y-salud-mental.pdf>

<http://www.who.int/nmh/es/>

http://www.patologiadual.es/pacientes_p dual.html

<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1553>

[http://corporacionavre.org/modelo/enfoque-](http://corporacionavre.org/modelo/enfoque-psicosocial)

[psicosocialhttps://psiquiatria.com/pbe/salud-mental-basada-en-la-evidencia-el-rol-de-enfermeria/](https://psiquiatria.com/pbe/salud-mental-basada-en-la-evidencia-el-rol-de-enfermeria/)