



La salud
es de todos

Minsalud

Política Nacional de Salud Mental



Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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

CONSIDERANDO

Que la Ley 1616 de 2013 contiene disposiciones para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental, en consonancia con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política.

Que de acuerdo con el artículo 31 *ibídem*, la política deberá ser expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá que ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes.

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

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

Que la Ley 1414 de 2010 establece en su artículo 5 que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá formular la Política Pública de atención integral a las personas que padecen epilepsia.

Que en relación con las Estrategias y Planes de Acción sobre Salud Mental 2013-2021 y Epilepsia 2012 – 2021, la Organización Mundial de la Salud –OMS exhorta a que, en la esfera de la salud, se incorpore, entre otras cosas, una perspectiva de derechos humanos en la salud mental, recordando el compromiso de los Estados de lograr este objetivo.

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

Que la Ley 1751 de 2015 “*Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*” establece en su artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Que la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, adoptada por la Resolución 429 de 2016, tiene como objetivo la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Que dicha Política cuenta con un marco estratégico y un marco operacional, este último corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, que comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del Sistema, con una visión centrada en las personas, para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad.

Que se hace necesario adoptar la política pública de salud mental, como parte de la garantía y protección del derecho fundamental a la salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

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

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* La presente disposición será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.

Artículo 3. *Plan Nacional de Salud Mental Quinquenal.* El primer Plan Nacional de Salud Mental Quinquenal corresponde a las dimensiones y estrategias previstas en materia de salud mental en el Plan Decenal de Salud Pública, adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013.

Artículo 4. *Derogatoria y vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 2358 de 1998.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., el 15 de noviembre de 2018

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

ANEXO TÉCNICO

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

1. Visión	4
2. Antecedentes normativos	4
3. Análisis de la situación	6
3.1. Afectaciones en la salud mental	7
3.1.1 Problemas y trastornos mentales	7
3.1.2 Conducta suicida	8
3.1.3 Consumo de sustancias psicoactivas	10
3.1.4 Violencias y convivencia social	12
3.1.5 Epilepsia	14
3.2 Factores que limitan el ejercicio de la salud mental	14
3.3 Oferta y demanda de los servicios de salud mental (análisis de capacidad de respuesta)	15
4. Enfoques	17
4.1 Enfoque de desarrollo basado en derechos humanos	17
4.2 Enfoque de curso de vida	17
4.3 El Enfoque de género.....	17
4.4 Enfoque diferencial poblacional – territorial	18
4.5 Enfoque psicosocial	18
5. Modelo de determinantes sociales de la salud: relaciones con la salud mental	18
6. Principios de la política nacional de salud mental	19
7. Objetivos	20
7.1 Objetivo general	20
7.2 Objetivos específicos	20
8. Ejes de la política nacional de salud mental	20
8.1 Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos	20
8.2 Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia	22
8.3 Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral)	24
8.4 Rehabilitación integral e Inclusión social	24
8.5 Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial	25
9. Monitoreo, evaluación y seguimiento de la política nacional de salud mental	27
10. Bibliografía	28

1. Visión

La Política Nacional de Salud Mental busca posicionar la salud mental como agenda prioritaria para el país, tal como lo promulga la Ley 1616 de 2013 retomando lo dispuesto en el Plan Hemisférico de la Salud Mental 2015 – 2020 que recomienda¹:

1. Orientar programas de promoción que fortalezcan las habilidades psicosociales individuales y colectivas, la cohesión social y gestionen entornos saludables, resilientes y protectores.
2. Orientar programas de prevención que articulen los sistemas y servicios de salud mental con los dispositivos de base comunitaria.
3. Fortalecer la respuesta de los servicios de salud con enfoque de atención primaria en salud.
4. Promover la rehabilitación basada en comunidad y la inclusión social.
5. Optimizar los sistemas de información y de gestión del conocimiento, así como la articulación sectorial e intersectorial.

En este orden de ideas, esta política propone la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en término de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos, y reconoce la salud como un derecho fundamental en consonancia con lo establecido por la Ley 1751 de 2015 -Estatutaria de Salud- y con la Política de Atención Integral en Salud, adoptada mediante la Resolución 429 de 2016.

La presente Política integra lo dispuesto por Ley 1414 de 2010, Ley de epilepsia, acogiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de gestionar los trastornos mentales y la epilepsia de manera conjunta en la atención primaria de salud, debido a las altas comorbilidades entre epilepsia y trastornos mentales y desenlaces comunes tales como la discapacidad mental o psicosocial y el deterioro cognitivo. De tal manera, la presente política será el insumo con el cual los departamentos y distritos del país realizarán los procesos de adopción y adaptación que permitirán su implementación.

Finalmente, tal como lo dispuso la Ley 1616 de 2013 en su artículo 41, se expedirá el documento Conpes de Salud Mental (2018 – 2022).

2. Antecedentes Normativos

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD, a través del Informe de Desarrollo Humano 2016, recomienda incorporar en las políticas públicas los principios internacionales de los derechos humanos, tales como: la garantía, la protección y la pro-

moción, los cuales inciden positivamente en las condiciones de salud de las poblaciones.

De igual manera, la inclusión de la salud mental dentro de las políticas públicas es parte esencial de los beneficios sociales de toda la población, así como factor clave en el establecimiento de redes de apoyo y relaciones sociales con las cuales se logra reducir la discriminación y el empobrecimiento, y mejorar el acceso a otros servicios con los que se disminuye parte de la carga de enfermedad².

Otros estudios reconocen la promoción de la salud mental y la rehabilitación, mediante servicios basados en la comunidad y su integración en la atención sanitaria general, como parte de los principales ejes de las políticas de salud mental, para reducir las brechas y mejorar las respuestas de los sistemas de salud mental en³:

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

Derivado de lo anterior, los estudios mencionados han recomendado intervenciones relacionadas con: i) el fortalecimiento de la capacidad de los actores clave en salud mental y el desarrollo de políticas públicas, ii) la creación de una cultura de desarrollo de políticas incluyentes y dinámicas, y iii) una acción coordinada para optimizar el uso de los recursos disponibles. Estas estrategias son tenidas en cuenta en la presente Política Nacional de Salud Mental para Colombia.

De otra parte, estudios regionales como el realizado por la Organización Panamericana de la Salud en 2013, evidencian dificultades relacionadas con la formulación de políticas de salud mental y con los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe, así como problemas en la recopilación de la información, la implementación de planes y otras políticas de salud, que reconozcan la salud mental como derecho humano y reduzcan el estigma al que se enfrentan las personas con trastornos mentales^{4,5}.

De tal manera, uno de los hitos relevantes para Colombia ha sido la atención primaria en salud como avance hacia una visión integral de la salud, la cual ha sido acogida por el país desde mediados de los años 70 y 80 orientando acciones para la promoción y prevención en salud mental a partir del abordaje colectivo e integral de las diferentes intervenciones en salud, mediante la adopción paulatina de algunos instrumentos internacionales tales como: el Plan Decenal para la Salud de las

Américas 1972 -1982 y la Declaración de Alma Ata de 1978, así como en la normatividad nacional a través de las Resoluciones 2417 y 8186 de 1982, 14130 y 14129 de 1985, en las que se resaltan decisiones de política pública en salud mental, principalmente en materia de cobertura y desarrollo de servicios de atención en el marco de la Ley 100 de 1993.

Con base en lo anterior, se han realizado los siguientes desarrollos en materia de política de salud mental:

1. En 1998, con la expedición por parte del Ministerio de Salud de la Resolución 2358, se formuló la Política de Salud Mental, cuyo objetivo se orientó a *promover la salud mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental, así como mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases*, a través de la cual se establecieron las relaciones entre la salud mental desde una perspectiva integral y se definieron las atenciones para las personas con padecimientos mentales:
2. En 2005, el entonces Ministerio de la Protección Social, en conjunto con la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social -FES, elaboraron los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia con “...*el propósito de facilitar el debate público sobre la situación de la salud mental de los colombianos, sus necesidades y los enfoques posibles para su abordaje en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema de la Protección Social, para la formulación y desarrollo de una Política Nacional...*”.
3. En 2007, el Ministerio de la Protección Social, en conjunto con la Asociación Colombiana de Psiquiatría – ACP, formularon el documento “*Política Pública del Campo de la Salud Mental, Propuesta para la discusión y acuerdos*”, el cual enfatizó la gestión integral de la salud mental y los aspectos relacionados con el enfoque de determinantes de sociales de la salud y el deterioro de esta.
4. En 2013, con la Resolución 1841, se publicó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que integra la dimensión transversal “*Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables*” y acoge lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 en su componente “*Víctimas de Conflicto Armado Interno*”.
5. En 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con la Universidad Nacional de Colombia, construyeron el documento “*Propuesta de Ajuste a la Política Pública de Salud Mental 2014 y su respectivo Plan de Acción 2014 – 2021*”, que hizo énfasis en “... *garantizar plenamente el disfrute efectivo del derecho a la salud mental mediante su posicionamiento en la agenda pública y la generación de acciones transectoriales de protección y promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación integral de los problemas y trastornos relacionados con la salud mental...*”.



3. Análisis de la situación

En Colombia se han realizado tres grandes estudios descriptivos de corte transversal: Encuestas de Salud Mental de 1993, 2003 y 2015, que han reconocido la necesidad de contextualizar la recolección y análisis de la información para poder captar los cambios en la dinámica de la sociedad y su influencia en la salud mental.

Para entender el perfil epidemiológico y avanzar en el análisis de la situación de salud mental en Colombia es preciso tener en cuenta los conceptos de problema mental, trastornos mentales y epilepsia. En ese sentido la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 definió **problema mental** como el malestar y las dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental. En esta categoría se encuentran las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas y las reacciones emocionales ante las pérdidas significativas tales como, síntomas depresivos y/o ansiosos, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, problemas de aprendizaje, problemas de comunicación, dificultades de socialización, conductas de riesgo alimentario (no comer aunque se tenga hambre, malestar con el acto de comer, atracones, vómito después de comer) y alteraciones en el sueño, entre otros.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, versión 5 por sus siglas en inglés) define el **trastorno mental** como *“un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”*. Se entiende así que los problemas mentales se diferencian de los trastornos mentales en la severidad de la sintomatología y el grado la disfuncionalidad psicosocial que originan.

Por su parte, el ABCÉ sobre la Epilepsia, publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2016 define la epilepsia como *“un síndrome cerebral crónico, caracterizado por crisis recurrentes (que se repitan en el tiempo), autolimitadas (se detienen solas), de causa variada (condiciones maternas, falta de control prenatal, consumo de sustancias, desnutrición, infecciones, accidentes, causas genéticas, entre otras), con manifestaciones clínicas diversas (motoras, sensoriales, vegetativas) que puede tener o no, hallazgos paraclínicos (en electroencefalogramas, resonancias y otras)”*.

3.1. Afectaciones en la salud mental.

3.1.1 Problemas y trastornos mentales

De acuerdo con el Atlas Mundial de Salud Mental los trastornos mentales más prevalentes en el mundo son la depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario.

El informe regional sobre los sistemas de salud en América Latina y el Caribe de 2013, menciona que la carga de los trastornos mentales y neurológicos representa el 22,2% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad. En relación con todos los trastornos neuropsiquiátricos, los más prevalentes son el trastorno depresivo unipolar (13,2%) y los producidos por el consumo excesivo de alcohol (6,9%).⁴

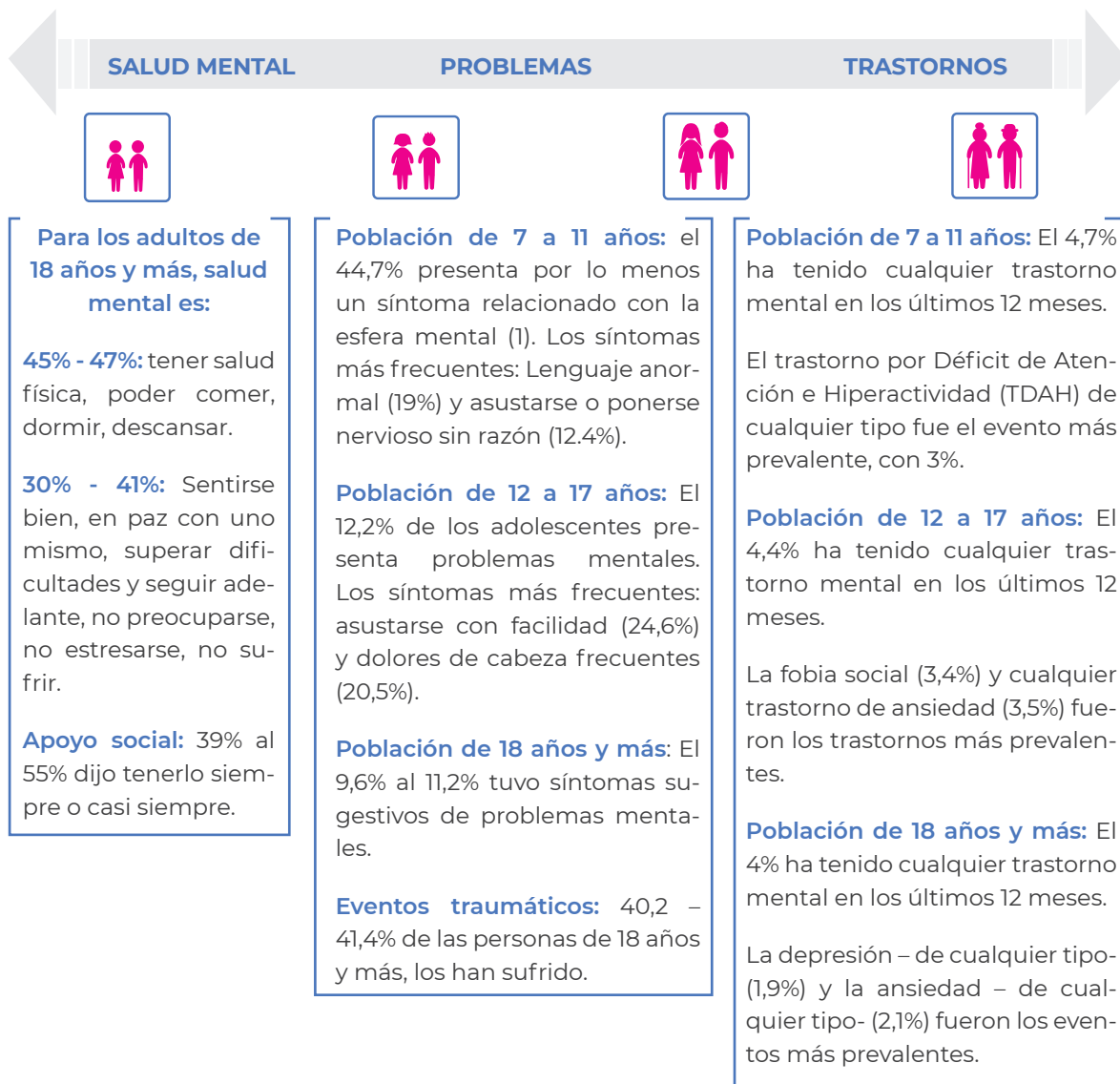
Las personas con trastornos mentales presentan tasas elevadas de discapacidad y mortalidad. En Colombia, la depresión mayor unipolar (13,17), los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol (8,06), los trastornos de ansiedad (6,16) y la epilepsia (3,35), se encuentran entre las primeras veinte causas por Años Vividos con Discapacidad AVD (tasa x 1.000)⁵.

Por otra parte, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que las tasas de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por trastornos mentales y del comportamiento han venido creciendo desde 2009 con 4,63 AVPP, hasta 17,42 AVPP por 100 mil habitantes en 2016.

En Colombia en 2015, se realizó la Encuesta de Salud Mental, la cual visitó a 16.147 personas, el 95,1% respondió completamente el formulario; definió 4 grupos poblacionales: Los niños de 7 a 11 años, adolescentes de 12 a 17 años, el grupo de 18 a 44 años y los de 45 años y más. La percepción sobre la salud mental de los colombianos está en relación con tener una adecuada salud física, comer, dormir y descansar bien, así como también disfrutar de tranquilidad, paz y poder ser capaces de superar las dificultades de la vida diaria. La encuesta también exploró el apoyo social frente a dificultades o problemas (“se refiere a los intercambios entre los miembros de una red o entramado de relaciones”, sean familiares, amigos, vecinos u otras personas) y se encontró que entre el 39% y el 55%, lo tienen siempre o casi siempre. (Ver figura)

A los niños y niñas de 7 a 11 años se les aplicó en el tamizaje el RQC (cuestionario de síntomas para niños), se encontró que el 44,7% requiere de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para descartar problemas o posibles trastornos. Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: lenguaje anormal (19,6%), asustarse o ponerse nervioso sin razón (12,4 %), presentar cefaleas frecuentes (9,7 %) y jugar poco con otros niños (9,5 %).

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, en Colombia.



Fuente: MSPS - Dirección de Promoción y Prevención, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

En adolescentes y adultos se aplicó el cuestionario de síntomas SRQ (por sus siglas en inglés: Self-Reporting Questionnaire), el cual evalúa presencia de síntomas de ansiedad, depresión psicosis y epilepsia. En los adolescentes, el 12,2% ha presentado síntomas de problemas mentales en el último año, la prevalencia de cualquier trastorno mental fue de 4,4%, la fobia social (3,4%) y cualquier trastorno de ansiedad (3,5%) fueron los trastornos más prevalentes. En los adultos, la prevalencia de problemas mentales fue de 9,6% a 11,2% y los trastornos mentales (cualquiera en los últimos 12 meses) fue de 4%. La depresión de cualquier tipo, y la ansiedad de cualquier tipo, fueron los eventos más prevalentes. (Ver figura 1.)

En lo que se refiere a la mortalidad, la tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento (Códigos CIE10: F00 a F99), se ha incrementado en los últimos años, pasando de 0,32 por 100.000 habitantes en 2009 a 1,53 en 2016. Adicionalmente, es importante señalar que la tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento también ha tenido una tendencia ascendente, en 2009 fue de 4,63 por 100.000 habitantes, mientras que, en 2016, fue de 17,42.

3.1.2 Conducta suicida.

La conducta suicida es un resultado no deseado en salud mental, no considerada como un diagnóstico en sí mismo. Tiene origen multifactorial y se ha definido como *“una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”*. Su espectro incluye la ideación suicida, el plan suicida, el intento de suicidio y el suicidio⁷.

La Organización Mundial de la Salud-OMS en su Boletín de salud mental 2018 estima que *“la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas se encuentra entre 3% y 5 %; en el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio.”*

En Colombia, el intento de suicidio es un evento de notificación obligatoria desde 2016. La información que se tiene antes de esta fecha proviene de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), integrada al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Las cifras muestran un incremento substancial en la tasa nacional del intento de suicidio. En 2009 fue de 1,8 por 100.000 habitantes y en 2017, de 52,4, según la cifra preliminar reportada por el SIVIGILA, lo cual podría tener su origen en el subregistro así como también en un incremento real del evento. Para el año 2017, los departamentos con tasas más altas fueron Vaupés, Putumayo, Caldas, Huila, y Arauca. El SIVIGILA reportó en el 2016 que se presentaron 17.587 intentos de suicidio, y en el 2017 fueron 28.835, con un incremento del 47% de un año a otro. El 32,1% tienen intentos previos, motivo por el cual cobra tanta importancia el seguimiento a los casos en el sistema de salud^{8,9}.

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

En la población privada de la libertad se reportaron 412 casos (1,6%), en gestantes, que hubo 288 casos (1,1%). El 49,5% de todos los casos reportados en 2017 presentaba algún

trastorno mental, el más frecuente fue la depresión (4.867 casos, 38%). El principal mecanismo utilizado para el hecho fue la intoxicación (68,7%) y el factor desencadenante más frecuente fue los conflictos recientes con la pareja (51,2%)^{8,9}.

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

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	16199	62,8
	Masculino	9615	37,2
Área de procedencia	Cabecera municipal	20633	79,9
	Centro poblado	1847	7,2
	Rural disperso	3334	12,9
Pertenencia étnica	Indígena	580	2,2
	ROM (gitano)	119	0,5
	Raizal	24	0,1
	Palenquero	15	0,1
	Afrocolombiano	938	3,6
	Otros	24138	93,5

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

El suicidio es un tema de gran relevancia en salud pública. Es un evento prevenible y de gran impacto en el individuo, la familia y la sociedad. Son muchos los años de vida potencialmente perdidos por muerte prematura por esta causa y afecta en mayor magnitud a la población joven, entre 15 y 29 años. Existen otros grupos específicos de riesgo como son las personas con antecedentes de intento de suicidio, los campesinos, las personas que consumen sustancias psicoactivas, personas pertenecientes a grupos étnicos, personas bajo custodia y personas en condición de desplazamiento⁹.

El número de defunciones por suicidios en Colombia, entre 2009 y 2016, fue de 17.522, con un promedio anual de 2.190 casos, en 2017 la cifra de suicidios (preliminar) fue de 2.097, esto es 377 casos menos que en 2016. La tasa ajustada de mortalidad por suicidio más baja que ha tenido Colombia en los últimos 9 años fue la de 2013, con 4,42 por 100000 habitantes, desde entonces se ha venido incrementando y en 2016 fue de 5,07 con tendencia al incremento. Los departamentos con tasa más altas por 100000 en 2016 fueron Vaupés (12,21), Arauca (11,67), Putumayo (9,22), Guainía (9,15), Amazonas (8,37) y Quindío (8,07).¹⁰

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

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

Resultados poblacionales sobre conducta suicida en Colombia, 2015

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

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Resultado estadísticamente no significativo ** Resultado con Coeficiente de Variación Estimado (CVE) mayor de 20

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

Algunas de las recomendaciones que propusieron los investigadores en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, para mejorar la salud mental de los colombianos fueron:

1. Realizar actividades de promoción y prevención en salud mental a nivel individual, familiar y comunitario, en articulación con otros sectores corresponsables, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS.
2. Desarrollar acciones dirigidas a la transformación cultural en el largo plazo, realizar demanda inducida y gestión del conocimiento.
3. Intervenir los entornos en los diferentes ámbitos, implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, con participación intersectorial de todos los actores corresponsables de la salud mental, teniendo en cuenta los diferentes enfoques, realizar acciones para la detección temprana de problemas y trastornos mentales en los entornos.
4. Formular de protocolos y guías de práctica clínica.
5. Fortalecer las competencias del personal de salud y educación, desde la atención primaria en salud.

3.1.3 Consumo de sustancias psicoactivas.

El país cuenta, desde el año 1992, con estudios nacionales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en la población general, escolares y universitarios y poblacionales como los realizados con adolescentes en el sistema de responsabilidad penal, en población con comportamientos de alto riesgo para adquirir o transmitir Infecciones de transmisión sexual y sanguínea por su impacto en salud pública y sistemas de información que permiten hacer seguimiento a este fenómeno.

Se considera que las tendencias del consumo de sustancias psicoactivas son variables y acorde al tipo de sustancia. La prevalencia del consumo de último año de tabaco disminuyó en todas las poblaciones, frente al consumo de alcohol se reporta disminución en la población escolar y estabilización en la población universitaria y general. Finalmente, frente al consumo de sustancias ilícitas se identificó disminución de un punto porcentual en la población escolar, sin embargo, el consumo aumenta en la población universitaria y en población general, especialmente a expensas del aumento del consumo en mujeres.

Prevalencias de último año de consumo de sustancias psicoactivas. Estudios nacionales.

Alcohol									
Estudio	Población general			Población escolar			Población Universitaria		
Año	1996	2008	2013	2004	2011	2016	2009	2012	2016
Total	61,65%	61,18%	58,78%	65,61%	64,21%	56,23%	81,77%	85,01%	81,83%
Tabaco									
Estudio	Población general			Población escolares			Población Universitaria		
Año	1996	2008	2013	2004	2011	2016	2009	2012	2016
Total	21,40%	21,46%	16,21%	31,71%	20,23%	14,47%	31,53%	34,06%	28,28%
Sustancias ilícitas									
Estudio	Población general			Población escolares			Población Universitaria		
Año	1996	2008	2013	2004	2011	2016	2009	2012	2016
Total	1,60%	2,74%	3,60%	10,96%	8,58%	9,67%	Sin reporte	16,40%	22,40%

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

Las causas del consumo de sustancias psicoactivas son múltiples, se vinculan a factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales, de orden individual, familiar y comunitario. El consumo sustancias psicoactivas en la infancia y adolescencia afecta determinantemente el desarrollo cerebral, así mismo, su uso es un factor de riesgo importante para la salud, lo cual se refleja principalmente en la pérdida de años vividos sin salud, en la mortalidad asociada a eventos como la violencia, enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas como cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer,

enfermedades mentales, entre otras, con efectos desproporcionados en poblaciones específicas como gestantes, habitantes de calle, personas privadas de la libertad y personas que se inyectan drogas¹¹.

Existen patrones de consumo de sustancias psicoactivas que en ocasiones transitan a consumos de riesgo o perjudiciales para la salud del consumidor y su familia. De acuerdo con los tiempos y tipos de exposición a la sustancia, los factores de riesgo y protección, pueden o no desencadenar problemáticas sociales asociadas a la convivencia social y a la vida en comunidad.

Estos consumos también pueden transitar a ser trastornos mentales que requieren atención integral, demanda de servicios de salud, sociales y recursos económicos para la atención de las personas que sufren esta patología.

La transición de los consumos problemáticos está configurada según los determinantes sociales de la salud, y de acuerdo con los entornos donde las personas que consumen sustancias psicoactivas se desarrollan. Así mismo, el uso crónico del alcohol está vinculado con problemas psiquiátricos, familiares, médicos y sociales, que se magnifican en los niños y niñas que han sido expuestos a un ser cercano que abuse del alcohol¹².

Teniendo en cuenta la complejidad de esta problemática, que trasciende a la salud mental y su impacto a nivel sanitario, económico y social, se desarrollará la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas, en complementariedad al presente instrumento.

3.1.4 Violencias y convivencia social.

La Organización Mundial de la Salud en su informe mundial sobre la violencia y la salud - 2012 clasifica la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal, -que incluye la violencia intrafamiliar-, y violencia colectiva, por lo cual la violencia es un fenómeno social de origen multicausal, con consecuencias económicas, políticas, sociales y de salud pública.

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

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

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, cada año en el mundo más de un millón de personas pierden su vida y muchos más sufren de heridas no fatales

como resultado de estas tres categorías, y además existen dificultades para abarcar todo el espectro de la violencia en el país.

Por lo tanto, en las metas establecidas para la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, se priorizaron la violencia interpersonal y la violencia intrafamiliar.

De otro lado, las lesiones causadas por la violencia interpersonal son un problema de salud pública, por su alta frecuencia y la discapacidad que generan, con la consecuente disminución de la calidad de vida y el incremento del número de años de vida potencialmente perdidos por mortalidad prematura. Sus efectos se relacionan también con la sobrecarga al sistema judicial, sobrecostos y aumento en la demanda por prestación de los servicios al sistema de salud, ausentismo laboral e impactos negativos a nivel psicológico, social, familiar, económico y cultural.

En los últimos años la violencia interpersonal se ha constituido en la principal causa de años de vida saludable perdidos por lesiones de causa externa no fatales en Colombia. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, reportó que en 2017 se perdieron 337.360 años de vida saludable, 159.989 en hombres y 177.300 en mujeres¹³.

En cuanto al momento del curso de vida, el grupo de edad en los que más se presentan estos eventos, es en jóvenes de 20 a 24 años (18,34%) y entre los 25 y 29 años (16,50%), entre otros factores, los jóvenes cuentan con menor aversión al riesgo y son más proclives a la transgresión de normas que personas de otros grupos de edades; además para los hombres jóvenes, la violencia se constituye como uno de los principales medios para afrontar las dificultades y reaccionar frente a los conflictos, al percibirla como un mecanismo simbólico de reconocimiento y realización personal¹³.

Entre las causas más relevantes de este tipo de violencia se presentan determinantes estructurales relacionados con el género, el capital, la cohesión social, los valores sociales y la cultura. Dentro de esta última, las normas sociales, prejuicios, estereotipos, creencias e imaginarios justifican, validan y reproducen el uso de la violencia, la ruptura en el tejido social, la baja solidaridad ciudadana y la confianza interpersonal¹³.

También se presentan determinantes intermedios y proximales, que inciden en las violencias, como el déficit en las habilidades sociales, el mal manejo de las emociones y del estrés, inadecuadas pautas de crianza, el bajo involucramiento parental y las débiles pautas educativas para formación de competencias y cultura ciudadana.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, como fenómeno social con consecuencias que trascienden el ámbito individual y familiar, son las mujeres, los niños y las niñas, las víctimas más frecuentes. Los principales desencadenantes de los hechos de violencia intrafamiliar son la intolerancia y el machismo. Conforme al estudio de Rivero y Sánchez, publicado en el 2004 por el Centro de Estudios para el Desarrollo Económico (CEDE) de la Universidad de los Andes, la violencia intrafamiliar impacta negativamente los ingresos laborales de las mujeres, reduciendo su participación en el mercado laboral y limitando sus opciones

de encontrar un empleo satisfactorio. De igual forma, afecta la salud y el rendimiento escolar de los niños y las niñas.

La ENSM 2015 exploró la presencia de eventos traumáticos en la población, producidos por algún tipo de violencia, o por situaciones sumamente estresantes, entre ellas: maltrato físico, abuso sexual, accidente de tránsito, robo o atraco, ataque de un animal, conflicto armado, enfermedad grave o potencialmente mortal, haber sido testigo de serias lesiones o fallecimiento inesperado de los padres, cuidadores u otro ser querido.

Se encontró que el 11,7% de la población infantil (de 7 a 11 años), ha presentado al menos un evento traumático, en los adolescentes el 29,3 % y alrededor del 41% de los adultos ha estado expuesto a estos eventos, con afectaciones importantes en su salud mental. El desplazamiento forzado es un evento que también afecta a la población en todas las edades, con una frecuencia entre 13,7% y 18,7%, y se da con mayor frecuencia en los adultos jóvenes de 18 a 44 años.

En los adultos los síntomas de psicológicos secundarios a la exposición a eventos traumáticos que se presentan con mayor frecuencia en los últimos 12 meses, en los adultos son, la presencia de recuerdos, pensamientos o imágenes del evento (20,8% al 23,7%) y evitar pensar o hablar de la experiencia (12,9% al 19,6%).

Según cifras de 2017 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en 2017 la tasa estimada de violencia intrafamiliar fue de 55,87 casos por cada 100.000 habitantes. Se presentaron en total 27.538 casos, el 59,78% de las víctimas (16.463 casos) corresponde a mujeres y el 40,22% (11075 casos) a los hombres. Se reportaron 10.385 (37,71%) casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes, 1.944 (7,06%) contra el adulto mayor y 15209 (55,23%) correspondieron a casos de violencia entre otros familiares.

De lo anterior se infiere que existen varias relaciones entre la violencia y la salud mental. La primera relación reconoce los problemas y trastornos mentales como posibles causas de la violencia. La segunda relación señala que algunas de las víctimas de violencia por lo general presentan trastornos emocionales y psicológicos agudos como ansiedad y depresión, o crónicos como estrés postraumático. En la tercera relación, los victimarios presentan factores de riesgo emocional o psicológico que los conducen a cometer hechos violentos, por lo cual las violencias hacen parte de lo que se denominan eventos traumáticos.

3.1.5 Epilepsia

Esta enfermedad genera un impacto importante en la salud mental de quienes la padecen, por la discapacidad que produce y el estigma y la discriminación que con frecuencia se asocian a ella.

Según la OMS, en todo el mundo, unos 50 millones de personas padecen epilepsia, lo que la convierte en uno de los trastornos neurológicos más comunes. Anualmente se diagnostican 2,4 millones. En Colombia, según el Sistema Integral de Información de la

Protección Social, SISPRO, de 2009 a 2017, se atendieron 1'070.898 personas con diagnóstico de epilepsia. Adicionalmente, en el Estudio de Carga de Enfermedad para Colombia 2010, se identificó que la epilepsia se encuentra en puesto 19 de las primeras 20 causas de carga de enfermedad en ambos sexos y en todas las edades, con 1671 AVISAS por discapacidad y 0,4 AVISAS por mortalidad.

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la epilepsia fue visibilizada en el componente “Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia” y se definió dentro de los objetivos del mismo, la necesidad de *“Fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral”* de las personas que padecen epilepsia.

3.2 Factores que limitan el ejercicio de la salud mental

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

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

La Encuesta del Uso del Tiempo del 2012 y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia – ENSIN del 2015, señalan los patrones de uso del tiempo libre, sedentarismo y hábitos alimentarios como determinantes asociados con las prevalencias de cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y trastornos mentales. Por otro lado, dicha encuesta encontró que solo el 31% de los escolares y 13.4% de los adolescentes cumplen con las recomendaciones de actividad física y 67.9% y 76.6%, respectivamente, tienen tiempo excesivo frente las pantallas. En Colombia, solo el 18.9% de los hombres y el 9.2% de las mujeres dedican tiempo diario a realizar actividades de tipo cultural, deportivas o dedicadas a sus aficiones.

Por otra parte, se pudo observar un aumento del exceso de peso para escolares (5.6 puntos porcentuales (pp.)), adolescentes (2.4 pp.) y adultos (5.2 pp.) en comparación con los resultados de la ENSIN 2010, con mayor prevalencia en el área urbana que en el área rural y con mayores riesgos para las poblaciones entre los 18 a 64 años, afectando más a las mujeres que a los hombres.

La Asociación Americana de Psicólogos encontró que la obesidad en las mujeres se asocia con una “tasa estimada del 37% mayor de depresión que sus pares de peso normal”

y una relación estrecha con un alto índice de masa corporal y pensamientos suicidas frecuentes. Asimismo, las personas con un diagnóstico previo de depresión mayor, tienen más probabilidad de tener sobrepeso u obesidad, por lo tanto, existe una correlación entre la obesidad y la depresión que es cada vez más frecuente^{14,15}.

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

Otros aspectos relacionados con la salud mental y el establecimiento de habilidades y vínculos sociales son los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y el uso del tiempo libre. Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, del 2016, se evidenció que hay menor consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes cuyos padres se interesan en saber en dónde se encuentran, así como de los padres que están pendientes en los programas de televisión que ve el adolescente, las actividades que se hace en el colegio o del control de los horarios de llegada a casa durante los fines de semana y el conocimiento acerca de los lugares que frecuenta, al igual que el compartir espacios de comida y el interés frecuente sobre los amigos más cercanos que frecuente el adolescente¹⁶.

Por otra parte, el estado de los espacios físicos y el estrés urbano tienen una relación importante con la salud mental. Por ejemplo, la OMS recomienda un promedio de 10 a 15 m² de espacio público por habitante, como la medida que garantiza el Objetivo 11 de los ODS y su importancia para *“hacer que las ciudades sean inclusivas, seguras, resilientes, sostenibles”* ya que con ello se fomenta la salud de las personas.

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

3.3 Oferta y demanda de los servicios de salud mental (análisis de capacidad de respuesta).

El país reconoce la importancia de la atención y del fortalecimiento de programas y estrategias integrales e integradas para dar respuesta a los problemas y trastornos mentales. De tal manera, el Ministerio de Salud y Protección Social viene avanzando en la cualificación de la oferta institucional y comunitaria, junto al desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del talento humano.

Uno de los aspectos a tener en cuenta es el desarrollo de acciones de atención primaria con enfoque social comunitario, a través de la atención y rehabilitación basadas en la comunidad, consiste en la detección y abordaje inicial por parte de actores sociales y comunitarios. Estos determinan una primera respuesta mediante los primeros auxilios en salud mental y remisión oportuna hacia los servicios de salud. Posteriormente, la atención integral e integrada deriva el involucramiento interdisciplinar del talento humano conformado tanto por los profesionales de la salud, como por los profesionales de otras áreas del conocimiento, y del desarrollo de competencias intersectoriales con el fin de garantizar acciones de atención secundaria para la promoción, la prevención, la atención y la rehabilitación mediante la red de servicios que atienda oportunamente¹⁷.

Dichos procesos de atención integral e integrada en salud mental, deben tener en cuenta el entrenamiento de los profesionales de la salud, lo cual supone la cualificación de los programas de educación y capacitación de las diferentes categorías de profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en el sistema de salud¹⁷.

Aproximadamente el 4% de los médicos especialistas en Colombia son psiquiatras, en 2016 había 938 psiquiatras pero se necesitaban al menos 1.442, lo cual implicaba un déficit de 504 (35%). En el país, “la densidad de médicos (generales y especialistas) por cada 10.000 habitantes es inferior a los países de la Unión Europea, inclusive, se ubicó por debajo de Brasil, Chile y España”, en 2015, había 20 médicos (generales y especialistas) por cada 10.000 habitantes¹⁸.

En Colombia se estima que hay 2 psiquiatras por cada 100000 habitantes, en relación con otros profesionales, existe insuficiente información, por ejemplo sobre el número de profesionales de apoyo como enfermeras, profesores, y trabajadores sociales entrenados en salud mental. El Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud estimó que en 2017 había cerca de 25.000 médicos especialistas, que equivale a 5,1 por cada 10.000 personas; alrededor del 66% de los profesionales de la salud se concentra en: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Santander. De lo anterior se infiere que hay un problema de acceso para las personas que deben desplazarse hacia las ciudades capitales para recibir atención, y en muchos casos no logran acceder a un especialista debido a la distancia, esto afecta la consulta inicial y la continuidad del tratamiento, que es crucial para la atención de los problemas y trastornos mentales¹⁹.

Además, existen barreras asociadas con el estigma sobre solicitar los servicios de salud mental, relacionados con imaginarios como: “no considerar” “no es necesario ir”, “descuido” o “no querer ir”; también esto también afecta la adherencia a los medicamentos²⁰.

A su vez, las debilidades en la detección temprana aumentan la probabilidad de mortalidad, más aún en personas que sufren de otras enfermedades crónicas no transmisibles.

En ese sentido, una oportunidad de mejora es facilitar el acceso a la atención y la adherencia a los tratamientos de las personas con problemas o trastornos mentales, fortalecer los procesos de seguimiento y adherencia a los tratamientos, principalmente de aquellos

con mayor prevalencia de enfermedades crónicas, ausencia de redes de apoyo familiares, sociales o comunitarias que faciliten la rehabilitación.

Por su parte, la rehabilitación integral en salud mental requiere de acciones intersectoriales que promuevan el acceso a oportunidades laborales, educativas, culturales, recreativas y de vivienda, entre otras. Es necesario que, desde el presente instrumento de Política, se oriente la gestión articulada de servicios sociales y sanitarios para promover la inclusión social, reducir el estigma y la discriminación y favorecer el desarrollo de las personas con trastornos mentales y epilepsia.

4. Enfoques

4.1 Enfoque de desarrollo basado en derechos humanos

Comprende el reconocimiento de los sujetos individuales y colectivos como titulares de derechos. Reconoce el desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades para el alcance de su bienestar físico, mental y social, ampliando sus libertades y posibilidades de elección para vivir una vida plena de sentido, según el momento de curso de vida en el que se encuentran, las características y condiciones poblacionales que los identifica, y los territorios específicos que habitan y construyen subjetivamente. Así, *“los derechos humanos y el desarrollo humano comparten una misma visión y un mismo objetivo: garantizar, para todo ser humano, libertad, bienestar y dignidad”*²¹.

El desarrollo basado en derechos humanos tiene una estrecha relación con la salud mental, toda vez que dichos problemas afectan la esperanza de vida, los años de instrucción esperados y el Ingreso Nacional Bruto per cápita, siendo a su vez causa y consecuencia de la pobreza; por otra parte, las personas con trastornos mentales deben enfrentar numerosas barreras para el acceso a la educación, a las oportunidades de empleo y otras fuentes de generación de ingresos, debido a la estigmatización, discriminación y marginación que históricamente han vivido²².

4.2 Enfoque de curso de vida

Derivado de la relación descrita entre desarrollo y derechos, el enfoque de curso de vida se considera importante desde el reconocimiento de las trayectorias de vida, los sucesos y transiciones en el vivir de los seres humanos. Permite a su vez, identificar ventanas de oportunidad que inciden en la vida cotidiana de los sujetos en el marco de sus relaciones, la toma de decisiones y su proyecto de vida. Por tanto, el desarrollo en relación con los derechos, y el reconocimiento del curso de vida de los sujetos individuales y colectivos, constituye un fundamento clave para la comprensión y abordaje tanto de la promoción y sostenimiento de la salud mental como el abordaje de los problemas y trastornos mentales; toda vez que es sabido que una misma patología puede generar sintomatología

de diferentes características en niños, niñas y adolescentes, adultos, o adultos mayores, como ocurre en la depresión o en el riesgo suicida.

4.3 El Enfoque de género

El género es un estructurador social que determina la construcción de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino, y las relaciones de poder que de éstos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad. Estas construcciones sociales difieren entre sociedades, culturas y se transforman en el tiempo y parten de expectativas colectivas de género que se modifican dependiendo de la condición de clase, el periodo del curso de vida y el lugar que ocupen los sujetos sociales en el ordenamiento socio-racial. Las discriminaciones por razones de género permean las estructuras sociales, culturales, económicas y políticas; y tienen impactos individuales, comunitarios y colectivos. Lo anterior resalta la necesidad de que en la atención en salud mental se reconozcan las identidades de género y las orientaciones sexuales, como también los roles de género desde una perspectiva de igualdad.

Las necesidades en salud mental son diferenciales cuando se considera este enfoque. Es así como en el país el mayor riesgo de depresión, ansiedad y conducta suicida lo presentan las mujeres, en tanto que el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio consumado es mayor para los hombres. Por su parte algunas condiciones asociadas a reconocerse como LGTBI, tales como la discriminación y la estigmatización, son factores de riesgo para depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida.

4.4 Enfoque diferencial poblacional – territorial

Visibiliza la importancia de las particularidades de los sujetos individuales y colectivos, considerando su situación, y su contexto con las variables sociales, políticas y culturales que les son inherentes. Implica el reconocimiento de condiciones constitutivas de edad, etnia, discapacidad, así como sociales, políticas, culturales, religiosas y económicas, las afectaciones por violencias (social y política), de ubicación geográfica (urbana o rural), y la condición legal, entre otras. Del mismo modo, promover universalidad de los derechos, lo multicultural, lo étnico y promueve la lectura en contexto. En este sentido, el enfoque diferencial reconoce la importancia de la relación población – territorio, como categorías que promueven la formulación, implementación y evaluación de políticas que tengan como punto de partida tanto a los sujetos individuales y colectivos de derechos, como las condiciones poblacionales y territoriales que les son propias.

Junto con la implementación del enfoque diferencial, es necesario considerar el enfoque interseccional entendido como la comprensión de los procesos complejos que derivan de la interacción de factores sociales, económicos, políticos, culturales y simbólicos en cada contexto. Permite también examinar las diferentes dimensiones de la vida social que resultan distorsionadas cuando se adopta un eje de análisis único²³.

Las particularidades territoriales en salud mental según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, evidencia claras diferencias en las frecuencias de aparición de problemas y trastornos mentales en todas las edades, ligadas al territorio. A manera de ejemplo, dicha encuesta muestra como en la Región Pacífica se encuentran las mayores prevalencias en tanto que la Región Atlántica se denotan las prevalencias más bajas. El análisis de estas diferencias es imprescindible para focalizar las intervenciones en salud mental, adaptándolas a las características de las poblaciones para lograr aceptabilidad y pertinencia.

4.5 Enfoque psicosocial

La Política Nacional de Salud Mental adopta el enfoque psicosocial como una herramienta de la atención en salud que permite reconocer la integralidad de las personas teniendo en cuenta el contexto en el que se han desenvuelto, los hechos que han vivido, el significado que les han dado a estos hechos, el sufrimiento que han experimentado y las capacidades con las que cuentan las personas y comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida. Este enfoque se materializa en la humanización de la atención en salud mental, para la cual es indispensable la sensibilidad frente a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.

5. Modelo de determinantes sociales de la salud: relaciones con la salud mental

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar; apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas.

En el Plan de Acción sobre Salud Mental, la Organización Mundial de la Salud destaca que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Se definen así determinantes estructurales como la educación, el ingreso, la cohesión social, la etnia o el género, y determinantes intermedios como las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los alimentos, los apoyos comunitarios, los comportamientos de las personas y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. La evidencia latinoamericana corrobora lo anterior al indicar que, por lo general, el estatus socioeconómico se relaciona negativamente con indicadores de trastornos mentales, y la falta de escolaridad se relaciona con síntomas de depresión, intento de suicidio, trastornos mentales, del estado del ánimo y ansiedad²⁴.

Por tal razón, esta política atiende al modelo de determinantes sociales de la salud contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública, que plantea el análisis de las desigualda-



des sociales y su incidencia en los logros en salud, incluyendo la salud mental. Implica reconocer que *“las diferencias en salud producidas socialmente, se distribuyen de forma sistemática entre la población y son injustas”*, y busca promover la adopción de políticas que generen movilización y participación social, así como condiciones de igualdad en salud; reafirmando el derecho de las personas a lograr el grado máximo de salud posible y procurando cerrar brechas y diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente, mediante la implementación de estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación²⁵.

6. Principios de la política nacional de salud mental

La Política Nacional de Salud Mental se rige por los siguientes principios orientadores:

- 6.1 La salud mental como parte integral del derecho a la salud.** La Organización de Naciones Unidas, a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, reconoce la salud mental como elemento constitutivo del derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental.
- 6.2 Abordaje intercultural de la salud.** Como lo define la Ley 1751 de 2015, implica el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.
- 6.3 Participación social:** Como lo indica la Política de Participación Social en Salud todos los actores sociales hacen parte de las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema que afecta a la comunidad en el entendido que la salud es un bien público.
- 6.4 Política pública basada en la evidencia científica.** Implica usar la mejor evidencia posible producto de las investigaciones para el desarrollo e implementación de las políticas públicas; de acuerdo con un enfoque racional, riguroso y sistemático.

7. Objetivos

7.1 Objetivo General:

Promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y

colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.

7.2 Objetivos específicos:

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

8. Ejes de la política nacional de salud mental.

Los ejes de política orientan estratégicamente las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el territorio colombiano con enfoque de atención primaria en salud. A continuación, se enuncia y describe cada uno de ellos, así como se plantean líneas de acción que permitirán la materialización operativa de esta Política.

Considerando que esta Política se armoniza con la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, los ejes que se describen a continuación se desarrollarán a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS-, toda vez que estas son las herramientas que orientan a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, acerca de las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de acciones para promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. En tal virtud, se plantean los siguientes ejes de la Política²⁶:

8.1 Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos

8.1.1 Definición y alcance:

Agrupar todas aquellas acciones intersectoriales orientadas al desarrollo de capacidades individuales, colectivas y poblacionales que reconozcan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía vivir una salud mental para afrontar los desafíos de la vida, trabajar y establecer relaciones significativas y contribuir a un tejido comunitario basado en relaciones de poder equitativas, dignas y justas para todas y todos.

Lo anterior implica comprender la salud mental como un proceso histórico, dinámico y contextualizado, en el que se pone en juego la capacidad de agencia de las personas, el tejido de relaciones humanas que se construyen y el conjunto de potencialidades individuales y colectivas que se desarrollan cuando se decide libre y conscientemente relacionarse con otros y otras.

8.1.2 Objetivo:

Crear las condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social.

8.1.3 Estrategias:

8.1.3.1. Generación y fortalecimiento de entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables

Se refiere a los escenarios de vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Para esto, se requiere:

- a. Fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario: En general, se usa el término red para designar estructuras o dinámicas de vínculos o interacciones entre diferentes actores o miembros de un territorio que pueden ser instituciones (públicas y privadas), organizaciones y grupos de diferentes tipos, comunidades, familias o personas, que coordinan acciones conjuntas a través de las cuales comparten e intercambian conocimientos, experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, sociales) para generar alternativas novedosas que potencian esos recursos (generar sinergias) para alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada.
- b. Articulación de las actividades de salud con las iniciativas de los distintos sectores a fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población: La promoción de la salud mental exige del concurso activo de sectores como educación, trabajo, vivienda, cultura, deporte, entre otros, toda vez que están estrechamente relacionados con el bienestar y la calidad de vida, con la participación intersectorial en los territorios donde las personas, familias y comunidades se desarrollan.

8.1.3.2 Promoción del involucramiento parental

Se entiende como la presencia y participación regular de los padres en la vida y cotidianidad de los hijos, que implica:

- a. Diálogo y concertación permanente con fines de acompañamiento, apoyo, control y supervisión a las actividades de los niños, niñas y adolescentes.
- b. Construcción de afecto y confianza, vínculos y relaciones, en un ambiente de respeto y libertad.

8.1.3.3 Educación en habilidades psicosociales para la vida

Son las competencias que permiten a los individuos afrontar las exigencias de la vida cotidiana y tener relaciones que posibiliten el mayor desarrollo del capital humano. La OMS/OPS ha definido diez habilidades básicas, a saber:

- a. **Autoconocimiento:** Reconocimiento de la propia personalidad, características, fortalezas, debilidades, aspiraciones, expectativas y otros. Construir sentidos sobre sí mismo, los demás y los entornos. Saber qué se quiere en la vida e identificar los recursos personales con que se cuenta para lograrlo.
- b. **Empatía:** Capacidad para ponerse en el lugar de otra persona y desde esa posición comprender sus sentimientos para responder de forma solidaria, de acuerdo con las circunstancias.
- c. **Comunicación efectiva o asertiva:** Habilidad para expresarse en los diferentes contextos relacionales y sociales afirmando su ser y estableciendo límites en las relaciones sociales.
- d. **Relaciones interpersonales:** Competencia para interactuar positivamente con las demás personas, y establecer y conservar relaciones interpersonales significativas, así como ser capaz de terminar aquellas que bloqueen el crecimiento personal.
- e. **Toma de decisiones:** Capacidad para evaluar diferentes posibilidades, teniendo en cuenta necesidades, valores y posibles consecuencias, tanto en la propia vida como en la de otras personas.
- f. **Solución de problemas y conflictos:** Destreza para manejar los conflictos de forma creativa y flexible, identificando en ellos oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.
- g. **Pensamiento creativo:** Utilizar los procesos de pensamiento para buscar respuestas innovadoras a los diversos desafíos vitales.
- h. **Pensamiento crítico:** Usar la razón, sentimientos y emociones, para ver la realidad desde perspectivas diferentes, para abordarla de formas novedosas.

- i. **Manejo de emociones y sentimientos:** Reconocer y gestionar positivamente las emociones y sentimientos en las diferentes personas y contextos.
- j. **Manejo de la tensión y el estrés:** Identificar las fuentes de tensión y estrés en la vida cotidiana, saber reconocer sus distintas manifestaciones y encontrar vías para eliminarlas o contrarrestarlas de manera saludable.

8.1.3.4 Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental

Implica, de una parte, el reconocimiento de otras culturas o prácticas culturales en razón de la diversidad regional y local, y de otra, promover las cosmovisiones, valores, rituales y creencias que favorezcan los procesos propios de interacción a nivel comunitario, familiar e individual, así como la identidad de los grupos étnicos.

El desarrollo de este eje desde el sector salud se dará a través de la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Curso de Vida; con la participación de los demás sectores según su competencia. Esta ruta, de carácter individual y colectivo, promueve la salud mental, previene los riesgos asociados a los trastornos mentales y genera cultura del cuidado de la salud mental en las personas, familias y comunidades e incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica, y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.

8.2 Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia.

8.2.1 Definición y alcance:

Se refiere a las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo y las dirigidas a detener su avance y atenuar sus consecuencias, una vez establecida. En salud mental, la prevención se enfoca primordialmente en la modificación de conductas y condiciones de riesgo en personas, familias y comunidades, tales como la vivencia de hechos traumáticos, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el bajo apoyo social y la disfuncionalidad familiar.

8.2.2 Objetivo:

Mejorar la capacidad de respuesta individual, familiar, comunitaria e institucional, orientando acciones para gestionar los riesgos en salud mental y epilepsia en los entornos donde las personas se desarrollan.

8.2.3 Estrategias:

8.2.3.1 Cualificar los dispositivos de base comunitaria adaptándolos,

cuando sea necesario, a la medicina tradicional y las formas organizativas propias. Estos dispositivos son espacios relacionales en los entornos educativo, laboral, comunitario e institucional donde se realizan procedimientos de:

- a. Detección temprana de riesgos de violencias, problemas y trastornos mentales, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia.
- b. Primeros Auxilios Psicológicos e intervención en crisis.
- c. Educación en salud mental.
- d. Remisión oportuna a los servicios sanitarios y sociales.

8.2.3.2 Prevención de la conducta suicida

- a. Restringir el acceso a medios letales, tales como sustancias tóxicas, armas de fuego y disponer barreras mecánicas para evitar caídas desde la altura.
- b. Ampliar la cobertura territorial de las líneas telefónicas de ayuda, y cualificar las existentes.
- c. Capacitar a los actores de los medios de comunicación acerca de cómo informar sobre suicidio.

8.2.3.3 Fortalecer las acciones de prevención de la epilepsia:

- a. Identificar y gestionar oportunamente la salud materno-perinatal para evitar secuelas neurológicas derivadas de alteraciones en ese periodo crítico de la vida.
- b. Prevención de accidentes de movilidad vial para evitar secuelas neurológicas y psiquiátricas
- c. Ampliar las coberturas del Plan Ampliado de Inmunización (PAI) para prevenir infecciones del sistema nervioso central.
- d. Reducir la infección del sistema nervioso central por parásitos como el cisticerco.
- e. Mejorar el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y del riesgo cerebrovascular para evitar las secuelas neurológicas asociadas.

8.2.3.4 Fortalecer las acciones de detección e intervención temprana de riesgos en salud mental y epilepsia en la atención de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna.

El desarrollo de este eje desde el sector salud se dará a través de la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Curso de Vida; con la participación de los demás sectores según su competencia.

8.3 Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral)

8.3.1 Definición y alcance.

Se refiere a la organización y complementariedad de las acciones de los actores de sistema de salud para responder a las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades. Según la Política Integral de Atención en Salud, la integralidad en la atención comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad. Para su desarrollo requiere adicionalmente de la integración exitosa de la salud mental a la atención primaria de salud mental que promueve el respeto de los derechos humanos.

8.3.2 Objetivo:

Disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales, violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades, aumentando la oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la continuidad y la oferta de servicios de salud mental.

8.3.3 Estrategia:

Desarrollo de redes integrales, con enfoque de atención primaria, para la atención en salud mental y epilepsia.

- a. Mejorar los servicios de baja complejidad que faciliten el acceso y la atención integral en salud mental y epilepsia de las personas en el territorio, vinculando a gestores comunitarios.
- b. Incentivar el desarrollo de los servicios especializados en salud mental y epilepsia que se requieran.
- c. Promover la creación de unidades funcionales de prestadores de servicios que garanticen el manejo integral en salud mental y epilepsia, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de hospitalización parcial.
- d. Realizar los procesos de gestión necesarios para el funcionamiento de las redes integrales de atención, tales como la formación continua y suficiencia del talento

humano, habilitación y acreditación, definición de procesos y procedimientos de atención, definición de mecanismos de contratación y pago, adaptación intercultural participativa de los servicios en salud mental y epilepsia para la atención de población étnica.

- e. Fortalecer el sistema de información para el seguimiento y monitoreo de la provisión de servicios.

Este eje se desarrollará a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud que aborden riesgos en salud mental; con intervenciones individuales y colectivas dirigidas tanto a evitar la aparición de condiciones específicas en salud mental como a realizar el diagnóstico y la remisión oportuna para el tratamiento.

8.4 Rehabilitación integral e Inclusión social.

8.4.1 Definición y alcance:

Es el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima en los aspectos funcionales físicos, psicológicos, educativos, sociales, y ocupacionales, con el fin de lograr equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. Incluye la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud local.

La rehabilitación integral en salud mental se implementa a través de esfuerzos combinados de las propias personas con discapacidad, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes, enfocándose en las necesidades de las personas con problemas, trastornos mentales y epilepsia. Implica de esta manera, la articulación permanente entre los servicios sociales y de salud, y de otros sectores, así como la agencia de las personas y las comunidades para el abordaje de la discapacidad mental o psicosocial, y la superación del estigma y la discriminación.

8.4.2 Objetivo:

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

8.4.3 Estrategia

Ampliar la cobertura y cualificar la implementación de la Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental:

- a. Identificar y caracterizar a las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y comunidad de referencia.
- b. Remitir oportunamente los casos detectados a los servicios de salud y a otros sectores, y realizar seguimiento con la familia y la comunidad.
- c. Apoyar y acompañar a las familias y cuidadores de personas con trastornos mentales incluyendo el fortalecimiento de capacidades para el manejo del trastorno mental.
- d. Conformar grupos de apoyo y de ayuda mutua.
- e. Fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social.
- f. Fortalecer redes socio-institucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas, recreación y cultura para las personas con trastornos mentales.
- g. Fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.

El desarrollo de este eje se dará mediante la implementación Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Curso de Vida y las Rutas Integrales de Atención en Salud que aborden riesgos en salud mental.

8.5 Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

8.5.1 Definición y alcance:

Se refiere, en principio, a la integración de varios sectores con una visión conjunta para resolver problemas sociales; es así que todas las políticas públicas que busquen el desarrollo global y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, deben ser planeadas e implementadas intersectorialmente. Desde la perspectiva de las políticas en salud se considera que la articulación y coordinación entre sectores posibilita la búsqueda de soluciones integrales aprovechando productivamente los recursos (saberes, experiencias, medios de influencia, recursos económicos, etc.) y las diferencias existentes.

La articulación intersectorial debe considerar:

- a. Descripción de las acciones y estrategias dirigidas a la identificación y transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida.
- b. Diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.
- c. La promoción, fortalecimiento y gestión de lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fun-

damental en el desarrollo de la autonomía de cada uno de los sujetos (parágrafo del artículo 33, L. 1616/13)

Dichas acciones, por su naturaleza, son susceptibles de convocar a otros entes o autoridades, siempre teniendo presente el principio de colaboración armónica y la necesidad de concertación previa, sin que la expedición de la política pública sea el escenario para atribuir funciones o hacer mención de aquellas ya previstas en el ordenamiento.

8.5.2 Objetivo

Promover el goce efectivo del derecho a la salud, la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas en sus diferentes entornos de desarrollo mediante la articulación de los diferentes procesos de gestión de la salud pública a los objetivos, principios y alcance de la presente Política Nacional de Salud Mental.

8.5.3 Estrategia

Gobernanza multinivel: Responsabilidad compartida entre los distintos niveles de gobierno y permite a las autoridades públicas combinar sus experiencias para un mejor resultado del proceso de planificación e implementación de las políticas públicas. Para el caso del presente instrumento de política precisa responsabilidades por niveles, con la participación del Consejo Nacional y los consejos departamentales de salud mental, así:

- a. **Municipal, distrital y departamental:** Incluye la adopción y adaptación de la Política en lo territorial, la formulación, evaluación y seguimiento de planes de acción quinquenales, y la gestión de acciones y recursos para la implementación efectiva, vinculando dichas acciones a los instrumentos de planeación territorial.
- b. **Nacional sectorial:** Formulación, evaluación y seguimiento de los planes nacionales sectoriales quinquenales en salud mental, en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública y el CONPES de salud mental cuando este sea expedido.
- c. **Nacional intersectorial:** Formulación y seguimiento al CONPES salud mental.
- d. **Gestión del conocimiento local y nacional** mediante el fortalecimiento de líneas de investigación con actores académicos, el fortalecimiento del observatorio nacional de salud mental y la vigilancia es salud pública de la conducta suicida y las violencias.

Este eje se desarrollará a través de los procesos de gestión de la salud pública descritos en la Resolución 518 de 2015 expedida por este Ministerio.

Como prioridad para la implementación de la presente política se deben considerar los siguientes sujetos de especial protección: mujeres, niños, niñas y adolescentes, grupos étnicos, población LGBTI, personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, población en emergencias y desastres, población privada de la libertad, migrantes y otras poblaciones vulnerables.

9. Monitoreo, evaluación y seguimiento de la política nacional de salud mental

La metodología para el monitoreo, evaluación y seguimiento de la presente política será la propuesta por la Guía para la Formulación, Implementación, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas de Salud y Protección Social del Ministerio de Salud. Los indicadores y metas a utilizar en este proceso serán los definidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y en los posteriores planes quinquenales, y deberán ser incluidos en el Observatorio Nacional de Salud Mental.

Para el periodo comprendido entre la expedición de la presente política y el 2021 el monitoreo, seguimiento y evaluación se realizarán con base en las siguientes metas:

Metas de Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

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

El Consejo Nacional de Salud Mental, como instancia técnica consultiva bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social, será el responsable de hacer el seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.



10. Bibliografía

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013 – 2020. Ginebra, 2013.
2. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). Panorama general, Informe sobre Desarrollo humano 2016. Estados Unidos, 2016.
3. FAYDI Edwige, et al. An assessment of mental health policy in Ghana, South Africa, Uganda and Zambia [en línea]. Send to Health Res Policy Syst. 2011 Apr 8; 9:17. doi:10.1186/1478-4505-9-17. Disponible en Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477285>
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Washington, 2013.
5. JENKINS, Rachel. Supporting governments to adopt mental health policies [en línea]. World Psychiatry. 2003 Feb; 2(1): 14–19. Disponible en Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525068/>.
6. RODRIGUEZ GARCÍA, J. et al. Estimación de la carga global de enfermedad en Colombia 2012: nuevos aspectos metodológicos [en línea]. Rev. Salud Pública. 19 (2): 235-240, 2017. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n2/0124-0064-rsap-19-02-00235.pdf>
7. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), 2015 [en línea]. Bogotá, 2016. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>
8. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Boletín de Salud Mental, Conducta Suicida [en línea]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
9. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe de Evento, Intento de Suicidio 2017, Colombia [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%202017.pdf>
10. Bodega de datos SISPRO, Estadísticas vitales, DANE. Consultado en septiembre de 2018.
11. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO. Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias

- psicoactivas, 2018 [en línea]. Disponible en Internet: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052018_lineamientos_nacional_preencion_spa.pdf
12. Moss, H.B. The impact of alcohol on society: a brief overview. *Send to Soc Work Public Health*. 2013; 28(3-4):175-7. doi: 10.1080/19371918.2013.758987.
 13. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Forensis 2017 [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/262076/Forensis+2017+Interactivo.pdf/0a09fedb-f5e8-11f8-71ed-2d3b475e9b82>
 14. FUNDACIÓN ESCUELA PARA LA FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN EN DIABETES Y NUTRICIÓN. Relación entre la obesidad y la salud mental [en línea]. Disponible en Internet: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/obesidad.aspx>
 15. Tamayo, D. y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 91-112 [en línea]. Disponible en Internet: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/21619/17807>
 16. MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y OBSERVATORIO DE DROGAS DE COLOMBIA. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar, Colombia, 2016 [en línea]. Disponible en Internet: https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Junio/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf
 17. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental [en línea]. Disponible en Internet: <https://amsm.es/2017/07/21/naciones-unidas-informe-del-relator-especial-sobre-el-derecho-de-toda-persona-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-de-salud-fisica-y-mental/>
 18. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Observatorio de Talento humano en Salud. Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015-2030 (trabajo en discusión) [en línea]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas-md-oths.pdf>
 19. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud. Información del talento humano en salud para la gente



[en línea]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/rethus-observatorio.pdf>

20. GONZÁLEZ L. M, PEÑALOZA R.E, MATA LLANA M. A, GIL F, GÓMEZ RESTREPO C, VEGA LANDAETA A.P. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia [en línea]. Revista colombiana de psiquiatría. 2016;45(S1):89–95. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80650839012.pdf>
21. Martha Nusbaum. Crear Capacidades propuesta para el desarrollo. 2016
22. SARMIENTO SUÁREZ MJ. Salud Mental y Desarrollo. ISSN: 0120-5498 • Med. 39 (3) Sep: 246-254 • Julio - septiembre 2017. Consultado en revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/download/118-7/1488/
23. EXPÓSITO MOLINA Carmen. ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. 2012
24. ORTIZ HERNÁNDEZ L.; LÓPEZ MORENO S.; BORGES G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. Cad. Saúde Pública vol.23 no.6 Rio de Janeiro June 2007.
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [en línea]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
26. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las RIAS. Bogotá, 2016.

11. Siglas

AMS	Asamblea Mundial de la Salud
APD	Años de Vida Sana Perdidos por Discapacidad
APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis Situacional de Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
CNSM	Consejo Nacional de Salud Mental
DSS	Determinantes social de salud
FAP	Fracción o el porcentaje de Riesgo Atribuible a la Población.
ENSM	Encuesta Nacional de Salud Mental
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EVS	Estilos de Vida Saludable
LGTBI	Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODS	Objetivos de Desarrollo sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONS	Observatorio Nacional de Salud Mental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PNSM	Política Nacional de Salud Mental
SENT	Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SM	Salud Mental
SND	Sistema Nacional de Discapacidad