



SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA MANIZALES

DECRETO N° 0005 DEL 11 DE ENERO DE 2011







SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

JUAN MANUEL LLANO URIBE
Alcalde

JOSÉ VICENTE AGUIRRE ARANGO
Secretario Local de Salud

EQUIPO DE TRABAJO:

ASESOR:

JOSÉ ABELARDO POSADA VILLA
Médico Psiquiatra
Asesor del Ministerio de Salud y Protección Social

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA:

LUCÍA FRANCO GIRALDO
Médica, Magíster en Salud Pública con Énfasis en Salud Mental
ALEJANDRO PRIETO MONTOYA
Psicólogo, Especialista en Farmacodependencia
LINA MARÍA CARDONA CASTAÑEDA
Fonoaudióloga, Especialista en Auditoría en Salud
JOHANA LORENA CHÁVEZ
Licenciada en Ciencias Sociales, Especialista en Farmacodependencia

FUNDACIÓN PSIQUE:

MARÍA EUGENIA AMÉZQUITA MEDINA
Médica Psiquiatra
MARIELA NARVÁEZ MARÍN
Psicóloga, Especialista en Farmacodependencia
PAULA ANDREA CUARTAS R.
Psicóloga
RUBÉN CUARTAS RESTREPO
Psicólogo, Especialista en Farmacodependencia
ROSA ELENA GONZÁLEZ PÉREZ
Trabajadora Social, Magíster en Educación



CONTENIDO

CONCEPTO Y AVAL DEL ASESOR TÉCNICO DE LA POLÍTICA	7
PRESENTACIÓN	9
ANTECEDENTES	11
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	12
1. Sobre el Concepto de Salud Mental	12
2. Derechos Humanos y Salud Mental	12
3. Salud Mental y Capital Global	13
4. Factores Determinantes de la Salud Mental	14
5. Manejo Social del Riesgo	17
6. Género y Salud Mental	18
7. Atención Primaria en Salud	18
METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO	21
1. Plan de Trabajo	21
2. Dimensión Estratégica	23
3. Dimensión Operativa	23
4. Dimensión Social	23
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD MENTAL DE MANIZALES	24
1. Determinantes Sociales, Ambientales, Económicos y Culturales de la Salud Mental de los Manizaleños	24
2. Violencia Intrafamiliar	26
3. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población de Secundaria y Universitaria	28
4. Suicidio e Intentos de Suicidio	30
5. Trastornos Mentales	33
6. Problemas Percibidos:	36
Identificación General de Problemas	36
Problemas Percibidos por Ciclo Vital	37
Problemas Percibidos por Determinantes Sociales, Ambientales y Económicos	37
Problemas Percibidos por Manejo Social del Riesgo	38
CAPACIDAD DE RESPUESTA INSTITUCIONAL	39
1. Administración Municipal – Secretaría de Salud Pública	39
2. Capacidad de Respuesta de Otras Instituciones	42
PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA	44
1. Equidad	44
2. Inclusión	44
3. Universalidad	44
4. Integralidad	44
5. Corresponsabilidad	44
6. Participación	44
OBJETIVOS DE LA POLÍTICA	46

1. Objetivo General	46
2. Objetivos Específicos	46
ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA	46
ÁREAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN	47
ÁREA 1. VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD DE LA POLÍTICA	47
LÍNEAS DE ACCIÓN:	
1. Gestión Política	47
2. Gestión de Recursos	48
3. Coordinación Intersectorial e Interinstitucional	48
ÁREA 2. PROMOCIÓN DE LA GARANTÍA DE DERECHOS E INCLUSIÓN	49
LÍNEAS DE ACCIÓN:	
1. Estructuración de la Red de Servicios	49
Acciones Generales	49
Acciones Terapéuticas	49
Acciones en Salud y Atención de Problemas y Trastornos	49
Atención Integral	50
2. Concurrencia de Recursos, Sectores, Instituciones y Servicios	50
Acciones en el Ámbito Familiar	51
Acciones en el Ámbito Escolar	51
Acciones en el Ámbito Laboral	51
3. Gestión Comunitaria	51
Promoción de la Salud Mental	52
Prevención de la Enfermedad Mental	52
ÁREA 3. INCREMENTO DEL CAPITAL GLOBAL	52
LÍNEAS DE ACCIÓN:	
1. Comunicación para el Cambio de Comportamiento	52
2. Formación - Capacitación	53
3. Investigación - Evaluación	53
4. Trabajo en Red Interinstitucional y Comunitaria	53
RETOS QUE AFRONTA LA POLÍTICA	54
1. Aceptación	54
2. Aval y Recursos	54
3. Apropiación y Continuidad	54
4. Corresponsabilidad Comunitaria	54
5. Corresponsabilidad Intersectorial	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

CONCEPTO Y AVAL DEL ASESOR TÉCNICO DE LA POLÍTICA

Bogotá, D.C., 09 de diciembre de 2010

DOCTORA
LUCÍA FRANCO
SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD
ALCALDÍA DE MANIZALES

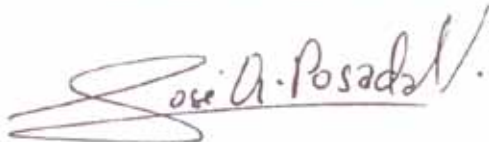
Apreciada doctora Lucía:

He revisado en detalle los documentos de Política y Plan de Salud Mental remitidos por Fundación Psique. Estos son consecuentes tanto con los documentos nacionales como internacionales que deben ser tenidos en cuenta para la definición de políticas y planes de salud mental.

Quiero expresar mi complacencia por la labor realizada tanto por el Equipo de Salud Mental de la Secretaría como por la Fundación Psique y por las mesas de trabajo que representaron los diferentes sectores involucrados.

Mis agradecimientos para el Señor Alcalde, los Señores Secretarios de Salud y su equipo de asesores por el aval político y el apoyo brindado a esta importante labor.

Con sentimientos de consideración y aprecio,



JOSÉ A. POSADA VILLA, MD

CC 10,236544 DE MANIZALES

PRESENTACIÓN

Una política de salud mental tiene como objetivo elaborar programas, diseñar estrategias, formular propuestas y llevar a cabo acciones que permitan redimensionar el concepto de salud mental, no necesariamente y sólo como contrapartida del concepto de enfermedad mental sino como factor estrechamente ligado con el desarrollo humano y la calidad de vida de las personas, por tanto, propender por la misma no es tarea exclusiva del sector salud sino que cada individuo desde su grupo, su comunidad, su profesión u oficio, su empresa o institución, puede contribuir de forma creativa al bienestar integral y desarrollo de la población, impactando los determinantes sociales de la salud mental y eliminando o atenuando los factores de riesgo para la misma.

La Alcaldía, a través de la Secretaría de Salud Pública, ha asumido el liderazgo para una propuesta de Política Pública en Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas para el municipio de Manizales, tema que fue priorizado en el Plan Municipal de Desarrollo y que la actual administración ha tomado a bien liderar políticamente, para lo cual se conformó un equipo de trabajo interdisciplinario con los profesionales del Programa de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública y la Fundación Psique, quienes convocaron a organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y representantes de la ciudadanía para realizar un diagnóstico de las necesidades y proponer, desde esa consulta ciudadana, acciones que propendan por una mejor salud mental de los manizaleños.

La salud mental es el pilar central del bienestar general de los individuos, las sociedades y naciones, es un concepto positivo que incluye tanto vivencias personales como experiencias interpersonales, familiares y comunitarias. Tener una buena salud mental no es sinónimo de felicidad permanente, de no afectación por los problemas propios de la vida y la cotidianidad; son múltiples factores de tipo biológico, social, ambiental y psicológico los que influyen permanentemente para el mantenimiento o alteración de la misma. Sin embargo, de la manera como reaccionemos y de las habilidades que desarrollemos para manejar apropiadamente las dificultades propias de la vida dependerá nuestro equilibrio emocional. Por lo tanto, contar con una buena salud mental, a nivel individual, familiar y comunitario, es una condición sine qua non para lograr el desarrollo integral del municipio y sus habitantes.

El reto de incrementar la salud mental y disminuir los problemas y trastornos mentales en la población implica fortalecer el capital físico, el capital humano, el capital social y por lo tanto el capital global.

En sus últimos años, Manizales ha venido trabajando en el campo de la salud mental, con diferentes propuestas y abordajes, limitadas por lo sectorial. Pero actualmente, la administración municipal se abre a la posibilidad de trabajar de una manera más integral, involucrando a todos los sectores y actores, resultado de lo cual es esta propuesta de Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas para Manizales.

El documento que se presenta a continuación es el producto de una revisión teórica y conceptual, basada en documentos nacionales e internacionales y por otro lado de las discusiones, análisis y conclusiones de 13 mesas de trabajo y 3 jornadas de validación, a las

cuales asistieron representantes de todos los sectores de la sociedad que aportaron a este esfuerzo conjunto, todo ello a la luz de la propuesta de la Política del Campo de la Salud Mental del Ministerio de la Protección Social.

Esta Política fue aprobada por Decreto Municipal N° 0005 del 11 de enero de 2011. Por medio del cual se adopta la Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas para el municipio de Manizales 2011 – 2015.

Equipo de trabajo

ANTECEDENTES

Para estructurar la presente propuesta de Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas se partió de la experiencia que la administración municipal y la ciudad han tenido en esta labor, tanto por sus aciertos como desaciertos que nos enseñan nuevos caminos y nos permiten explorar propuestas cada vez más acordes a las necesidades de la población. Por lo tanto, parte importante del sustento de esta propuesta es el estudio y sistematización de lo que se ha logrado hasta el momento en el campo de la salud mental, tanto desde el sector oficial como desde la academia con su aporte de investigaciones y desde la sociedad civil (ONG y la misma comunidad). Todo lo anterior a la luz de la normatividad nacional y de las propuestas de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Unicef y experiencias de varios países en política pública de salud mental con diferentes fases de desarrollo.

Según lo planteado en la Política Nacional del Campo de la Salud Mental: “Los desarrollos de política de los últimos años (políticas nacionales y regionales de salud mental), por su parte, han coincidido, al menos en lo teórico, en promover una noción de salud mental amplia, resaltar sus implicaciones sociales, mostrar que la salud mental trasciende la enfermedad y el sector salud, vincular la salud mental a las acciones generales de salud y dar realce a lo comunitario y a la atención primaria”.

...“A pesar de ello, las responsabilidades en la práctica se han concentrado en el sector salud y en la atención de los problemas y trastornos mentales. Aunque este hecho se ha querido subsanar acudiendo a la coordinación intersectorial, ésta ha sido limitada y llena de altibajos por causas variadas, entre las que se cuentan intereses personales o grupales y ejes temáticos de moda, entre otros, que han determinado énfasis exagerados en asuntos parciales y abandono precoz de programas y acciones más inclusivas, antes de dar la oportunidad de ofrecer resultados evaluables. Esto se ha reflejado en la ejecución limitada y en el poco impacto de las políticas nacionales hasta ahora formuladas.”¹

En la ciudad de Manizales, es la primera vez que la administración asume la tarea de formular una Política Pública en Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, lo que muestra el gran interés y la necesidad cada vez mayor de actuar en este campo. Acatando la Política Nacional del Campo de la Salud Mental, la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, la Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar - Haz Paz -, la ley 1122 de 2007, decreto 3039 de 2007, resolución 425 de 2008, ley 1438 de 2011 y acuerdo 029 de 2011 de la CRES, hemos avanzando en la implementación de las mismas, incluyendo en el Plan Local de Desarrollo, la elaboración participativa de una propuesta de política en este campo, para el municipio de Manizales, de la cual da cuenta este documento.

1 Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento para discusión y acuerdos. Ministerio de la Protección Social, 2007

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

Pareciera existir una confusión entre los términos salud y enfermedad mental; no puede afirmarse que la una es la ausencia de la otra, una persona puede tener problemas de salud mental y no estar mentalmente enferma. Lo normal y lo patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro: “Los conceptos de salud y de enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social y varían según los enfoques teóricos, las concepciones filosóficas, morales, psicológicas y culturales y los modelos médicos predominantes.”²

Para la Política de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Municipio de Manizales, se adoptó la definición que da la OMS para Salud Mental: ***“es el estado de bienestar que permite a los individuos desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades.”***

La salud mental es el pilar central del bienestar general de los individuos, las sociedades y naciones, que incluye tanto vivencias personales como experiencias interpersonales, familiares y comunitarias.

En conclusión, una buena salud mental permite que las personas desarrollen habilidades para manejar su propia vida, experimenten con frecuencia sentimientos positivos como la felicidad y tengan una aceptación sana incondicional de sí mismos y de los otros que les permita amar y relacionarse armónicamente consigo mismo, con el mundo y con los demás, tener buena capacidad de disfrute, hacer de su trabajo una experiencia gratificante y productiva y tener capacidad para superar las dificultades y tristezas propias de la condición humana y de la vida.

La salud mental entonces, permite el desarrollo integral del individuo como ser social y por ello contribuye al bienestar general de las personas, las comunidades, las sociedades y los países.

2. DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL

Los derechos humanos responden al reconocimiento de aquellos asuntos que son inevitables o necesarios, es decir, de presencia obligada para la autorrealización del ser humano. En otras palabras, cabría reconocer que a cada necesidad/inevitable del ser humano corresponde un derecho, un derecho a satisfacerla.

La concepción, el diseño, la implementación y aplicación de una política de salud mental debe fundamentarse en los Derechos Humanos. Para garantizar el derecho a la salud mental es necesario, también, garantizar el derecho a la salud en general y el derecho a la vida. Este esfuerzo tiene múltiples y complejas dimensiones y trasciende la prestación de servicios.

La libertad se constituye en uno de los pilares fundamentales en los cuales se sustenta la dignidad humana y es preciso reconocer qué condiciones externas e internas atentan contra ella; en consecuencia, la libertad, como indicativo de salud mental, debe ser uno de los propósitos de cualquier sociedad. Pero más allá de la libertad (de acción, pensamiento u omisión) y como consecuencia de ella, surgen otros derechos concurrentes sin los cuales

2 Alvaro, José Luis. Salud Mental Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm

aquella no sería posible. Aludimos a la seguridad, a la protección, al libre razonamiento, al entendimiento, a la participación, etc. Así pues, podemos reconocer que hablar de salud mental sin pleno reconocimiento y respeto por los derechos humanos es tan imposible como hablar de derechos humanos sin hablar de salud mental.

Salud mental, el más humano de los derechos. Un derecho fundamental del ser humano es el derecho a la salud en general y a la salud mental en particular. Es evidente que hay una doble relación entre estos dos componentes, la salud mental como condición indispensable para el cumplimiento de los derechos y, el ejercicio de los derechos para gozar de una buena salud mental. Esto incluye el ámbito de los derechos humanos en general, de los derechos en salud y de los derechos de las personas con trastornos mentales en particular, quienes tienen los mismos derechos que las demás, dado que pueden ejercer los derechos civiles, políticos, culturales y económicos, reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

La construcción de un Estado realmente participativo y democrático deberá garantizar el ejercicio pleno de la ciudadanía atendiendo los deberes y derechos que ella conlleva. La aplicación de los principios éticos en atención de la salud en todos los niveles de complejidad, contribuirá a la protección de las personas, respetando sus derechos. Esta situación cobra mayor trascendencia para quienes sufren trastornos mentales, que requieren de una alta calidad y accesibilidad oportuna en la prestación de los servicios de salud, atendiendo a sus necesidades particulares con el fin de disminuir las recaídas y prevenir la cronicidad.

Es importante resaltar que frente a todo derecho hay un deber y, por lo tanto, la corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad civil y el sector empresarial es indispensable para garantizar una buena salud mental de la población.

3. SALUD MENTAL Y CAPITAL GLOBAL

Igual que existe una relación fundamental entre derechos y salud mental se da también una situación similar entre salud mental y capital global. Es importante resaltar las diferencias entre capital físico (económico), capital humano (educación), capital social (confianza y redes sociales) y el concepto propuesto por Bourdieu de capital global que incluye los anteriores y agrega los elementos simbólicos y culturales que son indispensables para entender, en su real magnitud, los fenómenos que encierra la salud mental de una población.

En términos de Bourdieu,³ el capital social corresponde a las redes, relaciones y vínculos que establecen los individuos en la sociedad, siendo la familia su espacio primordial, asegurando a sus integrantes un conjunto de recursos actuales y potenciales. Para lograr el desarrollo del capital social es necesario incluir todos los grupos y minorías dentro de la sociedad, respetando sus identidades étnicas y culturales. Si hay grupos que no están integrados a la comunidad, esto puede llevar a conflictos sociales.

El capital cultural hace referencia a las disposiciones permanentes, apropiadas en la interacción con distintos grupos y a su objetivación en productos culturales. Incluye los conocimientos que posee un individuo, ya sea sobre un arte, una ciencia o un oficio, así como también las técnicas para producir nuevos saberes. Se adquiere durante la formación, informal o formal, se objetiva en productos culturales y deberá ampliarse a lo largo de la vida en sociedad.

El capital simbólico comprende las creencias y las valoraciones compartidas y reconocidas en determinado medio. A pesar de comprender las propiedades inherentes a la naturaleza misma del agente (autoridad, prestigio, fama, dotes, talentos, etc.) sólo existe en la medida que sea reconocido por los demás. Según este autor, el capital simbólico: “no es más que el capital económico o cultural en cuanto conocido y reconocido.”⁴

3 Bourdieu, Pierre. “Capital cultural, escuela y espacio social”, Siglo veintiuno editores Argentina, 1997

4 Favela Margarita. Notas sobre el examen de la acción social en el pensamiento de Bourdieu. En: Gallegos Carlos. Pierre Bourdieu. Campos de conocimiento: teoría social, educación y cultura. México, UAM, 2005

Los procesos de salud-enfermedad mental no están desligados del contexto sociocultural del cual los sujetos hacen parte. No sólo la incidencia, sino también la expresión misma de los trastornos mentales están mediadas por factores culturales concernientes a los patrones y estilos de vida de cada sociedad.⁵

El reconocimiento de los factores culturales nos obliga a pensar en una pluralidad de sistemas de significados que definen las trayectorias individuales y colectivas que toma la vivencia de los trastornos mentales, al tiempo que nos enfrenta con la amplia gama de posibilidades de construcciones de sujetos sanos.

Trabajar por la salud mental significa además de fortalecer el capital físico, el capital humano y el capital social de Manizales, hacer aportes significativos para el incremento de los capitales simbólicos y culturales, de tal manera que se logre una modificación estructural, a mediano y largo plazo, para lograr otras formas de relación que incrementen la calidad de vida y el bienestar de la población.

En esta propuesta de política se asume la salud mental como un bien individual, familiar y social que está determinado por el ejercicio de los derechos y deberes y la generación y mantenimiento de los diferentes capitales y que va más allá de las propuestas coyunturales de un gobierno y de un sector, para convertirse en una política pública de Estado que busca institucionalizarse y permanecer en el tiempo. Por lo tanto, integra el trabajo en desarrollo humano, calidad de vida, ciudadanía e intervenciones psicosociales.

Una propuesta de Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas evidentemente trasciende el enfoque de problemas y trastornos. Por lo tanto, su trabajo nos ubica en la cotidianidad de la ciudad y su gente, los escenarios naturales de hogar, trabajo, escuela o colegio, de universidad, de sitios públicos, de transporte, de lugares de culto, entre otros. Teniendo en cuenta las necesidades individuales y colectivas, la política se hace incluyente con un enfoque diferencial y subdiferencial, donde se tienen en cuenta las poblaciones en situación de vulnerabilidad, bien sea por género, por desplazamiento, por etnia, por orientación sexual, entre otras. Partiendo de esto, se tienen en cuenta tres líneas fundamentales de trabajo como son: el ciclo vital, el manejo social del riesgo y los determinantes sociales de la salud mental.

4. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

Los determinantes sociales de la salud son denominados por la OMS como “las causas de las causas” de la enfermedad, producto de los desarrollos tecnológicos, sociales, económicos, médicos y farmacológicos, los cuales han agregado años a la vida. En el espíritu de la justicia social, la OMS puso en marcha en el 2005 la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. Se hace necesario explorar cuáles son esos determinantes sociales de la salud mental, teniendo en cuenta que la misma está permanentemente influenciada por múltiples factores sociales, económicos y políticos.

Se plantea que la historia de vida de los hombres se inicia mucho tiempo antes de nacer, el que un individuo pueda crecer, desarrollarse, vivir y envejecer de una manera sana dependerá enormemente de sus padres y de sus propias historias de vida. Se requiere de preparación para ejercer el rol más importante de la vida, proveer a los hijos de una estructura sólida de familia le permitirá al niño desde la primera infancia desarrollarse física, emocional, social y cognitivamente de una manera adecuada. Las experiencias vividas en la primera infancia y durante el período de educación infantil y posterior, sientan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital.

5 Klenman, A. (1988) Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. New York: The free press

Probablemente los determinantes con mayor evidencia en cuanto a su influencia en la salud y que están profundamente interrelacionados son:

1. Ingreso y posición social
2. Empleo y condiciones de trabajo
3. Educación
4. Servicios de salud en cantidad y calidad
5. Redes de apoyo social
6. Urbanización
7. Equidad de género
8. Entorno ambiental y social
9. Cultura, valores, tradiciones, etnia

La Pobreza. Es uno de los factores que de manera más notable afecta la salud mental. Tanto en los países desarrollados como los países en vía de desarrollo es una causa y a la vez un efecto de los trastornos mentales. Las personas que viven en la pobreza son más vulnerables a los trastornos mentales (Patel, 2001). Hay un riesgo mayor (aproximadamente 2 veces) que los pobres padezcan depresión en comparación con los ricos y mayores posibilidades de suicidio y hospitalización por trastornos psiquiátricos cuando se pierde el trabajo o se compromete la economía.

La evolución de las enfermedades mentales podría estar afectada por la pobreza basándose en la ley de la asistencia inversa, es decir donde hay más necesidad existen menos recursos en salud o más barreras para acceder a ella.⁶ La pobreza además impide a las personas acceder a una vivienda digna, nutrirse adecuadamente, tener servicios públicos adecuados, limita las posibilidades educativas, recreativas, entre otras. En general, las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar.

El Desempleo. No solo esto sino tener empleo y no estar gratificado con el mismo tienen influencia negativa para la salud mental. Hoy en nuestro país no solo el desempleo es creciente con las inevitables consecuencias para el desarrollo psicosocial de los individuos sino que las condiciones en que se genera empleo terminan siendo igualmente dañinas para la salud mental y física de las personas: contratos esporádicos que generan inestabilidad (tasas de mortalidad más alta entre los empleados temporales), pocas oportunidades de crecimiento, expectativa creciente sobre las limitadas posibilidades de ser nuevamente contratado, los marcados e inequitativos manejos políticos, el estrés y acoso laboral, la mala remuneración, el pobre reconocimiento o estímulo, entre muchos otros más factores.

Los efectos que ejerce el desempleo sobre la salud están relacionados tanto con sus consecuencias psicológicas como con los problemas económicos que conlleva especialmente el endeudamiento. La evidencia en algunos países demuestra que, incluso dejando un margen para otros factores, los desempleados y sus familias corren un riesgo considerablemente más elevado de padecer una muerte prematura. (OMS)

Podría decirse que tener empleo es fundamental como elemento protector de la salud mental pero, si las condiciones relacionadas con el mismo no son adecuadas, terminara afectando la misma. Para el caso de la salud mental, la situación termina siendo de doble vía pues para las personas con enfermedad mental las oportunidades laborales son escasas no solo por la estigmatización sino por las limitaciones propias de sus patologías que las empresas no están interesadas en asumir.

La Educación. Es un determinante importante de la futura salud mental, las condiciones de salud mejoran con la educación la cual aumenta las oportunidades de ingresos, satisfacción y seguridad en el trabajo; provee al individuo de conocimientos y aptitudes necesarias para

6 OMS. (2001) Informe sobre Salud en el Mundo. En línea. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/>

controlar situaciones y resolver problemas propios del vivir, además posibilita la prevención de trastornos mentales en la medida que mejora la capacidad de evaluar de manera adecuada las condiciones de salud. Estudios han demostrado que aquellos niños de madres sin educación formal o con apenas educación primaria tienen una duración de vida menor comparados con aquellos que tienen madres con educación secundaria o superior.

Políticas Sanitarias, Servicios de Salud en Cantidad y Calidad. “El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de su población y por el grado de protección que brindan a las personas afectadas por la enfermedad.”

El sistema de atención en salud es en sí mismo un determinante social de la salud; influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influido por éstos.

La forma en que se construyen las políticas en salud determina la manera en que un niño nace, crece, se desarrolla y envejece. Las políticas de salud deben estar encaminadas no solo al abordaje de las enfermedades (tratamiento) sino al mejoramiento de las condiciones que pueden conducir a ellas; el acceso a una vivienda y un alojamiento de calidad, agua potable, alimentación saludable, servicios de saneamiento es un derecho de todo ser humano y una condición indispensable para una vida sana. Es decir eliminar los factores de riesgo, prevenir la enfermedad y promocionar la salud.

En conclusión los sistemas de atención en salud deben estructurarse sobre los principios de equidad, justicia, prevención de la enfermedad, promoción de la salud e inversión en tratamiento y rehabilitación. Los resultados de los sistemas de salud son mejores cuando se basan en la atención primaria de salud.

Redes de Apoyo Social. Todos los seres humanos requieren ser queridos, respetados, valorados, protegidos, esto solo es posible si se pertenece o se cuenta con una buena red de apoyo social. Contar con familia, buenos amigos, vecinos solidarios, proporciona recursos emocionales, seguridad, cuidado, apoyo, confianza, bienestar, posibilidad de interacciones basadas en la reciprocidad como principio fundamental de las vinculaciones humanas, contribuyendo de manera significativa a la buena salud.

El aislamiento social y la marginación están relacionados con índices más elevados de muerte prematura y con menores posibilidades de sobrevivir después de un ataque de corazón. Las personas que reciben poco apoyo social y emocional de los demás, experimentan menos sentimientos de bienestar, más depresión, un riesgo más elevado de padecer complicaciones durante el embarazo y riesgos más elevados de padecer alguna discapacidad generada por enfermedades crónicas.

La Urbanización. No planificada e indiscriminada contribuye al incremento de los trastornos mentales. Los proyectos de vivienda para clases menos favorecidas con espacios vitales cada vez más reducidos atentan contra la privacidad, la intimidad, dificulta las relaciones intrafamiliares, favorece los conflictos, transforma estilos de vida familiar y limita la posibilidad de apoyo social.

Las posibilidades de acceder a una vivienda digna son cada vez más reducidas pues un alto porcentaje de la población no dispone de los recursos económicos para hacerlo, contribuyendo a la precarización de la vida e incrementando el riesgo de trastornos mentales.

Entorno Ambiental y Social. El concepto de “campo de salud” sostiene que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro divisiones primarias: Estilos de vida, medio ambiente, organización de la atención de salud y biología humana. Laframboise (1973).

Buck (1986) afirma que de los cuatro componentes del concepto de campo de salud “el entorno es el más importante (...) Si el entorno no es adecuado tampoco lo serán la biología humana, los estilos de vida y la organización de la atención sanitaria.”

Un entorno social inseguro, excluyente, intolerante, violento, polucionado, ruidoso, desprovisto de oportunidades laborales y educativas, de espacios y posibilidades recreativas, desorganizado, hacinado, con inadecuados e insuficientes elementos para la movilidad, será un entorno favorecedor de trastornos mentales. Los factores ambientales inciden en la salud porque cuando el ambiente de vida se hace más complejo se reducen las posibilidades de vida saludable.

5. MANEJO SOCIAL DEL RIESGO

El “*Enfoque de Riesgo*” es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades en salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más la requieran.

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que algunos grupos son especialmente vulnerables y que algunas de las razones de ello pueden ser identificadas. La vulnerabilidad hacia la enfermedad es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, culturales, económicas, las que reunidas confieren un riesgo particular ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro.

La tesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo, es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderán las necesidades de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones. Los problemas de salud, las condiciones socioeconómicas y la distribución de los riesgos en la población dependen de las características y condiciones de cada país.

Estrategias del enfoque de riesgo. La base de la estrategia de Enfoque de Riesgo consiste en identificar los individuos con alto riesgo y permitir su acceso a una atención apropiada. El estado de salud de la población constituye el objeto de estudio de la salud pública, expresado en síntesis en un momento histórico determinado, en el comportamiento del proceso salud-enfermedad en la comunidad a través del grado de equilibrio que establecen los hombres y las mujeres entre sí y con la naturaleza, en el plano de la salud física, mental y social.

Para un enfoque dinámico del estado de salud se utiliza el término “*Situación de Salud*”, al considerar la salud como categoría en su orden relativo, ya que depende del criterio que la sociedad tenga de ese concepto. La Salud, desde el punto de vista singular y general, constituye un medio para la realización personal y colectiva, por ello, en la medida en que la sociedad tiene más desarrollo y es capaz de aportar más bienes y disfrutar de ellos con mayor homogeneidad, se dice que la situación de salud mejora. La situación de salud representa el conjunto de problemas de salud de grupos de población y formaciones sociales y expresa sus formas de vida cotidiana, en sus dimensiones: General (modos de vida), Particular (condiciones de vida) y Singular (estilos de vida).

Las condiciones de vida de un grupo de población reflejan cómo se relaciona y se articula dicho grupo; estas condiciones de vida se reproducen permanentemente y representan una forma particular del modo de vida. Las condiciones de vida son dinámicas; pueden mejorar, empeorar o mantenerse en función de los cambios que ocurran en los procesos naturales, sociales y el nivel de respuesta que desarrollan las personas o grupos sociales.

Enfoque de riesgo en salud mental. Es prioritario señalar los caminos tácticos que se consideran más adecuados y relevantes para dar respuestas institucionales a las diferentes problemáticas en salud mental, donde las figuras de la drogadicción y el alcoholismo, el SIDA, la depresión, ansiedad, violencias y la incidencia creciente en gerontopsiquiatría, entre otros, van determinando el desborde de las tradicionales patologías psiquiátricas, favoreciendo con su presencia un riesgo potencial, que se traduce como el “Síndrome del Quebranto Social”.

6. GÉNERO Y SALUD MENTAL

Según los lineamientos de la Política Pública para las Mujeres y la Equidad de Género de la ciudad de Manizales, este concepto hace referencia al: “trato imparcial de mujeres y hombres, según sus necesidades, intereses y capacidades”, buscando que a través del posicionamiento de este tema en la agenda pública, política y en la cotidianidad, se transversalice en una realidad, lo cual supone según los lineamientos de esta política de género, el “desarrollar acciones tendientes al reconocimiento de la igualdad como derecho, con expresión en las políticas, estrategias e intervenciones del desarrollo. Pretendiendo asegurar que las mujeres participen en igualdad de condiciones de la definición de objetivos de planificación”.

Y a su vez plantean que: “el género es un principio organizador de la vida social. Permite hacer visibles las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Da cuenta de asimetrías que se expresan en la división del trabajo y en la concentración de capital social, que se traduce en pobreza, distribución inequitativa de riquezas, crecimiento económico insostenible y vulneración de derechos y cuyos efectos limitan el ejercicio de la ciudadanía plena de las mujeres⁷....

...Avanzar hacia la equidad de género, entendida como justicia redistributiva que toma en consideración las diferencias de los individuos tanto en capacidades como en necesidades, “es un imperativo ético de la sociedad y de la política pública y un requisito funcional de la estabilidad social y del afianzamiento de la democracia.”⁸ La equidad de género es entonces un mecanismo que busca reconocer el derecho según la condición general del ser humano y específica de mujer o de hombre; la igualdad en el acceso y la equidad en la provisión gradual de servicios de igual calidad a todas y todos los ciudadanos⁹”.

Con todo lo anterior y en reconocimiento que las mujeres representan aproximadamente la mitad de la población del mundo y que aun así en las diferentes sociedades y culturas, algunas más que otras, no solo se permite sino que se propicia las desigualdades entre los géneros, visible en menores oportunidades de acceder a la educación y empleo, salarios diferentes frente a trabajos iguales, mayores posibilidades de ser sometidas a maltrato y violencia, reducción de su poder de decisión y recreación, escaso reconocimiento, sobrecarga en las responsabilidades domésticas y de crianza de los hijos; desigualdades que influyen en la salud, favoreciendo alteraciones de la salud mental y la presencia de trastornos mentales como la depresión y ansiedad, justifican la necesidad de que este tema sea un referente y un lineamiento de acción de esta Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

7. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Basados en el concepto de salud propuesto por La Organización Mundial de la Salud, la cual la define como el “estado de completo bienestar físico, mental y social” (1946), se han desarrollado diversos programas y proyectos ligados a lograr con la mayor calidad y cobertura posible, ese estado de bienestar no solo biológico sino también psíquico y social

7 Con base en: GIZ - Programa CERCAPAZ (2011). Programas de gobierno y planes de desarrollo como instrumentos para la construcción de paz. S.P. p. 33. MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN (2007). Estrategia de Género en el Desarrollo, citado por MESA GESTIÓN INTEGRAL DEL DESARROLLO. Documentos de Trabajo (2011). s.p.

8 De La Hoz y otros citados por CERCAPAZ-GIZ (2011). Diagnóstico socioeconómico diferencias y brechas de género. Recomendaciones de política para los municipios de Caldas del Programa Cercapaz. p. 13. s.p.

9 Ibid., p. 13.

que comprende la integralidad del concepto de salud. Desde esta perspectiva, en el año de 1978 en la Conferencia Internacional de Alma-Ata, se dejaron sentadas las bases de un nuevo enfoque para atender las necesidades en salud de las comunidades, este enfoque se denomina *Atención Primaria en Salud (APS)* y se ha convertido en una guía para las intervenciones en salud pública.

La APS es entendida como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud” (OPS/OMS, 2007).

A partir de la Conferencia de Alma-Ata se empezó a reconocer en la APS uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo, justificado por los nuevos retos que imponen las nuevas sociedades y las variables epidemiológicas de todas las sociedades en general, debido a que se ha identificado que este enfoque fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud a través de la promoción de la salud y del desarrollo humano, garantizando el primer contacto del usuario con el sistema de salud y tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, lo cual ha generado una mayor satisfacción en la comunidad, ya que esta ha encontrado en este enfoque una solución oportuna, eficiente, cercana y directa a sus necesidades de salud mas apremiantes.

La APS está destinada y planteada a guiar la transformación de los sistemas de salud de manera que pueda alcanzar sus objetivos, siendo lo suficientemente flexible como para adaptarse a los nuevos desafíos que van surgiendo en el transcurso del tiempo en cada una de las sociedades en donde se plantea este enfoque. Lo anterior, centrado en que la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica, sino que emplea una perspectiva de salud pública al focalizarse en la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema y uno de sus objetivos prioritarios es facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud y de esta forma haya un mayor grado de autocuidado, para que ante las diversas dificultades de la vida diaria, posean los recursos, estrategias y métodos de afrontamiento eficaces, logrando un mayor empoderamiento en cada uno de los individuos, una menor dependencia de los profesionales de la salud y un mayor grado de bienestar físico, emocional y social. (OPS/OMS, 2007).

Ahora bien, en el año de 1990 ante el reconocimiento de los altos índices de prevalencia de vida de los trastornos psiquiátricos y por la necesidad de adelantar programas estructurados de salud mental, se redactó y aprobó la Declaración de Caracas en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud. Se basaron en que la atención convencional no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, por ello mismo se busco avanzar hacia un sistema integrado de salud que facilitara la promoción de la salud mental y el fortalecimiento de redes sociales en pro de una mejor calidad de vida desde la comunidad misma, lo cual favoreció que los profesionales de la salud adquirieran compromiso y competencia en la APS en el componente de salud mental y a su vez que la acciones en este campo no se convirtieran en una acción exclusivamente de especialistas o profesionales de la salud mental.

Lo anterior en concordancia con la OMS, quien ha insistido con vehemencia en sus informes y publicaciones científicas, en la necesidad de descentralizar la atención de salud mental, es decir, llevarla más allá de los hospitales psiquiátricos y, por lo tanto, integrarla a los servicios de Atención Primaria. Más aún, propende por que dicha atención esté a cargo de

personal general de salud y no exclusivamente de especialistas en salud mental (Arboleda y Salmerón, 2004).

Aspecto que supone todo un cambio de paradigma, por cuanto realiza una reestructuración, al pasar de un esquema tradicional en el área de la salud mental a un modelo nuevo, novedoso, práctico, efectivo y eficaz. Vista así, la salud mental comunitaria se traslada del sujeto enfermo a toda la población, se pasa del servicio de psiquiatría a los servicios de salud mental, de un abordaje biomédico a uno biomedicosocial, con una mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos; desplazamiento que lleva a una mayor preponderancia e importancia de la función que puede ejercer la comunidad, no sólo como usuaria sino como generadora de recursos, pasando a un mayor reconocimiento de los derechos de los pacientes, de su autonomía y de su necesaria participación en el proceso de atención y contribución de su propio bienestar (Desviat, 2007).

De esta forma la salud mental comunitaria supone pasar de la curación al cuidado y a la rehabilitación, cuyo objetivo último es conseguir la mayor autonomía y desenvolvimiento posible en un medio social lo más normalizado posible. La APS en el componente mental representa y trasciende la mera asistencia clínica, centrada en el paciente como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad, tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad y posibilitar más bienestar para una mejor calidad de vida. Conlleva una discriminación positiva que prioriza los grupos de riesgo y la atención al paciente mental, favoreciendo a su vez el trabajo en prevención de la enfermedad mental, desde la atención a esos síntomas mínimos persistentes hasta las patologías del existir o a los trastornos de la personalidad (Desviat, 2007).

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

La fase de construcción de la Política de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas para el Municipio de Manizales, vinculó a todos los representantes políticos y sociales de la ciudad, en 13 mesas de discusión y análisis, (Mesas de trabajo: Intersectorial, Sector Educativo, Académica, Salud, 2 de Juventudes, Farmacodependencia, Violencia Intrafamiliar, 2 de Genero, Comunitaria, Médicos Psiquiatras, Gestión del Riesgo Psicosocial en Emergencias y Desastres), donde se dejaron plasmados y consignados los presupuestos necesarios y suficientes para la elaboración participativa del diagnóstico, las áreas y líneas de acción de la política y un plan estratégico para la implementación de la misma. Ello se ha ido logrando con el concurso y la participación activa de todos los actores, buscando que el conjunto de la sociedad manizaleña se apropie de la Política.

La labor adelantada en las mesas de trabajo con la inclusión de representantes de todos los sectores y la cual fue validada después en 3 jornadas de trabajo con representantes de estas mesas y otros grupos convocados, se llevó a cabo en tres dimensiones de manera simultánea: estratégica, operativa y social conforme al plan de trabajo.

1. Plan de Trabajo

Plan de trabajo para la construcción de la política pública de salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas para el municipio de Manizales

FASE	ACTIVIDAD	AÑO
1. Identificación de involucrados	1.1. Identificación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de los sectores de la protección social, la educación, la justicia y sectores prestadores de bienes y servicios.	2009
	1.2. Identificación de EPS, IPS, ARP, servicios sociales, instituciones de educación.	
	1.3. Identificación de asociaciones de usuarios de los diferentes sectores relacionados con el tema.	
2. Identificación de áreas específicas	2.1. Promoción de la salud mental	2009
	2.2. Prevención de problemas y trastornos mentales	
	2.3. Tratamiento de problemas y trastornos mentales	
	2.4. Rehabilitación de problemas y trastornos mentales	
	2.5. Ciclo vital	
	2.6. Grupos vulnerables	

FASE	ACTIVIDAD	AÑO
3. Análisis de información	3.1. Recolección, procesamiento, integración y análisis de la información ya existente.	2009
	3.2. Mesas de trabajo con los involucrados tanto en reuniones generales como en encuentros por categorías de interés, en los cuales se recolecta información nueva y se difunde la ya existente	
	3.3. Plan de análisis	
	3.4. Documentos preliminares para discusión y acuerdos	
4. Validación	4.1. Socialización con los actores involucrados	2010
	4.2. Mesas de trabajo para discusión, análisis y ajustes al documento.	
5. Publicación de productos	5.1. Documento final publicado y divulgado	2011
6. Implementación	6.1. Capacitación	2010 2015
	6.2. Ejecución del plan operativo	
	6.3. Seguimiento y monitoreo	

Programación de trabajo participativo desarrollado para la construcción de la Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas – 2009

FECHA	MESA DE TRABAJO
11 de septiembre	Intersectorial
18 de septiembre	Sector educativo
24 de septiembre	Farmacodependencia
25 de septiembre	Juventudes
2 de octubre	Sector salud
2 de octubre	Psiquiatras
16 de octubre	Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual
30 de octubre	Sector académico
11 de noviembre	Foro comunitario
18 de noviembre	Gestión del riesgo psicosocial en emergencias y desastres
23 de noviembre	Juventudes salud mental y género
27 de noviembre	Comunitaria y Gestión del riesgo psicosocial en emergencias y desastres
27 de noviembre	Salud mental y género

2. Dimensión Estratégica

La Dimensión Estratégica, partió inicialmente del Alcalde del municipio que contempla en su plan de gobierno como temas prioritarios la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, este trabajo político logró el concurso y el compromiso decidido, no sólo de la Alcaldía y de sus Secretarios de Despacho, sino además del Concejo Municipal. La participación activa de la Secretaría de Salud Pública que ejerció el liderazgo en el proceso de construcción de la política posibilitó las concertaciones necesarias y dispuso los recursos suficientes, haciendo posible cumplir con la meta establecida en el Plan de Desarrollo para la puesta en marcha de una Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas para Manizales.

3. Dimensión Operativa

La Dimensión Operativa, se adelantó a través de un trabajo programático con las 13 mesas de trabajo, en las cuales quedaron plasmados no sólo las carencias y dificultades, sino además los avances que han realizado los diferentes estamentos de la ciudad en el campo de la salud mental, los cuales incluyen las actividades específicas, los trabajos en red y los acuerdos establecidos con diferentes sectores de orden público y privado. El camino futuro consiste en integrar y canalizar estos esfuerzos y reforzarlos con un trabajo decidido, participativo y actuante en el cual todos se comprometan a implementar los postulados que quedaron plasmados en esta Política Municipal.

En una segunda etapa, llevada a cabo en el 2010, se convocaron nuevamente los representantes de las mesas de trabajo realizadas en el 2009, para analizar los documentos construidos y darle validez a la Política.

4. Dimensión Social

La Dimensión Social, implica adelantar un trabajo posterior de comunicación interactiva y permanente con los diferentes actores vinculados a esta Política. Es a través de estos actores que se difundirán e implementarán los distintos componentes que hacen parte del Plan Operativo, mediante procesos de información y sensibilización, no sólo con los diferentes grupos políticos y sociales, sino además a través de la vinculación de los medios masivos de comunicación, de tal forma que estos actúen como dinamizadores permanentes del proceso, garantizando que llegue a todas las capas de la sociedad.

Las tres dimensiones que acabamos de enunciar se deben abordar de forma simultánea, teniendo muy en cuenta el gran peso que conlleva la “Dimensión Estratégica”, la cual es la encargada de darle fuerza y consistencia a las otras dos dimensiones. Todo lo anterior puede resultar inútil si no se garantiza en primer lugar, la viabilidad política y en segundo lugar, la asignación presupuestal, requisitos sin los cuales la presente Política perdería su fuerza y difícilmente se podría llevar a cabo su implementación y mucho menos se estaría en capacidad de acercarla a todos y cada uno de los ciudadanos.

El proceso de implementación de una Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, es un proceso continuo que se debe nutrir de los aportes de los diferentes actores, de tal forma que todos ellos la retroalimentan desde su propia dinámica. En otras palabras, se debe poner en marcha un proceso que sea dinámico y continuo, pues la política debe ser flexible, por lo que requiere de la participación de actores que estén evaluando sus principios, lineamientos y estrategias.

La Alcaldía del Municipio de Manizales a través de la Secretaría de Salud Pública será la encargada de impulsar esta Política Pública, a través del Comité Municipal de Salud Mental conformado por representantes de todos los sectores políticos y sociales de la ciudad, los cuales no sólo deben apropiársela, sino que además la deben enriquecer con nuevos elementos, de tal manera que el Comité termine siendo parte actuante e integrante de ella, para que su avance en el tiempo se de en la medida de las necesidades que ella misma genere.

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD MENTAL

1. Determinantes Sociales, Ambientales, Económicos y Culturales de la Salud Mental de los Manizaleños

Las condiciones y circunstancias de vulnerabilidad e inequidad determinan y afectan la salud mental de los manizaleños, entendiendo que, además de lo que compete a la atención en salud como tal, hay múltiples factores que intervienen en esta dinámica. Por tal razón, es importante trascender la información que brindan los estudios epidemiológicos y poder así dar una mirada a los determinantes de la salud mental en la ciudad, como son la pobreza, diferentes formas de violencia, inequidad, desempleo y bajos niveles educativos, entre otros.

En la población de Manizales se encuentran altos niveles de inequidad social que implican altos grados de vulnerabilidad. Según el Departamento Nacional de Planeación (DANE) en el año 2006 en Manizales la línea de pobreza estaba en 46.2, para el 2009, esta cifra disminuyó al 45,4, sin embargo continuó siendo la más alta del país y presentó un 10.2 en situación de pobreza extrema.

La población identificada en el SISBEN, en la zona urbana representa el 51.0% del municipio, el 14.7% está en el nivel 1; 21.8% en el nivel 2 y el 14.3% en el nivel tres. En las comunas San José, Ciudadela del Norte, Universitaria, la Fuente y la Macarena, más del 60% de los habitantes está identificado en este sistema. En las otras comunas: Palogrande, la Estación, Ecoturística Cerro de Oro, Tesorito, Atardeceres y Cumanday, la participación es de menos del 36% de la población. Según este informe, la comuna con más alto grado de vulnerabilidad es San José, siguiendo en su orden la Fuente, la Macarena y la Universitaria. La comuna Ciudadela del Norte se encuentra en quinto lugar de vulneración y concentra el 15% de la población.¹⁰

Las condiciones de vida de Manizales a través de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) muestran una gran proporción de viviendas con materiales adecuados y conexión a servicios públicos, el hacinamiento crítico se encuentra por debajo del promedio nacional y la inasistencia escolar en niños de 7 a 11 años es muy baja. Por tanto, la ciudad tendría alrededor de 37.000 personas pobres por NBI (el 10% de la población). Sin embargo, por línea de pobreza son 171.000 pobres, los cuales son personas que viven en hogares cuyos ingresos familiares son inferiores a \$1.480.000 aproximadamente.¹¹

El desempleo en Manizales se ha ubicado en promedio en el año 2011 en 16%, según el DANE 32.000 personas se encuentran sin trabajo formal con todas las implicaciones que esto conlleva, tales como desestabilidad en seguridad social e ingresos, entre otros.

El Centro de Estudios Regionales Cafeteros y Empresariales (CRECE) realizó, en el 2009, un estudio sobre la percepción que tienen los Manizaleños acerca la Calidad de vida en Manizales. En su informe preliminar encontraron que hay deserción escolar después de los 13 años de edad, en los estratos medio y bajo, lo cual tiene implicaciones en la capacitación para el posterior desempeño laboral; hay migración externa de los estratos altos, en un alto porcentaje de los casos con tendencia permanente, con el fin de buscar oportunidades de empleo y de educación.

10 Alcaldía de Manizales - Plan de Desarrollo. Pobreza - SISBEN: "Una introducción a la comprensión de las diferencias en el territorio" A noviembre 30 de 2007.

11 Alcaldía de Manizales. Plan de Desarrollo 2008-2011 - Diagnósticos Sectoriales - Area Social - Sector Desarrollo Comunitario - Manizales: Ciudad internacional del conocimiento con oportunidades para todos.

Los aspectos con más alta calificación en Manizales fueron las condiciones y servicios de las viviendas, la demografía y la tenencia de activos y los más distantes del nivel óptimo fueron la localización de la vivienda y el capital humano. En el mismo estudio se encontró que la percepción de los manizaleños es que tienen “altos niveles de felicidad y de satisfacción con la vida, calificaciones favorables sobre condiciones actuales de vida del hogar y reducida percepción de la pobreza”, también plantea que la población con ingresos medios y bajos reportó altos niveles de bienestar subjetivo. No obstante vale la pena aclarar que es lo percibido que, si bien eso demuestra la capacidad de las personas a condiciones adversas, no puede ser excusa para no tratar de cerrar las brechas”¹²

El recurso humano disponible para la atención en salud mental tampoco es suficiente para atender la creciente demanda. Según datos de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, se cuenta con 17 psiquiatras y 53 psicólogos clínicos. Una sola institución para la hospitalización de los pacientes y para rehabilitación y solamente algunas opciones para otras necesidades en el tema mental mediante convenios con instituciones privadas.

Entre los factores que afectan la salud mental, la vida social, familiar y económica de Manizales se encuentra la violencia, en todas sus expresiones; de acuerdo con el perfil epidemiológico de Manizales, elaborado por la Secretaría de Salud Pública, la violencia esta entre las primeras causas de mortalidad en toda la población representada en tercer lugar por los homicidios.

Según el informe del Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos de Caldas, la violación al derecho a la vida es grave en el departamento y en barrios populares de Manizales en los cuales se presentan asesinatos a pequeños comerciantes, traficantes y consumidores de sustancias psicoactivas y personas que delinquen, actos que generalmente son cometidos por grupos al margen de la ley.

Las amenazas permanentes a los campesinos, la siembra de minas antipersonales por los actores de los diferentes grupos armados al margen de la ley, ha generado grandes tensiones en la población que vive en el área rural e incrementado el desplazamiento hacia la zona urbana de Manizales. Aunque el secuestro ha disminuido considerablemente en la región, aún se siguen presentando algunos casos.¹³

De la misma manera a como viene sucediendo a lo largo y ancho del territorio nacional, la intensidad de la violencia viene influyendo decididamente en la estructura de los índices de mortalidad, sobre todo en las edades representadas por los jóvenes y los adultos, con mayor intensidad en el sexo masculino, entre los 15 y los 44 años, siendo a su vez los grupos de edad entre 20 y 29 años, los más afectados. La proyección de mortalidad que nos muestra el DANE, para el período comprendido entre el 2005 y el 2010, en el Departamento de Caldas, exhibe un leve incremento de este fenómeno.

Desde 1996 y a partir de las fichas de notificación que acopia el programa de vigilancia, se realiza el consolidado de casos diagnosticados de VIH - SIDA en la ciudad. Esto nos ha permitido concluir que de las personas tamizadas, durante ese período, 935 han resultado positivas para el VIH. El programa de seguimiento implementado por la Secretaría de Salud permite concluir que existen 559 personas viviendo con el VIH-SIDA en la ciudad. De estas (75%) son hombres y (25%) son mujeres.

La desnutrición global en niños menores de 5 años en la ciudad, según el estudio CISAN 2006, se encuentra en 19.1%. Como línea base, calculada con datos del 2006, esta tasa fue

12 CRECE. Centro de Estudios Regionales Cafeteros y Empresariales. “Calidad de vida en Manizales, resultados preliminares”. Manizales, noviembre 24 de 2009.

13 Marín Ocampo, Carlos Eduardo Director del Comité Permanente por la defensa de los Derechos Humanos de Caldas. 9 de octubre del 2006, consultado en Voltairnet.org. <http://www.voltairnet.org/es>

del 3.65 por 100.000 menores de 5 años, equivalente a una (1) defunción por desnutrición severa.

En la ciudad se ha observado un descenso general en la fecundidad de la mujer, sin embargo, la tasa general de fecundidad por 1000 habitantes para el año 2009 fue de 37.5. El mayor número de embarazos en adolescentes se presenta en la población más pobre, con una tasa de 28,3 por 1000, incrementando así la vulnerabilidad.

Según la localización y caracterización de personas en situación de discapacidad, para el año 2010 (DANE) en la ciudad de Manizales se identificaron 6994 personas en situación de discapacidad.

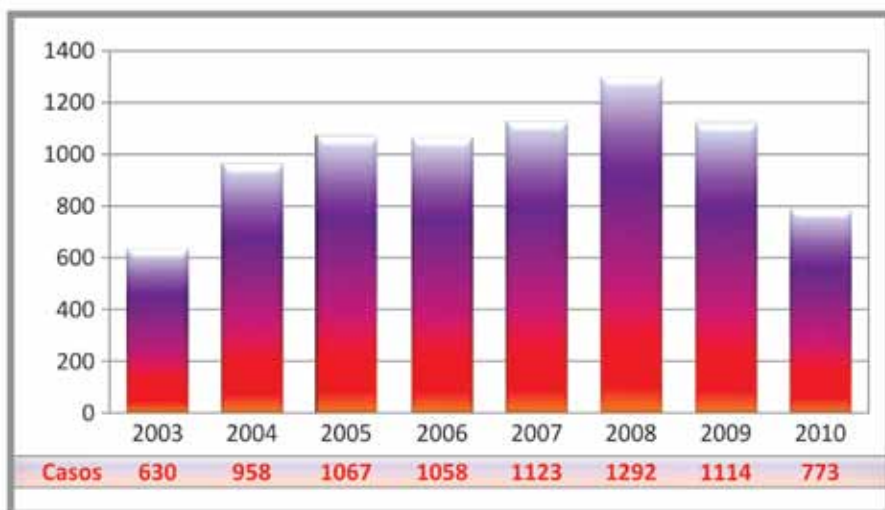
No obstante lo anterior, también debe reconocerse la capacidad “resiliente” de un alto porcentaje de sujetos, grupos y comunidades que aún continúan creyendo en la posibilidad de unas mejores condiciones de vida, de salir adelante luchando contra las condiciones difíciles y los altos niveles de tensión emocional y, aún más, de convertirse en apoyo para acompañar a quienes necesitan ayuda. En consecuencia, esta política debe contribuir a disminuir estas situaciones de inequidad y vulnerabilidad.

2. Violencia Intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es una problemática que afecta a miles de familias sin importar su sexo, edad o condición social y tiene varias características que dificultan la percepción de la verdadera magnitud del problema: La invisibilización y la naturalización del fenómeno socialmente.

El sistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, desarrollado en el municipio de Manizales a través de la Secretaría de Salud Pública y el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar, realiza la vigilancia de éste fenómeno. Desde el año 2003 y hasta el año 2010 se habían notificado 8.015 casos de violencia intrafamiliar, representado en el 49.52% de violencia física, el 35.13% de violencia psicológica, el 8.48% en la negligencia y el descuido, el 5.18% en el abuso sexual y el 0.95% en la violencia gestacional.

Casos notificados en Manizales, 2003 - 2010

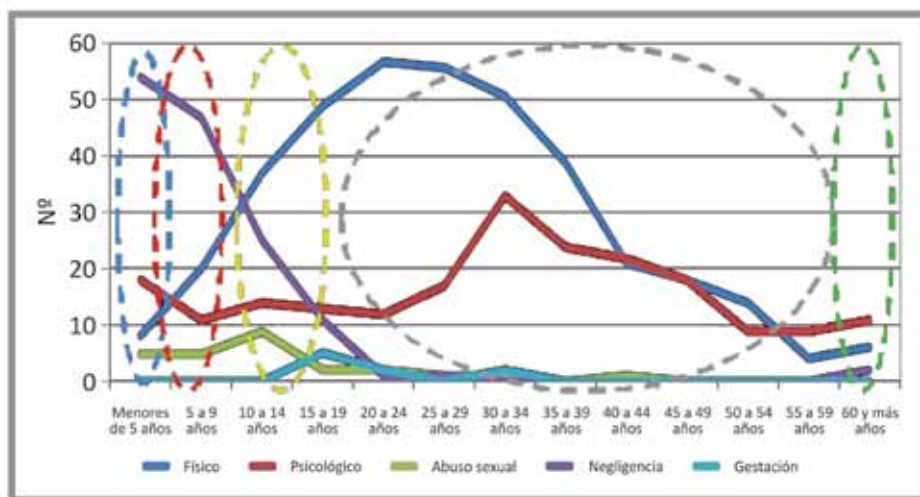


Los factores asociados (factores de riesgo) que se identificaron fueron: problemas emocionales con el 48.9%, consumo de alcohol y drogas con el 24.8% y con el 11.08% se ubicaron los problemas socioeconómicos. El porcentaje restante fueron las combinaciones de estas situaciones.

El maltrato conyugal representó el 51.1% de los casos de violencia intrafamiliar, siendo en su gran mayoría (79.2%) las mujeres las más afectadas.

De todos los grupos de edad se notificaron casos de violencia intrafamiliar; de acuerdo al ciclo vital se identifica: en la población menor de cinco años, en primera instancia, se reportó la negligencia o descuido como causa mayor, sin embargo, cabe resaltar que también se presentó violencia psicológica, física y sexual. De la población de 5 a 9 años, igualmente se notificaron casos de negligencia o descuido, con una leve disminución; aumenta gradualmente la violencia física y se mantiene el abuso sexual. En la población de 10 a 14 años, se continúan presentando todos los tipos de violencia, teniendo su mayor representatividad el abuso sexual en relación a todos los grupos poblacionales. En la población de 15 a 19 años se identifican igualmente todos los tipos de violencia y surge la violencia gestacional. En la población de 20 a 59 años se notificó el mayor número de casos de violencia física, seguido de la psicológica y se mantiene la violencia en la gestación y el abuso sexual. En la población adulta mayor se notificó la violencia psicológica, física y negligencia y descuido.

**Tipo de violencia intrafamiliar por grupos de edad.
Manizales, 2010**

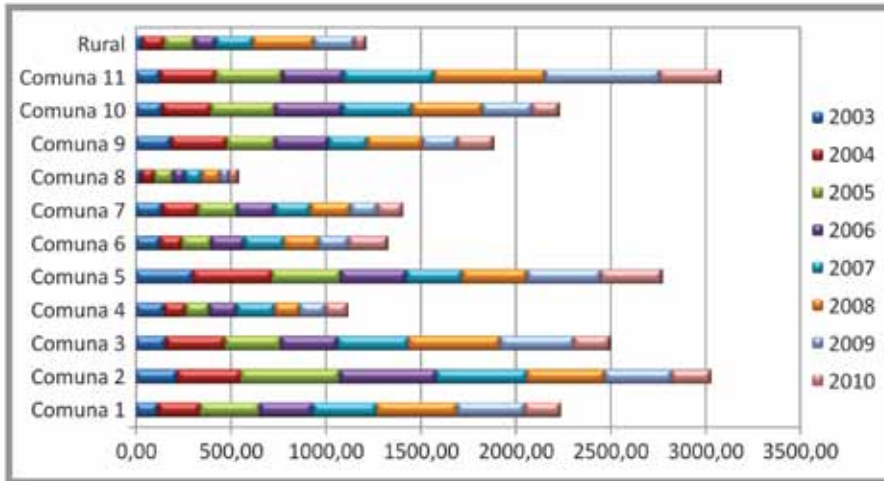


De acuerdo a la tipología familiar, la familia nuclear representó el 46.25% de los casos notificados, en segundo lugar la familia monoparental representó el 20%, seguidamente se encontró la familia extensa con el 19.7% y la mixta con el 9.1%.

Las personas víctimas de la violencia intrafamiliar desempeñan labores hogareñas, correspondiendo al 34.5%, mientras las personas que ejercen la violencia desempeñan labores fuera de sus hogares 61.2%.

El nivel educativo de las víctimas es primaria en un 29.4% y secundaria el 46.4% y de los agresores 33.3% primaria y 48% secundaria.

A pesar de que la violencia intrafamiliar se presenta más en unas comunas que en otras, no discrimina tampoco zona geográfica. En ese sentido las comunas San José, Ciudadela del Norte y La Macarena son las regiones que más violencia intrafamiliar le aportan al sistema, ya que son las que tienen las tasas más altas y se podría decir que su contribución es muy similar a través del tiempo.



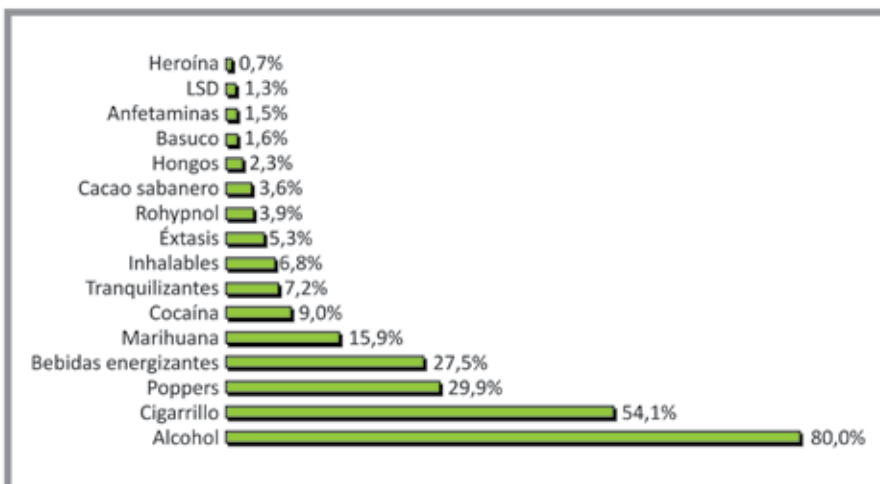
Fuente Primaria: Ficha Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar 2003-2010. Alcaldía de Manizales – Secretaría de Salud Pública

3. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población de Secundaria y Universitaria

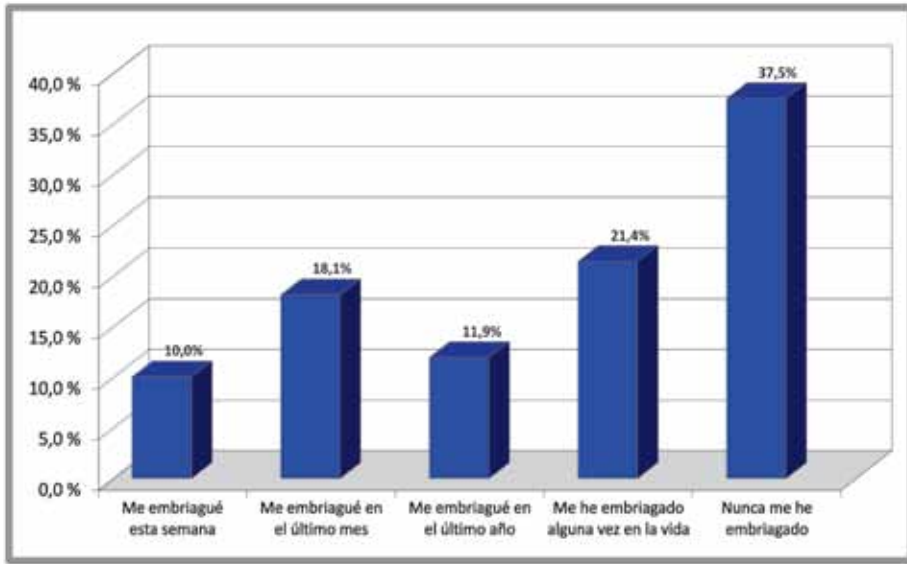
La última investigación realizada por la Secretaría de Salud Pública y la Fundación Universitaria Luis Amigó: “factores socioculturales asociados al uso y/o abuso de drogas en adolescentes de octavo, noveno y décimo del municipio de Manizales - 2007”, reportó que las sustancias más usadas alguna vez en la vida son, en su orden: las bebidas alcohólicas 79,5%, el cigarrillo 54,1%, el poppers 29,8%, las bebidas energizantes 27,5%, la marihuana 15,8%, la cocaína 9,0%, los tranquilizantes menores 7,1%, las sustancias inhalables 6,8%, el éxtasis 5,3% y la heroína 0,6%.

Prevalencia de vida



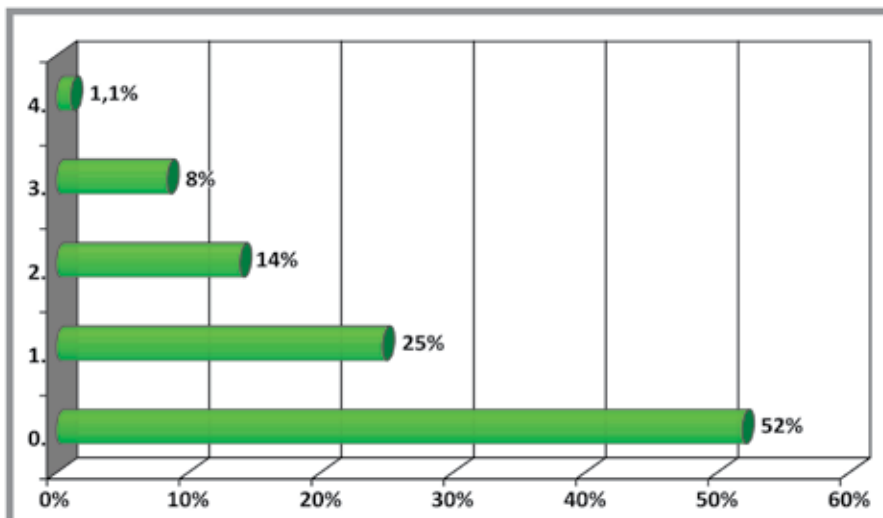
Con respecto al uso de alcohol hasta alcanzar la embriaguez los estudiantes dicen haberse embriagado la semana pasada el 10,0%, se emborracharon durante el último mes el 18,1%, se embriagaron durante el último año 11,9%, se han embriagado alguna vez en la vida el 21,4% y nunca se han embriagado el 37,5% de los estudiantes encuestados.

Prevalencia de vida, anual, mensual y semanal de consumo de alcohol hasta alcanzar la embriaguez



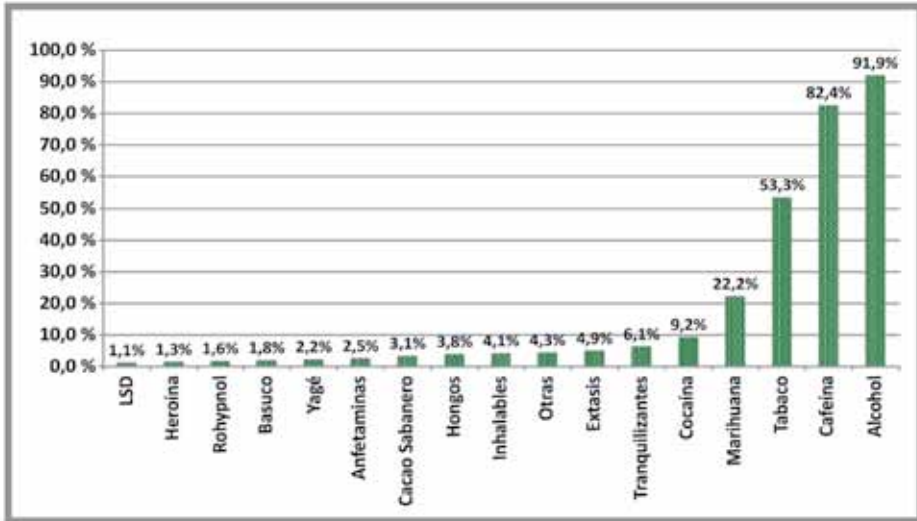
Al analizar el índice CAGE aplicado en la encuesta, nos indica que el 9,8% de la población masculina encuestada y el 7,1% de la población femenina encuestada ya tienen serios problemas con relación a la manera como ingieren cotidianamente bebidas alcohólicas, es decir, estos jóvenes escolares, presentan criterios para abuso y/o dependencia alcohólica. Acorde con el análisis anterior, podemos decir también que el 13,9% del total de la muestra, es probable que este en alto riesgo con relación al uso inadecuado de bebidas alcohólicas.

Medida de riesgo de alcoholismo (Test de CAGE)

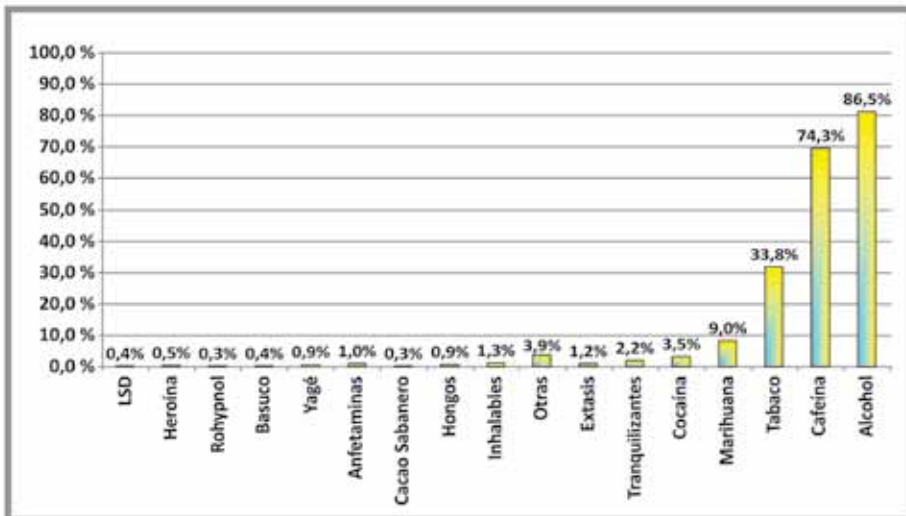


Para el año 2006 la Red Interuniversitaria de la ciudad: Red Misión Vida con el apoyo de la Secretaría de Salud Pública, llevó a cabo una investigación sobre la percepción social e imaginarios culturales en el uso y abuso de drogas en la población universitaria del municipio de Manizales, en este estudio se encontraron las siguientes prevalencias de vida y de último año de consumo de SPA.

Consumo de drogas alguna vez en la vida



Consumo de drogas en el último año



4. Suicidio e Intentos de Suicidio

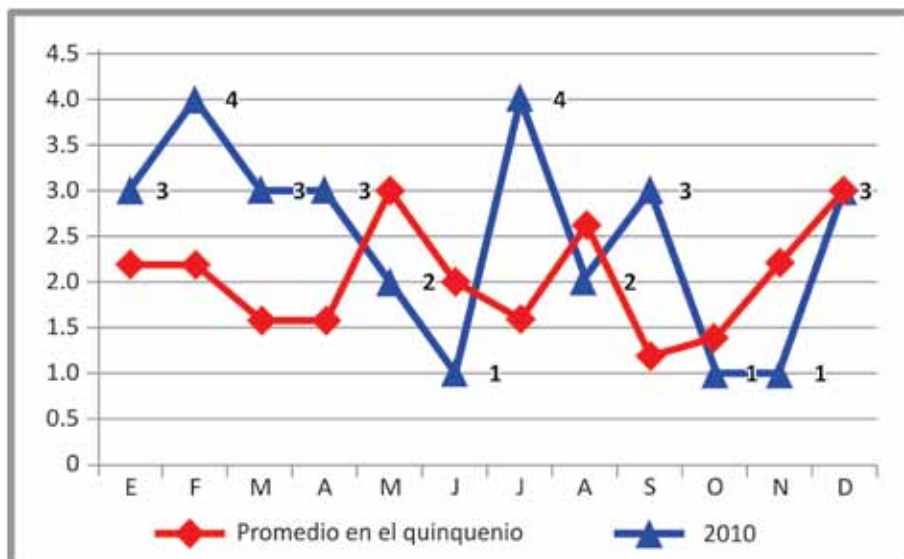
A continuación se ilustra la tendencia del comportamiento del suicidio en el municipio de Manizales desde el año 2005 hasta el 2010, según Certificado de Defunción - Base de Datos Secretaría de Salud Pública (SSP). Defunciones por ocurrencia del hecho.

Suicidios 2010 Vs Promedio en el Quinquenio 2005-2009. Manizales

MES	2005	2006	2007	2008	2009	Promedio en el Quinquenio	2010
E	3	2	1	5	5	2.2	3
F	2	2	3	4	3	2.2	4
M	2	3	0	3	2	1.6	3
A	2	2	2	2	0	1.6	3
M	1	6	5	3	4	3.0	2
J	1	4	4	1	2	2.0	1
J	3	3	1	1	0	1.6	4
A	3	4	0	6	3	2.6	2
S	4	1	1	0	1	1.2	3
O	1	3	1	2	2	1.4	1
N	2	1	7	1	2	2.2	1
D	1	6	4	4	6	3.0	3
TOTAL	25	37	29	32	30	24.6	30

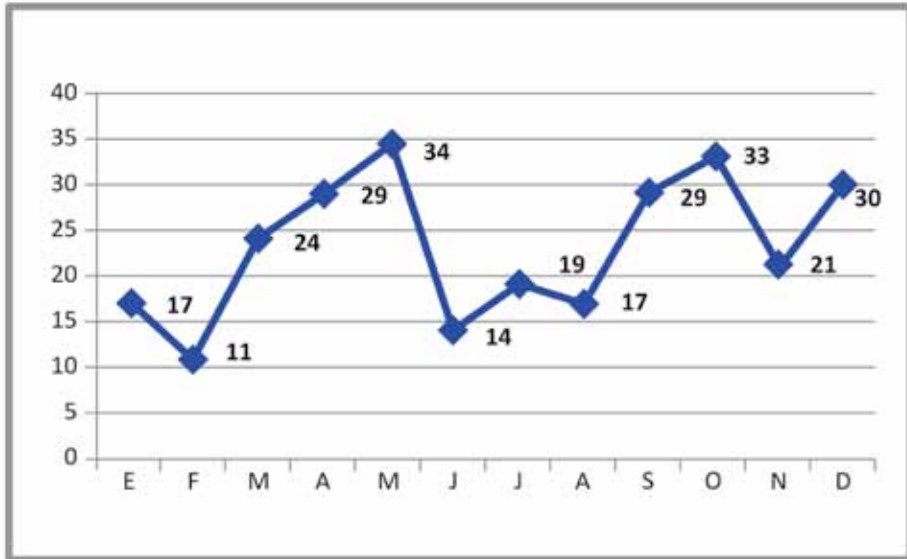
Fuente: Certificado de Defunción - Base de Datos SSP.
Defunciones por ocurrencia del hecho.

Suicidios 2010 Vs Promedio en el Quinquenio 2005-2009. Manizales

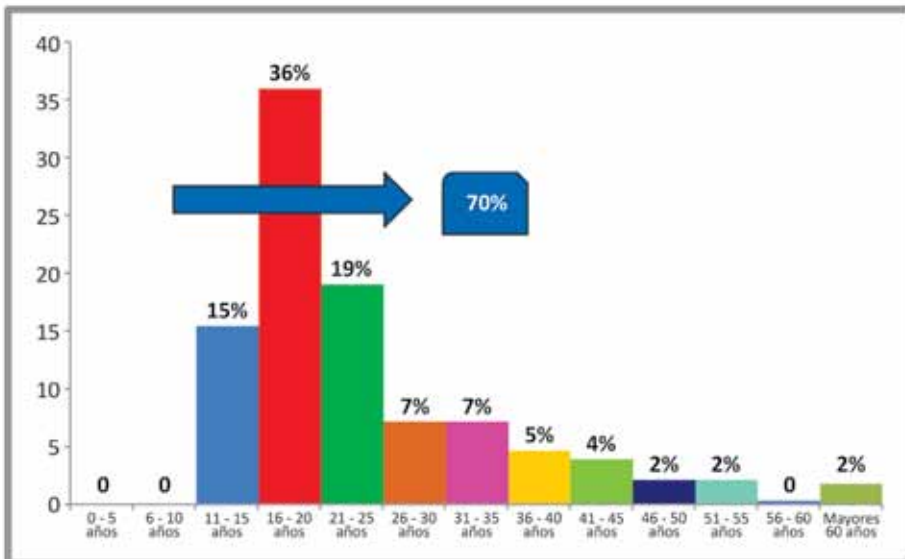


Y en relación con los intentos de suicidio se gráfica el comportamiento de estos del año 2010 según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Manizales para este evento.

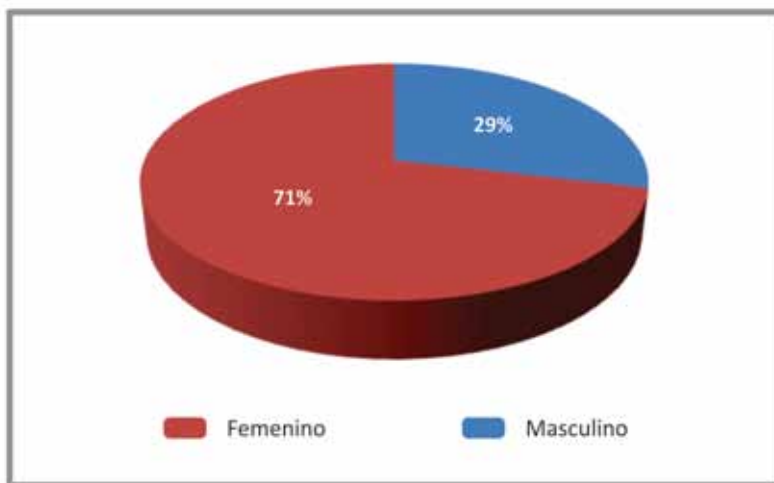
Intento de suicidio año 2010 por mes



Intentos de suicidio año 2010 - Porcentajes por grupos de edad



Intentos de suicidio año 2010 - Distribución por género



5. Trastornos Mentales

Los datos del estudio realizado por la Secretaría de Salud Pública y la Universidad de Manizales en el año 2004, reportan que la patología que mayor prevalencia presentó fue la ansiedad con un 26.3%, seguida de la depresión con una prevalencia de 17.1%, la ideación suicida con un 20.1% y el impulso suicida con un 10.6%. Es de anotar que la prevalencia en el último año para el intento de suicidio fue de 1.9% y la prevalencia de vida fue del 10.6%. Para otras patologías como trastornos de la alimentación y epilepsia se encontró una prevalencia de 13.5% y 8.3% respectivamente.

Ahora bien, en relación con la demanda atendida en la ciudad por alteraciones mentales, según urgencias, atenciones en consulta externa y hospitalizaciones, evidenciamos según Rips enviados por el Ministerio de Salud y Protección Social del año 2009, las principales causas de atención, con el fin de aportar al análisis diagnóstico de la ciudad.

De los trastornos mentales estudiados, la ansiedad muestra la mayor prevalencia, siendo esto correspondiente con la tendencia mundial.

	%
ANSIEDAD	26,3
DEPRESIÓN	17,1
IDEACIÓN SUICIDA	20,1
INTENTO DE SUICIDIO	10,6 (Vida)
	1,9 (Año)
TRASTORNOS ALIMENTACIÓN	13,5
EPILEPSIA	8,3

PORCENTAJE DE CONSULTA EXTERNA POR TRASTORNOS MENTALES Manizales, 2009		RIPS de Consulta
Causa	%	
• Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	40.4	
• Trastornos del Humor [Afectivos]	28.9	
• Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia	11.8	
• Trastornos del desarrollo psicológico	4.1	
• Trastornos del Comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	4.1	
• Trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos	4.0	
• Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	2.3	
• Retraso mental	0,03	

PORCENTAJE DE URGENCIAS POR TRASTORNOS MENTALES Manizales, 2009		RIPS de Urgencias
Causa	%	
• Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	56.0	
• Trastornos del humor	19.4	
• Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas	10.4	
• Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos	6.9	
• Trastornos del Comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia	2.1	
• Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	1.5	
• Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	1.0	
• Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	0.8	

PORCENTAJE DE HOSPITALIZACIÓN POR TRASTORNOS MENTALES Manizales, 2009		RIPS de Hospitalización
Causa		%
• Trastornos del Humor [Afectivos]		39.1
• Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas		16.5
• Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos		14.7
• Trastornos Mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos		11.0
• Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes		7.9
• Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia		4.7
• Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto		2.6
• Envenenamiento autoinfligido intencionalmente		2.4

Se brinda atención a las personas con estas problemáticas de salud mental y a las que presentan drogodependencia, pero la capacidad disponible en la ciudad de talento humano y recursos técnicos y financieros, no es suficiente para atender la demanda cada vez más creciente, ni para brindar la atención de calidad que ameritan los pacientes, lo que necesariamente se traduce en vulneración de sus derechos.

En mesa de trabajo realizada con 12 psiquiatras de Manizales, llevada a cabo en noviembre de 2009, estos manifestaron que existen problemas y dificultades para prestar una adecuada intervención en salud mental, resumidas en las siguientes:

- Las EPS no favorecen el acceso a los medicamentos diferentes a los que están establecidos en el POS, para el tratamiento de los trastornos y problemas mentales
- Las EPS limitan el número de citas para atención por psiquiatría, lo cual no permite una adecuada atención
- Falta de centros de atención integral que cubran los niveles de baja y mediana complejidad
- El sistema de referencia – contrarreferencia no funciona adecuadamente.
- Los médicos del primer nivel de atención no están lo suficientemente capacitados para atender los trastornos y los problemas mentales
- Falta mayor articulación entre las IPS para ofrecer una atención integral a los pacientes
- Pocos pacientes drogodependientes tienen acceso a tratamientos de desintoxicación, deshabituación y rehabilitación
- Se tienen pocos programas para la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas y trastornos mentales.
- La Clínica Psiquiátrica no alcanza a cubrir la demanda de servicios para la atención de las alteraciones de la salud mental
- Las personas en situación de discapacidad mental tienen poco acceso a programas de rehabilitación
- En la formación de los médicos no se trabaja lo suficiente en temas como atención primaria y psiquiatría comunitaria

- Hay poco seguimiento a los pacientes y sus familias
- Falta mayor vinculación de la familia en los procesos de atención y rehabilitación del paciente con enfermedad mental.
- Tramitología que dificulta el acceder a una consulta especializada en psiquiatría
- Los programas académicos de las áreas de la salud y sociales no proporcionan una buena formación en el tema de salud y enfermedad mental.

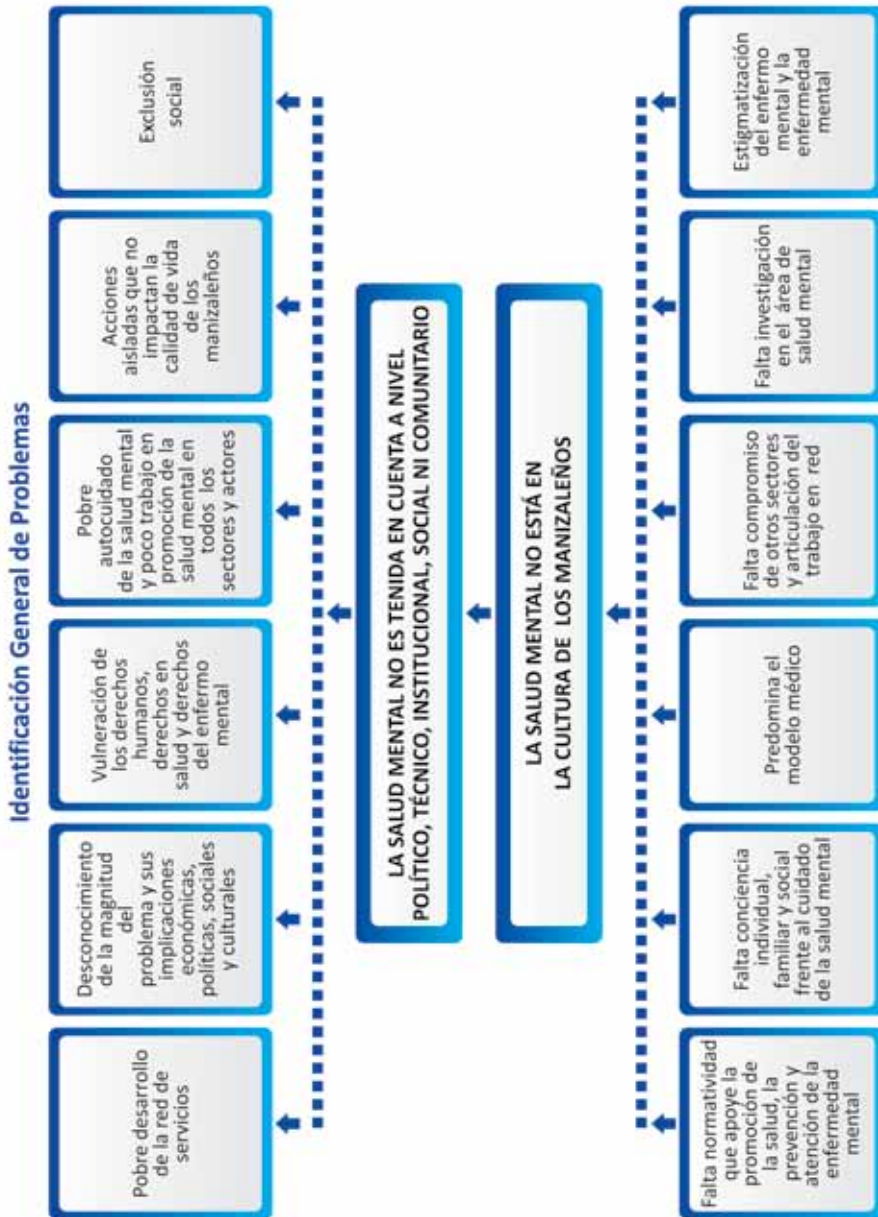
Así como lo expusieron los psiquiatras, las personas de diferentes instituciones y organizaciones comunitarias, convocadas a las mesas de trabajo, para analizar la situación de salud mental de los manizaleños, manifestaron que se vulneran los derechos de los pacientes con enfermedad mental y de los que presentan adicciones, por las razones anteriores y adicionaron las siguientes:

- Se presenta discriminación
- Las políticas institucionales no dan tiempo para una buena atención del paciente
- Deshumanización de la salud desde la academia
- No hay redes de apoyo para los pacientes crónicos
- Las personas con adicción a las drogas no tienen opciones de rehabilitación porque las pocas que hay son muy costosas
- No hay opciones laborales para las personas con enfermedad mental

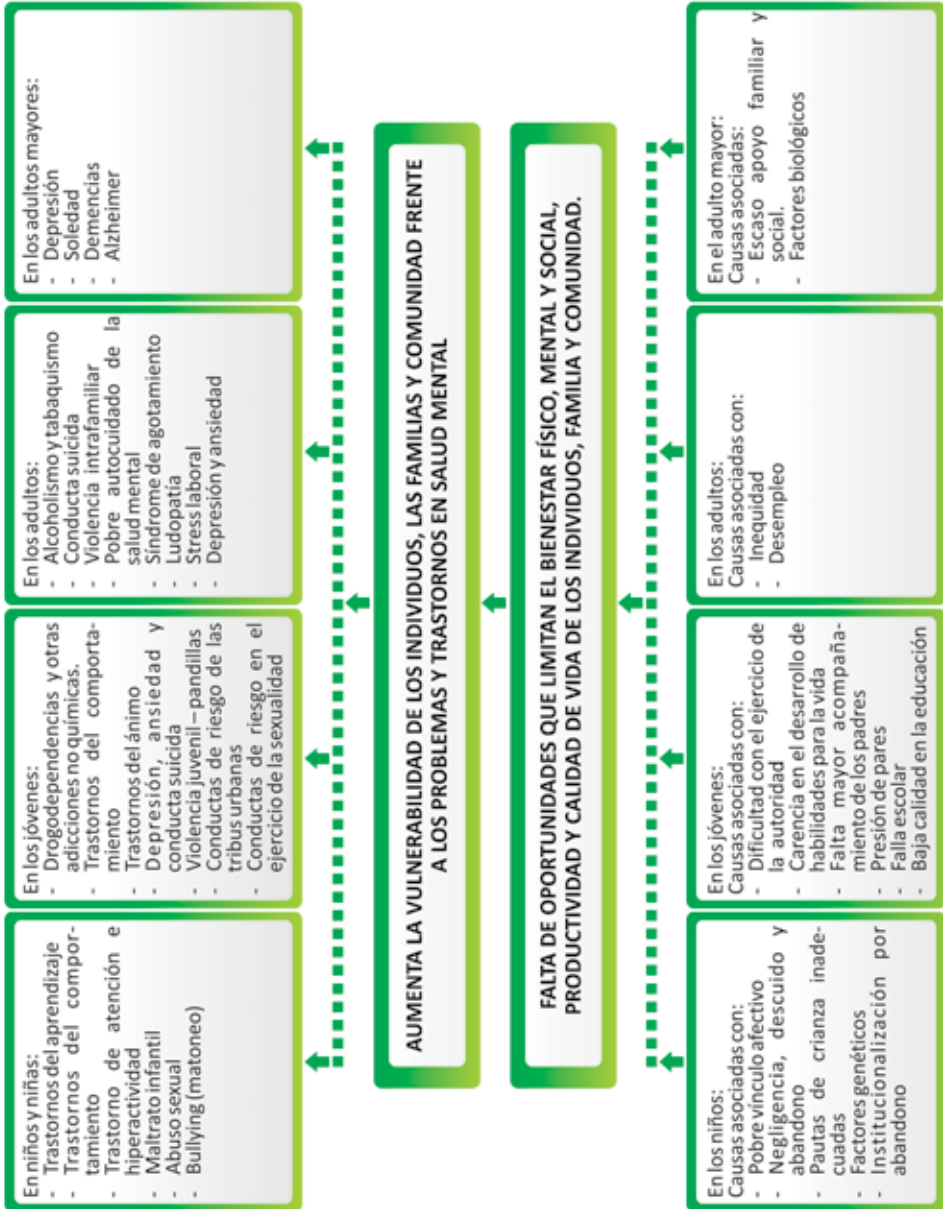
6. Problemas Percibidos

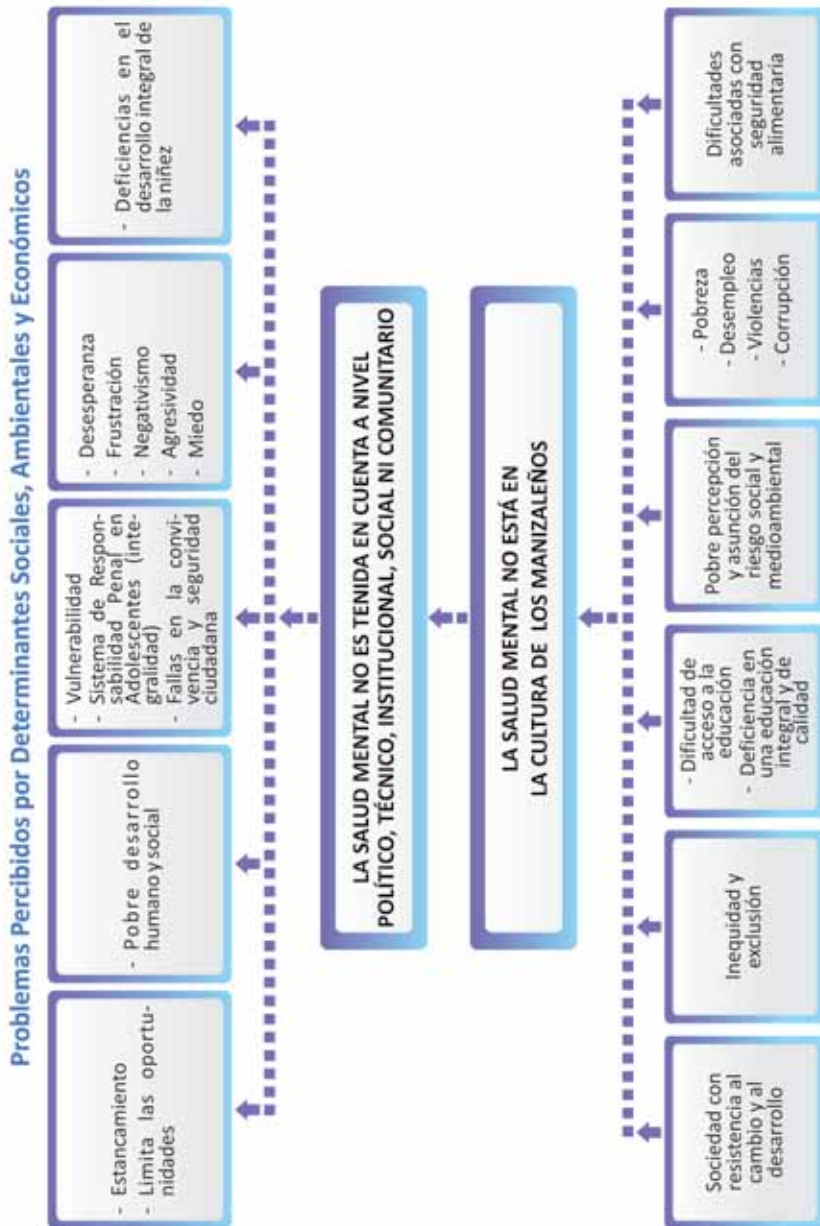
A continuación se presenta a modo de esquema, las problemáticas identificadas en las mesas de trabajo:

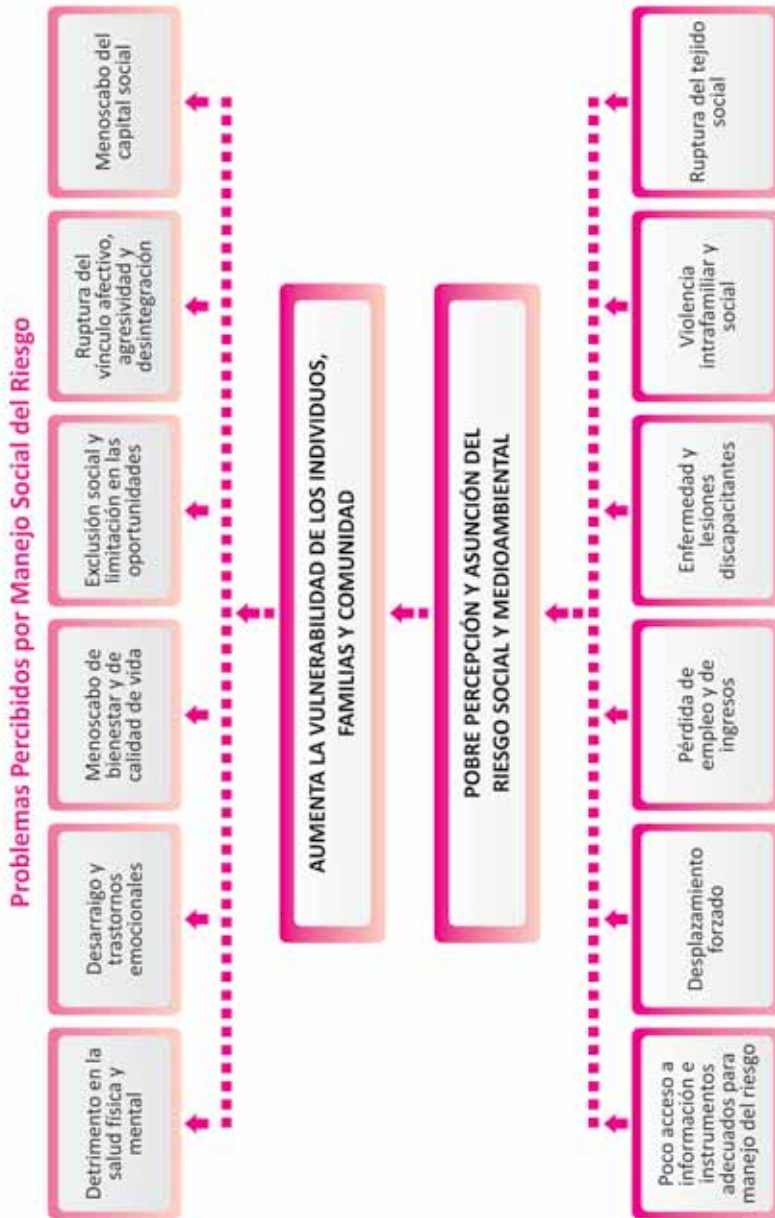
- Identificación general de problemas
- Por ciclo vital
- Por determinantes sociales, ambientales y económicos
- Por manejo social del riesgo



Problemas Percibidos por Ciclo Vital







CAPACIDAD DE RESPUESTA INSTITUCIONAL

1. Administración Municipal - Secretaría de Salud Pública.

No obstante las dificultades planteadas anteriormente, en Manizales se han venido desarrollando varios programas que, si bien no alcanzan a cubrir toda la población que requiere este tipo de atención, han representado una opción que ha reportado resultados positivos, tanto en la calidad de la atención que se brinda, en la cobertura y sobre todo, en beneficio de los pacientes y sus familias, acciones que son lideradas por la Secretaría de Salud Pública.

Programa de Salud Mental

Misión: El Programa de Salud Mental Comunitaria, orienta sus acciones a mejorar la calidad de vida de todos los manizaleños, mediante el fortalecimiento de los factores protectores, la modificación de los factores de riesgo, la gestión de recursos y la administración de servicios en Salud Mental. Así mismo, presta asesoría técnica, científica y administrativa a las I.P.S., EP.S., E.S.E. y demás instituciones que demanden el servicio, buscando una cobertura total, a través de servicios integrales, oportunos y de óptima calidad, con el compromiso y cogestión de la comunidad, conforme a las políticas actuales de salud.

Visión: El Programa de Salud Mental Comunitaria propende por que todos los manizaleños, con base en el desarrollo de sus potencialidades humanas, asuma en forma responsable y sana las interacciones mediante las cuales se relaciona con el medio social y ambiental.

Estrategias Generales: Coordinación intersectorial e interinstitucional, Atención Primaria en Salud, sistema de referencia y contrareferencia, participación social en salud, rehabilitación basada en la comunidad, comunicación para el cambio de comportamiento y sistema de vigilancia epidemiológica de conducta suicida y violencia intrafamiliar.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

- **Patología Mental**

Propósito: Brindar atención integral al paciente mental, facilitando la oportunidad de llevar en su comunidad la vida más normal y productiva posible, con el apoyo de alternativas extrahospitalarias.

Acciones:

- Detección precoz, prevención y atención del suicidio
- Detección precoz, prevención y atención del déficit de atención / hiperactividad
- Detección precoz, prevención y atención en demencia y alzheimer
- Atención en psicología
- Fondo de medicamentos básicos subsidiados
- Grupos terapéuticos de rehabilitación social
- Educación en salud mental
- Tamizaje en salud mental para detección precoz en enfermedades

- **Drogo dependencias**

Propósito: Contribuir a la disminución de la prevalencia e incidencia del uso o abuso de sustancias psicoactivas, mediante actividades de promoción y prevención, tratamiento, mitigación y rehabilitación.

Promoción y Prevención:

- Estrategia de instituciones 100% libres de humo de cigarrillo
- Campañas formativas e informativas en prevención de las drogodependencias
- Red juvenil de prevención de las drogodependencias
- Red de educadores en prevención de las drogodependencias
- Semillero de prevención
- Comité municipal de prevención de las drogodependencias
- Asesoría y apoyo a la implementación de proyectos de prevención en instituciones educativas.
- Capacitación y asesoría a grupos, instituciones y comunidades.
- Capacitación a profesionales, docentes y líderes
- Investigación

Superación, Mitigación y Rehabilitación:

Estas acciones se llevan a cabo a través del Programa Vivir: “Un camino para construir comunidad y superar la drogadicción”.

El Programa Vivir parte de la propuesta del Plan de Desarrollo del Municipio de Manizales 2008-2011: “*Manizales: Ciudad Internacional del Conocimiento con Oportunidades Para Todos*”, en el cual se contempla la atención a la farmacodependencia en concordancia con las necesidades de la comunidad. Con este propósito se consolidó un proyecto estratégico intersectorial para afrontar el consumo de sustancias psicoactivas que contó con la participación de todas las Secretarías de la Administración Municipal y de sus entes descentralizados desde el ámbito de sus competencias, propendiendo por la eficacia, eficiencia y la búsqueda de un mayor impacto en las acciones emprendidas para beneficiar a la población con uso y/o abuso de sustancias psicoactivas y sus familias.

El componente clínico en su modalidad de Hospital Día funciona en el Centro de Atención a la Drogadicción (CAD) del Hospital Geriátrico San Isidro y en su modalidad Ambulatoria Satélite se presta servicios en tres comunas de la ciudad o a demanda según las solicitudes de la comunidad, por medio de un equipo interdisciplinario especializado en farmacodependencia.

El componente comunitario, se desarrolla desde el modelo de Centro de Escucha, el cual tiene como objetivo fortalecer el trabajo de redes para mejorar las condiciones de vida de la comunidad, a partir de la construcción y gestión colectiva de estrategias de solución para superar o reducir el impacto de los problemas sociales.

De esta forma los escenarios institucionales y comunitarios se entrelazan con los diferentes programas y servicios, dando así una respuesta integral a las problemáticas cotidianas de las comunidades, favoreciendo de esta manera una atención desde un enfoque de derechos, orientado a reducir la vulnerabilidad a través de procesos de inclusión social.



Centro de Atención a la Drogadicción (CAD)



Gimnasio del CAD

- **Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar**

Propósito: Atender en forma integral y oportuna a las familias, ciudadanos, instituciones y comunidades, a partir de información, promoción, prevención, asistencia, capacitación e investigación, en torno a la situación de la violencia familiar en el municipio de Manizales.

Acciones: Brinda atención integral a las personas y familias afectadas por hechos de violencia intrafamiliar, abuso sexual o maltrato infantil, con los siguientes servicios:

- Asesoría y psicoterapia individual, de pareja, familiar y grupal
- Orientación familiar
- Visitas domiciliarias
- Asesoría jurídica
- Talleres psicoeducativos
- Procesos educativos comunitarios: talleres, encuentros familiares y comunitarios.

- Campañas de promoción, prevención, informativas y de divulgación de los servicios.
- Talleres de formación de líderes
- Centro de documentación
- Sistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar
- Línea de servicio a la comunidad para orientación y asesoría. Tel. 8804060
- Capacitación a profesionales, docentes y líderes

- **Salud Mental en Situación de Emergencias y Desastres**

Propósito: Brindar atención integral a las personas y grupos familiares afectados por fenómenos naturales, tecnológicos o sociales.

Acciones:

- Coordinación de grupo de atención psicosocial del Plan de Emergencias del Municipio.
- Capacitación a profesionales de las áreas de: salud, social y de comunicaciones.
- Sistematización de la información.
- Atención, acompañamiento y seguimiento a la comunidad en situaciones de emergencias y desastres.

- **Promoción de la Salud Mental y Prevención de Patologías Mentales**

Propósito: Desarrollo de aptitudes, destrezas, habilidades y valores fundamentales para formar personas integrales, de sana convivencia con el medio social.

Acciones:

- Promoción de Estilos de Vida Saludables
- Desarrollo Humano Integral – Proyecto de Vida
- Acciones psicoeducativas en salud mental

2. Capacidad de Respuesta de Otras Instituciones.

Las IPS y otras instituciones públicas y privadas realizan diferentes intervenciones en cuanto a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención y rehabilitación de las personas con problemas y trastornos mentales. Las actividades que se listan a continuación fueron las reportadas por algunas instituciones que respondieron la convocatoria a las mesas de trabajo, para la discusión y construcción de la Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizada por la Secretaría de Salud Pública.

En Promoción de la Salud Mental

Las diferentes instituciones realizan intervenciones, especialmente de carácter educativo para promocionar la salud mental en sus afiliados, así:

- Promoción del deporte y actividades culturales
- Formación de animadores juveniles
- Clubes juveniles
- Formación en habilidades para la vida
- Formación del recurso humano en las diferentes facultades del área de la salud de las universidades de Manizales

- En las universidades, a través del programa de Bienestar Universitario, se brinda apoyo a los estudiantes en distintas áreas
- Promoción de los derechos de la mujer
- Campañas de cultura ciudadana
- Información sobre derechos y deberes de los usuarios
- Autocuidado emocional

En Prevención de la Enfermedad

Además de la educación en salud, que es la actividad principal que realizan las instituciones para contribuir a la prevención de la enfermedad mental, se llevan a cabo las siguientes acciones:

- Talleres educativos sobre distintos temas de salud mental, con grupos escolarizados, grupos comunitarios, docentes y familias
- Asesoría individual, familiar o grupal en diferentes temas
- Detección de factores de riesgo
- Audiencias de conciliación en los casos de conflictos
- Remisión para la atención de los casos que lo ameritan

En Atención de la Persona con Trastorno Mental

La atención que se brinda a las personas que presentan trastorno mental o alteración de la salud mental, incluye las siguientes intervenciones:

- Valoración por psiquiatría y psicología
- Psicoterapia individual, familiar y grupal
- Hospitalización
- Desintoxicación para pacientes drogodependientes
- Programas de comunidad terapéutica
- Intervención en crisis
- Atención a víctimas de abuso sexual
- Remisión al especialista o a otras instituciones, según el caso
- Primeros auxilios psicológicos

En Rehabilitación

Es tal vez el área menos fortalecida en las instituciones que prestan servicios en salud mental, éstas comprenden:

- Psicoeducación a pacientes con trastornos del estado del ánimo
- Restablecimiento de derechos a niños, niñas y adolescentes
- Terapia ocupacional
- Actividades lúdicas, recreativas, artísticas y culturales con grupos
- Cursos de formación ocupacional

Estos programas y acciones, si bien representan un avance importante, constituyen soluciones parciales a la problemática que se vive en torno a la salud mental. La cobertura no alcanza a cubrir toda la demanda generada por la población, siendo necesario fortalecer el trabajo en red y garantizar una atención integral al paciente y su familia.

Para desarrollar la Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Manizales, es necesario lograr la integración de todas las instituciones, no sólo del sector salud, sino de los demás sectores, para unir esfuerzos y trabajar en una misma dirección.

PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL Y REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La Administración Municipal tiene como principios para su trabajo en salud: la equidad, la inclusión y la corresponsabilidad. Además de estos, esta Política Pública tendrá en cuenta la universalidad, la integralidad y la participación. Establecer estos principios permite generar confianza y, a su vez, legitimar las acciones que se realizan, logrando paulatinamente cambios que ayuden a transformar la percepción que se tiene de la salud mental. Estos principios aluden a lo siguiente.

1. Equidad

Se requiere que cada uno de los Manizaleños tenga la misma oportunidad de alcanzar su potencial de salud y beneficio de acuerdo a las necesidades que presente en determinada situación, por tanto se deben generar estrategias que permitan la superación de las diferencias y la desigualdad.

2. Inclusión

Hace referencia a la posibilidad de pertenecer a una sociedad participando de los beneficios que dentro de esta se pueden contemplar como los sociales, económicos y políticos. Además del reconocimiento como individuos, siendo aceptados y reconocidos con o por sus diferencias de etnia, género, religión, identidad sexual y demás características, de tal forma que se respeten los derechos que la Constitución Política de Colombia y los tratados internacionales otorgan.

3. Universalidad

Los derechos son para todas las personas sin diferencia alguna y sus necesidades serán apropiadamente respetadas, entendidas y satisfechas, en todas las etapas de la vida.

4. Integralidad

Esto implica que la atención en salud mental que se brinde a la población debe atender todas las áreas, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Adicionalmente, esta atención deberá ser suficiente, continua, oportuna, eficiente y de calidad.

5. Corresponsabilidad

Resalta la importancia de que la salud mental es competencia no sólo de las entidades del Estado, sino también de la sociedad en sí misma, de la familia y de los individuos. La participación comprometida y el respaldo de estos posibilitan su promoción y mantenimiento garantizando de esta manera los derechos y el bienestar emocional de cada uno de los habitantes de la ciudad.

6. Participación

El trabajo en beneficio de la salud mental de los ciudadanos requiere esfuerzos y tareas comunes, a través de la integración de cada uno de los sectores y actores políticos y municipales, permitiendo que la política logre estructurarse y consolidarse, garantizando su permanencia de tal manera que trascienda la temporalidad de los gobernantes y permita lograr las metas comunes en salud para todos.



OBJETIVOS DE LA POLÍTICA

1. OBJETIVO GENERAL

Propiciar que la salud mental sea asumida como un eje articulador y elemento transformador para el desarrollo humano y social, que permita una mejor calidad de vida de la sociedad manizaleña, a través del ejercicio de los derechos y el incremento del capital global.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Gestionar y garantizar con el ente municipal y los sectores sociales y comunitarios, la viabilidad y sostenibilidad de la Política Municipal.
- Gestionar la garantía de los derechos e inclusión, mediante la concurrencia de sectores e instituciones a través de servicios integrales y oportunos, contribuyendo a la resolución de problemas de los habitantes del municipio, en su cotidianidad y en situaciones específicas de vulnerabilidad.
- Implementar estrategias que movilicen otras posibilidades de relación y de actuación en lo individual, familiar y comunitario, que contribuyan al desarrollo del capital global de la población manizaleña.

ESTRATEGIAS DE LA POLÍTICA

- Gestión política
- Coordinación intersectorial e interinstitucional
- Atención Primaria en Salud
- Trabajo en red
- Sistema de referencia y contrarreferencia
- Comunicación para el cambio de comportamiento
- Participación social en salud
- Rehabilitación basada en la comunidad
- Sistema de vigilancia epidemiológica

ÁREAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

Se tendrán tres áreas donde se inscriben las líneas de acción de la política:

Área 1	Viabilidad y Sostenibilidad de la Política
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión política • Gestión de recursos • Coordinación intersectorial e interinstitucional
Área 2	Promoción de la Garantía de Derechos e Inclusión
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Estructuración de la red de servicios • Concurrencia de recursos, sectores, instituciones y servicios. • Gestión comunitaria
Área 3	Incremento del Capital Global
Líneas de acción	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación para el Cambio de Comportamiento • Formación – Capacitación • Investigación – Evaluación • Trabajo en red institucional y comunitario

ÁREA 1. VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD DE LA POLÍTICA

1. Línea de Acción: Gestión Política

Gestionar la política es el punto de partida para ponerla en marcha, pues es necesario lograr el compromiso, en primera instancia de los políticos y del gobierno para obtener el aval técnico y financiero y, en segundo lugar de todos los sectores y la comunidad para lograr la ejecución conjunta de los planes y programas que la hacen operativa.

El desarrollo de la Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas para Manizales, debe ir más allá de la constatación conceptual, pues implica hacer más viable la posibilidad de vincular y comprometer a todos los actores del Municipio de Manizales, buscando articular y transformar las condiciones humanas y sociales, mejorando la calidad de vida, a través del respeto de los derechos y el incremento del capital global.

La estrategia de vincular a todos los actores de la sociedad civil en el orden de lo político, lo técnico y lo financiero del Municipio de Manizales, a través del establecimiento de compromisos en el orden político y social, es lo que posibilitará que la política sea viable y sostenible.

A través de un ejercicio flexible de la gestión política y social, el cual debe repetirse y retroalimentarse en los distintos escenarios donde concurren los diferentes actores del ámbito local, es decir, es con la participación activa y actuante de todos ellos, teniendo en cuenta para ello a todos los gremios, organizaciones, grupos y todo el conjunto de los representantes de la sociedad civil que sean relevantes.

2. Línea de Acción: Gestión de Recursos

Poner en marcha la Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, requiere del concurso de todas las instituciones, tanto del sector salud como de los demás sectores, además de las organizaciones privadas y comunitarias.

El escenario de acción de la política debe ser transectorial y, por lo tanto, los recursos para desarrollarla provendrán de las distintas fuentes. Adicionalmente se tendrán en cuenta recursos del orden departamental, nacional y se gestionarán otros provenientes de la cooperación internacional. No se trata de crear un fondo especial para la Política, sino de articular lo existente y planear lo faltante, a través de proyectos colectivos, de acciones coordinadas y de un excelente trabajo en red. Esta articulación permite aunar esfuerzos, recursos y fortalezas de cada institución, que harán más efectiva la cooperación.

Tampoco se trata de que unas instituciones hagan el trabajo que le corresponde a otras; es claro que la atención de los problemas y trastornos es responsabilidad del sector salud, pero, también lo es que la salud mental es competencia de todos.

3. Línea de Acción: Coordinación Intersectorial e Interinstitucional

La coordinación intersectorial requiere Identificar escenarios y actores, su concepción sobre la salud mental, sus responsabilidades y competencias por la salud mental en Manizales, su compromiso frente a las acciones actuales y las futuras, los recursos que se compromete a incluir para el desarrollo de la Política, los mecanismos y aportes para la construcción de una respuesta social organizada por la salud mental en Manizales, que implique el trabajo conjunto de los sectores y la comunidad. La puesta en común de las limitaciones y obstáculos para el desarrollo de la Política y las posibles soluciones para éstos, Incluye acciones de concertación, negociación y el establecimiento de compromisos.

• Acciones a Desarrollar

- Identificación de escenarios de gestión que puedan ser propicios para la operacionalización de la Política.
- Identificar otras políticas, planes y programas donde se pueda articular la política de salud mental.
- Identificar eventos en el nivel de la administración municipal y en el ámbito intersectorial donde se puede insertar la política de salud mental.
- Identificar nuevos desarrollos en salud mental, así como experiencias exitosas y metodología para incorporar en los planes.
- Identificar nuevas necesidades y dinámicas sociales que puedan ser objeto de la política.
- Realizar un trabajo de comunicación, difusión y discusión para generar opinión pública que impacte las representaciones sociales necesarias para el mejoramiento de las condiciones de salud mental de la ciudad, e incluye el desarrollo de procesos de información y sensibilización a los diversos grupos sociales y un trabajo con medios de comunicación.
- Definición de los grupos de interés y redes para la difusión y concertación de la Política
- Definición de la estrategia de medios de comunicación para la difusión de la Política.

ÁREA 2. PROMOCIÓN DE LA GARANTÍA DE DERECHOS E INCLUSIÓN

1. Línea de Acción: Estructuración de la Red de Servicios

La Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, del municipio de Manizales debe tener como propósito fundamental el respeto a los derechos de sus ciudadanos y la restitución de los mismos cuando han sido vulnerados. Todas las acciones deben procurar el bienestar emocional y físico brindando opciones de salud dignas y oportunas, y atención especial a los problemas y trastornos mentales.

• Acciones Generales

- Hacer de Manizales una ciudad amigable. Desarrollar estrategias informativas que permitan a todos los ciudadanos conocerla mejor; su organización, sus instituciones, formas y procesos para acceder a ellas, sus empresas, sus oportunidades laborales, culturales y recreativas, las redes sociales con las que cuenta, con el fin de atenuar el riesgo que representa enfrentarse a lo desconocido.
- Incentivar la solidaridad ciudadana que proporciona posibilidades de apoyo, cuidado, seguridad, confianza e interacciones basadas en la reciprocidad.
- Generar importantes y dinámicas redes de apoyo social que permita a los ciudadanos no solo acompañarse o encontrarse en situaciones de adversidad sino en espacios de esparcimiento y alegría.
- Luchar contra el aislamiento y la marginación social. El apoyo emocional de los demás contribuye significativamente a la buena salud mental.

• Acciones Terapéuticas

Una intervención terapéutica se hace necesaria cuando se produce o genera daño a la integridad física o emocional de un individuo eliminando o limitando sus posibilidades para hacer frente a la vida o desarrollarse integralmente. Desarrollar en el municipio la red de servicios en salud mental en los diferentes niveles de complejidad, poner en funcionamiento el sistema de referencia – contrareferencia y ampliar las posibilidades o modalidades terapéuticas en el campo de la salud mental dependiendo de los diferentes enfoques teóricos existentes, lo anterior facilitará el acceso a los servicios de salud mental a todos los ciudadanos y la solución de los problemas y trastornos mentales.

• Acciones en Salud y Atención de Problemas y Trastornos

La Atención primaria en salud (APS) es la estrategia más apropiada para organizar y garantizar la participación del sector salud en una Política de Salud Mental, en el sentido que la salud mental es componente esencial de la salud general, controlando la dispersión de recursos y programas que comparten intereses comunes.

En consecuencia, APS debe:

- Generar procesos para la atención integral de los individuos
- Privilegiar recursos tecnológicos apropiados y al alcance de todos.
- Desarrollar acciones específicas de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales
- Brindar opciones para el acceso al tratamiento oportuno, suficiente y de calidad
- Establecer opciones de rehabilitación y reintegración social de los individuos mentalmente enfermos.

- Desarrollar campañas educativas que permitan, por parte de las comunidades y grupos sociales, una mirada respetuosa, comprensiva y tolerante frente a las personas con trastornos mentales, como grupo vulnerable
- Insertar el componente psicosocial e implementar sistemas de atención en red.
- Intervenir de manera oportuna situaciones de riesgo psicosocial en poblaciones vulnerables, como desplazados, en situaciones de desastre, y en general todas las que se encuentren en situación de vulnerabilidad
- Promover la creación de sociedades de pacientes con trastorno mental y sus familias, para trabajar por sus derechos y búsqueda de mejores oportunidades.

• Atención Integral

Toda Política de salud mental debe estar sustentada en los derechos humanos los cuales no solo debe promover sino proteger. Garantizar los derechos a la salud, vivienda, alimentación, educación, trabajo, entre otros, y emprender acciones contra cualquier tipo de estigmatización, favorece las condiciones de salud mental de los individuos. Consideraciones especiales deben tenerse en cuenta para quienes padecen trastornos mentales, quienes requieren de alta calidad y accesibilidad oportuna en la prestación de los servicios de salud, atendiendo a sus necesidades particulares.

La Atención integral contempla, la satisfacción en forma continuada de las necesidades en general y para el caso que nos ocupa de la salud mental en particular, que garanticen el desarrollo social, psíquico y afectivo para todos los ciudadanos. Se deben crear para ello las condiciones adecuadas, un ambiente sano y un entorno seguro con adaptaciones sociales y culturales y sobre todo que respeten y respondan a los derechos básicos universales de todos los pobladores del Municipio de Manizales.

Con esto se reconocen las potencialidades de distintos actores en la promoción de la salud mental y en el abordaje de los problemas y trastornos, actuales y previsible. En el caso del sector salud, la atención primaria organiza su contribución.

De lo anterior se desprende el trabajo en red que es la estrategia clave para obtener impacto y para la construcción de nuevas propuestas. La corresponsabilidad de todos los actores involucrados, acorde con sus competencias, potencialidades y recursos, será indispensable si se quiere brindar una respuesta integral.

2. Línea de Acción: Concurrencia de Recursos, Sectores, Instituciones y Servicios

La concurrencia de los diferentes sectores, comunidades y organizaciones permite estructurar una gama de intervenciones y servicios conjugando, en torno a objetivos comunes, recursos provenientes de diversas fuentes, integrados con criterios compartidos y con mecanismos de intercambio y complementariedad.

Esta Política deberá trabajar para que cada manizaleño tenga igualdad de oportunidades para la satisfacción de sus necesidades; implica justicia, equidad, solidaridad, corresponsabilidad y la posibilidad de incremento del capital global. Igualmente propugnar por el derecho a la diferencia; todo ciudadano debe ser reconocido, respetado y aceptado a pesar de las

diferencias de género, etnia, identidad sexual, religión. Para ellos deberán promoverse acciones en los ámbitos de interacción familiar, educativa y laboral.

• Acciones en el Ámbito Familiar

- Llevar a cabo acciones encaminadas a recuperar el concepto de familia y hogar fortaleciendo su estructura
- Promover los vínculos de afecto entre padres e hijos, y entre hermanos
- Reeducar a los padres en la necesidad de asumir con responsabilidad sus funciones de cuidado, educación y protección de los hijos
- Propiciar espacios de recreación y cultura para la familia que no resulten onerosos o que puedan brindarse gratuitamente
- Diseñar campañas dirigidas a generar respeto y tolerancia en la convivencia entre las parejas y entre padres e hijos.

• Acciones en el Ámbito Escolar

- Atender necesidades especiales y explorar potencialidades de cada educando
- Supervisar permanentemente la calidad y oportunidad de la educación que se está brindando
- Controlar prácticas de matoneo, maltrato o discriminación entre los estudiantes y entre docentes y estudiantes
- Investigar cantidad y razones de deserción estudiantil
- Reconsiderar la jornada escolar complementaria, para evitar la soledad y la mala utilización del tiempo libre por parte de los estudiantes
- Hacer posible que las oportunidades de formación integral sean iguales para los estudiantes de los colegios privados y públicos.
- Recuperar en los colegios los profesionales en psicología o en psicorientación que facilitarían la atención oportuna de dificultades o problemas.

• Acciones en el Ámbito Laboral

- Generar empleo como elemento protector de la salud mental.
- Incentivar a las empresas para generar más y mejores condiciones laborales.
- Estimular ambientes de trabajo basados en el respeto, equidad, estímulo, reconocimiento, inclusión y oportunidades para personas con necesidades especiales.
- Controlar y sancionar el acoso laboral

3. Línea de Acción: Gestión Comunitaria

El objetivo a lograr sería: dinamizar y fortalecer los procesos comunitarios que contribuyan al mantenimiento de la salud mental de sus integrantes y a disminuir la vulnerabilidad en este campo. Lo anterior se puede lograr mediante:

- Identificar los grupos comunitarios y conformar las redes que pueden involucrarse en el desarrollo del plan estratégico
- La realización de acciones de promoción de la salud mental en la comunidad
- La realización de acciones de prevención de los trastornos mentales en la comunidad

- **Promoción de la Salud Mental**

- Generar dinámicas de apoyo social que permitan a los ciudadanos acompañarse o encontrarse en situaciones de adversidad
- Desarrollar actividades que propicien el esparcimiento y alegría.
- Fortalecer y multiplicar los Centros de Conciliación para el manejo del conflicto social y comunitario
- Desarrollar actividades de comunicación para el cambio de comportamiento para modificar creencias con respecto a los problemas y trastornos mentales y al consumo de sustancias psicoactivas e inducir la consulta temprana cuando se detecten problemas que requieran intervención.
- Designar líderes comunitarios que actúen como veedores dentro de su grupo comunitario para la detección temprana de factores de riesgo y problemas en el área de la salud mental.

- **Prevención de la Enfermedad Mental:**

- Controlar prácticas de matoneo, maltrato o discriminación entre los jóvenes
- Identificar los grupos, pandillas, tribus, que estén realizando actos en contra del bienestar comunitario
- Implementar estrategias de intervención con estos grupos
- Brindar opciones culturales, deportivas y lúdicas para el manejo del tiempo libre
- Diseñar y difundir campañas dirigidas a generar respeto y tolerancia entre los miembros de la comunidad y entre los diferentes grupos
- Crear redes de apoyo social, laboral y comunitario para las personas rehabilitadas

ÁREA 3. INCREMENTO DEL CAPITAL GLOBAL

El desarrollo de capital simbólico cumple una función política, puesto que ofrece permanentes y diferentes posibilidades para comprender, mirar, actuar en el mundo, relacionarse con los demás y crear nuevas formas de capital cultural, social y económico.

Entender la dimensión simbólica implica comprender formas de interpretación, justificación, explicación y abordaje de la enfermedad mental y del concepto salud mental.

1. Línea de Acción: Comunicación para el Cambio de Comportamiento

Los sistemas de comunicación, procesos de educación y formas de divulgación, pueden ser elementos que, si se utilizan adecuadamente, aportarán a los ciudadanos un mejor nivel y solidez de conocimiento de las situaciones que le permitirá replantear conceptos y posturas, analizar y contribuir de manera crítica a controlar situaciones socialmente admitidas que conducen a la exclusión y la violencia, a comprender problemas relacionados con la salud mental y aportar soluciones creativas.

- **Se hace necesario**

- Difundir los derechos humanos
- Educar sobre diferencias y características propias de las culturas existentes en la región
- Propiciar relaciones de respeto por los otros
- Educar sobre los problemas de la salud mental y las formas de hacerles frente
- Tener en cuenta los efectos de los determinantes sociales de la salud mental

El papel de los medios de comunicación resulta determinante para la divulgación de la política y para hacer de la salud mental una prioridad en el Municipio de Manizales.

2. Línea de Acción: Formación - Capacitación

Manizales, reconocida como ciudad universitaria, deberá hacer honor a este nombre no sólo por la cantidad de estudiantes que viven en la misma y por la calidad de sus instituciones sino por ser la ciudad con individuos con un mayor y mejor conocimiento sobre el campo de la salud mental y con mejor disposición y actitud para la misma.

Es necesario producir ajustes en los currículos de las carreras profesionales, no sólo en las directamente relacionadas con la salud como medicina, enfermería, psicología, y en general todas las disciplinas del área de la salud, sino incorporarlo más que como un componente teórico como una actitud permanente y posible en cada uno de los desarrollos humanos; que cada estudiante comprenda que desde su profesión u oficio puede hacer algo por el mejoramiento de la salud mental.

3. Línea de Acción: Investigación - Evaluación

Esta Política deberá no sólo fomentar, sino disponer de recursos económicos que permitan involucrar a diferentes instituciones académicas para el desarrollo de proyectos relacionados con la salud mental.

Los procesos investigativos deben no solo proporcionar información sino permitir que de manera solida y práctica, se generen soluciones a las diferentes problemáticas existentes en la región.

La ciudad parece estar muy diagnosticada, varias instituciones de manera aislada y simultánea realizan procesos en el mismo sentido, esto genera pérdida y dispersión de recursos y limita las posibilidades de intervención.

• Por lo anterior se hace necesario desde la Política

- Recopilar y sistematizar las investigaciones relacionadas con la salud mental realizadas en los últimos cinco años.
- Abordar desde la investigación los problemas y patologías propias o más relevantes en nuestra ciudad.
- Desarrollar y fortalecer sistemas de vigilancia epidemiológica de los problemas de salud mental de la ciudad.
- Hacer seguimiento permanente a los procesos y evaluación a programas y proyectos, estableciendo previamente indicadores de impacto que permitan dar cuenta de los avances en la situación de salud mental de la población manizaleña.

4. Línea de Acción: Trabajo en Red Interinstitucional y Comunitaria

Las Redes son formas de interacción social, definida como un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos.

Trabajar en red es, primero que todo, integrar a todas las personas, las instituciones, los grupos y todas aquellas organizaciones en las cuales participan las personas en busca de objetivos comunes. En el caso que nos ocupa es la elaboración en forma conjunta de propuestas, alrededor de las cuales se movilizan intereses comunes en pro de la salud mental. Es sólo por medio de este trabajo en conjunto que se alcanzan la apropiación de los principios y postulados formulados en la presente Política.

RETOS QUE AFRONTA LA POLÍTICA

Si bien el desarrollo de la política lleva consigo los retos de su aceptación y el del garantizar los recursos que permitan su sostenibilidad y apropiación, no se puede desconocer la realidad que vive la ciudad, con dificultades como el desempleo, dificultades económicas, inseguridad y pocas oportunidades de capacitación y formación académica, que influyen de manera directa en la salud mental de los manizaleños, convirtiéndose en otro reto más que enfrentar.

1. Aceptación

El primer paso es lograr identificar las comprensiones y significados que se otorgan a la salud mental y a su vez las condiciones y limitantes para generar los cambios que se requieren para su adecuada comprensión. Además, evaluar las acciones que se realizan desde los diferentes sectores, procurando una reflexión que permita reorientar dichas acciones y prácticas en busca de mejores condiciones, tanto para la población en general como para las personas con trastornos mentales y sus familias, en particular. Aceptar el concepto de salud mental propuesto por la Política implica su comprensión como un estado de bienestar, mas no de enfermedad. El tema de la salud mental no puede reducirse a los trastornos psiquiátricos y a los problemas de las personas enfermas. Salud mental está directamente relacionada con la cotidianidad de las personas y con la adopción de hábitos y estilos de vida saludables que se verán reflejados en la familia y la sociedad.

2. Aval y Recursos

Para la puesta en marcha de la Política se cuenta con el aval del Concejo Municipal y la Administración, quienes comprometidos con la salud mental y la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, asignan los recursos físicos, humanos y financieros necesarios que garanticen la continuidad de los planes, programas y proyectos.

El aval y respaldo de esta Política será posible si tanto los actores como los sectores comprenden que son responsables y partícipes del bienestar o malestar de los ciudadanos desde sus acciones u omisiones particulares, configurándose de esta manera la salud mental de los mismos. Cuando se asumen estas corresponsabilidades no hay cabida sólo para las buenas intenciones escritas en el papel donde las acciones no cobran vida. Aceptar esta Política es emprender los cambios de manera responsable y activa para lograr la transformación social.

3. Apropiación y Continuidad

Uno de los principales problemas que se presenta no sólo a nivel local sino nacional, es que los proyectos se mantienen de acuerdo a los gobernantes y a sus iniciativas, imposibilitando la permanencia en el tiempo de políticas, programas y proyectos para generar los impactos esperados. En este orden de ideas se espera que La Política Pública de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas transversalice las diferentes políticas y administraciones, de tal forma que permita evaluar y reflexionar acerca de lo que se tiene ya estructurado y ha sido aceptado y validado por la ciudadanía, para de esta manera evitarle a la comunidad desesperanza y ganar en tiempos, esfuerzos y costos que se asumen al cambiar las políticas y los programas.

4. Corresponsabilidad Comunitaria

Lograr que la Política de Salud Mental y Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas alcance los objetivos propuestos implica que la comunidad se apropie de la misma y asuma la responsabilidad que le compete. Esto implica que la comunidad se entere de sus derechos y vele por su cumplimiento, pero, de igual manera, asuma la responsabilidad que le corresponde en cuanto a la salud mental de la misma comunidad, las familias y los individuos.

5. Corresponsabilidad Intersectorial

Más que hablar de responsabilidad debemos hablar de corresponsabilidad, pues le corresponde a toda la sociedad, no sólo al sector salud. Es entonces una responsabilidad intersectorial, interinstitucional, social, comunitaria, familiar e individual. Porque aunque es claro que es un derecho que tenemos todos los colombianos, también lo es que si queremos que sea posible debemos asumir los deberes que nos corresponde, desde nuestra posición, posibilidades y capacidades.

Es de vital importancia incorporar el componente de salud mental en la matriz cultural de la ciudad, teniendo como objetivo que este concepto sea parte de la cultura ciudadana. De esta manera los habitantes estarán dando un paso adelante, en sus estilos de vida y en su cotidianidad pues habrá conciencia y responsabilidad compartida.

Consecuente con lo anterior, las responsabilidades quedarían definidas de la siguiente manera:

- Al sector salud le corresponde liderar el proceso, coordinar e integrar los esfuerzos
- A los entes fiscalizadores garantizar su cumplimiento y la honesta apropiación de los recursos
- A la academia formar y actualizar el recurso humano, con calidad e integralidad
- A los medios de comunicación difundir la Política y promover las acciones positivas
- A las EPS garantizar el acceso a los servicios integrales
- A las IPS brindar una atención con calidad e integralidad
- A cada uno de los ciudadanos nos compete desde nuestro actuar cotidiano poner en práctica todos aquellos comportamientos que redundarán en beneficio de nuestra salud mental y de las personas a nuestro alrededor.

***El resultado final
será una comunidad con altos índices
de Salud Mental e incremento
del capital global.***

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar-Morales, J.E. (2006) Evolución y desarrollo de las políticas públicas en salud. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. En línea. Disponible en <http://www.conductitlan.net/historia.ppt>

Alcaldía de Manizales - Plan de Desarrollo. Pobreza – SISBEN: “Una introducción a la comprensión de las diferencias en el territorio” A noviembre 30 de 2007.

Alcaldía de Manizales. Plan de Desarrollo 2008-2011 – Diagnósticos Sectoriales - Área Social - Sector Desarrollo Comunitario - Manizales: Ciudad internacional del conocimiento con oportunidades para todos.

Alcaldía de Manizales. Política Pública para las Mujeres y la Equidad de Género de la ciudad de Manizales. 2011.

Alcaldía de Manizales. Secretaría de Salud Pública. Estudio de Salud Mental en la población de Manizales, 2004.

ALVARO José Luis. Salud Mental Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/S/salud_mental.htm

ARBOLEDA T, María Adelaida, SALMERON C. José Miguel. Protocolo de educación continuada en salud mental para los equipos de atención primaria.

BOURDIEU, Pierre “Capital cultural, escuela y espacio social”, Siglo veintiuno editores Argentina, 1997.

Carta de Ottawa, 1986.

CASTELLANOS P.L. Determinantes Sociales de la Situación de Salud de las Poblaciones. División de Salud y Desarrollo. Programa Análisis de la Situación de Salud, Documento de Trabajo, Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1994.

CRECE. Encuesta de Calidad de Vida. Centro de Estudios Regionales Cafeteros y Empresariales. Manizales, 2009.

Declaración de Caracas, adoptada por aclamación por la conferencia reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela. 1990.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Agenda Interna para la Productividad y la Competitividad, Documento Regional Caldas, Bogotá, Junio 2007.

DESVIAT, Manuel. Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica.

FAVELA Margarita. Notas sobre el examen de la acción social en el pensamiento de Bourdieu. En: Gallegos Carlos. Pierre Bourdieu. Campos de conocimiento: teoría social, educación y cultura. México, UAM, 2005.

FEDESARROLLO. Hacia una Red de Protección Social para Colombia. Bogotá, 2001

FERNANDEZ Q, O. Plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria. Cataluña. En: <http://ecriteriumes.wordpress.com/>

GASTELO MISKULIN, Delfo Tomislav. El desarrollo humano. Em línea. Disponible en: <http://www.universidadperu.com/articulo-el-desarrollo-humano.php>

Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Maqueta de gráficos, OMS. Francia. 2001.

Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses, Fondo de Prevención Vial, FORENCIS, 2008. Bogotá.

KLENMAN, A. (1988) Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. New York: The free press

KOHN, R; SAXENA, SH; LEVAV, I Y SARRACENO, B (2004) La Brecha Terapéutica en la Atención de Salud Mental [Resumen]. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, N° 82. En línea. Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/khon1104abstract/es/>

La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

MARÍN OCAMPO, Carlos Eduardo. Director del Comité Permanente por la defensa de los Derechos Humanos de Caldas. 9 de octubre del 2006, consultado en Voltairnet.org. <http://www.voltairenet.org/es>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional del campo de la Salud Mental. Documento para discusión y acuerdos. Bogotá, 2007.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas, 2006 (HR/PUB/06/8) www.ohchr.org

OMS. Qué es la salud mental? Disponible en: www.who.int/topics/mental_health/es/

OPS. Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud. Documento en Seguimiento a la Cumbre de las Américas. Washington. Junio. 1995.

OPS. Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe. 1994.