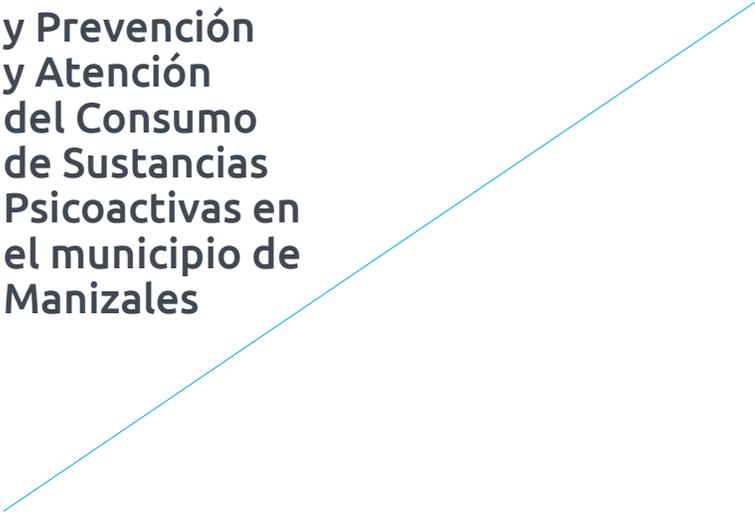
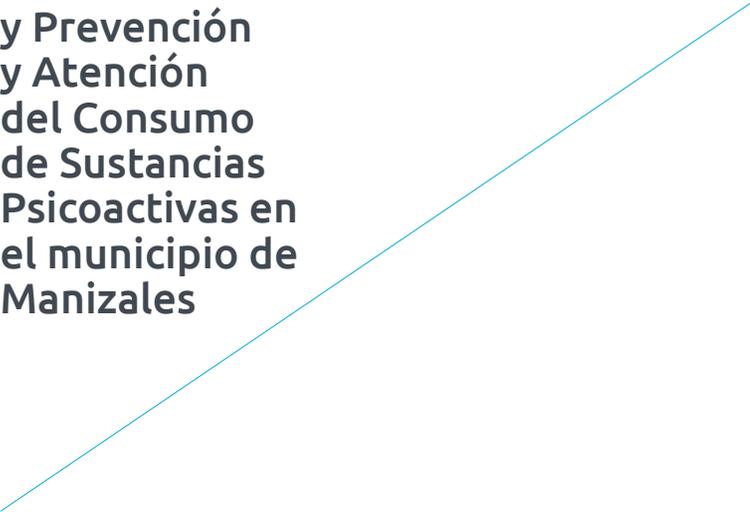


**Política Pública
de Salud Mental
y Prevención
y Atención
del Consumo
de Sustancias
Psicoactivas en
el municipio de
Manizales**



**Política Pública
de Salud Mental
y Prevención
y Atención
del Consumo
de Sustancias
Psicoactivas en
el municipio de
Manizales**



Investigadora principal:

Lorena Delgado Enríquez

Grupo de investigación Ética y Política.

**EQUIPO DE TRABAJO
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES**

Investigadora principal:

Lorena Delgado Enríquez
Grupo de investigación Ética y Política.

Grupo de investigación Ética y Política:

Jennifer Londoño Jurado, coinvestigadora
Luisa Fernanda Buitrago Ramírez, coinvestigadora

Grupo de investigación Salud Pública

Eugenia Nieto Murillo, coinvestigadora

Contratistas coinvestigadoras:

Nataly Correa Flórez
Diana Lorena Gómez

Jóvenes investigadoras

Keyla Patricia Castro Ordoñez
María Alejandra Zapata Ramírez

Maestranter de Políticas Públicas

Carlos Fabián Zuleta Salazar
Johana Fernanda Hincapié Rendón
Juan Carlos Salazar Mejía

Practicante profesional

Nicolás Bastidas
Practicante del pregrado de Ciencia Política, Gobierno y
Relaciones Internacionales

Semillero de investigación Ética y Política

Alejandra Méndez Luna
Edison Santiago Pérez

**EQUIPO DE TRABAJO DE LA ALCALDÍA DE MANIZALES Y
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA:**

Investigadora principal:

Secretario de salud

Carlos Humberto Orozco Téllez

Programa de salud mental y convivencia social

Coordinadora del programa de salud mental y convivencia social

Lucia Franco Giraldo

Enfermera de violencia de género

Diana Clemencia Castaño Duque

Referente de violencia de género

Lina María Cardona Castañeda

Gestión en salud pública

Natalia del Río Alarcón

Psicóloga del programa

Norma Constanza Vélez Bedoya

CONTENIDO

Presentación	25
Objetivos	25
Objetivo general	25
Objetivos específicos	25
La territorialización de las políticas públicas nacionales: la experiencia del municipio de Manizales	25
Fases	25
Definición preliminar: actores y recursos	25
Territorialización participativa de las políticas públicas nacionales	25
Actualización de la Política Pública	25
Validación y socialización de la política pública	25
El marco normativo, temático y de implementación	25
Proceso de implementación	25
Construcción del marco jurídico de la política	25
Posicionamiento temático y conceptual para el abordaje de la política	25

Trabajo participativo para la construcción dialógica de la política.

Resultados

Síntesis de enfoques y conceptos sobre salud mental

Breve descripción del marco jurídico de la salud mental.

Breve descripción sobre la revisión de implementación

Resultados con vigencia 2016-2019.

Resultados con vigencia 2020.

Síntesis del trabajo participativo con mesas sectoriales e intersectoriales

Mesa intersectorial.

Mesa sector educativa.

Mesa del sector salud.

Mesa del sector juvenil.

Mesa sector comunitario.

Mesa de trabajo centros de rehabilitación.

Política Pública de Salud Mental y Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas para Manizales, 2022-2034

Principios

Ejes de la política

Referencias

Marco jurídico

Marco de implementación

Marco conceptual

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Conceptos salud mental OMS (2015) vs Ley 1616 de 2013.

Ilustración 2. Comprensión de la salud desde una perspectiva sistémica.

Ilustración 3. Enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Ilustración 4. Enfoque de curso de vida.

Ilustración 5. Enfoque diferencial.

Ilustración 6. Enfoque de género.

Ilustración 7. Enfoque de derechos.

Ilustración 8. Del modelo sistémico de comprensión de la salud al modelo biocéntrico.

Ilustración 9. Síntesis del eje conceptual.

Ilustración 10. Normatividad sobre salud mental.

Ilustración 11. Normatividad sobre sustancias psicoactivas.

Ilustración 12. Comparativo de resultados locales a la luz de políticas nacionales.

Índice de tablas

Tabla 1. Ejes, líneas estratégicas y líneas de acción de la política.

PRESENTACIÓN

El municipio de Manizales, a partir de su interés por aunar esfuerzos con la Universidad Autónoma de Manizales para la actualización de la Política Pública de Salud Mental y de Prevención y Atención Al Consumo De Sustancias Psicoactivas (SPA) y por medio de un ejercicio participativo de territorialización de las políticas públicas nacionales, da a conocer a la ciudadanía mediante la presente cartilla los resultados de dicho proceso.

Partiendo del entendido de que los problemas relacionados con la salud mental son variados y multicausales, se esperan medidas de prevención y atención diseñadas en este sentido. Es así como el ente territorial del municipio de Manizales -expresado en la Secretaría de Salud y de la mano de otros actores institucionales y comunitarios- manifestó el interés de develar y comprender: por un lado, la situación actual del municipio en torno a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas (SPA); y por otro, el proceso de territorialización de las políticas públicas nacionales dispuestas en la materia.

La presente investigación se fundamentó en el marco normativo y temático dispuesto en la Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones; el Plan Decenal de Salud Pública; la Resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud; la Resolución 4886 de 2018, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental; y la Resolución 089 de 2019, por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

El diseño metodológico del estudio evocó las características propuestas por el enfoque de investigación para la acción y la toma de decisiones (IAD). Este plantea un proceso estructurado y ampliamente participativo, de ahí que la investigación se haya propuesto y desarrollado a través de cuatro fases: 1) definición preliminar de actores y recursos; 2) territorialización participativa de las políticas públicas nacionales; 3) actualización de la política pública; y 4) validación y socialización de la política pública. Cada fase persiguió unos objetivos específicos y contó con una ruta metodológica definida para su alcance.

Este ejercicio, a su vez, permitió la armonización de las disposiciones normativas nacionales con los lineamientos en materia de promoción, prevención y atención integral vigentes. Ello, en un trabajo de campo participativo a través de la conformación de mesas sectoriales e intersectoriales, de grupos focales y de entrevistas a expertos en materia de salud mental y sustancias psicoactivas (SPA). El análisis y la triangulación de esta información permitió la identificación de barreras sociales, culturales y económicas, así como la actualización y priorización de los ejes, líneas estratégicas y líneas de acción para la Política Pública. Dicho ejercicio fue pensado desde un *enfoque biocéntrico* de determinantes sociales de la salud, de género, de derechos humanos y de curso de vida.

OBJETIVOS



OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos para la actualización de la política pública de salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas a partir de un proceso participativo de territorialización de las políticas públicas nacionales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Identificar los actores implicados en la implementación de la política pública vigente.
- ▶ Determinar los procesos y factores de la implementación de la política pública.
- ▶ Configurar las tendencias en torno a las alternativas de política pública a partir de las discusiones actuales posicionadas en la academia y en la institucionalidad.
- ▶ Generar un proceso participativo de territorialización en relación con las políticas públicas nacionales vigentes en materia de salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas.
- ▶ Definir los lineamientos para la actualización de la política pública.

LA TERRITORIALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES: LA EXPERIENCIA DEL MUNICIPIO DE MANIZALES



La gestión de las políticas públicas –y en concreto, su actualización tras periodos determinados de ejecución– implican la movilización de actores, recursos y estrategias que permitan dar continuidad a los programas y acciones con resultados exitosos, al igual que posibiliten el reforzamiento de los aspectos con eficacia moderada o deficiente. En ese sentido, construir los lineamientos de política pública requiere de términos especiales resultantes de entender su actualización como una empresa ubicable en diferentes momentos del ciclo de las políticas públicas.

Por todo lo anterior, se adelantaron las tareas y acciones que permitieron entender el momento de la presente política pública en un estadio transversalizado, las cuales implicaron reflexiones sobre su emergencia e inscripción como asunto público y, así mismo, de la importancia de desplegar un trabajo participativo con la ciudadanía. Todo ello se realizó bajo el entendido de que el diseño metodológico de los lineamientos para la actualización de la Política Pública de Salud Mental y Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el municipio de Manizales debía permitir tanto el aprovechamiento como la continuidad de los resultados positivos de su ejecución al día de hoy. De igual manera, se tuvieron en cuenta la revisión y la reflexión sobre puntos en donde se constatará la necesidad de concentrar nuevos esfuerzos del poder público y de la

sociedad en general para la solución de problemas en el marco del interés público (Lasswell, 1996).

Para dar respuesta a esas necesidades de manera oportuna, se planteó un proyecto de alta intensidad y corta duración para ser ejecutado en un periodo de cinco meses y desarrollado en cuatro (4) fases, las cuales requirieron un continuo diálogo con los actores clave del municipio relacionados con los temas de salud mental y prevención y atención del de consumo de sustancias psicoactivas.

FASES

Definición preliminar: actores y recursos.

- ▶ Mapa de actores implementadores.
- ▶ Organización y clasificación del archivo sobre la implementación de la política. (escrito, audiovisual, eventos, memorias, etc.)
- ▶ Encuentros de validación de la ruta metodológica del proyecto con actores clave.
- ▶ Definición y conformación de mesas de trabajo institucionales, intersectoriales y comunitarias.

Territorialización participativa de las políticas públicas nacionales.

- ▶ Revisión documental.
- ▶ Entrevistas a actores claves.
- ▶ Talleres con mesas de trabajo institucionales, intersectoriales y comunitarias.

- ▶ Sistematización y análisis, construcción de memorias de las mesas de trabajo.
- ▶ Revisión del estado de discusión actual sobre salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas (consulta normativa, documental y entrevistas a expertos).

Actualización de la Política Pública.

- ▶ Problematización de las dimensiones de las estrategias de la política pública actual en relación con sus resultados y a su articulación con otras políticas públicas del ciclo de vida humana en el municipio de Manizales y a las políticas públicas nacionales.
- ▶ Recomendaciones preliminares para la actualización de la política pública.
- ▶ Co-construcción de los lineamientos de la política pública (encuentros con actores clave, encuentros institucionales municipales y encuentros con actores comunitarios/ académicos).
- ▶ Formulación de los lineamientos de la política pública.

Validación y socialización de la política pública.

- ▶ Presentaciones públicas ante espacios institucionales para la formalización de la medida de adopción.
- ▶ Presentación pública ante la comunidad, foro abierto (virtual).
- ▶ Elaboración de productos finales (videos, cartillas y memorias).

EL MARCO NORMATIVO, TEMÁTICO Y DE IMPLEMENTACIÓN

Como resultado de la operativización del proceso, se determinó una subdivisión por áreas de trabajo, a saber:

1. Revisión del proceso de implementación de la política pública de Salud Mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas del municipio de Manizales, 2011-2015.
2. Construcción del marco jurídico de la política.
3. Posicionamiento temático y conceptual para el abordaje de la política.
4. Trabajo participativo para la construcción dialógica de la política.

A continuación, se presenta una breve descripción sobre las fuentes de información y las metodologías empleadas en cada una de las áreas de trabajo que fueron necesarias para la construcción de los lineamientos de la política pública municipal.

Proceso de implementación.

Las acciones desarrolladas en el primer momento de revisión de la implementación de la Política Pública de Salud Mental se basaron en el diseño de instrumentos de seguimiento, tanto fichas de lectura como matrices de análisis, que permitieran explorar los factores de implementación de la política a través de la revisión del material documental disponible.

Para esta revisión se recopilaron y analizaron documentos de fuentes primarias –es decir, de orden institucional– tales como: instrumentos de planificación, planes de acción, planes indicativos, informes de avance e informes de gestión de la Secretaría de Salud

Pública (SSPM), reportes epidemiológicos e informes de entes de control (principalmente, de las vigencias 2016-2019 y 2020). También se tuvieron en cuenta los respectivos planes de desarrollo municipales y las políticas y marcos nacionales vigentes para cada cuatrienio.

Como segundo y tercer momento, la información fue procesada utilizando fichas de lectura para luego triangular de acuerdo con las categorías de implementación ('actores', 'procesos' y 'resultados obtenidos'), así como los datos extraídos de la revisión documental a la luz de los ejes de las políticas nacionales y locales.

La implementación estudiada abarcó desde el año 2016 hasta el 2020 y, dado que en este periodo se han ejecutado diferentes vigencias de administraciones locales, se hizo un trabajo de inferencia para emparejar las líneas de acción de los planes, los informes y los indicadores, así como de los planes entre las vigencias.

Construcción del marco jurídico de la política.

Para la construcción del marco jurídico se realizó una revisión documental en la que se identificaron los principales instrumentos y estándares internacionales en materia de derechos humanos que forman parte del bloque de constitucionalidad, así como otros materiales jurídicos que no cuentan con poder vinculante, pero proporcionan claridades sobre el objeto de estudio. En un segundo nivel se analizaron las normas constitucionales, legales y reglamentarias vigentes que sirven de sustento jurídico al objeto del estudio.

Las categorías clave iniciales para la búsqueda de la información surgieron de la construcción del marco temático con el propósito de garantizar la coherencia interna metodológica del proyecto. Para la sistematización y posterior análisis de la información recabada se emplearon dos matrices en Excel.

Finalmente, se realizó un rastreo jurisprudencial para delimitar el sentido y el alcance del derecho a la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en el discurso de la Corte Constitucional con el propósito de identificar los estándares constitucionales que deben ser considerados en la actualización de la política pública que se propone.

Este ejercicio resultó útil para fijar el umbral de la discusión jurídica que permitiera la identificación de otras categorías emergentes relacionadas con las temáticas.

Posicionamiento temático y conceptual para el abordaje de la política.

Se realizó un ejercicio de gestión del conocimiento que incluyó la búsqueda de evidencias científicas en bases de datos reconocidas, acceso y sistematización de artículos en fichas bibliográficas y selección de la evidencia que cumpliera con los criterios de actualidad; es decir, publicados en los últimos cinco años en bases de datos científicas como la *US National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed-Medline)*^{*}. Adicionalmente, se amplió la búsqueda revisando los documentos técnicos actuales de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud y Protección Social. De este modo, se encontraron 249 artículos con los términos de búsqueda y se descartaron 157. De estos se revisaron y usaron para esta postura teórica nueve artículos científicos y los documentos técnicos actuales disponibles de la OPS y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se usaron como términos de búsqueda las categorías 'abuso de sustancias psicoactivas', 'violencias', 'suicidio' y 'trastornos mentales'. Los estudios fueron elegibles si informaron conceptos de lo anterior: 1) salud mental; 2) conceptos; y 3) enfoques. Se seleccionaron los conceptos clave y se definieron considerando la propuesta

^{*}Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov>.

epistemológica y conceptual concertada. Estos conceptos son: *salud* desde el modelo sistémico, que promueve el desarrollo humano y la transición hacia el modelo biocéntrico; *enfoques* para el análisis y comprensión de la salud, enfoque de los determinantes sociales de la salud, enfoque de curso de vida y enfoques diferencial, de género y de derechos humanos.

Trabajo participativo para la construcción dialógica de la política.

En el marco de la territorialización participativa y la co-construcción de lineamientos para la actualización de la política pública, se realizaron mesas de trabajo sectoriales, grupos focales temáticos y entrevistas a actores estratégicos para el proceso. Para la definición de la convocatoria se elaboró un mapeo de actores, considerando especialmente la participación de implementadores de política pública.

El mapeo parte de la revisión de las bases de datos proporcionadas por la Secretaría de Salud del municipio de Manizales. El directorio interinstitucional que se consolida lo integran: Comité Municipal de Salud Mental, Red de Prevención del Suicidio, Comité Articulador de Violencias, redes prestadoras (EPS-IPS), fundaciones ONG, redes de juntas de acción comunal y juntas administradoras locales, entre otros.

El mapeo permitió identificar los actores clave, clasificándolos según fuesen del sector público, el privado o el tercer sector. A partir de esta clasificación se diseñaron metodologías participativas para integrarlos estratégicamente al proyecto de actualización de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Prevención y Atención al Consumo de SPA con el propósito de democratizar, retroalimentar y validar este ejercicio de interés público.

Las mesas de trabajo sectorial se definieron así: *mesa intersectorial, mesa salud, mesa comunitaria, mesa juvenil, mesa educativa y mesa de centros de rehabilitación*. Estas se trabajaron de cara a los siguientes componentes temáticos tomados de los referentes nacionales: promoción de la salud mental; prevención de los problemas y trastornos mentales; atención integral de los problemas y trastornos mentales; y rehabilitación e inclusión social. De igual forma, se indagó por las principales acciones ejecutadas en salud mental y los principales retos que se deben abordar; panorama clave a la hora de actualizar los lineamientos de la política pública.

En cuanto a las entrevistas, se contó con la participación de: la coordinadora dimensión de convivencia social y salud mental de la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) –referente de apoyo para los procesos de sustancias psicoactivas para el departamento de DTSC–; la coordinadora de la línea de violencias para el departamento DTSC; un psiquiatra experto del Ministerio de Salud y Protección Social; un médico psiquiatra experto en salud mental; una directora de la Red Expresarte; un referente de la Defensoría del Pueblo; un director de la Fundación FunPaz; un experto de la academia en psicología y psicopatología; y un concejal del Municipio de Manizales.

Se realizó un grupo focal con la Policía, en el cual se contó con la participación de:

- ▶ Subcomandante CAI la Terraza-la galería.
- ▶ Comandante del CAI Centro.
- ▶ Comandante CAI Alfonso López.
- ▶ Área prevención y educación ciudadana de Manizales. Instructor para la prevención del consumo de drogas en los planteles educativos.
- ▶ Delegada de la Secretaría de salud. Programa de salud mental.
- ▶ Intendente grupo de prevención y educación ciudadana metropolitana (cívicas juveniles e infantiles, cívicas mayores, programas de *Jóvenes a lo bien*).

RESULTADOS



SÍNTESIS DE ENFOQUES Y CONCEPTOS SOBRE SALUD MENTAL

Este eje toma como conceptos fundantes 'salud' y 'salud mental'; procesos vitales que se analizan y comprenden desde cinco enfoques que tienen como base el reconocimiento de todas las personas como sujetos de derechos. Estos enfoques son:

1. Enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
2. Enfoque de curso de vida.
3. Enfoque diferencial.
4. Enfoque de género.
5. Enfoque de derechos humanos.

En la siguiente gráfica (véase ilustración 1) se aprecian los conceptos actuales de salud mental en Colombia a partir de los cuales se muestra la tendencia de comprensión y análisis de la salud. Ello, considerando los resultados del proceso de análisis para la actualización de la política pública de salud mental del municipio de Manizales y de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas.

CONCEPTOS SALUD MENTAL OMS (2015) vs LEY 1616 DE 2013

INTERNACIONAL

1. Estado de Bienestar
2. Desarrollo de capacidades
 - Adaptación al estrés normal
 - Trabajar en forma productiva
 - Contribuir a la comunidad
3. Fundamento para:
 - Bienestar individual
 - Funcionamiento eficaz de la comunidad

- Política Nacional Salud Mental 1998
- Política Pública Manizales, 2011

- Política Nacional Salud Mental 2019
- Política Pública de Caldas 2018
- Adopta Decreto 0755 Manizales

NACIONAL

1. Derecho fundamental y bien público
2. Estado dinámico expresado en la vida cotidiana
 - Comportamientos
 - Interacciones
3. Sujetos
 - Individuales
 - Colectivos
4. Recursos
 - Cognitivos
 - Mentales
5. Transitar
 - Vida cotidiana
 - Trabajar
 - Establecer relaciones significativas
 - Contribuir a la comunidad

ACTUALIZACIÓN POLÍTICA PÚBLICA EN MANIZALES 2021 DESDE LA COMPLEJIDAD HACIA EL BIOCENTRISMO

Fuente: elaboración propia, basado en los conceptos de la OMS (2015) y la Ley de Salud Mental de Colombia (2013).

Ilustración 1.
Conceptos salud mental OMS (2015) vs Ley 1616 de 2013.

CONCEPTO DE SALUD PERSPECTIVA SISTÉMICA

Ilustración 2.
Comprensión de la salud desde una perspectiva sistémica.

SALUD

Condición inherente a la vida misma. Se expresa en bienestar, es decir, en estar bien el mundo vital cotidiano, lo cual es posible cuando se disfruta de la capacidad de desarrollar con libertad las potencialidades de ser, al mantener una relación satisfactoria con la vida que se vive, de amar, al establecer sin coacción relaciones interpersonales satisfactorias y tener, al acceder a un ingreso digno que permita satisfacer tanto las necesidades básicas como los gustos y las preferencias

SALUD MENTAL

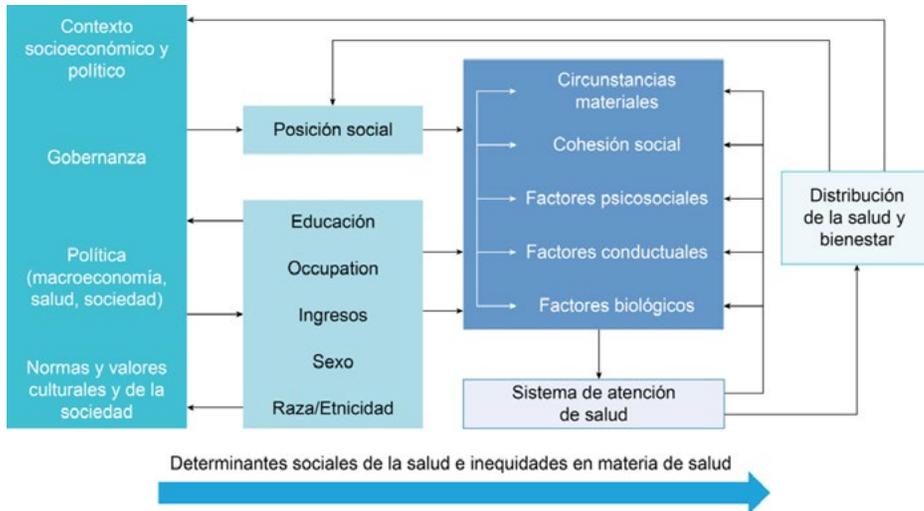
El bienestar que le permite a las personas desarrollar libremente sus capacidades de ser, amar y de tener, para afrontar el estrés de la vida cotidiana, al mantener una satisfacción con su interacción social en escenarios familiares, escolares, y ser y hacer parte de la vida social

Este modelo sistémico de comprensión de la salud, fundamentado en el desarrollo humano, está dando lugar a una nueva lectura de la salud, desde un modelo más comprensivo, donde el centro de atención y acción deja de ser la vida humana y empieza a ser la vida del planeta y la de todos los seres vivos que lo habitan.

Fuente: elaboración propia.

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud

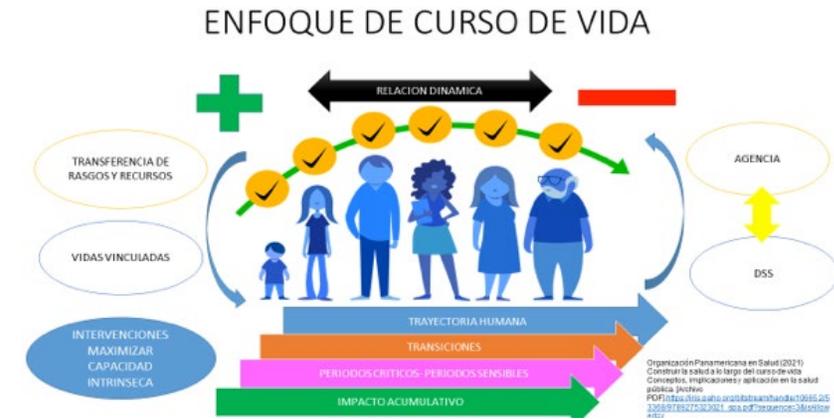
Ilustración 3.
Enfoque de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.

De acuerdo con la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos determinantes de la red de relaciones entre los factores estructurales propios del sistema social y los intermediarios –que comprenden los efectos que estos factores estructurales tienen sobre la vida cotidiana individual y social en contextos particulares– se manifiestan en los resultados en salud y bienestar y las desigualdades que se derivan de ellos.

Ilustración 4.
Enfoque de curso de vida de vida.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2021). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53368>

El enfoque de curso de vida es un modelo multidisciplinario que permite el estudio dinámico de la vida de las personas y las poblaciones dentro de sus contextos estructurales y sociales. Se centra en la conexión entre las vidas individuales y el contexto donde se desarrolla la vida en sociedad (que son diferentes según este). Este enfoque amplía la comprensión del devenir histórico de la vida humana, desde la fecundación hasta la muerte, a través de la lectura crítica de la interacción entre los factores biopsicosociales y los mecanismos epigenéticos en todas las etapas de su ciclo vital y los efectos de esta trayectoria en los resultados en salud.

Ilustración 5. Enfoque diferencial.



Fuente: Departamento para la Prosperidad Social. Disponible en: <https://prosperidadsocial.gov.co/sgpp/enfoque-diferencial/>.

De acuerdo con el Departamento para la Prosperidad Social (2013), el enfoque diferencial se entiende como el «[...] método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria» (voz 'enfoque diferencial'). Involucra las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales como sujetos de derecho desde una mirada de grupo socioeconómico, género, etnia e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital (niñez, juventud, adultez y vejez). Este enfoque reconoce las diferencias y se interesa por buscar los factores que generan o reproducen la discriminación, la desigualdad y la exclusión para restablecer los derechos y minimizar los daños causados.

De género

Ilustración 6. Enfoque de género.

Fuente: Comisión de la Verdad de Colombia (2020).

El 'género' no es sinónimo de 'mujer'. Se entiende por 'género' a los conceptos sociales frente a las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Si bien el género es una diferencia a tener en cuenta en cualquier política pública y está bajo el amparo del enfoque diferencial, la estrecha relación entre la mala salud mental y el ser mujer en todas las edades demanda la consideración particular de este determinante social de la salud; vinculado a otros determinantes estructurales como: la educación, el empleo, los ingresos económicos y los factores culturales. Estos factores pueden afectar de forma negativa los resultados en salud en las mujeres y las personas con diversidades en su orientación sexual y su identidad de género.

Las evidencias empíricas y científicas muestran cómo los resultados en salud para las mujeres y personas con diversidades en su orientación sexual y su identidad de género son peores que para los hombres; por lo tanto, la intervención de salud pública reclama también diferencias que ayuden a contener las desigualdades y los efectos negativos sobre el bienestar de estos grupos poblacionales.

El enfoque de género centra la atención en las condiciones necesarias para garantizar derechos de acceso a bienes y servicios de la sociedad con justicia e igualdad, tal como se propuso en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo en 1994.

Ilustración 7.
Enfoque de
derechos.

ENFOQUE DE DERECHOS

"Una nueva perspectiva para concebir y diseñar políticas públicas tendientes al desarrollo humano en el marco de un proceso de concertación entre Estado y sociedad civil"

Identificación de las necesidades

Identificación de los problemas

Recursos disponibles

Integralidad - Interdependencia

Materialización de los derechos



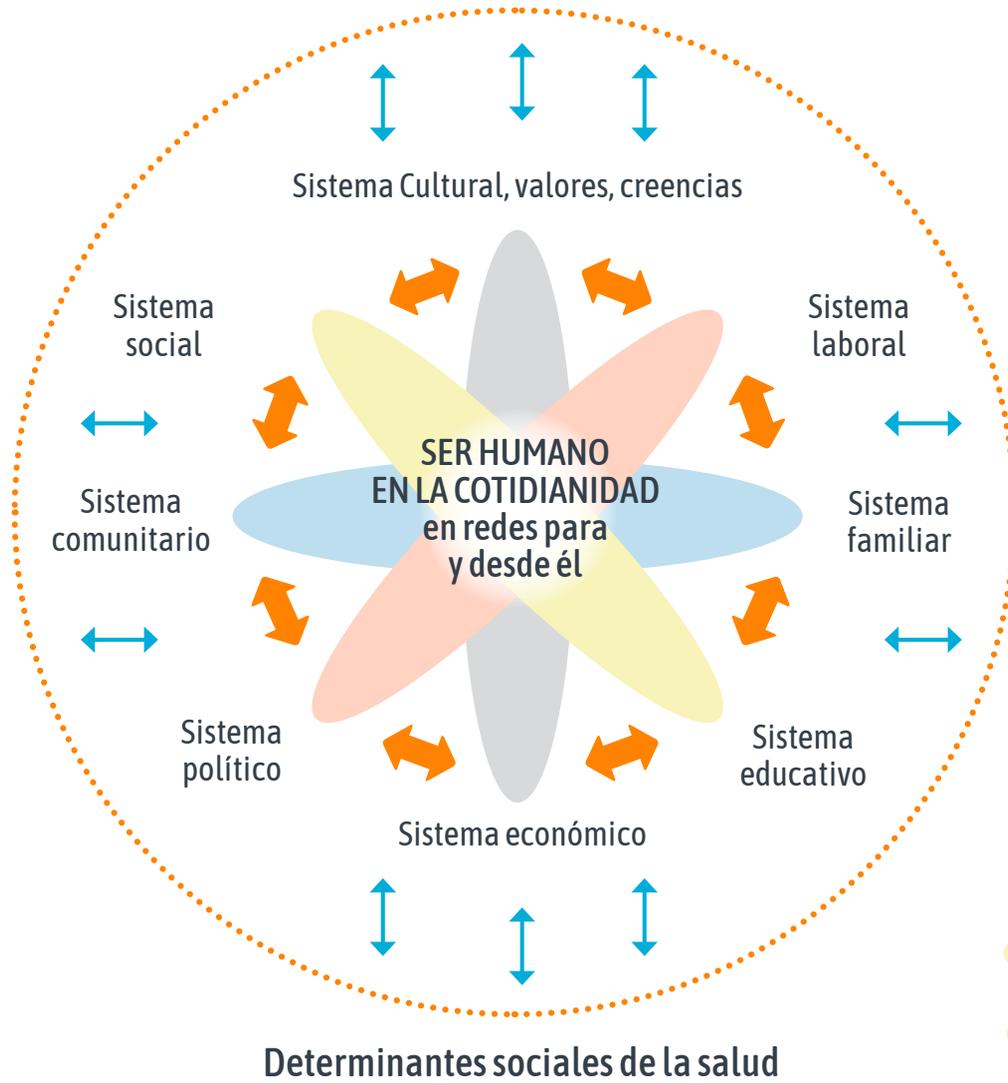
Jimenez, W, (2007). "El enfoque de los derechos humanos y las políticas públicas". *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 7(12), 31-46

Fuente: elaboración propia, basado en Jiménez (2007).

Siguiendo a Jiménez (2007), es posible afirmar que el enfoque de derechos puede ser definido como una nueva perspectiva para concebir y diseñar políticas públicas tendientes al desarrollo humano en el marco de un proceso de concertación entre Estado y sociedad civil, el cual permite superar las barreras sociales, culturales y económicas. Este enfoque se fundamenta en los principios de integralidad e interdependencia. Según ellos, unos derechos dependen de otros de tal manera que una posible vulneración de un derecho afecta de forma directa a otro. De igual manera, la satisfacción de un derecho permite el goce y disfrute de otro.

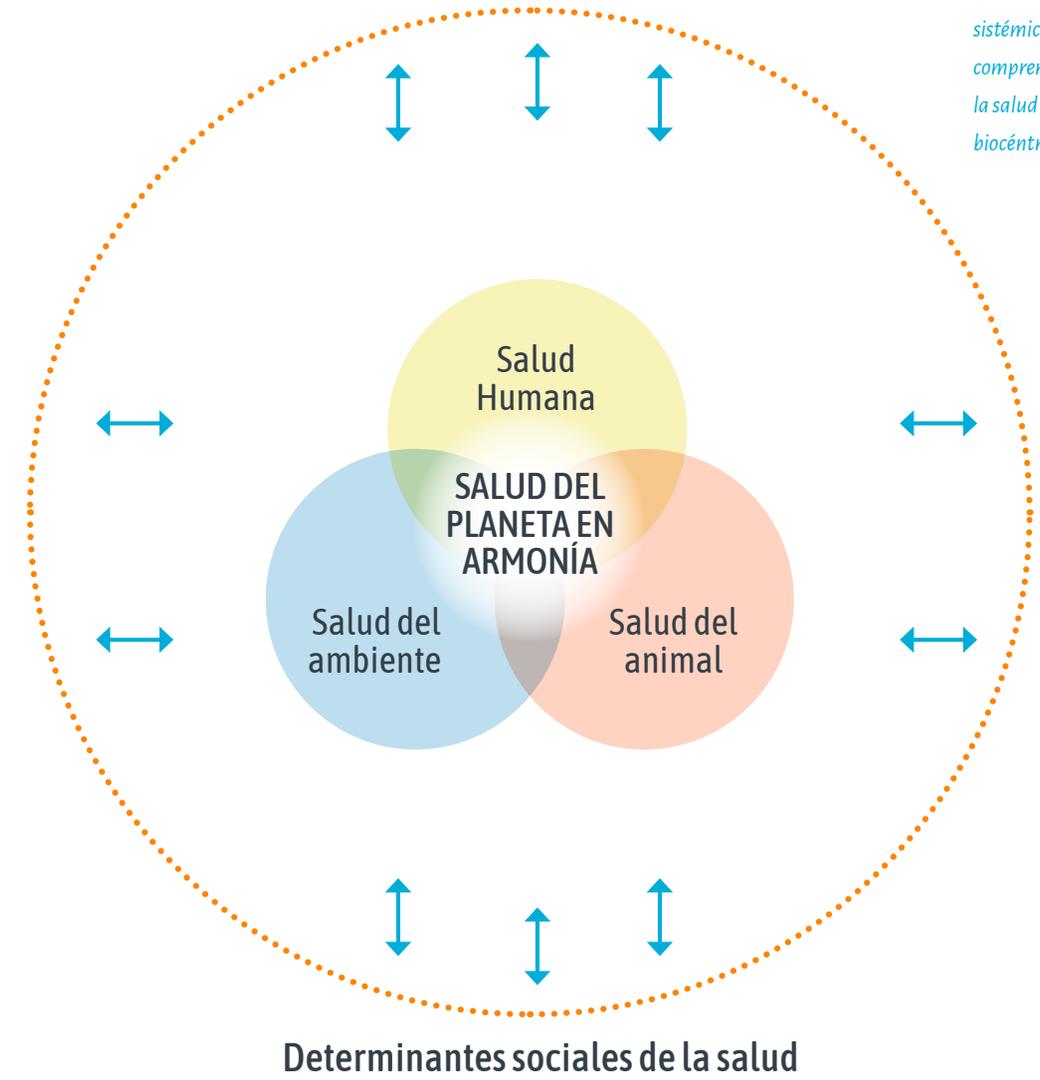
MODELO BIOCÉNTRICO

La transición necesaria del actual modelo sistémico de comprensión de la salud fundamentado en el desarrollo humano, hacia un modelo biocéntrico, ambos con un marco de análisis de los determinantes sociales de la salud



Determinantes sociales de la salud

DEL MODELO SISTÉMICO AL BIOCENTRISMO



Determinantes sociales de la salud

Fuente: elaboración propia.

Ilustración 8. Del modelo sistémico de comprensión de la salud al modelo biocéntrico.

En la anterior imagen se muestra la transición necesaria del actual modelo sistémico de comprensión de la salud fundamentado en el desarrollo humano hacia un modelo biocéntrico; ambos con un marco de análisis de los determinantes sociales de la salud. El modelo biocéntrico está alineado con la propuesta de una salud, planteada conjuntamente por la Organización mundial de la Salud, que se ocupa de la salud humana y la Organización Internacional de Sanidad Animal. Este se concibe como un enfoque intersectorial para diseñar e implementar programas, políticas, normas e investigación mediante la comunicación y el trabajo colaborativo para lograr mejores resultados de salud pública. Desde esta postura, el objeto de estudio, atención y acción deja de estar restringido a la salud humana y se amplía a la salud del planeta como una condición para el bienestar colectivo por la estrecha y cada vez más interdependiente relación entre el ser humano y otras formas de vida no humana.

SALUD = BIENESTAR

*Estar bien en el mundo vital cotidiano.
En los entornos personal, familiar,
comunitario, social*

**DEL MODELO SISTÉMICO
AL BIOCENTRISMO**

Comprensión del
ciclo vital desde el
enfoque de
CURSO DE VIDA

INFANCIA

ADOLESCENCIA

JUVENTUD

ADULTEZ

MUERTE

Determinantes sociales de la salud,
DSS. Efectos positivos o negativos
sobre los resultados en salud

**GOCE Y PROTECCIÓN
DE LOS DERECHOS**

Ilustración 9.
Síntesis del eje
conceptual

Fuente: elaboración propia.

Estas tendencias epistemológicas que apuntan hacia una nueva forma de comprender la salud y la salud mental plantean grandes desafíos para los tomadores de decisiones. Ello, considerando que los recursos disponibles y los necesarios, la capacidad técnico científica y las capacidades individuales y sociales para vivir bien son un tema que reclama la corresponsabilidad de todos los involucrados. Además, se convierte en un reto para la formulación y la implementación de cualquier intervención en salud pública, incluidas las políticas.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL MARCO JURÍDICO DE LA SALUD MENTAL.

La salud mental y el tratamiento al consumo de SPA ha presentado una evolución jurídica que va desde su conceptualización hasta los modos en que los Estados deben intervenir para garantizar en ambos casos la dignidad humana de las personas como pilar fundamental de los DDHH.

Diferentes organismos internacionales como Naciones Unidas (ONU), las Organizaciones para la Salud (OPS/OMS) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) han brindado a los Estados recomendaciones dirigidas a recordar los deberes de respeto y protección de los derechos humanos cuando se trata de la prohibición y/o descriminalización del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción, atención y recuperación de la salud mental de las personas como asuntos prioritarios en la agenda de salud pública estatal.

En relación con la salud mental en el año 1990 se llevó a cabo la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, celebrada en la ciudad de Caracas. Posteriormente, para los años 1997 y 2001, el Consejo Directivo de la OPS solicitó a los Estados priorizar la salud mental; petición que se materializó

en la adopción de los «Principios de Brasilia». Siete años después se inaugura el Plan de Acción Global en Salud Mental con el propósito de reducir las brechas en la atención en salud mental.

Ilustración 10.
Normatividad sobre salud mental.

LÍNEA NORMATIVA NORMATIVIDAD SALUD MENTAL

CORTE CONSTITUCIONAL

- 2001 Sentencia T 1081- La Corte Constitucional ha consagrado el derecho a la Salud como un derecho autónomo sin necesidad de acudir a la conexidad con el derecho a la vida, al desarrollo de la personalidad y la dignidad humana.
- 2008 Sentencia T 760. A través de esta sentencia, la Corte Constitucional ha enaltecido el derecho que tienen las personas para acceder al sistema de salud para obtener del sistema una especial protección desde la promoción de la integridad personal y la dignidad humana.
- 2016 Sentencia T-275: Por medio de esta sentencia, la Corte incorpora en el ordenamiento colombiano los conceptos de salud integral de la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas, proclamando en favor de los ciudadanos la preservación del bienestar físico y mental.
- 2021 Sentencia T 001. La Corte enaltece el deber del estado de brindar especial protección a las personas disminuidas en su capacidad física y mental, frente a las cuales se les debe brindar acciones de promoción, prevención y rehabilitación e integración en la sociedad.

INTERNACIONAL

- 1948 Declaración Universal De Derechos Humanos
- 1966 Pacto Internacional De Derechos Económicos, Sociales Y Culturales Art 12
- 1969 Convención Americana Sobre Derechos Humanos, La Corte Interamericana De Derechos Humanos (CIDH) Artículo 26
- 1991, La Asamblea General De Las Naciones Unidas Principios Orientadores De La Salud Mental.
- 2007 Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad Y Protocolo Facultativo De Las Naciones Unidas,
- 2013 Organización Mundial De La Salud Presenta Plan Acción Salud Mental Para Los Años Comprendidos Entre El 2013 Y El 2020

NACIONAL

- Constitución Política De 1991 Art 1,11,13, .44, 47, 49,51, 93, 366,
- 2009 Ley 1306: Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados. , Art 2
- 2013 Ley 1616 Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Art 3
- Resolución 4886/2018 Adoptando La Política Nacional De Salud Mental
- 2019 Ley 1996: Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad
- 2020, El Consejo Nacional De Política Económica Y Social - CONPES 3992. Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia

Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, el Estado colombiano ha ratificado los siguientes instrumentos internacionales en materia de sustancias psicoactivas: la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes enmendada por el protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971); y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

En el plano doméstico, y en desarrollo del artículo 49 de la Constitución política de 1991, el legislador promulga la Ley 1566 de 2012 en la que se reconoce el consumo, abuso y adicción de sustancias psicoactivas como asunto de salud pública y bienestar; y el abuso y la adicción, como enfermedades que requieren de la atención del Estado.

De otro lado, la Ley 1616 de 2013 garantiza el derecho a la salud mental de la población y facilita el acceso a los servicios y atención adecuada. Ambas leyes deben ser interpretadas en consonancia con lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que consagra al derecho a la salud como derecho fundamental autónomo; esto es, que el Estado no solo debe garantizar la prestación del servicio, sino que también debe garantizar su integralidad a través de la promoción, prevención, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad física o mental.

También la Corte Constitucional a través de sus sentencias judiciales ha precisado el sentido y el alcance de los derechos de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y de las personas con discapacidad cognitiva, con problemas o trastornos mentales. En ambos casos la Corte ha destacado que son sujetos de especial protección constitucional. Ello, dado que se encuentran en una situación de vulnerabilidad manifiesta; situación que compromete la integridad y el desarrollo de sus capacidades. El máximo tribunal de justicia constitucional también ha reiterado la obligación que le asiste a la Nación y a las entidades territoriales de formular políticas públicas, planes, programas y proyectos para la atención, recuperación

y rehabilitación integral de las personas que se encuentren en esta condición.

El Ministerio de Salud y Protección Social expide la Resolución 4886 de 2018, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental; y en ese mismo año, el departamento, mediante el Decreto 0188 de 2018 adoptó la política pública en salud mental para el territorio caldense. Para el año 2019, el Gobierno Nacional expide la Resolución 089, por medio de la cual se adopta la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

Ambas políticas, las nacionales y la departamental, se constituyeron como referentes ineludibles para la política pública municipal en salud mental y prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. Ello, en virtud del principio de supremacía constitucional (art. 4 de la Constitución) y el principio de coordinación (art. 288). Este último dispone que las entidades territoriales deben establecer las estrategias de acción de conformidad con los parámetros establecidos en las leyes, decretos y decisiones judiciales con poder vinculante.

Ilustración 11.
Normatividad
sobre sustancias
psicoactivas.

CORTE CONSTITUCIONAL

- Sentencia C-221 de 1994. Con la expedición de esta sentencia se rompe por completo el paradigma de la criminalización del consumidor de sustancias psicoactivas, a quien comienza a vérselo como una persona con un padecimiento sobre el cual brindar mayor protección y en razón a ello se configura la dosis mínima.
- Sentencia T-684 de 2002. Un habitante de calle en estado de drogadicción crónica, interpone acción de tutela en contra de una entidad prestadora del servicio de salud para obtener la debida atención y la Corte Constitucional procede a reconocer el estado máximo de vulnerabilidad del ciudadano y en razón a su condición exhorta para que las entidades del Estado y del sistema de salud proporcionen los medios necesarios para dar al tutelante acceso al tratamiento y rehabilitación solicitada.
- Sentencia T-881 de 2008. Una madre en busca de tratamiento y rehabilitación para su hijo menor de edad, interpuso acción de tutela para hacer valer los derechos de su hijo dadas las negativas de las eps. La Corte evalúa la situación y recalca la predominancia de los derechos de los niños en el Estado Colombiano y que pese a estar o no dentro del plan obligatorio de salud, a los menores se les debe brindar un tratamiento integral por sus condiciones especiales de vulnerabilidad y aún más si se encuentran bajo adicción al consumo de sustancias.
- Sentencia T-438 de 2009. Un ciudadano acude a su entidad prestadora del servicio de salud para obtener tratamiento de desintoxicación, deshabituación y reintegración social para farmacodependientes. La Corte procede a recalcar que toda persona que padezca enfermedades tiene derecho a recibir un diagnóstico y un tratamiento para superar la afección en su salud y la adicción al consumo de sustancias psicoactivas no es justificación para negar el acceso a estos derechos y recibir el debido tratamiento para alcanzar el estado de bienestar físico y mental

Fuente: elaboración propia.

NORMATIVIDAD SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

INTERNACIONAL

- 1961 La Convención Única De 1961 Sobre Estupefacientes
- 1971 Convenio Sobre Sustancias Sicotrópicas
- 1972 Protocolo De Modificación De La Convención Única De 1961 Sobre Estupefacientes
- 1988 Convención De Las Naciones Unidas Contra El Tráfico Ilícito De Estupefacientes Y Sustancias Sicotrópicas
- 2019 La Comisión Interamericana Para El Control Del Abuso De Drogas CICAD/OEA

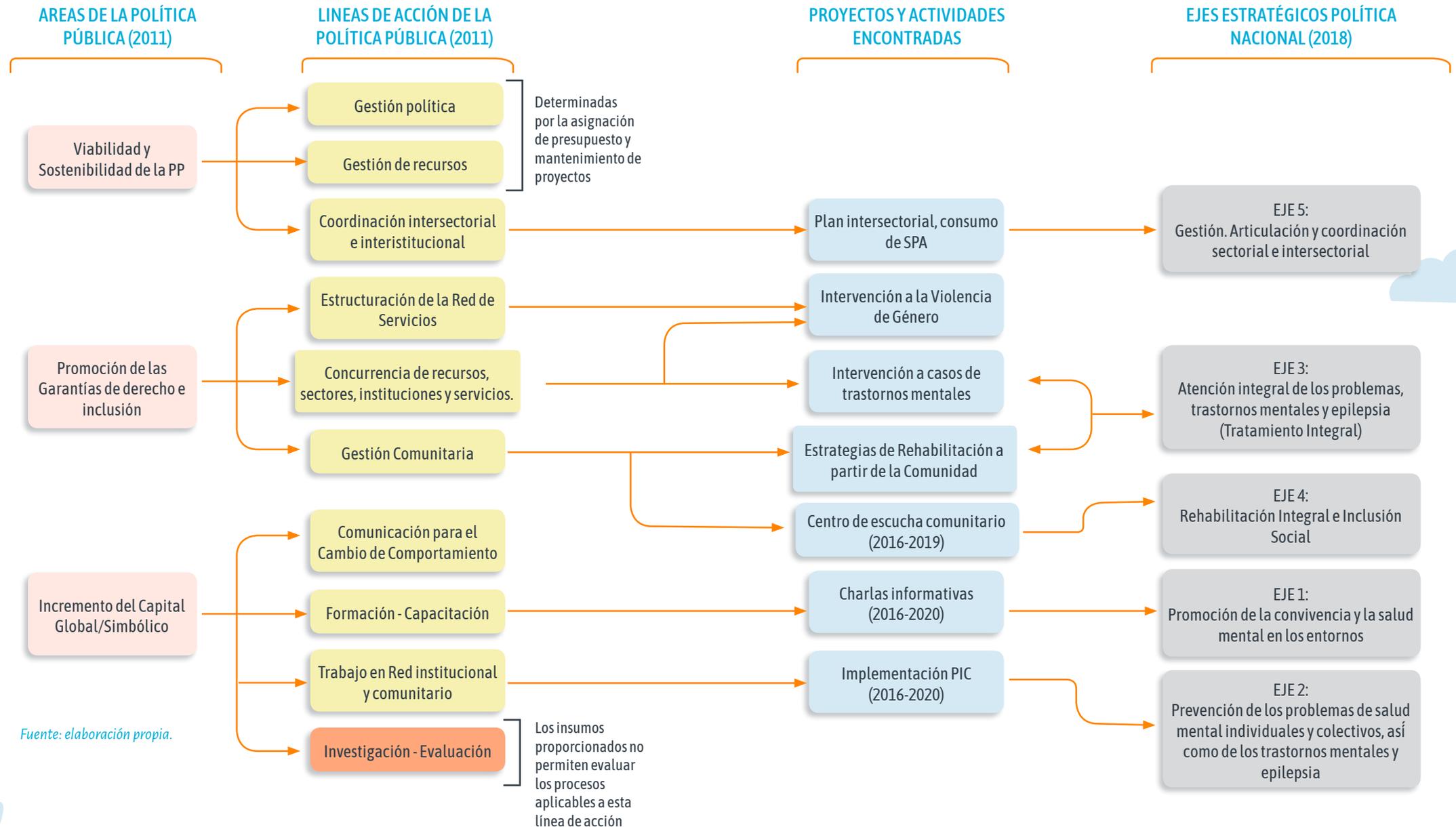
NACIONAL

- 1986 Ley 30 Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes
- y se dictan otras disposiciones. Art 84
- 1991 Constitución Política de Colombia. Art 2, 49
- 1992 Resolución 1075. Por la cual se reglamentan actividades en materia de Salud Ocupacional. Art 1
- 1998 Resolución 2358. Por la cual se adopta la Política Nacional De Salud Mental
- 2000 Ley 599. Por la cual se expide el Código Penal Colombiano. Art 43,376
- 2012 Ley 1566. Por 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". Art 1 y 6,
- 2013 Ley 1616. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Art 7, 8
- 2012 Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021, Art 2, 3
- 2018 Ruta Futura: Política Integral Para Enfrentar El Problema De Las Drogas
- 2019 Resolución 089. Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Ministerio De Salud Y Protección Social

BREVE DESCRIPCIÓN SOBRE LA REVISIÓN DE IMPLEMENTACIÓN

COMPARATIVO DE RESULTADOS LOCALES A LA LUZ DE LOS EJES DE LAS POLÍTICAS NACIONALES

Ilustración 12. Comparativo de resultados locales a la luz de políticas nacionales.



El municipio de Manizales ha implementado planes, programas y proyectos efectivos para el abordaje de la problemática de salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas. Las estrategias llevadas a cabo durante los periodos de gobierno evaluados (2016-2019 y 2020-actualidad) han estado alineadas principalmente con las metas establecidas en los planes de gobierno, por lo que no es posible establecer una relación directa entre las actividades realizadas de parte de cada gobierno y las líneas de acción de la política pública vigente (Decreto 0005/2011). No obstante, el trabajo realizado por el equipo de revisión permitió relacionar las actividades realizadas con cada línea de acción de la política pública vigente y también permitió establecer una relación de las actividades ya existentes con los ejes de la Política Nacional de Salud Mental.

Los documentos e insumos empleados para realizar la revisión –tales como los informes de gestión del periodo 2016 a 2019 y del año 2020, los planes indicativos y de seguimiento de resultados de 2016-2019 y de 2020, el plan indicativo y de seguimiento de gestión de 2016-2019 y el informe de avance de 2019– dan cuenta de las actividades expuestas a continuación:

Resultados con vigencia 2016-2019.

Las actividades, planes y proyectos ejecutados durante la vigencia 2016-2019 dan como resultado el cumplimiento parcial de la PPSM al establecer relación entre las actividades y las líneas de acción de cada área de la Política Pública de Salud Mental vigente.

En la primera área de la Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas para Manizales (Decreto 0005/2011) –abreviada a partir de ahora como PPSM–, ‘Viabilidad y sostenibilidad de la política pública’ se puede establecer un cumplimiento parcial, ya que no se encuentran actividades que comprueben explícitamente el cumplimiento de las dos primeras líneas de acción («Gestión política» y «Gestión de recursos»), pero

la asignación de recursos y la permanencia de proyectos en salud mental evidencian los esfuerzos realizados. El cumplimiento de la tercera línea de acción de esta área («Coordinación intersectorial e interinstitucional») se puede corroborar explícitamente con el plan intersectorial del consumo de SPA implementado durante 2016 y 2019. De igual forma, la inclusión de instituciones educativas y comunitarias en los procesos de salud mental dan cuenta del cumplimiento de esta última línea de acción.

La segunda área presenta cumplimiento total en cada una de sus líneas de acción. Para la primera línea de acción («Estructuración de la red de servicios») (Decreto 0005/2011) y la segunda línea de acción («Concurrencia de recursos, sectores, instituciones y servicios») se realizaron consejerías en psicología e intervenciones a casos de violencia de género e intrafamiliar. La tercera línea de acción («Gestión comunitaria») presenta resultados sobresalientes debido a las actividades realizadas gracias al centro de escucha comunitario.

Finalmente, en el área 3 («Incremento del capital global/simbólico») (Decreto 0005/2011) se encontró cumplimiento parcial con actividades relacionadas con cada línea de acción, excepto con la tercera línea de acción «investigación-evaluación», ya que si bien existen documentos que dan cuenta de la ejecución de un proceso investigativo de parte de la Universidad de Manizales, no hay insumos adecuados para evaluar dicho proceso en relación a la línea de acción (no se tiene información de presupuesto e información de cantidad de beneficiarios). En el caso de las otras líneas de acción, se tienen capacitaciones y charlas informativas junto a la implementación del PIC para la primera línea de acción, «Comunicación para el cambio del comportamiento»; desarrollo de estrategias de información y actividades relacionadas al desarrollo de habilidades para la vida para la segunda línea de acción, «Formación-capacitación»; y, finalmente, la cuarta línea de acción, «Trabajo en red institucional y comunitario», puede ser evidenciada tanto por las actividades del Centro de Escucha

como por el trabajo junto a las instituciones educativas en materia de salud mental y prevención de consumo de SPA.

Resultados con vigencia 2020.

Durante el año 2020 se realizaron actividades que arrojaron resultados sobresalientes en cada una de las líneas de acción y evidenciaron un cumplimiento total de todas las áreas únicamente con la excepción de la tercera línea de acción del área tres, «Incremento del capital global/simbólico». A manera de observación, también se tiene que la ejecución se tuvo que adaptar al contexto de la pandemia por el COVID-19. Como resultado, algunos proyectos se vieron debilitados, pero se fortaleció el uso del seguimiento telefónico y de los medios virtuales.

En la primer área de la PPSM vigente «Viabilidad y sostenibilidad de la política pública» (Decreto 0005/2011) para la primera línea de acción «Gestión política» y la segunda línea de acción «Gestión de recursos» nuevamente la asignación de recursos y el permanencia de proyectos en salud mental evidencia el trabajo en ambas líneas, pero se reconoce que la continuidad de algunos procesos se vio afectada por problemas en contratación. El cumplimiento de la tercera línea de acción de esta área («Coordinación intersectorial e interinstitucional») se evidencia con el trabajo en salud mental que vincula tanto a la comunidad como al sector educativo. Las estrategias se adaptaron para operar a distancia.

La segunda área presenta cumplimiento total en cada una de sus líneas de acción. Para la primera línea de acción «Estructuración de la red de servicios» (Decreto 0005/2011) y la segunda línea de acción «Concurrencia de recursos, sectores, instituciones y servicios» se realizaron consejerías en psicología, intervenciones a casos de violencia de género e intrafamiliar, a los cuales se les prestó especial atención. También se encuentran activas las líneas de atención y se ha intensificado el uso de canales virtuales y telefónicos para la

detección precoz y la asistencia a casos de trastornos mentales. La tercera línea de acción, «Gestión comunitaria», se evidencia con las capacitaciones a la comunidad en temas de salud mental, violencia de género e intrafamiliar.

Por último, en el área 3 «Incremento del capital global/simbólico» (Decreto 0005/2011) se evidencia cumplimiento en la primera línea de acción («Comunicación para el cambio del comportamiento») gracias a la implementación del PIC. Para la segunda línea de acción «Formación-capacitación» se llevaron a cabo estrategias de información con objeto de desarrollo de estilos de vida saludable. A su vez, se realizaron capacitaciones al personal de la salud en temas de epilepsia, violencia intrafamiliar, salud mental y prevención de consumo de sustancias psicoactivas. También se llevaron a cabo capacitaciones para fortalecer las acciones de intervención a los casos de trastornos mentales y violencia de género e intrafamiliar. En cuanto a la tercera línea de acción «Investigación-evaluación», se presentaron dificultades para relacionar actividades o procesos a partir de los insumos proporcionados. Finalmente, la cuarta línea de acción «Trabajo en red institucional y comunitario», por el trabajo conjunto de distintos sectores tales como sectores salud, justicia, protección, educación, social, entre otros.

SÍNTESIS DEL TRABAJO PARTICIPATIVO CON MESAS SECTORIALES E INTERSECTORIALES

Mesa intersectorial.

Se contó con la participación de 27 personas, las cuales representan instituciones públicas, universidades, programas de la alcaldía, INPEC, EPS, IPS, organizaciones comunitarias, delegados de

la Universidad Autónoma y delegados de la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Manizales

La convocatoria a esta mesa fue realizada por la Secretaría de Salud a través de un oficio vía correo electrónico a partir de la base de datos conformada por 24 actores. La mesa permitió un diálogo en relación con las necesidades en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, generando propuestas y alternativas entre los participantes de acuerdo al sector representado.

Mesa sector educativa.

En esta mesa se contó con la participación de 33, personas las cuales representan instituciones educativas de básica primaria, secundaria y universitaria de la ciudad de Manizales, delegados de la Universidad Autónoma y delegados de la Secretaría de Salud de la alcaldía de Manizales

La convocatoria se realizó por medio de correo electrónico y llamadas telefónicas en las que se contactó 33 personas y confirmaron 19 personas. Los docentes y delegados de las Instituciones Educativas participaron de manera activa, debido a que es un tema que se vive en la cotidianidad del aula y de las instituciones. Analizan la importancia del abordaje de la salud mental desde el deporte y la cultura, cuestionando el concepto de rehabilitación y los enfoques de trabajo con los jóvenes en la ciudad. Otro punto de discusión en la mesa de trabajo son las rutas de atención y la capacidad de respuesta institucional encargada de ambos temas en la ciudad. Esto, en relación con el presupuesto asignado para dar respuesta a las necesidades del territorio.

Mesa del sector salud.

En esta mesa se contó con la participación de cinco representantes de instituciones prestadoras de salud. La convocatoria

se realizó por medio de correo electrónico y llamadas telefónicas donde se contactaron a 18 delegados, de los cuales ocho confirmaron; todos ellos pertenecientes a entidades de salud del municipio.

Al interior de la mesa se identifica que la articulación intersectorial, la territorialización, la investigación y la formación deben mantenerse. Por otro lado, se debe priorizar la oportunidad en la atención, la intersectorialidad y los procedimientos basados en la evidencia científica. Además, los participantes mencionaron que es importante corregir aspectos como el acompañamiento, la asesoría y la asistencia, la oportunidad en la atención, la formación y, además, la falta de compromiso de los actores con la política.

Mesa del sector juvenil.

En la mesa juvenil se contó con la participación de 11 personas, entre: jóvenes delegados de la Universidad Autónoma y delegados de la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Manizales. La convocatoria se realizó por medio de correo electrónico y llamadas telefónicas, donde se contactaron a 58 jóvenes, de los cuales confirmaron 16; todos ellos pertenecientes a diferentes procesos de participación de la ciudad, como: el Gabinete Juvenil, Consejo Municipal de Juventud, organizaciones sociales y estudiantes de instituciones educativas.

Los jóvenes que participaron de la mesa identificaron problemáticas de salud mental en muchas de sus personas cercanas, así como el hecho de que ante ello la institución no tiene capacidad de respuesta y un servicio particular está fuera del alcance económico de la comunidad. También reconocieron que las estrategias para prevención del suicidio no son suficientes ni contundentes, máxime cuando es una de las problemáticas que más han podido evidenciar en la juventud.

Referente al consumo de sustancias psicoactivas, consideran que es necesario un cambio de paradigma para el abordaje del

mismo, en tanto considere estrategias de consumo responsable más que la prevención e intervención punitiva de la problemática.

Mesa sector comunitario.

En la mesa comunitaria se contó con la participación de 15 personas entre representantes de fundaciones que realizan atención en salud mental, veedurías ciudadanas, comunidad LGTBQ+, delegados de la Universidad Autónoma de Manizales y delegados de la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Manizales.

La convocatoria se realizó por medio de correo electrónico y llamadas telefónicas, donde se contactaron a 33 personas de procesos comunitarios entre organizaciones sociales y de jóvenes, fundaciones que realizan atención en salud mental, voceros comunitarios, veedores ciudadanos, procesos con mujeres y activistas de la comunidad LGTBQ+, de los cuales confirmaron 16 personas.

En la mesa se solicitó la articulación entre la Secretaría de Salud y las organizaciones que trabajan temas de salud mental y que realizan intervención psicosocial con el fin de lograr una atención integral y de calidad, donde se logre un seguimiento a los procesos de las personas y se lleve a cabo una activación de las rutas de atención de manera efectiva. Seguidamente, los asistentes hacen un llamado a la ejecución y planteamientos en los enfoques y planes de acción de la política pública que correspondan a la capacidad de respuesta de la ciudad y la administración.

Mesa de trabajo centros de rehabilitación.

Se contó con la participación de nueve personas entre delegados de centros de rehabilitación, delegados de la Universidad Autónoma de Manizales y delegados de la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Manizales. La convocatoria se realizó por medio de correo electrónico y llamadas telefónicas, donde se contactó con seis centros

de atención y rehabilitación de la ciudad y se logró la confirmación de cuatro centros.

En la mesa se resalta la importancia del acompañamiento familiar en casos de problemáticas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD
MENTAL Y PREVENCIÓN Y
ATENCIÓN AL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA
MANIZALES, 2022-2034



PRINCIPIOS

De la revisión del marco jurídico que sirve de sustento a la política pública municipal es posible identificar los siguientes mandatos de optimización entendidos como cláusulas expansivas de interpretación:

Derecho a la salud: reconoce el derecho de las personas a un nivel de calidad en la atención sanitaria y salud. Así mismo, a la obligación del Estado de garantizar un cierto nivel de salud pública para la comunidad en general.

Dignidad humana: reconoce que el ser humano es intrínsecamente valioso, ya que posee atributos inalienables e imprescriptibles. Las actuaciones del Estado deberán ajustarse a brindar un trato digno a todas las personas; especialmente, a las que ostenten alguna condición social que las ubique en un plano de vulnerabilidad manifiesta.

Igualdad y no discriminación: reconoce que las personas independientemente de su condición social (sexo, género, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, origen étnico, religión, interés político, víctimas del conflicto armado, condición migratoria, entre otras) merecen el mismo trato por parte del Estado y, en caso de evidenciarse desigualdades históricas, se debe brindar un trato

diferenciado para el logro de la igualdad material. La igualdad es, pues, un valor supremo que opera ante el reconocimiento de la diversidad.

Integralidad: los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

Corresponsabilidad: las personas, familias, organizaciones sociales, comunitarias, el sector privado y el Estado son corresponsables en la satisfacción del derecho a la salud mental y de prevenir el consumo problemático de sustancias psicoactivas en el municipio de Manizales. Para este efecto se adoptarán medidas institucionales e intersectoriales con la finalidad de aunar esfuerzos para el logro de los objetivos propuestos en la presente política pública.

Coordinación: las entidades territoriales deberán establecer estrategias de acción de conformidad con los parámetros establecidos en las leyes, decretos y decisiones judiciales con poder vinculante.

Interculturalidad: implica el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

Participación social: como lo indica la Política de Participación Social en Salud, todos los actores sociales hacen parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad en el entendido que la salud es un bien público.

Política pública basada en la evidencia científica: implica usar la mejor evidencia posible producto de las investigaciones para el desarrollo e implementación de las políticas públicas. Ello, de acuerdo con un enfoque racional, riguroso y sistemático.

EJES DE LA POLÍTICA

Producto de un ejercicio de triangulación de los diferentes insumos relacionados con el rastreo conceptual para caracterizar la salud mental, del rastreo normativo a nivel internacional y nacional, de la revisión de implementación, del análisis de fuentes directas (entrevistas a expertos, grupos focales, y mesas de trabajo) y de los insumos proporcionados por la entidad territorial para el diseño del análisis de implementación, se construyó una matriz compiladora de los principales hallazgos y conclusiones por cada uno de los ejes nacionales de las políticas públicas de salud mental y de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas. Este ejercicio permitió la visualización de un panorama amplio de diagnóstico de retos, oportunidades y elementos a fortalecer en el marco de la actualización de los lineamientos de la política pública. Ello, habiéndose cruzado estratégica e integralmente todos los elementos de análisis extraídos de los diferentes productos de investigación que tuvieron curso dentro de las fases del proyecto, los cuales son: 1. Definición preliminar: actores y recursos; 2. Territorialización participativa de las políticas públicas nacionales; 3. Actualización; y 4. Validación y socialización.

Tabla 1.
Ejes, líneas
estratégicas y
líneas de acción
de la política.

Ejes	Líneas Estratégicas	Líneas de acción
EJE 1: Promoción de la salud mental, la convivencia y los factores protectores.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generación y fortalecimiento de entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables. 2. Promoción del involucramiento parental. 3. Educación en habilidades psicosociales para la vida. 4. Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental. 5. Promoción de la salud mental, eliminación del estigma y la discriminación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Desarrollo de capacidades en personas, familias y comunidades en el curso de la vida. ▶ Desarrollo de entornos protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas. ▶ Articular redes comunitarias, juntas de acción comunal, juntas administradoras locales como actores comunitarios clave para la promoción de la salud mental.
EJE 2: gestión del riesgo de problemas y trastornos mentales, epilepsia, violencias y consumo de SPA.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cualificar dispositivos de base comunitaria adaptándose. 2. Prevención de la conducta suicida. 3. Fortalecer las acciones de prevención de la epilepsia. 4. Fortalecer las acciones de detección e intervención temprana de riesgos en salud mental, violencias, consumo de SPA y epilepsia en la atención de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prevención del consumo de sustancias psicoactivas por curso de vida en todos los entornos. ▶ Reducción de factores de riesgo en los entornos para problemas y trastornos mentales, epilepsia, violencias y consumo de SPA. ▶ Fortalecer protocolos de prevención temprana de la conducta suicida y del suicidio, reduciendo los factores de riesgo en los entornos.

Ejes	Líneas Estratégicas	Líneas de acción
EJE 3: atención y tratamiento integral para problemas y trastornos mentales, epilepsia, violencias y consumo de SPA.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de redes integrales, con enfoque de atención primaria, para la atención de problemas y trastornos mentales, epilepsia, violencias y consumo de SPA. 2. Favorecer el abordaje interdisciplinario en la atención y tratamiento integral para la salud mental y el consumo de SPA. 3. Implementación y fortalecimiento de rutas integrales en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prestación de servicios de salud basadas en la gestión del riesgo individual. ▶ Reducción de daños asociados al consumo de sustancias. ▶ Garantizar la atención integral por parte de los actores de la red de servicios conforme a la normatividad vigente.
EJE 4: rehabilitación integral e inclusión social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Articulación de los servicios sociales, de salud y de otros sectores. 2. Implementar la rehabilitación basada en la comunidad (RBC). 3. Desarrollo de los dispositivos comunitarios (ZOE, ZOU, CEC). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fortalecimiento de los centros de escucha y las zonas de orientación universitaria. ▶ Aunar esfuerzos de las personas, familias y comunidades para la RBC en trastornos mentales y conducta suicida. ▶ Articulación para la superación del estigma y la discriminación.

Ejes	Líneas Estratégicas	Líneas de acción
EJE 5: gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estrategia de gobernanza multinivel. 2. Gestión para la implementación, el monitoreo, seguimiento y evaluación de la política pública. 3. Coordinación intersectorial e interinstitucional para la ejecución de los planes, programas y proyectos relacionados con la salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Desarrollo de capacidades en los procesos de gestión para la salud mental, violencias y consumo de sustancias psicoactivas. ▶ Fortalecer la gestión sectorial e intersectorial, nacional y territorial. ▶ Participación social en salud de personas, familias y comunidades. ▶ Gestión del conocimiento. ▶ Fortalecer los comités y redes de salud mental, violencia de género, suicidio y consumo de sustancias psicoactivas que favorecen el diálogo y la articulación sectorial e intersectorial. ▶ Asistencia técnica a los diferentes actores relacionados con las acciones en salud mental. ▶ Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida, intoxicaciones por SPA y violencia de género.

Fuente: elaboración propia.

REFERENCIAS

Marco jurídico

Congreso de la República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia* (arts. 4, 49 y 288). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html.

Congreso de la República de Colombia. (2012). *Ley 1566*. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1566_2012.html.

Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616*. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html.

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1751*. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html.

Corte Constitucional de Colombia. (1994). *Sentencia C-221/94*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1994/C-221-94.htm>.

Corte Constitucional de Colombia. (2001). *Sentencia T-1081*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/t-1081-01.htm>.

Corte Constitucional de Colombia. (2002). *Sentencia T-684-02*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-684-17.htm>.

Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-760*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>.

Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-881-08*.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-881-08.htm>.

Corte Constitucional de Colombia. (2009). *Sentencia T-438-09*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-438-09.htm>.

Corte Constitucional de Colombia. (2016). *Sentencia T-275*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-275-16.htm>.

Corte Constitucional de Colombia. (2019). *Sentencia T 253*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/C-253-19.htm>.

Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia T 001*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/T-001-21.htm>.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2019). *Resolución 089*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). *Resolución 4886*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1961). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf.

Marco de implementación

Alcaldía de Manizales, Secretaría de Salud Pública (2019). *Política Pública de Salud Mental, Informe De Avance en Salud Mental de 2019*. Secretaría de Salud Pública

Contraloría General del municipio de Manizales (2020). *Informe Definitivo De Auditoría Gubernamental Con Enfoque Integral Modalidad Especial, Auditoría 3.36.2020: Informe De Gestión 2016-2019*. Contraloría General del municipio de Manizales.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018) *Política Nacional De*

Salud Mental (Res. 4886/2018). Ministerio de Salud y Protección Social.

Secretaría de Salud Pública (2011). *Política Pública De Salud Mental Y Reducción Del Consumo De Sustancias Psicoactivas Para Manizales (Decreto 0005/2011)*. Alcaldía de Manizales, Secretaría de Salud Pública.

Secretaría de Salud Pública (2020). *Informe de gestión*. Secretaría de Salud Pública.

Vergara Castrillón, L. (2020). *Plan indicativo y seguimiento de gestión (2016-2019)*. Secretaría de Salud Pública.

Vergara Castrillón, L., Ramírez Henao, J., Garzón Otálbaro, C., (2020). *Plan indicativo y seguimiento de resultados (2016-2019)*. Secretaría de Salud Pública.

Marco conceptual

Elder, G. H., y Giele, J. (Eds.). *The Craft of Life Course Research*. Guilford Press.

Franco Giraldo, L., Cardona Castañeda, L. (2021). *Plan indicativo y seguimiento de resultados de 2020*. Secretaría de Salud Pública.

Guarida, M., y Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>.

Jiménez, W. (2007). El enfoque de los derechos humanos y las políticas públicas. *Ciencias sociales y humanas*, 7(12), 31-46. <https://doi.org/10.22518/16578953.781>.

Lasswell, H. (1996). La concepción emergente de las ciencias de política. En: L. F. Aguilar Villanueva (ed.). *El estudio de las políticas públicas* (pp. 105-118). Miguel Ángel Porrúa.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). Objetivo 3: Salud y bienestar. En: *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Objetivos de*

Desarrollo Sostenible. Organización de Naciones Unidas.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Construir la salud a lo largo del curso de vida. Conceptos, implicaciones y aplicación en la salud pública*. Organización Panamericana de la Salud.

Ramírez, M., Y Leticia, M. (2021). Los retos de la igualdad de género en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Revista Inclusiones*, 8(núm. esp.), 106-127.

Valencia, F. Y., y Márquez, L. (2019). *Política Pública en Atención Primaria Social-APS para el departamento de Caldas, 2020-2030*. <http://www.gobiernobogota.gov.co/transparencia/informacion-interes/glosario/enfoque-diferencial><https://www.hchr.org.co/index.php/76-boletin/recursos/2470-ique-es-el-enfoque-diferencial>.

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de diciembre 2021, en
Matiz Taller Editorial S.A.S.

Manizales, Colombia