

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



**DOCUMENTO TÉCNICO  
POLÍTICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL  
DE SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES  
2022-2040**

**MEDELLÍN  
2022**

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



**Gabinete Departamental**

<b>ANÍBAL GAVIRIA CORREA</b>	<b>Gobernador de Antioquia</b>
<b>CLAUDIA MÁRQUEZ CADAVID</b>	Primera dama del departamento
<b>ANA LUCÍA CASTAÑEDA GARCÍA</b>	Jefe Oficina Privada
<b>HENRY HORACIO CHAVES PARRA</b>	Jefe Oficina de Comunicaciones
<b>HÉCTOR MANUEL HOYOS MENESES</b>	Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario
<b>LILIANA ANDREA LOPEZ NOREÑA</b>	Gerente de Auditoría Interna
<b>ADRIANA LÓPEZ CORREA</b>	Gerente Casa Antioquia
<b>LUIS FERNANDO SUÁREZ VÉLEZ</b>	Secretario Regional y Sectorial de Seguridad Humana
<b>RAFAEL MAURICIO BLANCO LOZANO</b>	Secretario de Gobierno, Paz y No Violencia
<b>JORGE IGNACIO CASTAÑO GIRALDO</b>	Secretario de Seguridad y Justicia
<b>JUAN MANUEL GIRALDO HERRERA</b>	Gerente de Municipios
<b>ELISA FERNANDA GUERRA MESA</b>	Gerente de Corregimientos
<b>FABIO DE JESÚS VILLA RODRÍGUEZ</b>	Director General Escuela Contra la Drogadicción
<b>KATHERINE VELÁSQUEZ SILVA</b>	Secretaria de Participación y Cultura Ciudadana
<b>JOSÉ DANIEL BASTIDAS MORA</b>	Gerente Agencia de Seguridad Vial Antioquia (e)
<b>LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO</b>	Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia
<b>LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELÁSQUEZ</b>	Subsecretaria de Planeación para la Atención en Salud
<b>NATALIA MONTOYA PALACIO</b>	Subsecretaria de Salud Pública
<b>CÉSAR AUGUSTO GÓMEZ FONNEGRA</b>	Subsecretario de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud
<b>NATALIA VELÁSQUEZ OSORIO</b>	Secretaria de las Mujeres de Antioquia
<b>PEDRO FERNANDO HOYOS GRACIA</b>	Secretario de Inclusión Social y Familia
<b>ADRIANA YANETH SUÁREZ VÁSQUEZ</b>	Gerente de Infancia, Adolescencia y Juventud
<b>LUISA PAOLA RAMÍREZ JARAMILLO</b>	Gerente de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Antioquia – MANÁ
<b>MARÍA TERESA PUERTA MUÑOZ</b>	Gerente de Afrodescendientes
<b>RICHAR NELSON SIERRA ALQUERQUE</b>	Gerente Indígena
<b>ORFA NELLY HENAO GIRALDO</b>	Gerente de Personas Mayores
<b>CINDY SOFÍA ESCUDERO RAMÍREZ</b>	Gerente de Personas con Discapacidad
<b>JAIME ENRIQUE GÓMEZ ZAPATA</b>	Director Departamento Administrativo de Gestión del Riesgo de Desastres de Antioquia - DAGRAN
<b>JUAN PABLO LÓPEZ CORTÉS</b>	Secretario Regional y Sectorial de Desarrollo Territorial Sostenible y Regenerativo
<b>SANTIAGO SIERRA LATORRE</b>	Secretario de Infraestructura Física

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



<b>JUAN DAVID BLANCO TENORIO</b>	Subsecretario de Planeación de Infraestructura Física
<b>GLORIA AMPARO ALZATE AGUDELO</b>	Subsecretaria Operativa de Infraestructura Física
<b>HÉCTOR ALONSO GÓMEZ GIRALDO</b>	Subsecretario de Proyectos Estratégicos, Concesiones y APP
<b>NADIA MARYORI MAYA LÓPERA</b>	Gerente de Servicios Públicos
<b>LAURA CRISTINA PALACIOS RESTREPO</b>	Gerente de Antioquia en Bici
<b>CARLOS IGNACIO URIBE TIRADO</b>	Secretario de Ambiente y Sostenibilidad
<b>LINA MARCELA DE LOS RÍOS MORALES</b>	Gerente de Protección Animal
<b>MARÍA FANERIA SUCERQUIA JARAMILLO</b>	Gerente General de la Empresa de Vivienda e Infraestructura de Antioquia – VIVA
<b>GUSTAVO RUIZ AGUDELO</b>	Gerente Promotora del Ferrocarril de Antioquia
<b>SERGIO TRUJILLO TURIZO</b>	Gerente de la Reforestadora Integral de Antioquia – RIA SA
<b>ALEXANDRA PELÁEZ BOTERO</b>	Secretaría Regional y Sectorial de Desarrollo Humano Integral
<b>JUAN CORREA MEJÍA</b>	Secretaria de Educación
<b>TATIANA MARIZA MORA</b>	Subsecretaria de Planeación Educativa
<b>JUAN DIEGO CARDONA RESTREPO</b>	Subsecretario de Calidad de Educativa
<b>LUZ AÍDA RENDÓN BERRÍO</b>	Subsecretaria Administrativa de Educación
<b>CARLOS MARIO URIBE ZAPATA</b>	Director Ejecutivo Corporación Gilberto Echeverri Mejía
<b>HÉCTOR FABIÁN BETANCUR MONTOYA</b>	Gerente del Instituto Departamental de Deportes – INDEPORTES ANTIOQUIA
<b>MARCELA ISABEL TRUJILLO QUINTERO</b>	Dirección General del Instituto de Cultura y Patrimonio de Antioquia – ICPA
<b>URIEL HERNANDO SÁNCHEZ ZULUAGA</b>	Secretario Regional y Sectorial de Desarrollo Económico Equitativo
<b>DANIELA TREJO ROJAS</b>	Secretaria de Productividad y Competitividad
<b>JORGE ALBERTO JARAMILLO PEREIRA</b>	Secretario de Minas
<b>RODOLFO ANDRÉS CORREA VARGAS</b>	Secretario de Agricultura y Desarrollo Rural
<b>SERGIO ROLDÁN GUTIÉRREZ</b>	Secretario de Turismo
<b>DERLIS MARTÍNEZ TAPIAS</b>	Gerente de Parques y Eventos de Antioquia - ACTIVA - EICE
<b>CLAUDIA PATRICIA WILCHES MESA</b>	Gerente Lotería de Medellín
<b>LUZ ELENA GAVIRIA LÓPEZ</b>	Secretaria Regional y Sectorial de Desarrollo Institucional y Gobernanza
<b>JUAN GUILLERMO USME FERNÁNDEZ</b>	Secretario General
<b>DAVID ANDRÉS OSPINA SALDARRIAGA</b>	Subsecretario de Prevención del Daño

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



	Antijurídico
<b>CATALINA NARANJO AGUIRRE</b>	Secretaria de Hacienda
<b>DIANA PATRICIA SALAZAR FRANCO</b>	Subsecretaria Financiera
<b>ADRIANA MARÍA MENESES MENDOZA</b>	Subsecretaria de Tesorería
<b>IVÁN FELIPE VELÁSQUEZ BETANCUR</b>	Subsecretaría de Ingresos
<b>CLAUDIA ANDREA GARCÍA LOBOGUERRERO</b>	Directora del Departamento Administrativo de Planeación
<b>RAÚL DAVID ESPINOSA VÉLEZ</b>	Gerente de Catastro Departamental
<b>PAULA ANDREA DUQUE AGUDELO</b>	Secretaria de Talento Humano y Desarrollo Organizacional
<b>ALBERTO MEDINA AGUILAR</b>	Subsecretario de Desarrollo Organizacional
<b>MARILUZ MONTOYA TOVAR</b>	Secretaría de Suministros y Servicios
<b>MARÍA CLARA SÁNCHEZ ROBAYO</b>	Subsecretaria de Servicios Administrativos
<b>ANDRÉS ORLANDO LÓPEZ LUJÁN</b>	Secretario de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
<b>WALDIR OCHOA GUZMAN</b>	Asesor de Innovación y Sostenibilidad
<b>JAVIER RESTREPO GONZÁLEZ</b>	Directora de Información y Prensa
<b>MARTHA CECILIA ESTRADA NARANJO</b>	Directora de Relaciones Públicas y Protocolo
<b>ÉRIKA ANDREA GÓMEZ FIGUEROA</b>	Directora Operativa
<b>JULIÁN SANTIAGO VÁSQUEZ ROLDÁN</b>	Gerente General del Instituto para el Desarrollo de Antioquia – IDEA
<b>JAVIER IGNACIO HURTADO HURTADO</b>	Gerente de la Fábrica de Licores de Antioquia, EICE – FLA
<b>CARLOS MARIO GÓMEZ CORREA</b>	Gerente de Pensiones de Antioquia
<b>LUIS FELIPE HINCAPIÉ</b>	Gerente de Teleantioquia
<b>JUAN JAIRO ARBOLEDA CÉSPEDES</b>	Rector de la Universidad de Antioquia
<b>LIBARDO ÁLVAREZ LÓPERA</b>	Rector del Politécnico Colombiano “Jaime Isaza Cadavid”
<b>LEONARDO GARCÍA BOTERO</b>	Rectora del Tecnológico de Antioquia IU
<b>JASSON ALBERTO DE LA ROSA ISAZA</b>	Rector Institución Universitaria Digital de Antioquia
<b>JUAN FERNANDO SUAZA</b>	Gerente de la Empresa de Generación y Promoción de Energía de Antioquia SAESP–GEN+
<b>JAVIER DARÍO TORO ZULUAGA</b>	Gerente General de Hidroeléctrica Ituango SASP
<b>HÉCTOR JAIME GARRO YEPES</b>	Gerente del Hospital La María ESE
<b>ALBERTO ARISTIZÁBAL OCAMPO</b>	Gerente del Hospital Mental de Antioquia – HOMO ESE
<b>WILLIAM ANDRÉS ECHAVARRÍA BEDOYA</b>	Gerente Hospital CARISMA ESE

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



<b>DIEGO LEÓN MUÑOZ ZAPATA</b>	Gerente de la ESE Hospital San Rafael de Itagüí
<b>ISAURO BARBOSA AGUIRRE</b>	Gerente de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez de Bello
<b>JOSÉ DAVID VÉLEZ VELÁSQUEZ</b>	Gerente de la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas
<b>HUMBERTO ARNULFO BERNAL TOBON</b>	Gerente de la ESE Hospital César Uribe Piedrahita de Cauca
<b>LUIS GONZALO MORALES SÁNCHEZ</b>	Gerente Alianza Medellín Antioquia EPS SAS (Savia Salud)
<b>ELSA YAZMÍN GONZÁLEZ VEGA</b>	Contralora General de Antioquia
<b>RONALD MAURICIO LÓPEZ RAMÍREZ</b>	Subcontralor General de Antioquia (e)

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



### **Agradecimientos**

Agradecemos a todas las personas y entidades que participaron en la revisión del presente documento, su aporte contribuyó a la formulación, adopción e implementación de la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones.

### **Siglas**

<b>DSS</b>	Determinantes Sociales de la Salud
<b>CDSS</b>	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PDSP</b>	Plan Decenal de Salud Pública
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>PIC</b>	Plan de intervenciones Colectivas
<b>SPA</b>	Sustancias Psicoactivas
<b>GTISP</b>	Gestión Territorial Integral de la Salud Pública
<b>NARP</b>	Negros, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros



## Tabla de contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>16</b>
<b>2 MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>18</b>
2.1 SALUD MENTAL	18
2.2 ADICCIONES	18
2.3 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)	18
2.3.1 Determinantes estructurales	19
2.3.2 Determinantes intermedios	19
2.4 INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD	20
2.5 INCIDENCIA DECIDIDA Y POSITIVA SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	20
2.6 EQUIDAD EN SALUD	21
2.7 INTERSECTORIALIDAD Y EQUIDAD EN SALUD	21
2.8 POLÍTICA PÚBLICA	21
2.9 POLÍTICA PÚBLICA CON ACCIONES INTERSECTORIALES	22
2.10 GOBERNANZA	22
2.11 MOVILIZACIÓN SOCIAL	22
2.12 GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA	23
2.13 LA INTERSECCIONALIDAD	23
2.14 LA GESTIÓN INTEGRADA PARA LA SALUD MENTAL	23
2.15 DESINSTITUCIONALIZACIÓN	23
<b>3 MARCO NORMATIVO</b>	<b>24</b>
<b>4 RUTA PARA LA FORMULACIÓN, LEGALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA</b>	<b>27</b>
4.1 APRESTAMIENTO	27
4.1.1 Direccionamiento del tipo de política pública a desarrollar	28

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



4.1.2	Compromiso	28
4.1.3	Nombramiento del equipo encargado	28
4.1.4	Diseño de herramientas	28
<b>4.2</b>	<b>FORMULACIÓN</b>	<b>29</b>
4.2.1	Contexto metodológico	29
4.2.1.1	Implementación de los módulos en los 125 municipios	29
4.2.1.2	Participación de actores claves	30
4.2.1.2.1	En los Municipios y Mesas Subregionales	30
4.2.1.2.2	En las Mesas Técnicas	30
4.2.1.3	Escenarios de participación	30
4.2.2	Diagnósticos	32
4.2.2.1.1	Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)	33
4.2.2.1.2	Línea base de la salud mental en Antioquia	33
4.2.2.1.3	Diagnóstico de los Determinantes Sociales	33
4.2.2.1.4	Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas	33
4.2.3	Sistematización de la información	33
<b>4.3</b>	<b>LEGALIZACIÓN</b>	<b>34</b>
<b>4.4</b>	<b>IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN ANTIOQUIA</b>	<b>34</b>
<b>5.1</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES (DSS)</b>	<b>34</b>
5.1.1	Contexto territorial, político y demográfico de Antioquia	34
5.1.1.1	Contexto Territorial	34
5.1.1.2	Contexto Político	36
5.1.1.3	Contexto Demográfico	36
5.1.2	Metodología	41
5.1.2.1	Tipo de Estudio	41
5.1.2.2	Adaptación Modelo Patrón Funcional de la Salud (PFS)	41
5.1.2.3	Población	42
5.1.2.4	Periodo de realización	43
5.1.2.5	Municipios participantes por subregión	43
5.1.2.6	Ficha técnica	44
5.1.2.7	Participantes por municipio	45
5.1.2.8	Distribución de participantes por sexo	46
5.1.2.9	Acceso al empleo	46
5.1.2.10	Acceso a la educación	48
5.1.2.11	Género	49
5.1.2.12	Territorio	49
5.1.2.13	Posición social	50
5.1.2.14	Raza y grupo étnico	51
5.1.2.15	Edad	51
5.1.3	Análisis de los determinantes intermedios	52
5.1.3.1	Circunstancias materiales	52
5.1.3.1.1	La calidad de la vivienda y del vecindario	52

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



5.1.3.1.2	Entorno físico de trabajo	53
5.1.3.1.3	Posibilidades de Consumo	53
5.1.3.2	Análisis de las circunstancias materiales	53
5.1.3.3	Factores conductuales y biológicos	55
5.1.3.3.1	Consumo de alcohol	57
5.1.3.3.2	Consumo de drogas	57
5.1.3.3.3	Consumo de tabaco	58
5.1.3.3.4	Malnutrición	58
5.1.3.3.5	Sedentarismo	59
5.1.3.3.6	Factores biológicos (incluyen los factores genéticos)	59
5.1.3.4	Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas	59
5.1.3.4.1	Sociales	61
5.1.3.4.2	Culturales	62
5.1.3.4.3	Psicológicos	62
5.1.3.4.4	Económicos	63
5.1.3.4.5	Biológicos	64
<b>5.2</b>	<b>COMPORTAMIENTO SUICIDA</b>	<b>64</b>
5.2.1	Comportamiento del Intento de Suicidio en Antioquia	65
5.2.2	Comportamiento de Suicidio en Antioquia	68
<b>5.3</b>	<b>COMPORTAMIENTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ANTIOQUIA</b>	<b>70</b>
<b>5.4</b>	<b>ESTUDIOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, SUS SUBREGIONES Y MEDELLÍN – 2021</b>	<b>73</b>
5.4.1	Objetivo general	73
5.4.2	Resultados	73
<b>5.5</b>	<b>ESTUDIOS NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN POBLACIÓN ESCOLAR 2016</b>	<b>74</b>
<b>6</b>	<b>ARTICULACIÓN, ARMONIZACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA NORMAS NACIONALES DE SALUD MENTAL</b>	<b>76</b>
6.1	ARTICULACIÓN RESOLUCION 4886 Y LA RESOLUCION 089 DEL 2019.	76
6.2	ARTICULACIÓN DE LA RESOLUCION 089 Y EL PILAR 1 DE LA RUTA FUTURO	76
6.3	ARMONIZACIÓN DE LA RESOLUCION 4886 DEL 2018 Y LA RESOLUCION 089 DEL 2019	77
<b>7</b>	<b>PRINCIPIOS Y ENFOQUES</b>	<b>79</b>
7.1	PRINCIPIOS RECTORES	79
7.1.1	La salud mental como parte integral del derecho a la salud	79
7.1.2	Abordaje intercultural de la salud	79
7.1.3	Participación social	79
7.1.4	Política pública basada en la evidencia científica	79
7.1.5	Corresponsabilidad	80

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



7.1.6	Diversidad y pluralismo	80
7.1.7	Vida digna	80
7.1.8	Inclusión - no discriminación	80
7.1.9	Integralidad	80
7.1.10	Progresividad y no regresividad	80
<b>7.2</b>	<b>ENFOQUES</b>	<b>81</b>
7.2.1	Desarrollo sostenible	81
7.2.2	Desarrollo basado en derechos humanos	81
7.2.3	Curso de vida	81
7.2.4	Género	81
7.2.5	Diferencial poblacional – territorial	82
7.2.6	Transformación de imaginarios culturales	82
7.2.7	Psicosocial	82
7.2.8	Salud pública	82
7.2.9	Determinantes sociales	82
7.2.10	Interseccional	83
7.2.11	Con pueblos y comunidades étnicas	83
7.2.12	Población víctima del conflicto armado	84
7.2.13	Población habitante de calle, población con discapacidad, población campesina, poblaciones diversas e interculturales y población migrante	85
7.2.13.1	Población habitante de calle	85
7.2.13.2	Población con discapacidad	85
7.2.13.3	Población campesina	86
7.2.13.4	Poblaciones diversas e interculturales	86
7.2.13.5	Población migrante	86
7.2.14	Salud mental en emergencias	86
7.2.15	Desinstitucionalización	87
7.2.16	Enfoque de seguridad humana	87
<b>8</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>87</b>
8.1	OBJETIVO GENERAL	87
8.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	87
<b>9</b>	<b>ESTRUCTURA Y EJES DE LA POLÍTICA PÚBLICA</b>	<b>88</b>
9.1	NIVELES ESTRUCTURALES DE LA POLÍTICA PÚBLICA	88
9.2	EJES DE LA POLÍTICA PÚBLICA	88
9.2.1	Eje 1: Promoción de la convivencia social y la salud mental en los entornos	88
9.2.1.1	Estrategia 1: Desarrollar y fortalecer la salud mental en los entornos	89
9.2.1.2	Estrategia 2 - Especial: Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental	89
9.2.2	Prevención para todos por curso de vida	90
9.2.2.1	Estrategia 1: Prevenir los problemas, trastornos mentales, suicidio, epilepsia , consumo de SPA y otras adicciones.	91



9.2.2.2	Estrategia 6: Vigilancia de los eventos de salud mental	92
9.2.3	Atención integral y tratamiento integrado	93
9.2.3.1	Estrategia 1: Atención integral de los problemas, trastornos mentales, suicidio, epilepsia, consumo de SPA y otras adicciones.	93
9.2.3.2	Estrategia 2: Tratamiento integrado	93
9.2.4	Rehabilitación integral e inclusión social	93
9.2.4.1	Estrategia 1: Rehabilitación integral e inclusión social	94
9.2.4.2	Estrategia 2: Desinstitucionalización de personas con trastornos mentales y larga estancia hospitalaria.	94
9.2.5	Eje transversal 5: Gobierno y gobernanza para la salud mental	95
9.2.5.1	Estrategia 1: Gobierno multinivel para la gestión sectorial e intersectorial	95
9.2.5.2	Estrategia 2: Gobernanza para la articulación y coordinación sectorial e intersectorial	96
<b>10</b>	<b>CREACIÓN DE PLANES, PROGRAMAS O MODELOS</b>	<b>96</b>
<b>11</b>	<b>ELEMENTOS PARA IMPLEMENTAR LA POLÍTICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES (PPDSMA)</b>	<b>97</b>
<b>11.1</b>	<b>COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL</b>	<b>97</b>
<b>11.2</b>	<b>ELABORACIÓN PLAN DE ACCIÓN</b>	<b>97</b>
<b>11.3</b>	<b>ELABORACIÓN DE PLAN DE FINANCIAMIENTO</b>	<b>97</b>
<b>11.4</b>	<b>DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES</b>	<b>97</b>
<b>12</b>	<b>RELEVANCIA DE LA POLÍTICA PÚBLICA</b>	<b>98</b>
<b>13</b>	<b>MONITOREO Y SEGUIMIENTO</b>	<b>98</b>
<b>13.1.1</b>	<b>IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS QUE TIENE EL PLAN DE MONITOREO</b>	<b>99</b>
<b>13.1.2</b>	<b>RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y SUPERVISIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>99</b>
<b>13.1.3</b>	<b>ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>99</b>
<b>13.1.4</b>	<b>ELABORACIÓN DE INFORMES</b>	<b>100</b>



<b>13.1.5</b>	<b>EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA</b>	<b>100</b>
<b>13.1.6</b>	<b>USO DE LOS RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES</b>	<b>100</b>
<b>13.1.7</b>	<b>DISPOSICIONES FINALES</b>	<b>100</b>
<b>13.1.7.1</b>	<b>TERRITORIALIZACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA</b>	<b>100</b>
<b>13.1.7.2</b>	<b>LINEAMIENTOS Y NORMAS</b>	<b>101</b>
<b>13.1.7.3</b>	<b>AGENDA ANTIOQUIA 2040</b>	<b>101</b>
<b>14</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>102</b>



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Determinantes sociales de la salud e inequidades en materia de salud.....	18
Figura 2. Distribución por sexo.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 3. Comportamiento Suicida.....	65
Figura 4. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo. Antioquia, 2020 .....	67
Figura 5. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2011-2020 .....	68
Figura 6. Distribución de los casos de suicidios por subregión, Antioquia 2011-2020.....	69
Figura 7. Distribución de los casos de violencia de género, por semana epidemiológica. Antioquia, 2016-2020.....	71
Figura 8. Articulación Resolución 089 del 2019 y el Pilar 1 de la Ruta Futuro.....	77



**Lista de Tablas**

Tabla 1. Mesas Subregionales de salud mental .....	31
Tabla 2. Encuentros con expertos e investigadores .....	32
Tabla 3. Proyecciones de Población Municipal por Sexo 2022 .....	36
Tabla 4. Patrones Funcionales de la salud .....	42
Tabla 5. Participantes por Subregión .....	43
Tabla 6. Ficha técnica .....	44
Tabla 7. Participantes por subregión.....	45
Tabla 9. Determinantes estructurales por subregión .....	46
Tabla 10. Desigualdades por circunstancias materiales en Las Subregiones .....	54
Tabla 11. Determinantes intermedios-factores conductuales y biológicos .....	56
Tabla 12. Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.....	60
Tabla 36. Intervenciones preventivas en salud mental .....	91



**Lista de Mapas**

Mapa 1. Mapa de Antioquia .....	35
Mapa 2. Riesgo para Intento de suicidio. Antioquia 2020.....	66
Mapa 3. Mapa de suicidio, Antioquia 2020 .....	70
Mapa 4. Georreferenciación de la Violencia de Género, Antioquia 2020 .....	72



## **1. INTRODUCCIÓN**

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Entre ellos las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo.

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

Y como problema crítico, también se presenta el aumento sistemático del consumo en el ciclo vital de sustancia psicoactivas, informado en los estudios disponibles, generando repercusiones en la salud pública y en lo social. Es importante reconocer que mientras muchas personas usan drogas en algún momento del ciclo vital y las abandonan de forma natural, en otras, el consumo de sustancias se vuelve persistente y logra afectar la salud, las relaciones sociales, familiares, laborales y/o académicas. La diferencia entre unos y otros individuos depende de varios aspectos en el ámbito de la sustancia, la persona y su contexto social. El consumo de drogas ilícitas está creciendo en el país no solo porque más personas las consumen sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso<sup>1</sup>.

Para mejorar la salud mental de los antioqueños, se requieren políticas, planes y programas multisectoriales e incluyentes, además de las actividades específicas del campo de la salud relacionadas con la prevención, promoción, atención y tratamiento integral.

La Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones del departamento de Antioquia, articula normas nacionales emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en su rol de autoridad sanitaria como la Política Nacional de Salud Mental del 7 de noviembre del 2018 y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas del 16 de enero de 2019, la Ruta Futuro Política Integral para Enfrentar el Problema de las Drogas se avaló a través del Consejo Nacional de Estupefacientes el 13 de diciembre de 2018 y el CONPES 3992 Estrategia Para la Promoción de la Salud Mental en Colombia del Consejo Nacional de Política Económica y Social, República De Colombia Departamento Nacional de Planeación abril 14 de 2020.

---

<sup>1</sup> <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Paginas/Situaci%C3%B3n-consumo.aspx>



También cumple el compromiso con los Antioqueños establecido en el plan de desarrollo UNIDOS POR LA VIDA 2020-2023. Línea Estratégica 4. Nuestra vida, componente 2: bienestar activo y saludable para Antioquia. Programa 7: Salud para el alma, salud mental y convivencia. Este programa se orienta a proteger, promover y mejorar la salud mental de la población antioqueña, siendo el soporte para el diseño y ejecución de planes y programas relacionados con la salud mental, con los cuales se posibilita enfrentar de manera pertinente y coherente las problemáticas en este campo. Su alcance es el fortalecimiento de las habilidades para la vida y fomentar la resiliencia a través de la prevención de las adicciones y consumo de sustancias psicoactivas, prevención de cualquier forma de violencia y un abordaje integral e integrado a las personas con trastornos mentales y del comportamiento<sup>2</sup>.

Con esto la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones se posiciona como agenda prioritaria en el Departamento de Antioquia y su implementación requiere gestión internacional, nacional y territorial haciendo énfasis en el desarrollo de programas, planes y estrategias integrales con articulación sectorial e intersectorial que transformen individuos, familias y comunidades.

---

<sup>2</sup> <https://plandesarrollo.antioquia.gov.co/>

## **2 MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1 SALUD MENTAL**

En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la salud como: "...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Por su parte, la Ley 1616 de 2013 define la salud mental como "un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad".

### **2.2 ADICCIONES**

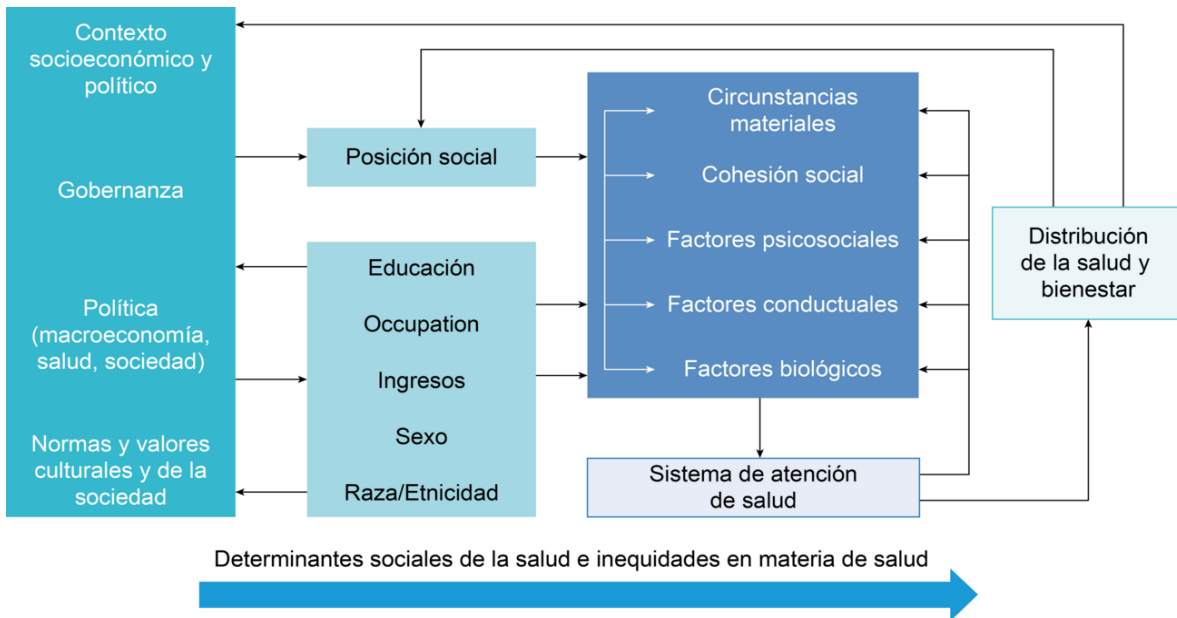
Las nuevas concepciones sobre las adicciones tienden a incluir bajo el mismo nombre a dos grupos de trastornos: el primero tradicionalmente se le ha llamado adicción o dependencia a sustancias químicas psicoactivas y problemas relacionados, y el segundo son las adicciones no químicas o adicciones comportamentales que se caracterizan por la presencia de conductas repetitivas y compulsivas a pesar de consecuencias negativas, el cual puede ir o no acompañado de consumo de sustancias.

### **2.3 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (DSS)**

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estas circunstancias están determinadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local (OMS, 2008). Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Según esta definición los determinantes de la salud son los "factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas o poblaciones"<sup>3</sup>. Ver figura 1.

Figura 1. Determinantes sociales de la salud e inequidades en materia de salud

<sup>3</sup> <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>



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

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), creada en año 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido dos grupos de determinantes: estructurales e intermedios.

### 2.3.1 Determinantes estructurales

Se refiere a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con: posición social, género, raza y grupo étnico, acceso a la educación y al empleo.

### 2.3.2 Determinantes intermedios

Se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Las principales son:

- Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de



consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.

- Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.
- Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
- Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.
- Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas.

## **2.4 INEQUIDADES SOCIALES EN SALUD**

Las inequidades en salud son innecesarias, evitables e injustas, y se basan en las barreras que impiden que las personas obtengan condiciones de vida favorables. Las desigualdades en salud se generan por diferencias en las condiciones sociales y económicas, que influyen en los comportamientos de la población, sus estilos de vida, el riesgo de enfermar y las medidas adoptadas para hacer frente a la enfermedad. Estas desigualdades sociales deben ser identificadas, hay que estudiar sus causas, conocerlas, hacerles seguimiento y explicarlas mediante un sistema de vigilancia de la salud poblacional, pues su medición y caracterización permiten actuar sobre los determinantes sociales de la salud<sup>4</sup>.

## **2.5 INCIDENCIA DECIDIDA Y POSITIVA SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

Es así como el PDSP 2022- 2031 establece tres grandes apuestas para la incidencia decidida y positiva sobre los determinantes sociales de la salud: 1) El fortalecimiento de la articulación intersectorial para su gestión, 2) La interseccionalidad al reconocer que las múltiples discriminaciones incrementan la carga de desigualdades en salud en contextos históricos, sociales y culturales y 3) El fortalecimiento de la gestión territorial integral de la salud pública a través un modelo de gestión territorial que oriente, articule y permita reconocer y armonizar los intereses de los diferentes actores sectoriales e intersectoriales para la implementación de las acciones y por tanto el logro de los objetivos<sup>5</sup>.

4 Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. *Biomédica*. 2019;39:737-47.

<sup>5</sup> Plan Decenal 2021-2031. Documento técnico. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. pág. 18.



## **2.6 EQUIDAD EN SALUD**

La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas. La OPS define la equidad en salud como su misión: "Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud..." y como su primer valor: " Equidad: Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables." La equidad en salud enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son el resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud.<sup>6</sup>

## **2.7 INTERSECTORIALIDAD Y EQUIDAD EN SALUD<sup>7</sup>**

El logro de la salud requiere la concertación de una multiplicidad de condiciones y factores, dado que coexisten diversos mecanismos sociales que generan los procesos de salud y enfermedad. Teniendo esto en cuenta, es evidente que los problemas de salud difícilmente pueden ser resueltos por acciones exclusivas del sector de la salud o por cualquier otro sector de manera aislada. Tal aseveración es aún más relevante cuando el objetivo es reducir las inequidades en salud, dado que hacer frente a ellas implica abordar los determinantes sociales de la salud. Al respecto, Castell (2007) señala que "la salud aparece como un producto social y las acciones trascienden las fronteras del denominado sector de la salud".

De hecho, el trabajo intersectorial busca reducir las inequidades en salud demandando un trabajo conjunto entre el sector de la salud y otros sectores gubernamentales que tienen influencia sobre los determinantes sociales de la salud.

## **2.8 PÓLITICA PÚBLICA**

Se compone de todas las decisiones y acciones tomadas de manera concertada por los actores políticos y administrativos con miras a la solución de un problema público<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>

<sup>7</sup> Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington, DC : OPS, 2015. Pág. 8

<sup>8</sup> <https://www.unil.ch/idheap/fr/home/menuinst/formations/certificatscas/politiques-publiques->



Desde un punto de vista más operativo, se adopta la definición de Yves Meny y Jean Claude Thoenig, a saber, que "una política pública toma la forma de un programa de gobierno en un sector de la sociedad o un área geográfica".

## **2.9 POLÍTICA PÚBLICA CON ACCIONES INTERSECTORIALES**

Mejorar la equidad en salud es una preocupación mundial, que cobra especial importancia en la agenda latinoamericana no solamente por el impulso de la OPS, sino también por la prioridad que están dando los distintos gobiernos de la región a este tema<sup>9</sup>.

La Declaración Política de Río, alude a la necesidad que los estados y los gobiernos establezcan mecanismos que favorezcan un gobierno intersectorial. Precisa que una buena salud exige la existencia de un sistema de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud. Se ha demostrado la eficacia cuando existe una colaboración coordinada e intersectorial en materia de medidas políticas.

## **2.10 GOBERNANZA**

Corresponde a "un nuevo estilo de gobierno, distinto del modelo de control jerárquico, caracterizado por un mayor grado de interacción y de cooperación entre el Estado y los actores no estatales en el interior de redes decisionales mixtas entre lo público y lo privado. La gobernanza se refiere a las estructuras y procesos mediante los cuales los actores políticos y sociales llevan a cabo prácticas de intercambio, coordinación, control y adopción de decisiones en los sistemas democráticos"<sup>10</sup>.

## **2.11 MOVILIZACIÓN SOCIAL<sup>11</sup>**

Es el conjunto de acciones resultado de la iniciativa de la comunidad o de las instituciones públicas, privadas o mixtas que motiva e involucra a diferentes actores o agentes sociales en torno a un interés o propósito común en salud a fin de impactar en la calidad de vida y

---

comparees.html

<sup>9</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salud-enfoque-determinantes-sociales.pdf>

<sup>10</sup> Adaptado de: Antonio Natera, la noción de gobernanza como gestión pública participativa y reticular. Universidad Carlos III de Madrid Departamento de Ciencia Política y Sociología Área de Ciencia Política y de la Administración. Año 2004.

<sup>11</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-gsp-v.pdf>



el buen vivir, promoviendo el empoderamiento de la comunidad, el desarrollo de acciones de abogacía y el análisis e implementación de esfuerzos interrelacionados y complementarios por parte de los diversos actores<sup>12</sup>.

## **2.12 GESTIÓN TERRITORIAL INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA**

El marco operativo el PDSP 2022-2031 comprende la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública (GTISP) como la forma de organizar la salud pública en el país acogiendo las directrices ministeriales para la materialización del derecho a la salud y demás derechos en interdependencia a través de acciones sectoriales e intersectoriales centradas en los sujetos y orientadas desde el marco conceptual y estratégico del PDSP al logro de sus fines. La GTISP se organiza e integra a través de tres niveles de gestión: la macrogestión del desarrollo intersectorial, la mesogestión de los territorios y la microgestión para la atención integral de las condiciones de salud. De esta manera busca trascender el abordaje centrado en los eventos, riesgos y enfermedades -sin excluirlo- aproximando un abordaje territorial integral en términos de posibilitar de manera incremental y diferencial el desarrollo de las oportunidades y capacidades necesarias para potenciar la vida y la salud de personas, familias, comunidades y colectivos en los distintos territorios del país<sup>13</sup>.

## **2.13 LA INTERSECCIONALIDAD**

En términos simples, es la interacción entre dos o más factores sociales que definen a una persona. Cuestiones de la identidad como el género, la etnia, la raza, la ubicación geográfica, o incluso la edad no afectan a una persona de forma separada. Al contrario: estos se combinan de distintas formas, generando desigualdades (o ventajas) diversas.

## **2.14 LA GESTIÓN INTEGRADA PARA LA SALUD MENTAL**

Consiste en conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones de promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación de los problemas, trastornos mentales y la epilepsia.

## **2.15 DESINSTITUCIONALIZACIÓN**

La desinstitucionalización o transición hacia la atención basada en la comunidad implica un

---

<sup>12</sup> Adaptado de: Antonio Natera, la noción de gobernanza como gestión pública participativa y reticular. Universidad Carlos III de Madrid Departamento de Ciencia Política y Sociología Área de Ciencia Política y de la Administración. Año 2004.

<sup>13</sup> Plan Decenal 2021-2031. Documento técnico. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. pág. 300.



cambio en el tipo de atención que se presta a las personas. Los usuarios deben ser valorados y consultados, y deben ser atendidas en un espacio alternativo a los grandes equipamientos de tipo institucional, que se adapte a sus necesidades y preferencias, y en el que puedan recibir los apoyos del entorno familiar, comunitario y territorial.

La finalidad esencial de la desinstitucionalización es limitar el papel de los hospitales psiquiátricos, incorporando camas de hospitalización en los hospitales generales y reemplazándolos por soluciones de vivienda con apoyo en la comunidad para personas con enfermedades mentales graves. Paralelamente, se necesita una red de servicios de salud mental basados en la comunidad que sea eficiente. Esto implica el desarrollo prioritario de nuevas prácticas y servicios comunitarios de eficacia demostrada que protejan los derechos de las personas con enfermedades mentales<sup>14</sup>.

### 3 MARCO NORMATIVO<sup>15</sup>

**1961:** La Salud Mental fue incorporada como área de experiencia técnica a la estructura de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) por el Dr. Jorge Velasco Alzaga, Asesor Regional de la OPS/OMS, quien durante más de una década lideró estudios regionales en salud mental, resultados que fueron socializados en diferentes eventos académicos y de interés general.

**1987-1999:** La iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, tuvo como punto de partida la Conferencia de Caracas, Venezuela, celebrada entre el 11 y el 14 de noviembre de 1990. Enfatizó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

**En 2001.** Se aprobó la resolución CD43.R10 salud mental que, entre otros puntos, instaba a los Estados Miembros de la OPS a: Incluir la salud mental entre las prioridades de la salud pública. Intensificar las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales.

<sup>14</sup> <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53027>

<sup>15</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/salud-mental-indigena-orientaciones-tecnicas.pdf>



**2006- 2010.** Hacia metas más ambiciosas en la cooperación técnica de salud mental de la OPS/OMS. Agenda política global. Los países miembros debieron demostrar como abordaron las temáticas relacionadas con la salud mental en cada nación, de lo contrario la OMS negaba subvenciones económicas y la OPS no prestaba ayuda técnica a través de sus expertos. Siendo así como la salud mental se convirtió en un tema de obligatorio cumplimiento para todas las naciones y sus territorios, convirtiéndose en políticas de Estado. Para el caso de Colombia se aprobaron los siguientes actos legislativos:

**19 de enero del 2011.** Ley 1438 se define como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Esta misma Ley establece que esta estrategia “hace uso de conceptos, metodologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo-efectividad de los servicios de salud”. Para el caso específico de estos lineamientos, los saberes tradicionales y/o ancestrales como conceptos, metodologías y prácticas socialmente aceptadas, deberán hacer parte de las acciones acordes con los límites trazados en el proceso de adecuación sociocultural.

**21 de enero del 2013.** Ley 1616, el objeto de la presente ley es 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 de problemas y trastornos mentales, la atención integral e integrada en salud mental en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapas del curso de vida.



**28 de mayo de 2013.** Resolución 1841 del 2013, se adoptó el Plan Decenal 2012-2021.

Y en su tercera dimensión: Promoción de la Salud Mental y la Convivencia contempla dos componentes: a. Promoción de la salud mental y la convivencia. b. Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

En el primer componente en la meta F se planteó que 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.

**7 de noviembre de 2018.** Resolución 4886. Estableció la Política Nacional de Salud Mental, la cual tiene como objetivo 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. Propone la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en términos de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos; reconoce la salud como un derecho (Ley 1751 de 2015, Resolución 429 de 2016); e integra lo dispuesto en la Ley 1414 de 2010 o Ley de Epilepsia y la Organización Mundial de la Salud en cuanto a gestionar los trastornos mentales y la epilepsia de manera conjunta en la atención primaria de salud.

**16 de enero del 2019.** Política Integral para la Prevención y Atención del consumo de Sustancias Psicoactivas. Resolución 089 que busca garantizar la atención integral de las personas con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, familias y comunidades, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas en su reconocimiento como sujetos de derechos y mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, familias y comunidades afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, desde una agenda pública nacional y territorial sostenible en el tiempo, garantista del derecho a la salud, en interdependencia con otros derechos.



**13 de diciembre de 2018.** Política Integral para Enfrentar el Problema de las Drogas - *Ruta Futuro*. Plantea estrategias efectivas que buscan reducir el consumo de sustancias psicoactivas, la disponibilidad de drogas, la desarticulación de organizaciones criminales, la afectación de las economías y rentas ilícitas, y la creación de condiciones para la transformación territorial y el tránsito a economías lícitas. El punto de partida de esta política corresponde a los siete principios bajo los cuales se desarrollan estrategias, planes y proyectos para enfrentar el problema de las drogas.

**14 de abril de 2020.** Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia-CONPES 3992. La cual articula el primer pilar de ruta futuro con la política integral de prevención y atención del consumo expedida por Ministerio de Salud y Protección Social en 2019, intentando generar respuestas continuas y efectivas para la atención integral de la población en riesgo o consumo problemático de SPA.

**16 de junio de 2020.** El Plan de Desarrollo UNIDOS POR LA VIDA 2020-2023, línea 4: Nuestra Vida, 4.2.7 Programa 7: Salud para el Alma, Salud Mental y Convivencia, tiene como indicador de producto la Política Departamental de Salud Mental armonizada con la Política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

#### **4 RUTA PARA LA FORMULACIÓN, LEGALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

La ruta para la formulación, legalización e implementación de la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones recoge las experiencias desarrolladas años atrás y adiciona las nuevas metodologías diseñadas con lineamientos técnicos emanados del Ministerio de Salud y Protección Social, asimismo por las acciones entregadas en las diferentes normas nacionales e internacionales. Está conformada por tres (3) fases: Aprestamiento, formulación y legalización e implementación.

##### **4.1 APRESTAMIENTO**

En la fase de aprestamiento se desarrollaron las siguientes cuatro (4) actividades:

#### **4.1.1 Direccionamiento del tipo de política pública a desarrollar**

La Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones de Antioquia es una política de Estado que se caracteriza por:

- Su implementación requiere el compromiso responsable de la mayoría de los sectores.
- Les compete a todos los ciudadanos.
- Debe trascender coyunturas y periodos de gobierno.
- Perspectiva de largo plazo para construir con acciones de corto y mediano plazo.
- Define institucionalidad para la gestión e implementación del cambio.
- Son un medio para construir "gobernanza" territorial.

#### **4.1.2 Compromiso**

La Política Pública de Salud Mental y Prevención de las Adicciones es la apuesta que desde la Gobernación de Antioquia en cabeza del Dr Anibal Gaviria que busca la materialización de las políticas públicas nacionales en relación a la Salud Mental en el territorio Antioqueño.

Esta política busca que las comunidades comiencen a empoderarse del cuidado frente a la Salud Mental, promoviendo la prevención, la atención oportuna y la mitigación, además del abordaje del estigma y la inclusión social dentro de su entorno comunitario.

Esta es una apuesta por hacer las cosas diferentes, buscando entender que la salud mental va más allá de las patologías y que es necesario desmitificar los tabúes que se centran alrededor de estas dos palabras "Salud Mental". Esto implica la participación de todas y cada una de las instancias que conforman el conglomerado público del departamento de Antioquia.

#### **4.1.3 Nombramiento del equipo encargado**

Los profesionales nombrados fueron un profesional especializado, encargado de diseñar las herramientas para la construcción de la política pública y tres profesionales psicosociales que iniciaron la implementación de estos instrumentos en los 125 municipios del departamento.

#### **4.1.4 Diseño de herramientas**

En el 2016, con el enfoque de cumplir las metas establecidas en el Plan decenal se

diseñaron nueve Módulos: Módulo 1. Paso a paso para la formulación de la PPSMA, Módulo 2. DRP Grupos focales, Módulo 3. Marco conceptual, definiciones de la Política pública de salud mental y adicciones, Módulo 4. Principios y enfoques de la política pública de salud mental y adicciones, Módulo 5. Marco normativo de la política, Módulo 6. Paso a paso para la elaboración del diagnóstico de salud mental, Módulo 7. Líneas de acción y objetivos estratégicos, Módulo 8. Modelo pedagógico documento de acuerdo y Módulo 9. plan de acción política pública de salud mental y adicciones.

## **4.2 FORMULACIÓN**

La fase de formulación se divide en tres etapas: contexto metodológico, diagnósticos y sistematización de la información.

### **4.2.1 Contexto metodológico**

La metodología de la formulación abarcó la implementación de los módulos en los 125 municipios del departamento, la creación de escenarios de participación y los diagnósticos para la recolección de insumos para la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones.

#### **4.2.1.1 Implementación de los módulos en los 125 municipios**

Desde el 2016 y hasta el 2019, se aplicaron las temáticas de los nueve módulos, a través de la asistencia técnica a los secretarios de salud, los directores locales de salud o los psicólogos municipales teniendo en cuenta la diversidad que cada municipio presentaba. En este periodo se hizo énfasis en la legalización de la política mediante acuerdo municipal, logrando que 104 municipios realizaran su adopción.

En el 2020, se realiza la actualización de los módulos existentes, adaptándolos al cumplimiento de la Resolución 4886 del 2018 la Política Nacional de Salud Mental, la Resolución 089 Política Integral para la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas, la Ruta Futuro y el CONPES 3992 Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia. Permaneciendo 6 módulos con sus respectivos anexos: Módulo 1. Formulación e implementación de la política pública de salud mental, Módulo 2. Diagnóstico Rápido Participativo de Salud Mental, Módulo 3. Marco teórico, Módulo 4. Ejes política nacional de salud mental, Módulo 5. Proyecto de acuerdo, Módulo 5. Anexo 1 Documento Técnico, Módulo 5. Anexo 2 Reglamento Comité de salud mental, SPA, Ruta Futuro y Resolución 3280, Módulo 5. Exposición de motivos y Módulo 6. Implementación de la PPSMA. Reforzando este año lo realizado en los años anteriores, llevando la información

de forma virtual al ser un año atípico por la pandemia del COVID 19, proceso que se realizó en dos meses y obteniendo como resultado que 4 municipios legalizaran la política para un total de 108 con acuerdos aprobados.

Para el año 2021, se contó con 4 profesionales psicosociales que estaban realizando labores de legalización en los 17 municipios faltantes e implementando la matriz del plan de acción en aquellos que ya tenían la política adoptada.

#### **4.2.1.2 Participación de actores claves**

##### **4.2.1.2.1 En los Municipios y Mesas Subregionales**

Los actores claves fueron los secretarios de salud, los directores locales de salud y los psicólogos municipales. Actores municipales que al implementar los módulos de construcción de política pública y la matriz del plan de acción dieron información de los problemas que se congregan en los territorios respecto a la salud mental y las acciones que desde las entidades territoriales se desarrollan, lo que se traducen en el diseño de ejes, estrategias, líneas de acción y programas en la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones.

##### **4.2.1.2.2 En las Mesas Técnicas**

Participaron expertos e investigadores de la salud mental del Departamento en representación de: Universidades, asociación de pacientes y cuidadores de la salud mental, Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colegio Colombiano de Psicólogos capítulo Antioquia y funcionarios de entidades públicas privadas del sector salud y otros sectores.

#### **4.2.1.3 Escenarios de participación**

Se conformaron los siguientes escenarios de participación para la formulación de la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones:

1. La participación individual o grupal de los secretarios de salud, los directores locales de salud y los psicólogos municipales.
2. Se propuso crear un comité en el cual se agruparán las temáticas de salud mental, reducción del consumo de sustancias psicoactivas y Ruta Futuro. Cada municipio tiene libre albedrío para nombrarlo. La mayoría de los municipios cuentan con este.
3. Se crearon las Mesas Subregionales de la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones, con la participación de funcionarios y líderes

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



locales, en las siguientes fechas: Ver tabla 1.

Tabla 1. Mesas Subregionales de salud mental

SUBREGIONAL	FECHA DE REALIZACIÓN	PARTICIPANTES	GRUPO POBLACIONAL
Magdalena Medio: Puerto Berrío, Puerto Nare, Puerto Triunfo, Yondó, Caracolí y Maceo.	<b>24 de agosto de 2021</b>	<b>17</b>	<b>Población general</b>
Oriente 1: Abejorral, Argelia, Nariño, Sonsón, Alejandría, Concepción, El Peñol, Guatapé, Granada, San Carlos, y San Rafael.	<b>31 de agosto de 2021</b>	<b>49</b>	<b>Población general</b>
Oriente 2: Cocorná, San Francisco, San Luis, El Carmen de Viboral, El Retiro, El Santuario, Guarne, La Ceja del Tambo, La Unión, Marinilla, Rionegro y San Vicente Ferrer.	<b>1 de septiembre de 2021</b>		
Nordeste: Cisneros, San Roque, Santo Domingo, Amalfi, Vegachí, Yalí, Yolombó, Segovia, Remedios y Anorí.	<b>7 de septiembre de 2021</b>	<b>16</b>	<b>Población general</b>
Occidente: Abriaquí, Cañasgordas, Dabeiba, Frontino, Peque, Uramita, Anzá, Armenia, Buriticá, Caicedo, Ebéjico, Giraldo, Heliconia, Liborina, Olaya, Sabanalarga, San Jerónimo, Santa Fe de Antioquia y Sopetrán.	<b>8 de septiembre de 2021</b>	<b>23</b>	<b>Población general</b>
Norte: Carolina del Príncipe, Gómez Plata, Guadalupe, Angostura, Briceño, Campamento, Valdivia, Yarumal, Belmira, Donmatías, Entreríos, San José de la Montaña, San Pedro de los Milagros, Santa Rosa de Osos, Ituango, San Andrés de Cuerquia y Toledo.	<b>14 de septiembre de 2021</b>	<b>24</b>	<b>Población general</b>
Valle de Aburrá: Medellín, Barbosa, Girardota, Bello, Copacabana, Envigado, Itagüí, La Estrella, Sabaneta y Caldas.	<b>15 de septiembre de 2021</b>	<b>25</b>	<b>Población general</b>
Suroeste 1: Amagá, Angelópolis, Titiribí, Andes, Betania, Ciudad Bolívar, Hispania, Jardín, Betulia, Concordia, Salgar y Urao.	<b>21 de septiembre de 2021</b>	<b>26</b>	<b>Población general</b>
Suroeste 2: Fredonia, Venecia, Caramanta, Jericó, La Pintada, Montebello, Pueblorrico, Santa Bárbara, Támesis, Tarso y Valparaíso	<b>22 de septiembre de 2021</b>		

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



SUBREGIONAL	FECHA DE REALIZACIÓN	PARTICIPANTES	GRUPO POBLACIONAL
Bajo Cauca: Cáceres, Caucasia, El Bagre, Nechí, Tarazá y Zaragoza	<b>28 de septiembre de 2021</b>	<b>11</b>	<b>Población general</b>
Urabá: Apartadó, Carepa, Chigorodó, Mutatá, Turbo, Arboletes, Necoclí, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Murindó y Vigía del Fuerte.	<b>12 de octubre de 2021</b>	<b>17</b>	<b>Población general</b>
Turbo: Población Especial Afrodescendientes	<b>13 de octubre de 2021</b>	<b>17</b>	<b>Negro, Afrocolombianos, Palenqueros y Raizales</b>
Dabeiba: Población Especial Indígena	<b>14 de octubre de 2021</b>	<b>17</b>	<b>Indígenas</b>

Fuente: Propia

- Se implementaron las Mesas Técnicas de la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones, con expertos e investigadores de la salud mental, asistiendo a los siguientes encuentros, ver tabla 2.

Tabla 2. Encuentros con expertos e investigadores

LUGAR	FECHA DE REALIZACIÓN
<b>Asamblea Departamental de Antioquia – Sala de Concejales</b>	29 de octubre de 2021
	4 de noviembre de 2021
	30 de noviembre de 2021
	3 de febrero de 2022
	7 de marzo de 2022
	14 de abril de 2022
	19 de mayo de 2022
	2 de junio de 2022
	23 de junio de 2022
	15 de julio de 2022
	5 de agosto de 2022
	26 de agosto de 2022
	30 de septiembre de 2022
	7 de octubre de 2022
21 de octubre de 2022	
11 de noviembre de 2022	

Fuente: Propia

#### 4.2.2 Diagnósticos

Se presenta en este apartado un inventario de los diagnósticos realizados para la PPDSMA.

#### 4.2.2.1.1 Diagnóstico Rápido Participativo (DRP)

Entre el 2016 y 2018, se realizó un Diagnóstico Rápido Participativo en los 125 municipios del departamento, con el que se identificaron y priorizaron las problemáticas de salud mental, con mayor incidencia en cada territorio y los grupos poblacionales más afectados.

#### 4.2.2.1.2 Línea base de la salud mental en Antioquia

Se investigaron los indicadores de Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y de comportamiento desde el 2009 hasta el 2020, en los 125 municipios del departamento, principalmente los siguientes: 1. Indicadores de salud mental por geografía, 2. Indicadores de salud mental por sexo, 3. Indicadores de salud mental por edad, 4. Tasa de suicidio, 5. Indicador de condición de discapacidad por subgrupo, 6. Indicador episodio depresivo por subgrupo sexo y edad, 7. Indicadores de salud mental en poblaciones especiales por subgrupo, sexo, edad y régimen, 8. Indicadores de salud mental en indígenas por subgrupo, sexo, edad y régimen, 9. Indicadores de demencia y 10. Indicador de uso de servicios de salud.

#### 4.2.2.1.3 Diagnóstico de los Determinantes Sociales

En el 2021, se efectuó un diagnóstico de los determinantes sociales en cada Subregión antioqueña y se incluyó a los pueblos y comunidades étnicas del departamento.

#### 4.2.2.1.4 Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas

La Escuela Contra la Drogadicción Luis Carlos Galán Sarmiento, aporta a la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones, el estudio de consumo de sustancias psicoactivas para el departamento de Antioquia, realizado en el 2021.

Este estudio describe la prevalencia, oferta, acceso y percepción del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas entre la población urbana de 12 a 65 años, para el departamento de Antioquia, sus nueve subregiones y Medellín.

### 4.2.3 Sistematización de la información

La recopilación de los resultados obtenidos en los diagnósticos identificados como problemáticas locales, los ejes y estrategias establecidas en las normas internacionales y nacionales, permiten consolidar la información en un documento técnico que será el instrumento para la implementación de acciones futuras.

### **4.3 LEGALIZACIÓN**

Se elaboró el Proyecto de Ordenanza para presentar a la Asamblea Departamental, el cual validará todo el contenido del documento técnico dándole viabilidad para su implementación en el territorio antioqueño, previa socialización y aprobación del conglomerado público del departamento.

### **4.4 IMPLEMENTACIÓN**

El ciclo de implementación conlleva todo el periplo de la gestión de las políticas públicas convirtiéndolas en una realidad social, es cuando la política se materializa y se hace pública es decir que la comunidad la apropia, la conoce y la reconoce, la exige y la convierte en la realización de sus derechos.

La política pública se implementará a través de un plan de acción que será creado por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia a la luz del documento técnico anexo a esta ordenanza. De igual forma, se debe velar porque las estrategias plasmadas en este documento hagan parte de los Planes de Desarrollo Departamental y Municipal. Con este propósito se impulsará la creación y el acompañamiento a las mesas de salud mental y a los comités de prevención de consumo de sustancias psicoactivas municipales. Desde ahí, se dará forma a planes, programas y proyectos que se estructuren para lograr los resultados que se han propuesto en el documento técnico de la política pública.

## **5 SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN ANTIOQUIA**

### **5.1 DIAGNÓSTICO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES (DSS)**

#### **5.1.1 Contexto territorial, político y demográfico de Antioquia**

##### **5.1.1.1 Contexto Territorial**

Antioquia limita al norte con el mar Caribe (Océano Atlántico); con el departamento de Córdoba, sirviendo de límites las serranías de Abibe y Ayapel y con los departamentos de

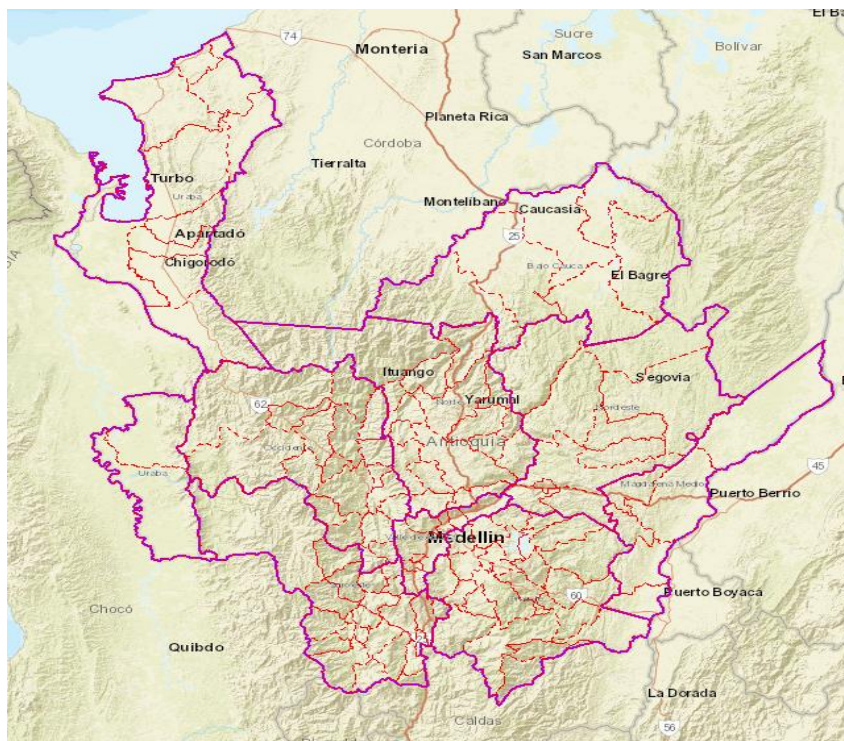


Sucre y Bolívar, sirviendo de límites el río Cimitarra con su afluente el Tamar en gran parte de su recorrido.

Al oriente limita con los departamentos de Santander y Boyacá, sirviendo de límite el río Magdalena en una longitud de 245 kilómetros. Al sur limita con el departamento de Caldas, sirviendo de límites el río La Miel y su afluente el Samaná del Sur, el río Arma, el río Cauca entre las desembocaduras de los ríos Arma y Arquía, siguiendo el curso de este último hasta su nacimiento en el cerro los Mellizos y de éste por toda la serranía hasta el cerro Paramillo; y el departamento de Risaralda, sirviendo de límite la continuación de la serranía que divide las hoyas hidrográficas de los ríos San Juan y Risaralda, que corren en dirección contraria y desembocan al río Cauca, hasta el cerro Caramanta. Al occidente limita con el departamento del Chocó, marcando el límite la Cordillera Occidental de los Andes en unas partes y el río Atrato en otras (188 kilómetros), hasta llegar a su desembocadura en el Golfo de Urabá<sup>16</sup>.

Mapa 1. Mapa de Antioquia

<sup>16</sup> <https://www.antioquiadatos.gov.co/index.php/1-2-4-limites-generales-del-departamento-de-antioquia>



Fuente: <http://mapas.antioquia.gov.co/mapgis/mapa.jsp?aplicacion=9>

### 5.1.1.2 Contexto Político

El departamento está dividido en 9 subregiones, que son: Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Norte, Occidente, Oriente, Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá (Gobernación de Antioquia, 2020).

### 5.1.1.3 Contexto Demográfico

Para el 2022, Antioquia tiene una proyección de habitantes 6.887.306 habitantes de los cuales el 52% (3.557.129) Son Mujeres y el 48% (3.330.177) Son hombres. Ver tabla 3.

Tabla 3. Proyecciones de Población Municipal por Sexo 2022

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



MPIO	AÑO	Total, Hombres	Total, Mujeres	Total
Medellín	2022	1.232.847	1.380.111	2.612.958
Abejorral	2022	10.937	9.983	20.920
Abriaquí	2022	1.534	1.286	2.820
Aleandría	2022	2.410	2.435	4.845
Amagá	2022	15.858	16.401	32.259
Amalfi	2022	13.977	13.944	27.921
Andes	2022	23.680	21.897	45.577
Angelópolis	2022	3.041	2.982	6.023
Angostura	2022	6.023	5.873	11.896
Anorí	2022	10.377	9.327	19.704
Santafé de Antioquia	2022	13.802	14.042	27.844
Anzá	2022	3.830	3.563	7.393
Apartadó	2022	64.228	67.526	131.754
Arboletes	2022	15.716	15.746	31.462
Argelia	2022	4.007	3.773	7.780
Armenia	2022	2.606	2.626	5.232
Barbosa	2022	27.864	28.189	56.053
Belmira	2022	3.182	3.125	6.307
Bello	2022	274.868	294.620	569.488
Betania	2022	5.492	5.113	10.605
Betulia	2022	8.385	8.007	16.392
Ciudad Bolívar	2022	13.576	13.558	27.134
Briceño	2022	4.382	3.991	8.373
Buriticá	2022	5.177	4.757	9.934
Cáceres	2022	16.354	14.955	31.309
Caicedo	2022	4.394	4.408	8.802
Caldas	2022	40.994	45.048	86.042
Campamento	2022	4.918	4.613	9.531
Cañasgordas	2022	8.073	7.964	16.037
Caracolí	2022	2.351	2.322	4.673
Caramanta	2022	2.387	2.406	4.793
Carepa	2022	26.223	26.526	52.749
El Carmen de Viboral	2022	31.852	32.694	64.546
Carolina	2022	2.016	2.080	4.096

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



MPIO	AÑO	Total, Hombres	Total, Mujeres	Total
Caucasia	2022	47.974	50.449	98.423
Chigorodó	2022	29.704	32.010	61.714
Cisneros	2022	4.868	5.378	10.246
Cocorná	2022	7.545	7.751	15.296
Concepción	2022	2.544	2.362	4.906
Concordia	2022	11.148	11.216	22.364
Copacabana	2022	41.045	43.344	84.389
Dabeiba	2022	12.291	11.951	24.242
Donmatías	2022	9.482	10.846	20.328
Ebéjico	2022	6.369	6.143	12.512
El Bagre	2022	27.351	28.174	55.525
Entrerriós	2022	6.027	6.069	12.096
Envigado	2022	114.956	134.844	249.800
Fredonia	2022	12.826	12.700	25.526
Frontino	2022	10.654	10.692	21.346
Giraldo	2022	3.043	2.886	5.929
Girardota	2022	27.549	28.599	56.148
Gómez Plata	2022	5.069	5.161	10.230
Granada	2022	5.007	5.062	10.069
Guadalupe	2022	3.499	3.374	6.873
Guarne	2022	29.727	30.258	59.985
Guatapé	2022	4.380	4.601	8.981
Heliconia	2022	2.906	2.657	5.563
Hispania	2022	2.873	2.892	5.765
Itagüí	2022	142.377	156.721	299.098
Ituango	2022	17.399	11.257	28.656
Jardín	2022	7.596	7.697	15.293
Jericó	2022	7.024	7.109	14.133
La Ceja	2022	34.076	36.394	70.470
La Estrella	2022	37.809	40.079	77.888
La Pintada	2022	4.409	4.317	8.726
La Unión	2022	11.358	11.736	23.094
Liborina	2022	5.332	5.073	10.405
Maceo	2022	4.219	4.286	8.505

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



MPIO	AÑO	Total, Hombres	Total, Mujeres	Total
Marinilla	2022	34.296	35.728	70.024
Montebello	2022	3.472	3.376	6.848
Murindó	2022	2.733	2.665	5.398
Mutató	2022	7.528	7.310	14.838
Nariño	2022	5.237	5.020	10.257
Necoclí	2022	22.471	23.032	45.503
Nechí	2022	14.593	13.620	28.213
Olaya	2022	1.651	1.623	3.274
Peñol	2022	10.975	11.473	22.448
Peque	2022	4.513	4.030	8.543
Pueblorrico	2022	4.504	4.503	9.007
Puerto Berrío	2022	21.051	20.932	41.983
Puerto Nare	2022	7.413	7.477	14.890
Puerto Triunfo	2022	10.718	8.848	19.566
Remedios	2022	15.255	15.304	30.559
Retiro	2022	12.450	13.084	25.534
Rionegro	2022	72.362	75.122	147.484
Sabanalarga	2022	5.015	4.552	9.567
Sabaneta	2022	42.244	48.499	90.743
Salgar	2022	9.420	9.411	18.831
San Andrés de Cuerquía	2022	3.851	3.657	7.508
San Carlos	2022	8.315	7.989	16.304
San Francisco	2022	3.028	3.046	6.074
San Jerónimo	2022	8.114	8.406	16.520
San José de La Montaña	2022	1.896	1.986	3.882
San Juan de Urabá	2022	10.643	10.965	21.608
San Luis	2022	6.635	6.897	13.532
San Pedro de Los Milagros	2022	11.375	12.228	23.603
San Pedro de Urabá	2022	16.999	16.151	33.150
San Rafael	2022	8.072	8.079	16.151
San Roque	2022	11.262	11.009	22.271
San Vicente	2022	12.081	11.089	23.170
Santa Bárbara	2022	13.920	14.114	28.034
Santa Rosa de Osos	2022	19.407	19.651	39.058

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



MPIO	AÑO	Total, Hombres	Total, Mujeres	Total
Santo Domingo	2022	6.604	6.104	12.708
El Santuario	2022	17.855	19.892	37.747
Segovia	2022	20.222	20.385	40.607
Sonsón	2022	19.022	18.745	37.767
Sopetrán	2022	7.996	8.000	15.996
Támesis	2022	8.427	8.279	16.706
Tarazá	2022	14.281	14.587	28.868
Tarso	2022	3.200	3.225	6.425
Titiribí	2022	5.435	5.618	11.053
Toledo	2022	2.757	2.443	5.200
Turbo	2022	64.476	69.802	134.278
Uramita	2022	3.650	3.464	7.114
Urrao	2022	15.868	15.971	31.839
Valdivia	2022	7.239	7.303	14.542
Valparaíso	2022	3.385	3.289	6.674
Vegachí	2022	6.159	6.255	12.414
Venecia	2022	5.850	6.230	12.080
Vigía del Fuerte	2022	4.790	4.927	9.717
Yalí	2022	4.085	3.836	7.921
Yarumal	2022	21.434	22.575	44.009
Yolombó	2022	12.342	11.897	24.239
Yondó	2022	10.639	10.102	20.741
Zaragoza	2022	13.165	13.345	26.510

Fuente: DANE, Proyecciones de población a nivel municipal. periodo 2018 - 2035.

## 5.1.2 Metodología

### 5.1.2.1 Tipo de Estudio

La investigación es de tipo exploratorio-descriptivo, no experimental.

Este estudio examina los vínculos entre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y los resultados de salud de las personas de las nueve subregiones y la población especial indígenas, negros, raizales, palenqueros y afrocolombianos del departamento de Antioquia. La información recopilada se emplea como insumo para la formulación de la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones.

La analítica de la información se realiza bajo los conceptos de la comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (2008).

### 5.1.2.2 Adaptación Modelo Patrón Funcional de la Salud (PFS)

Para realizar la investigación se propuso adaptar el modelo de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, estructurada en once Patrones de Salud, donde cada patrón es una integración psicosocial, influido por factores biológicos, propios del desarrollo, factores culturales, sociales y espirituales.

Se trata de un proceso centrado en la persona y no en la patología, contiene una estructura que puede cubrir las necesidades derivadas de problemas reales o potenciales, está basado en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas (persona-familia y/o grupos-comunidad) a las diferentes situaciones de salud enfermedad y procesos vitales<sup>17</sup>.

El término “patrón” se refiere a una secuencia en el comportamiento a lo largo del tiempo, acciones usuales y no acciones o eventos únicos o aislados. Un hecho que sucede una sola vez no se considera patrón<sup>18</sup>.

La valoración de los patrones funcionales permite obtener una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno). Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta.

<sup>17</sup> [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/783bcb38-cf08-11e4-b8de-159dab37263e/01\\_Metologia\\_Cuidados\\_I.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/783bcb38-cf08-11e4-b8de-159dab37263e/01_Metologia_Cuidados_I.pdf)

<sup>18</sup> <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>

A continuación, se presentan los 11 patrones, ver tabla 4.

Tabla 4. Patrones Funcionales de la salud

PATRÓN	DESCRIPCIÓN	Diagnóstico
1	Percepción-manejo de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.</li> <li>Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.</li> <li>Gestión ineficaz de la propia salud.</li> <li>Incumplimiento.</li> </ul>
2	Nutricional-metabólico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.</li> <li>Disposición para mejorar la nutrición</li> <li>Deterioro de la integridad cutánea</li> <li>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</li> <li>Riesgo de nivel de glucemia inestable</li> </ul>
3	Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deterioro de la eliminación urinaria</li> </ul>
4	Actividad-ejercicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estilo de vida sedentario</li> </ul>
5	Sueño-descanso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disposición para mejorar el sueño</li> <li>Trastorno del patrón de sueño</li> </ul>
6	Cognitivo-perceptual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimientos deficientes</li> <li>Disposición para mejorar los conocimientos</li> </ul>
7	Autopercepción-autoconcepto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baja autoestima situacional</li> <li>Disposición para mejorar el autoconcepto</li> </ul>
8	Rol-relaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procesos familiares disfuncionales</li> </ul>
9	Sexualidad-reproducción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patrón sexual ineficaz</li> </ul>
10	Adaptación-tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disposición para mejorar el afrontamiento</li> <li>Negación ineficaz</li> </ul>
11	Valores-creencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conflicto de decisiones</li> </ul>

Fuente: [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/783bcb38-cf08-11e4-b8de-159dab37263e/01\\_Metologia\\_Cuidados\\_1.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/783bcb38-cf08-11e4-b8de-159dab37263e/01_Metologia_Cuidados_1.pdf)

### 5.1.2.3 Población

En el 2021, se invitaron a formar parte de las Mesas Subregionales de Salud Mental a los secretarios de salud, directores locales de salud, psicólogos, gerentes de hospitales, médicos, enfermeros y otros funcionarios municipales, los cuales tienen injerencia en intervenciones de prevención, tratamiento en salud mental.

El modelo de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon nos permitió establecer el modo para la recopilación de datos, el procesamiento y la interpretación, estableciendo

para cada municipio el mayor grado de evidencia y las alternativas de solución a los problemáticas de salud mental que se presentan en cada territorio<sup>19</sup>.

#### 5.1.2.4 Periodo de realización

El estudio fue realizado desde el mes de agosto hasta el mes de octubre del año 2021, se emplearon formularios digitales para la recopilación de información, adicional a ello se realizaron plenarias para la discusión de los resultados obtenidos, se analizaron los posibles escenarios frente a las causas y soluciones

#### 5.1.2.5 Municipios participantes por subregión

De los 125 (100%) municipios convocados participaron 88 (70%) en total, distribuidos de la siguiente manera: 22 del Oriente, 14 de Occidente, 11 en cada una de las subregiones de Nordeste y Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá con 7, las subregiones de Norte y Magdalena Medio con 6 municipios cada una y con 4 la subregión del Bajo Cauca. Ver tabla 5.

Tabla 5. Participantes por Subregión

Subregión	Municipios	Total	Subregión	Municipios	Total
<b>Magdalena Medio</b>	Caracolí	6	<b>Occidente</b>	Ebéjico	14
	Puerto Berrio			Buriticá	
	Puerto Triunfo			Frontino	
	Yondó			Cañasgordas	
	Maceo			Olaya	
<b>Oriente</b>	Concepción	22		Uramita	
	Sonsón			Anzá	
	El peñol			Giraldo	
	Granada			Peque	
	San Luis			San Jerónimo	
	San Carlos			Santa fe de Antioquia	
	Guatapé			Liborina	
	Alejandría			Sopetran	
	San Rafael			Armenia	
	El santuario		<b>Norte</b>	Carolina del Príncipe	11
	La ceja			Enterríos	
	Carmen de Viboral			Belmira	
	La unión			Santa rosa de osos	

<sup>19</sup> Álvarez Suarez, J. L., del Castillo Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., & Muñoz Meléndez, M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. En J. L. Álvarez Suarez, F. del Castillo Arévalo, D. Fernández Fidalgo, & M. Muñoz Meléndez, Manual de Valoración de Patrones Funcionales (págs. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Área Sanitaria V – Gijón (Asturias): Comisión de Cuidados, Dirección de Enfermería de Atención Primaria.

DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



Subregión	Municipios	Total	Subregión	Municipios	Total		
	Guarne			Valdivia			
	Cocorná						
	Rionegro						
	El retiro						
	Marinilla						
	Abejorral						
	San Vicente						
	San francisco						
	Argelia						
Nordeste	Yolombó	6	Suroeste	Támesis	11		
	Cisneros						
	Santo domingo						
	Amalfi						
	Segovia						
	Vegachí						
Valle de Aburrá	Itagüí	7		Andes			
	Medellín						
	Sabaneta						
	Caldas						
	Envigado						
	Barbosa						
	Girardota						
Bajo Cauca	Caucasia	4	Urabá	Hispania	7		
	Cáceres						
	Zaragoza						
	El bagre						
<b>Total, municipios + Población especial: 88</b>							

Fuente: Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia, Mesas Subregionales PPSMD-2021

### 5.1.2.6 Ficha técnica

A continuación, se presenta la ficha técnica del diagnóstico de los DSS en las Subregiones y las Poblaciones Especiales del Departamento. Ver tabla 6.

Tabla 6. Ficha técnica

FICHA TÉCNICA	
Universo	125 municipios
Marco muestral	Para este seguimiento se tuvo un marco muestral no definido de municipios representados por secretarios de salud, los directores locales de salud, los psicólogos y otros funcionarios municipales, se realizó con el total de asistentes a los subregionales.
Tipo de muestreo	Intencionado
Municipios participantes	88 municipios



<b>Instrumento</b>	Tres formatos diseñados en Google Forms
<b>Periodo de la evaluación</b>	Desde el 24 de agosto hasta el 14 de octubre de 2021.
<b>Tipo de evaluación</b>	La investigación es de tipo exploratorio-descriptivo, no experimental ( Hernández, Fernández y Baptista, 2010) <sup>20</sup> .

*Fuente: Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia, Mesas Subregionales PPSMD-2021*

### 5.1.2.7 Participantes por municipio

La concentración mayor de los participantes está en el Oriente con 49, Suroeste con 26, Valle de Aburrá con 25, Norte con 24, Occidente con 23, y la proporción media están las subregiones del Magdalena Medio, Urabá, Subregional especial indígenas y Especial Afrocolombianos encontramos que participaron con 17 personas cada uno, le siguen Nordeste con 16 participantes y por último Bajo Cauca con 11. Para un total de 242 participantes.

Presentamos a continuación la distribución de los participantes por cada subregión. Ver tabla 7.

Tabla 7. Participantes por subregión

Asistentes Subregionales	Hombres	Mujeres	Total
Magdalena medio	3	14	17
Oriente	7	42	49
Nordeste	4	12	16
Occidente	4	19	23
Norte	7	17	24
Valle de Aburrá	9	16	25
Suroeste	5	21	26
Bajo Cauca	3	8	11
Urabá	3	14	17
Turbo - Afrodescendiente	3	14	17
Dabeiba - Indígenas	3	14	17

<sup>20</sup> Hernández, S. R., Fernández C. C. y Baptista, L.P. (2010). Metodología de la Investigación (5ª. ed.). Ciudad de México, México: McGraw-Hill Interamericana .



Asistentes Subregionales	Hombres	Mujeres	Total
Total, Asistentes Subregionales	51	191	242

Fuente: Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia, Mesas Subregionales PPSMD-2021

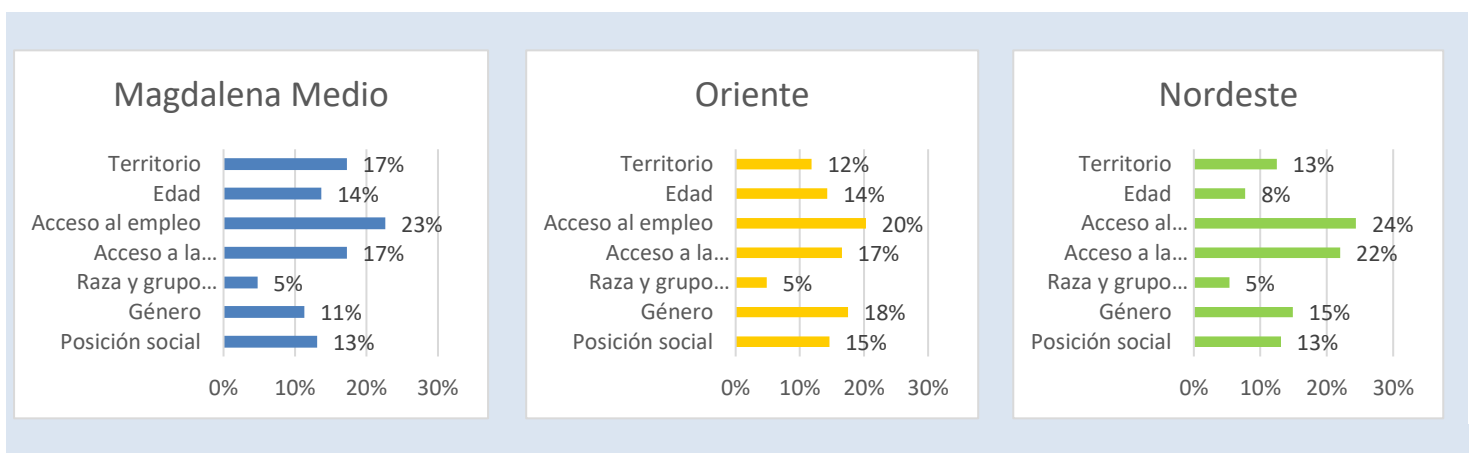
### 5.1.2.8 Distribución de participantes por sexo

La distribución por sexo de los participantes fue de un 79% para población femenina y un 21% para población masculina. La presencia relativa de mujeres es mayor, sobre todo en las subregiones de Oriente y Suroeste.

### 5.1.2.9 Acceso al empleo

La evaluación de los siete ejes de los determinantes estructurales de cada subregión el acceso al empleo tiene la siguiente evaluación: En la subregión del Magdalena Medio 38 puntos o sea el 23%, 125 puntos en Oriente con un porcentaje del 20%, 41 puntos en el Nordeste equivalente al 24%, Occidente evaluó con 75 puntos para un aporte del 19%, en el Norte calificaron con 59 puntos correspondiente al 19%, 38 (19%) puntos en el Valle de Aburrá , 66 (21%) en el Suroeste, 24(21%) para el Bajo Cauca y 43 (20%) para Urabá . Las poblaciones especiales evaluaron de la siguiente manera: indígenas 4(14%) puntos y Afrocolombianos 6 puntos con un porcentaje de 21%. Ver tabla 9.

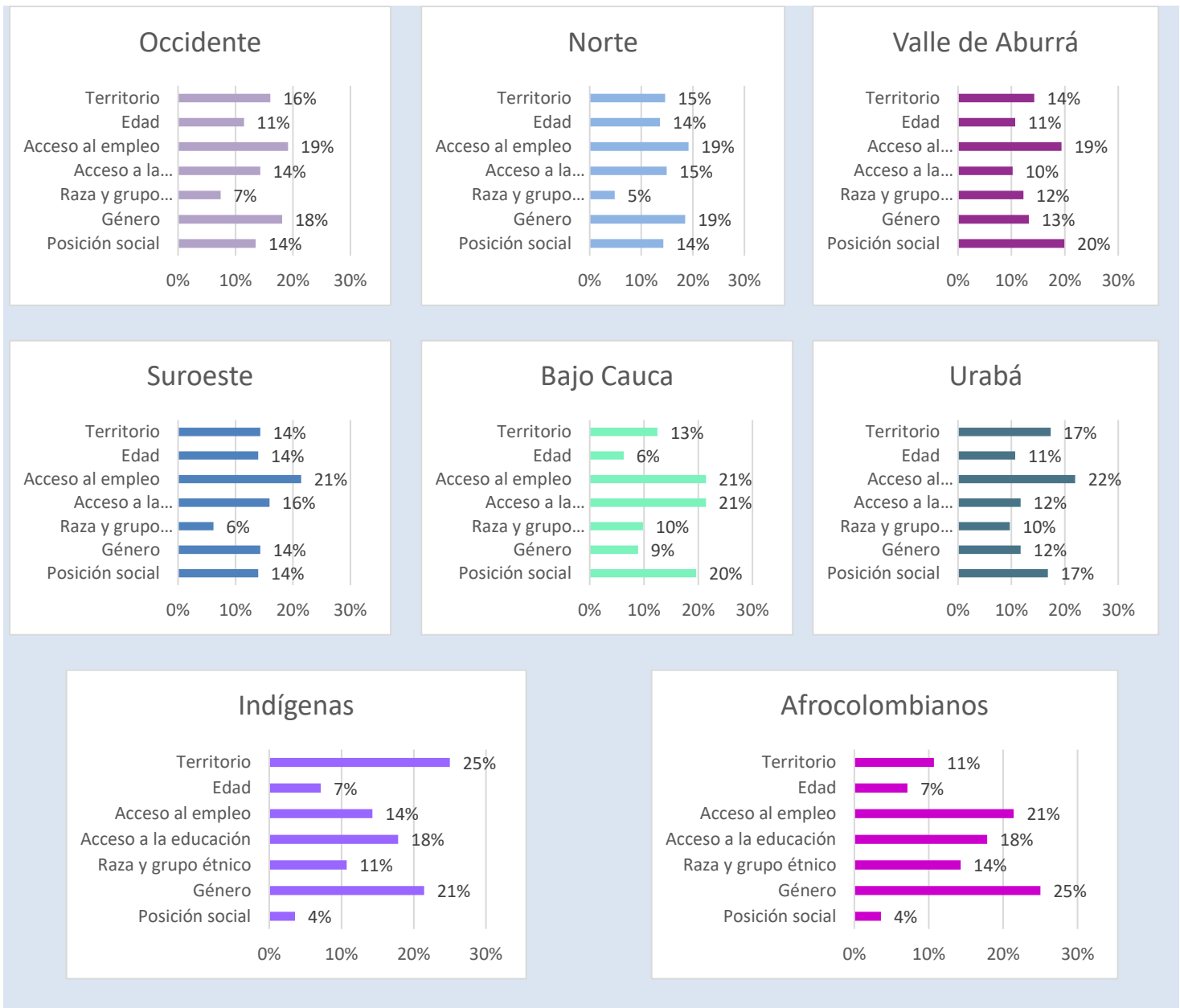
Tabla 8. Determinantes estructurales por subregión



**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



*Fuente: Secretaria de Salud y Protección social de Antioquia, Mesas Subregionales PPSMD-2021*

De los siete ejes de desigualdad de los determinantes estructurales el acceso al empleo tiene los porcentajes más altos en todas las nueve subregiones y la población especial afrocolombiana, de forma generalizada los representantes de cada municipio reconocieron



a la falta de empleo como un vector que influye negativamente en el curso de vida y salud mental de las personas en sus localidades.

Esta brecha de ingresos entre individuos y grupos se denomina “gradiente social”<sup>21</sup> El gradiente social muestra que cuanto más alto es el nivel de ingresos, mejores son los resultados de salud, y cuanto más bajo es el nivel de ingresos, los resultados no son los mejores. El gradiente social representa no solo los efectos de los ingresos en la salud, sino también la importancia de los ingresos como medio para acceder a otros determinantes sociales de la salud, como la educación, la alimentación, la vivienda, las actividades recreativas y otros recursos sociales.

Los docentes Karsten Paul y Klaus Moser, investigadores de la universidad de Erlangen-Nuremberg, concluyeron que el promedio de personas desempleadas con problemas psicológicos fue de un 34%, comparado con el 16% de las empleadas. Las personas sin empleo tenían niveles más elevados de “distrés” o estrés negativo y tenían presentes ciertos indicadores relevantes para el diagnóstico de la salud mental: estrés, depresión, ansiedad, síntomas psicósomáticos, percepción negativa de bienestar y autoestima. Disminuyendo la capacidad de contribuir al bienestar de la familia y de la sociedad<sup>22</sup>.

#### 5.1.2.10 Acceso a la educación

El acceso a la educación fue el segundo determinante seleccionado por los participantes como una desigualdad estructural. Del 100% de puntos que cada subregión estableció para estos, los porcentajes mayores se presentaron en las subregiones del norte y bajo cauca con el 22% y 21% respectivamente. Los porcentajes intermedios los encontramos en Las poblaciones especiales, comunidades afrodescendientes e indígenas 18%, con el 17% para las subregiones de Magdalena Medio y Oriente, y el 16% la subregión del suroeste. Con los porcentajes más bajos encontramos a la subregión del Norte 15%, 14% Occidente, 12% Urabá y el 10% pertenece al Valle de Aburrá.

La educación es clave para extraer a personas del nivel de pobreza y buscar así disminuir las desigualdades socioeconómicas y políticas. Si bien un mayor nivel educativo puede desempeñar un papel importante en la configuración de las oportunidades de empleo, también puede aumentar la capacidad para tomar mejores decisiones con respecto a la salud y brindar un margen para aumentar los recursos sociales y personales que son vitales para la salud física y mental de los ciudadanos.

21 [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts/es/](https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/)

22 <https://www2.lablabs.cl/como-afecta-el-desempleo-a-la-salud-mental/>



#### 5.1.2.11 Género

La desigualdad de género es mayor en la población afrocolombiana con un porcentaje del 25%, le sigue la población indígena con el 21%, con el 19 % encontramos la población de la Subregión del Norte, el 18% de las desigualdades por género, están en las subregiones de Oriente y Occidente el 15% pertenece a la población del Nordeste, el 14% lo aporta el Suroeste, el Valle de Aburrá tiene el 13%, con 12% se halló a la Subregión de Urabá, 11 % Magdalena Medio y el 10% al Bajo Cauca.

El Género se refiere a “la variedad de roles y relaciones construidos socialmente, rasgos de personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder relativo e influencia que la sociedad atribuye a los dos sexos sobre una base diferencial. El género es relacional: los roles y las características de género no existen de forma aislada, sino que se definen en relación unos con otros y a través de las relaciones entre mujeres y hombres, niñas y niños”<sup>23</sup>. En pocas palabras, el sexo se refiere a las diferencias biológicas, mientras que el género se refiere a las diferencias sociales.

La inequidad de género afecta principalmente a mujeres y niñas, con consecuencias que comienzan en el nacimiento. Algunas formas de la inequidad de género que afecta a las mujeres en comparación con los hombres son: Menores tasas de escolaridad y empleo, menos pago por un trabajo similar, mayores niveles de estrés, tasas más altas de trabajo no remunerado, como el cuidado de familiares enfermos, exposición a tasas más altas de agresión sexual, falta de representación en el gobierno y abuso de pareja íntima y violencia de género.

#### 5.1.2.12 Territorio

Considerando la tabla 9, en la cual se presenta el 100% de respuestas de los participantes a las Mesas Subregionales se encontraron las siguientes inequidades causadas por el territorio en el cual habitan: El 25% población indígena, las subregiones del Urabá y Magdalena Medio con el 17%, el 16% para la subregión de Occidente, el 14% lo tienen las subregiones de Suroeste y Valle de Aburrá, El 13% lo representan el Nordeste y Bajo Cauca, Oriente aporta el 12% y el 11% la comunidad Afrocolombiana del Departamento.

La inequidad por el territorio en el Departamento se da principalmente por el conflicto armado de Colombia que ha perpetuado simultáneamente la violencia directa relacionada

---

23 Salud Canadá. Ottawa: Política de análisis basada en el género de Health Canada; 2000. pág. 14. [ Académico de Google ]



con el conflicto y se asocia con una mayor psicopatología relacionada con la ansiedad, así como la violencia no relacionada con el conflicto, como una mayor prevalencia de consumo de sustancias y violencia doméstica<sup>24</sup>. Además, la violencia relacionada con los conflictos ha afectado el acceso a la atención médica de las poblaciones más vulnerables que han experimentado las penurias de la guerra<sup>25</sup>. Por lo tanto, es necesario identificar los factores contribuyentes que sostienen los resultados negativos de salud mental en los conflictos civiles de larga duración<sup>26</sup>. Adicional en el territorio se presenta desplazamiento interno y se da de tres maneras por: (a) desplazamientos temporales ocasionados por las acciones de los actores del conflicto armado colombiano; (b) desplazamientos definitivos en los cuales los campesinos no retornan y prefieren asentarse en ciudades o en otros territorios, y (c) desplazamientos intermitentes en los cuales los campesinos retornan y se desplazan nuevamente en varias oportunidades y se pueden realizar de forma individual, familiar o colectiva<sup>27</sup>. Este es particularmente importante ya que tiende a ser más común en personas que viven en dificultades socioeconómicas. El desplazamiento obliga a las personas a abandonar sus hogares, sus redes de apoyo y sus bienes. Las personas desplazadas generalmente llegan a lugares donde las condiciones de salud son inadecuadas, como barrios pobres con altos niveles de delincuencia, tráfico de drogas y otros problemas sociales, que influyen negativamente en los resultados de su salud mental.

La población antioqueña que más vive el conflicto armado son los indígenas, comunidades afrocolombianas y habitantes de la ruralidad dispersa.

### 5.1.2.13 Posición social

Del 100% de los puntos que tienen en total los determinantes estructurales los porcentajes por subregión fueron los siguientes: el mayor porcentaje de desigualdad por posición social se presenta en el Valle de Aburrá y el Bajo Cauca, le sigue con el 17% la subregión de Urabá, con el 15% el Oriente, el 14% lo aportan las subregiones de Occidente, Norte y Suroeste, el 13% está en el Magdalena Medio y el Nordeste y por último se encuentran la población Afrocolombiana e indígena con el 4%.

---

24 Bell, V, Méndez, F, Martínez, C, Palma, PP y Bosch, M Características del Conflicto Armado Colombiano y la Salud Mental de los Civiles que Viven en Zonas de Conflicto Activo. *Conflicto y salud* (2012). 6(1):10. doi:10.1186/1752-1505-6-10

25 Franco, S, Suarez, CM, Naranjo, CB, Báez, LC y Rozo, P Los efectos del conflicto armado en la vida y la salud en Colombia. *Ciênc Saúde Coletiva* (2006). 11:349–61. doi:10.1590/s1413-81232006000200013

26 Palacio, CA La Salud Mental Y El Posconflicto. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (2016). 45(4):229. doi:10.1016/j.rcp.2016.10.003

27 Franco, A, Los Desplazamientos Internos En Colombia: Una Conceptualización Política Para El Logro De Soluciones De Largo Plazo

Las diferencias en las clases sociales crean la disparidad entre las poblaciones. Las personas con un estrato socioeconómico bajo presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos de salud mental<sup>28</sup>.

#### 5.1.2.14 Raza y grupo étnico

El mayor peso relativo se encontró en la comunidad afro con el 14% en la Subregión del Valle de Aburrá y el 11% para la población indígena, con el 10% están las subregiones del Suroeste, Bajo Cauca y Urabá, el 7% de inequidad por raza y grupo étnico lo presentó la subregión de Occidente y el menor peso con el 5% lo presentaron las subregiones de Magdalena Medio, Oriente, Nordeste y Norte Antioqueño.

Para reducir considerablemente la desigualdad social en la región, es necesario identificar los ejes que la estructuran y la reproducen, así como sus efectos en los diversos ámbitos de los derechos y del desarrollo. Eso supone contar con diagnósticos basados en datos estadísticos confiables y sistemáticos, que permitan conocer la desigualdad en todas sus dimensiones y diseñar políticas públicas de calidad basadas en una agenda de derechos y en un enfoque de universalismo sensible a las diferencias (CEPAL, 2016a, 2018a y 2019a); es decir, políticas orientadas a hacer realidad el principio de universalidad en el acceso a los servicios sociales fundamentales para la garantía de los derechos y, al mismo tiempo, emprender acciones decididas para eliminar las barreras de acceso, la discriminación y la exclusión social que enfrentan de manera más grave algunas poblaciones (CEPAL, 2020).

#### 5.1.2.15 Edad

Del total del puntaje obtenido por cada subregión y presentado en la tabla 6, las subregiones con mayor inequidad por la edad son el Oriente y el Norte con el 14%, le siguen Occidente, Valle de Aburrá y Urabá con el 11%, el 8% lo hallamos en el Nordeste, el 7% lo tienen las poblaciones especiales afrocolombianos e indígenas y el 6% en las subregiones de Suroeste y Bajo Cauca.

“Cada etapa del ciclo de vida conlleva oportunidades, desafíos y riesgos específicos”, señala la CEPAL en el capítulo titulado “La matriz de la desigualdad social: la edad como un eje de las desigualdades sociales”. En comparación con personas en otras fases del

---

28 Ortiz-Hernández, L, López-Moreno, S, and Borges, G Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad Saúde Pública* (2007). 23:1255–72. doi:10.1590/s0102-311x2007000600002

[Texto completo de referencia cruzada | Google Académico](#)

ciclo de vida, los niños viven con mayor frecuencia en situación de carencia y privaciones, advierte la Comisión, lo que conlleva graves consecuencias para su futuro<sup>29</sup>.

Enfatiza la CEPAL, dado que en ese momento las desigualdades sociales se pueden profundizar o reducir. En dicha fase se definen aspectos que marcarán la vida adulta: se espera que los jóvenes finalicen sus estudios, adquieran competencias para el trabajo, inicien una trayectoria laboral en condiciones adecuadas y, en muchos casos, establezcan o consoliden un núcleo familiar propio. En la realidad latinoamericana, sin embargo, muchas veces esas fases y transiciones no siguen una trayectoria lineal, sino que constituyen momentos en los que se reproduce y magnifica la desigualdad. Un grupo que genera especial preocupación son los jóvenes que no estudian ni están ocupados en el mercado de trabajo, compuesto mayoritariamente por mujeres<sup>30</sup>.

### 5.1.3 Análisis de los determinantes intermedios

En el marco de los DSS las condiciones de vida se consideran determinantes intermedios de la salud que incluyen las condiciones materiales (condiciones de vivienda y laborales, ambiente físico y social de entornos inmediatos) y los medios financieros para acceder a bienes esenciales y no esenciales de consumo (Braveman & Gottlieb, 2014; Solar & Irwin, 2010).

#### 5.1.3.1 Circunstancias materiales

Las circunstancias materiales se evaluaron con tres variables: La calidad de la vivienda y el vecindario, las posibilidades de consumo y el entorno físico de trabajo, marcando con una escala de valores de 1 a 3, donde 1 es el de menor importancia y 3 es el más importante para el municipio y luego se consolidaban todos los datos por subregión.

##### 5.1.3.1.1 La calidad de la vivienda y del vecindario

La vivienda ha sido reconocida como uno de los principales determinantes sociales de la salud, que pueden promover o limitar la salud física, mental y social de sus residentes, por esta razón, en cuanto a las condiciones de la vivienda, debe tenerse en cuenta<sup>31</sup>. Las características de una vivienda saludable<sup>32</sup>, que según la OPS/OMS son: Un espacio que

<sup>29</sup> <https://www.cepal.org/fr/node/42870>

<sup>30</sup> Ibidem

<sup>31</sup> Estrategia de Entorno Hogar Saludable. Ministerio de Salud y Protección Social, pág.19. 2018.

<sup>32</sup> Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos



promueve la salud de sus residentes, carece o presenta factores de riesgo controlados y prevenibles, dispone de un lugar privado, espacio suficiente, accesibilidad física, seguridad en la tenencia, estabilidad y durabilidad estructurales, iluminación, calefacción y ventilación suficientes, estructura básica adecuada que incluya servicios de abastecimiento de agua, saneamiento y eliminación de desechos y procura fortalecer la ejecución de actividades que promuevan y protejan la salud de las personas de los peligros a los que están expuestas en la vivienda y contribuir al desarrollo local integrando las comunidades<sup>33</sup>.

#### 5.1.3.1.2 Entorno físico de trabajo

El entorno laboral saludable son aquellos centros de trabajo en los que las condiciones van dirigidas a lograr el bienestar de los trabajadores, pero no sólo en el sentido de un buen ambiente físico, se trata además de que existan buenas relaciones personales, buena organización, salud emocional, y que se promueva el bienestar familiar y social de los trabajadores a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral. Todos estos factores están interrelacionados dinámicamente. (Casas, 2006)<sup>34</sup>.

#### 5.1.3.1.3 Posibilidades de Consumo

Los ingresos familiares equivalentes proporcionan una medida del bienestar económico de las personas, cabe preguntarse ¿En qué medida estos ingresos son iguales o desiguales en la población?, el desempleo como DSS, genera la pérdida de salarios y la nación en su conjunto pierde su contribución a la economía en términos de los bienes o servicios que podrían haberse producido.

#### 5.1.3.2 Análisis de las circunstancias materiales

En la Tabla 10. La circunstancia material que concentró la mayor inequidad fue: la “Posibilidad de Consumo”, la que tiene mayor representatividad en las subregiones de: Magdalena Medio, Oriente, Nordeste, Occidente, y Suroeste. Con un rango de 12 hasta 52 puntos.

Con un rango de 3 hasta 15 puntos, Se destaca que la variable inequidad por la calidad de la vivienda, presenta valores superiores en las subregiones de: Urabá, Valle de Aburrá y la

---

Saludables. Escuela Saludable y Vivienda Saludable. 2006

<sup>33</sup> Ibidem.

<sup>34</sup> Entorno Laboral Saludable, Ministerio de Salud y Protección Social. 2016.



Población Afrocolombiana.

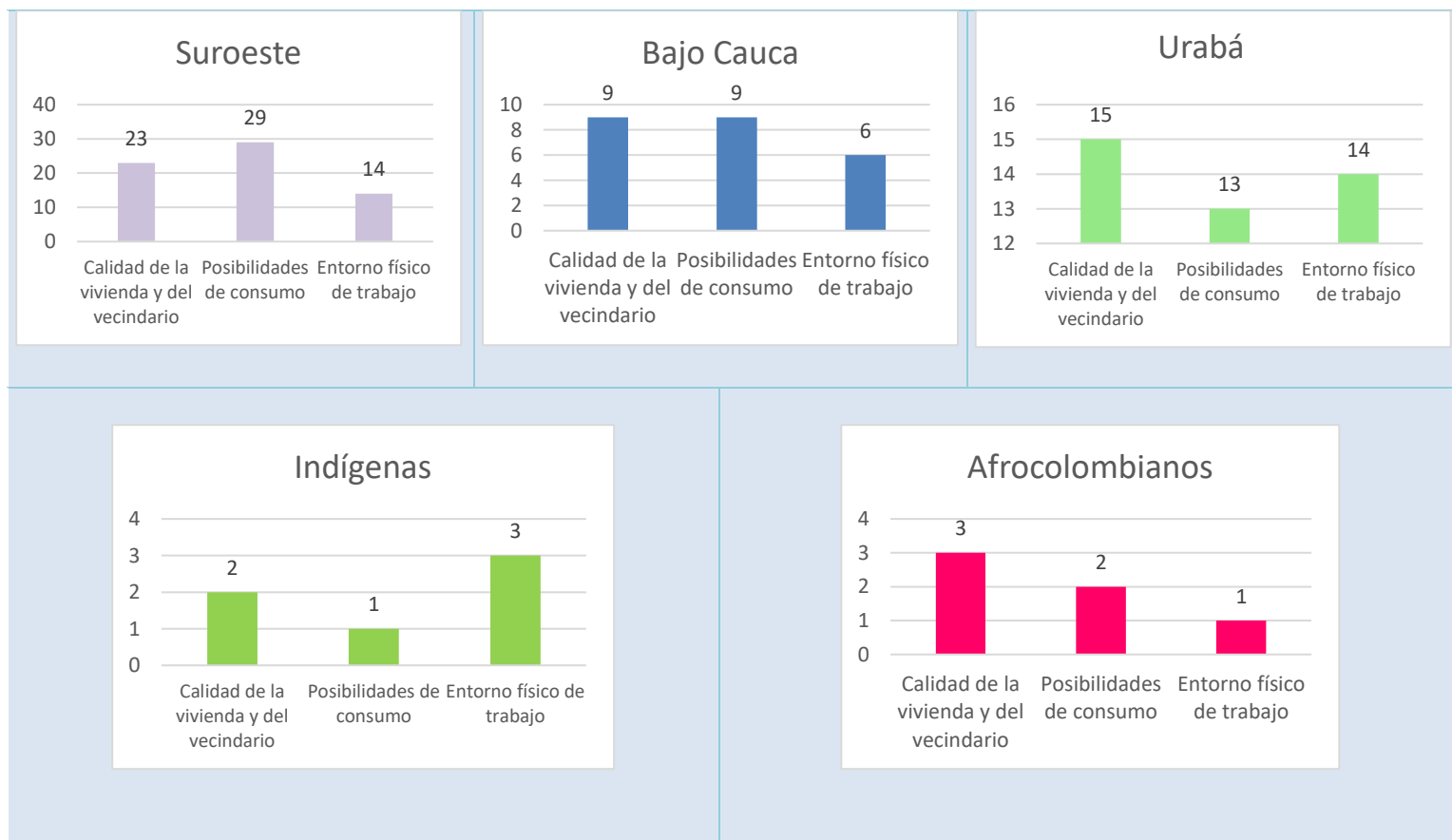
El entorno físico de trabajo con 3 puntos fue seleccionado como la mayor desigualdad por parte de la Población Indígena.

Para la subregión del norte tiene igual peso las desigualdades de: El entorno físico de trabajo y la posibilidad de consumo con 24 puntos.

Y con 9 puntos para el Bajo Cauca las desigualdades están en la calidad de la vivienda y el vecindario, y las posibilidades de consumo.

Tabla 9. Desigualdades por circunstancias materiales en Las Subregiones





Fuente: Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia, Mesas Subregionales PPSMD-2021

### 5.1.3.3 Factores conductuales y biológicos

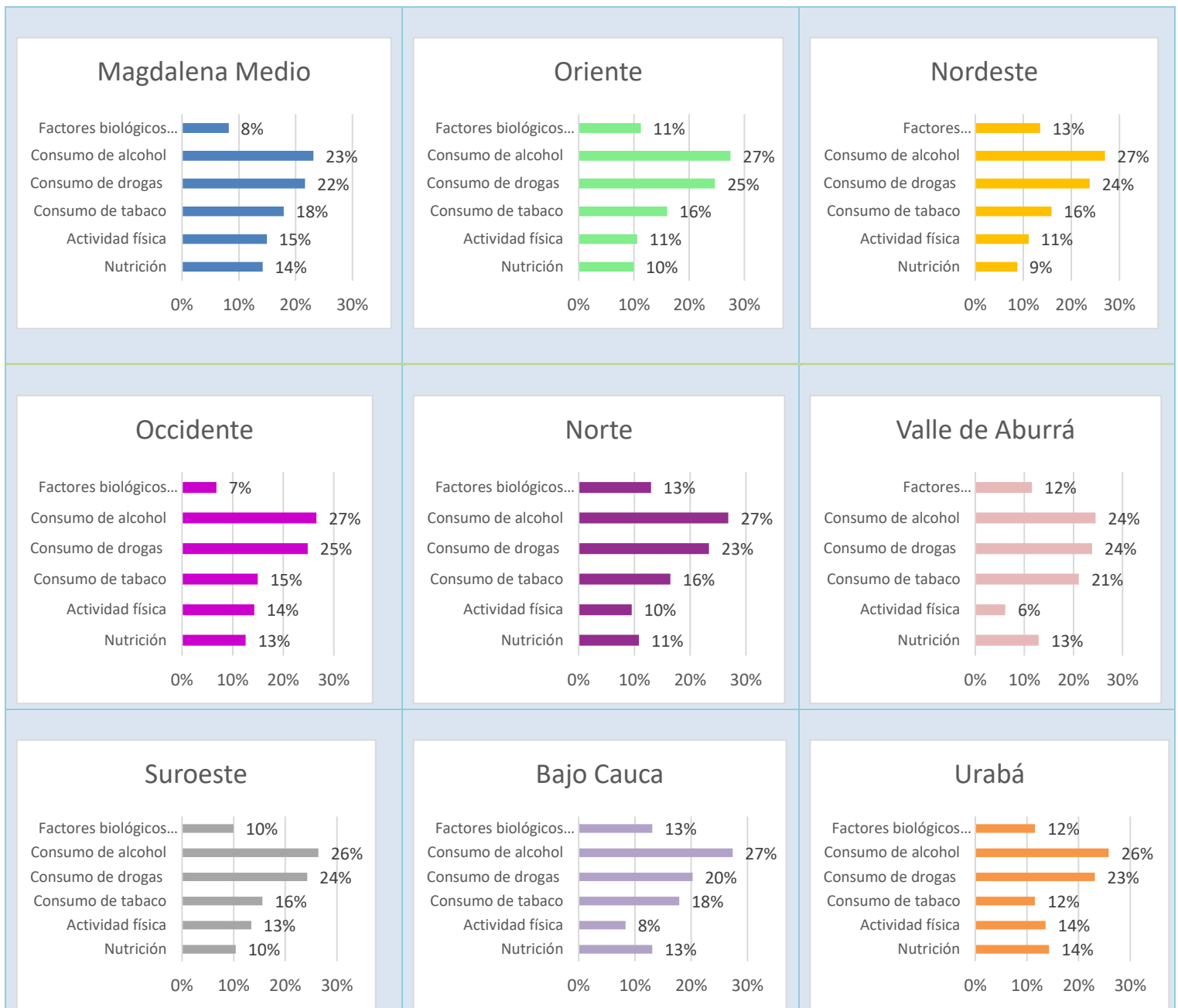
En las últimas décadas ha surgido importante evidencia acerca de los comportamientos y hábitos de vida, y como estos pueden condicionar negativamente la salud. Esta conducta se forma por decisiones personales y por influencias de nuestro entorno y grupo social. Entre ellos la inadecuada alimentación, consumo de sustancias psicoactivas, el sedentarismo, conductas de riesgo en sexualidad. Los hábitos de vida sanos o insanos son uno de los principales condicionantes en el proceso de salud-enfermedad. La mejora de estos debe conducir a una mejora en el estado de salud de los individuos y por ende de la población<sup>35</sup>.

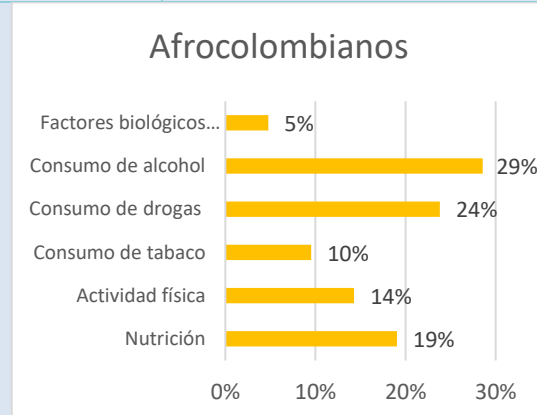
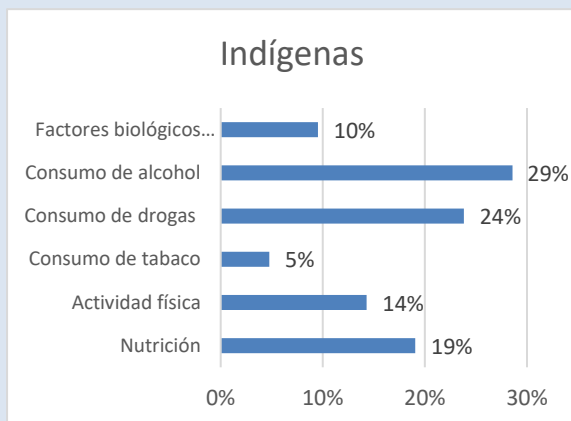
<sup>35</sup> <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>



Se evaluaron seis Determinantes intermedios-factores conductuales y biológicos: Nutrición, Actividad física, Consumo de tabaco, Consumo de sustancias psicoactivas, Consumo de alcohol, Factores biológicos (incluyen los factores genéticos), ver Tabla 11.

Tabla 10. Determinantes intermedios-factores conductuales y biológicos





*Fuente: Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia, Mesas Subregionales PPSMD-2021*

#### 5.1.3.3.1 Consumo de alcohol

En la Tabla 11, se puede observar que el peso relativo del consumo de alcohol es superior en las poblaciones especiales con un 29%, con 4 puntos porcentuales mayor que el porcentaje mayor de las nueve subregiones las cuales están en el rango porcentual de 23% hasta el 27%. Siendo el determinante conductual que presenta mayor riesgo para la salud de las personas, familias y comunidades.

El riesgo por el consumo nocivo de bebidas alcohólicas varía según las características biológicas del consumidor como la edad y el sexo, así como la situación y contexto en el que se bebe. El consumo nocivo de alcohol trae consecuencias a la salud de la persona que consume, principalmente asociados a enfermedades no transmisibles como el cáncer, lo cual contribuye a la carga de enfermedad del país, pero también daños y consecuencias sociales devastadoras en familias y comunidades, principalmente asociadas a siniestralidad vial y a diferentes tipos de violencia como lesiones personales, riñas y homicidios<sup>36</sup>.

#### 5.1.3.3.2 Consumo de drogas

A continuación, hallamos al segundo factor conductual y biológico “el consumo de sustancias psicoactivas”, con un rango entre el 20% hasta el 25% y las poblaciones especiales e indígenas con un 24%.

<sup>36</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/prevencion-consumo-nocivo-alcohol.pdf>



Las personas de cualquier edad, sexo o nivel económico pueden presentar trastornos por consumo de sustancias como marihuana u otras drogas. Los siguientes factores pueden afectar la probabilidad de que una persona presente trastorno por consumo de sustancias<sup>37</sup>: Antecedentes familiares, patología dual (como ansiedad o depresión), presión de pares, soledad o aislamiento social, falta de participación familiar, disponibilidad de drogas y el nivel socioeconómico<sup>38</sup>.

#### 5.1.3.3.3 Consumo de tabaco

El consumo del tabaco en las subregiones se encuentra en el rango del 12% y el 25% disminuye en un 1% (24%) del rango mayor en las poblaciones afrocolombianas e indígenas.

El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales define el tabaquismo como un trastorno causado por una sustancia capaz de provocar dependencia como la nicotina, sustancia que se encuentra en los productos de tabaco<sup>39</sup>.

#### 5.1.3.3.4 Malnutrición

La malnutrición presenta los rangos de 9% hasta el 14%, y las poblaciones de indígenas y afrocolombianos les corresponde el 19% siendo mas alto que en todas las subregiones.

El término «malnutrición» se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones<sup>40</sup>:

- La desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad);
- La malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes.

<sup>37</sup> Timberlake DS, Haberstick BC, Hopfer CJ, et al. Progression from marijuana use to daily smoking and nicotine dependence in a national sample of US adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;88(2-3):272-281.

<sup>38</sup> <https://www.cdc.gov/marijuana/health-effects/es/risk-of-other-drugs.html>

<sup>39</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-efectos-salud-tabaco.pdf>

<sup>40</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>



- El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres).

#### 5.1.3.3.5 Sedentarismo

El peso relativo más alto del sedentarismo lo presentan los habitantes de las subregiones con porcentajes del 6% hasta el 15% y los afrocolombianos e indígenas tienen el 14%.

Se ha establecido que la inactividad física es un importante factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial y un elemento que contribuye al aumento del sobrepeso y la obesidad.

La actividad física regular es un importante factor de protección para la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles (ENT) como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y varios tipos de cáncer. La actividad física también es beneficiosa para la salud mental, ya que previene el deterioro cognitivo y los síntomas de la depresión y la ansiedad; además, puede ayudar a mantener un peso saludable y contribuye al bienestar general<sup>41</sup>.

#### 5.1.3.3.6 Factores biológicos (incluyen los factores genéticos)

Por último, los participantes reconocen a los factores biológicos (incluyen los factores genéticos), como los que menos riesgos presentan para la salud de las personas. Los cuales están en las 9 subregiones con un rango del 7% hasta el 13%. Los Afrocolombianos presentan un peso porcentual del 10% y los indígenas del 5%.

El enfoque de curso de vida (La incidencia, prevalencia, y severidad de las enfermedades se modifican de acuerdo, entre otros factores con la edad del paciente) analiza cómo los factores biológicos (incluyendo los genéticos), de comportamiento y sociales a lo largo de la vida, y a través de las generaciones actúan para influir en la salud<sup>42</sup>. Factores de riesgos biológicos (como presión arterial alta, colesterol y fibrinógeno séricos elevados etc).

#### 5.1.3.4 Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas

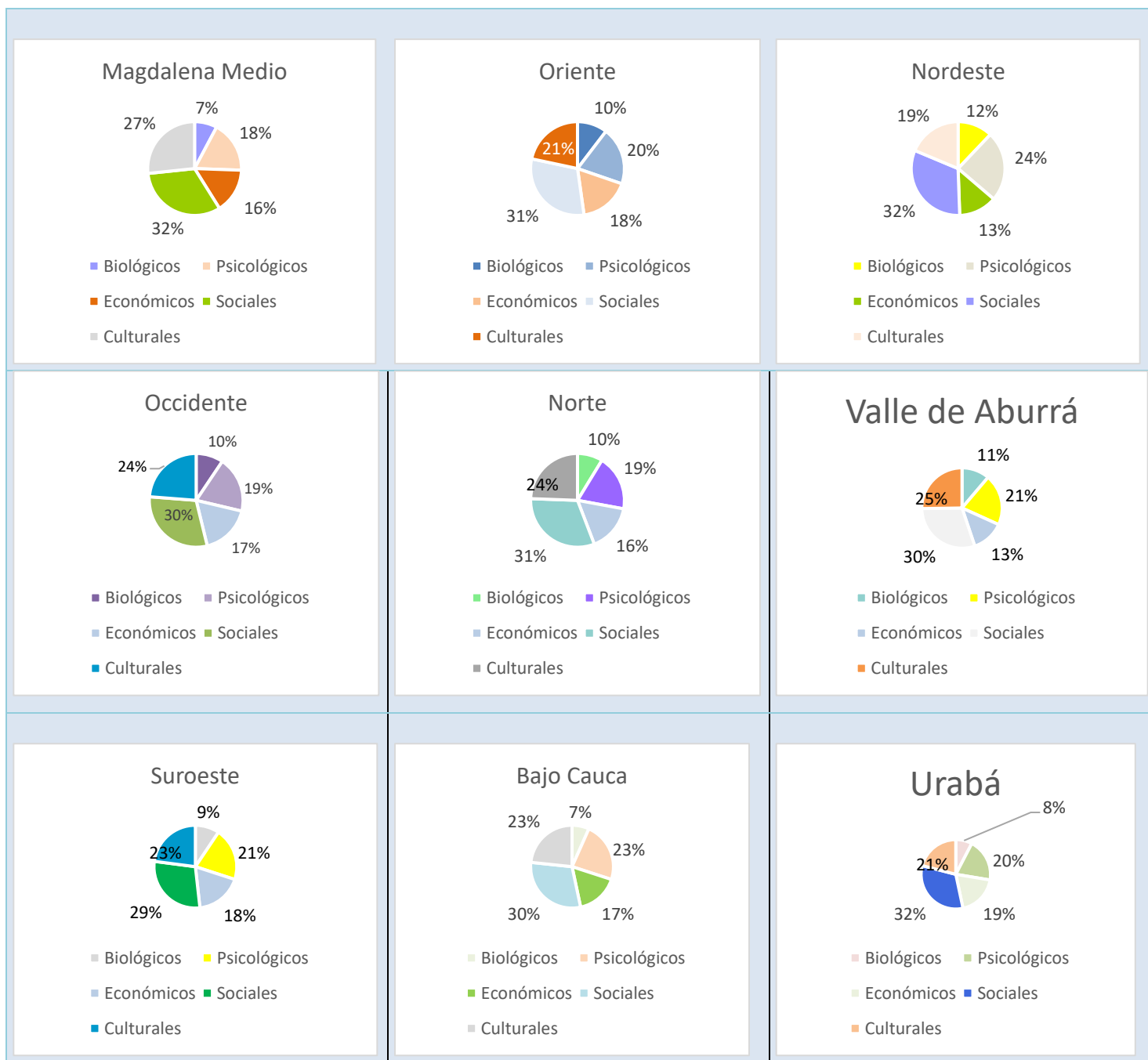
Se evaluaron los siguientes factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas: Los biológicos, económicos, sociales, psicológicos y culturales. Marcando en una escala de 1 a 5, donde 1 es el de menor importancia y 5 es el más importante para el

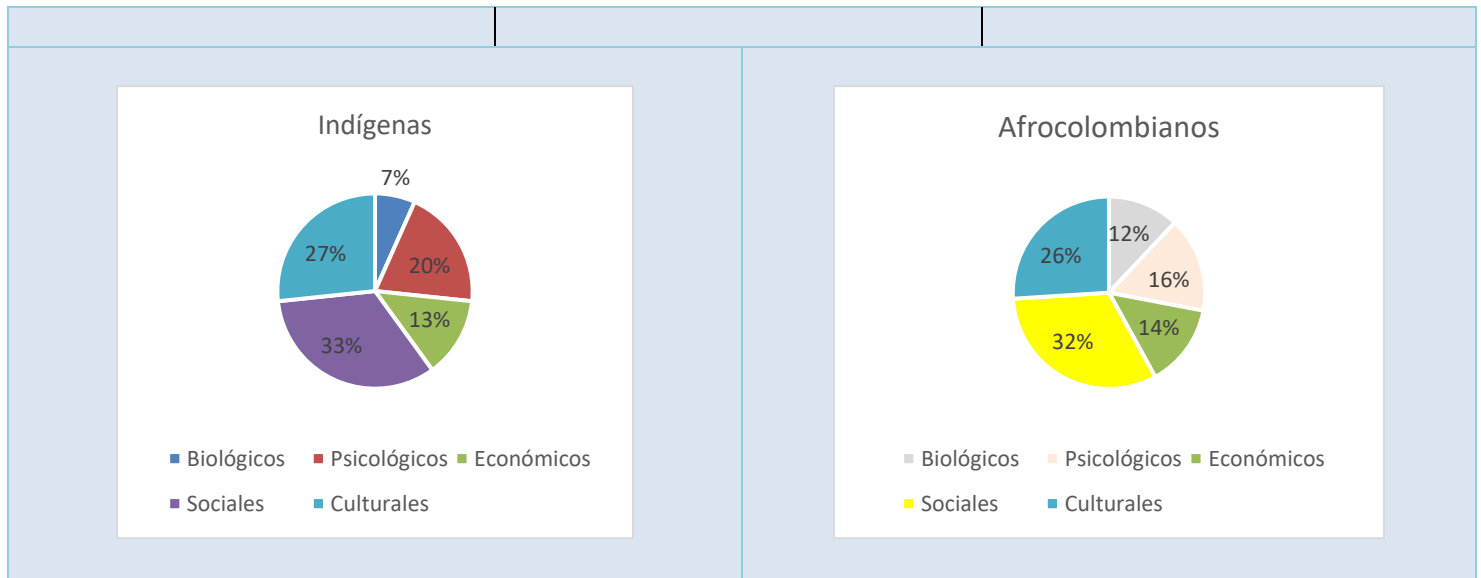
<sup>41</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337004/9789240014817-spa.pdf>

<sup>42</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

municipio. Tabla 12.

Tabla 11. Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas





Fuente: Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia, Mesas Subregionales PPSMD-2021

#### 5.1.3.4.1 Sociales

El factor de riesgo relacionado con el peso relativo más alto fue el social en un rango del 29% hasta el 33%, en todas las subregiones y las comunidades afrocolombianas e indígenas.

El entorno social influye en el comportamiento al dar forma a las normas e imponer patrones de control social (que pueden promover o dañar la salud); proporcionar o no proporcionar oportunidades ambientales para participar en comportamientos particulares; y reducir o producir estrés, para lo cual participar en comportamientos específicos podría ser una estrategia de afrontamiento efectiva a corto y mediano plazo (Berkman y Kawachi, 2000). Los entornos, especialmente los contextos sociales, imponen restricciones a la elección individual.

Por ejemplo, El consumo de SPA por parte de los pares ha sido frecuentemente uno de los predictores más fuertes de uso de dichas sustancias en la juventud (Marschall et al., 2014). Esto se debe a que cuando el grupo de amigos consume drogas, aumenta la probabilidad de que el adolescente las consuma también, ya que todos se encuentran en un periodo de desarrollo crítico en el cual se ven altamente influenciados por sus pares y tienden a



involucrarse en las mismas acciones que estos realizan. Incluso, es posible afirmar que los adolescentes atraviesan una etapa de reorganización de estructuras cognitivas y de personalidad que los hace más vulnerables ante la manipulación del entorno social (Faúndez & Vinet, 2009)<sup>43</sup>.

#### 5.1.3.4.2 Culturales

El rango de los factores de riesgo culturales en el consumo de SPA en la 9 subregiones y la población especial (Afrocolombianos e indígenas), esta entre el 19% y el 26%. Seleccionado por todos los participantes como el segundo factor que impulsa el consumo. Dado fundamentalmente por el consumo de sustancias psicoactivas legales, las cuales culturalmente en el territorio Antioqueño están culturalmente aceptadas y “normalizadas” por todos sus habitantes.

A nivel cultural, una mención especial merece las consideradas drogas legales y que generan una fuerte adicción. En concreto nos referimos al tabaco y el alcohol; y en menor medida la cafeína y las bebidas energéticas<sup>44</sup>. En Colombia, el consumo de sustancias psicoactivas ilegales ha venido en aumento en los últimos años, lo cual se evidencia en los resultados de los estudios nacionales en población escolar, universitaria y en población general.

Por tanto, se hace necesario identificar y actuar sobre los determinantes estructurales e intermedios que pueden estar asociados al inicio y mantenimiento del consumo, desde intervenciones que modifiquen estas condiciones en los entornos y con el reconocimiento de las particularidades individuales respecto a los factores de protección y de riesgo que están asociados a la toma de decisiones individuales frente al consumir o no unas sustancias psicoactivas<sup>45</sup>.

#### 5.1.3.4.3 Psicológicos

En el rango de 18% hasta el 24% encontramos el factor de riesgo psicosocial asociado al consumo de sustancias psicoactivas en las 9 subregiones y en la población afrocolombiana e indígena.

---

43

[https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/19662/Tatiana%20Romero%20Loaiza%20\(tesis\).pdf?sequence=1](https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/19662/Tatiana%20Romero%20Loaiza%20(tesis).pdf?sequence=1)

44 <https://www.institutocastelao.com/factores-que-influyen-en-las-adicciones/#:~:text=Los%20factores%20biol%C3%B3gicos%20se%20refieren,como%20a%20desarrollar%20una%20adicci%C3%B3n.>

45 Ibidem.



Tomando el concepto de (Moncada, 1997) citado en (Secades & Fernández, 2001) Se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y consumo de SPA.

Considerando como referencia a (Payá & Castellano), los factores de riesgo para el consumo de sustancias se derivan en: Individuales y familiares.

Entre los factores individuales que inciden en el consumo de sustancias en adolescentes se encuentran el insuficiente control conductual, la rebeldía, las conductas antisociales, la baja adherencia a las normas convencionales y las actitudes favorables al consumo, así como las estrategias de afrontamiento poco efectivas, la escasa habilidad comunicativa, la tendencia a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias (curiosidad), el malestar afectivo, la apatía, la baja autoestima, la insuficiente asertividad, la incapacidad de controlar los impulsos entre otros (Díaz & García, 2008)

En el ámbito familiar según (Díaz & García, 2008) destacan el consumo de sustancias ilícitas en el seno de la familia, la permisividad, las prácticas inadecuadas de funcionamiento familiar, y la falta, la rigidez o la inconsistencia de las pautas normativas y disciplinarias, así como las relaciones distantes y frías, el rechazo o la hostilidad o, al contrario, el aglutinamiento y la falta de diferenciación entre los miembros de la familia. Asimismo, influyen las relaciones conflictivas, el involucramiento excesivo de los padres, los límites rígidos o difusos, la triangulación del conflicto, las alianzas intergeneracionales y la parentalización de los hijos, es decir la adjudicación a ellos de más responsabilidades familiares y domésticas de las debidas.

#### 5.1.3.4.4 Económicos

Los factores económicos relacionados con el consumo de SPA presentaron un rango porcentual entre el 13% y el 18%.

Dado el hecho de que los estresores socioeconómicos se concentran desproporcionadamente en los grupos socioeconómicos más bajos ( McLeod y Kessler, 1990 ) No sorprende que muchas investigaciones indiquen una relación inversa entre El nivel socioeconómico (SES) y comportamientos de salud adversos (como fumar, inactividad física, dietas menos nutritivas, y consumo excesivo de alcohol).



Y la condición de pobreza es considerada uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo humano. Estudios evidencian que las familias que viven en situación de exclusión social son vulnerables a problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas<sup>46</sup>. El consumo del alcohol se constituye a nivel mundial, en uno de los graves factores de riesgo para enfermar y morir, principalmente en los países más pobres. Según la Organización Mundial de la Salud, las naciones más desarrolladas lo consideran como el tercer factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud, mientras que en los países con grado intermedio de desarrollo es el factor principal<sup>47</sup>.

#### 5.1.3.4.5 Biológicos

Los factores biológicos se refieren la existencia de una predisposición genética en el individuo que lo hace más propenso. Tanto a recurrir al consumo de drogas como a desarrollar una adicción. Estos factores explican que el adicto no puede controlar su tendencia a tomar sustancias psicoactivas; puesto que su propia fisiología lo impulsa a ello. Las compulsiones y la necesidad de suministrarse constantemente dosis de drogas dominan la vida de la persona; que carece de herramientas de autocontrol sobre la situación de consumo. Además, existen estudios que señalan que los hijos de drogodependientes poseen mayores riesgos de experimentar una adicción a estas sustancias<sup>48</sup>.

## 5.2 COMPORTAMIENTO SUICIDA

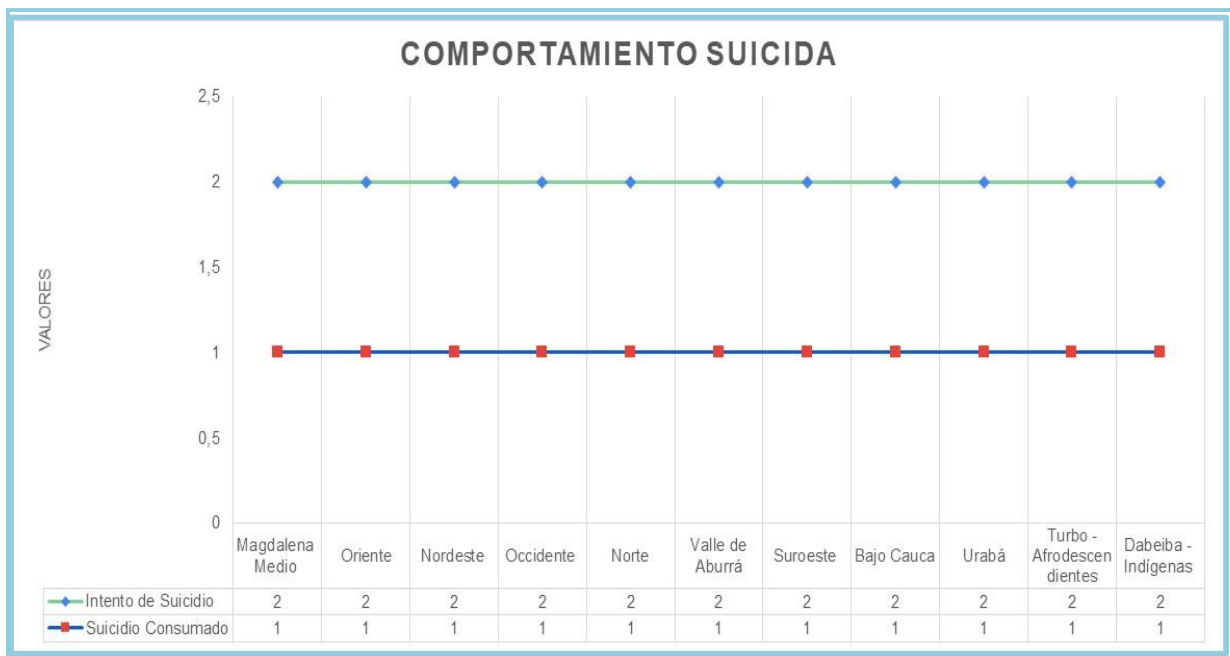
Se solicitó a todos los participantes definir el Comportamiento Suicida que se presentaba en los territorios con una escala de valores de 1 a 2, donde 1 es el de menor importancia y 2 es el más importante para cada municipio y por ende para cada Subregión. Ver figura 3.

<sup>46</sup> OMS. Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2001.

<sup>47</sup> World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence [Summary] Genebra; 2004.

<sup>48</sup> Ibidem, pág. 53

Figura 2. Comportamiento Suicida



Fuente: Secretaria de Salud y Protección social de Antioquia, Mesas Subregionales PPSMD-2021

Todos los participantes de las 9 Subregiones y las poblaciones especiales Afrocolombianos e indígenas, sin excepción definieron que en su territorio se presentaban más índices de intento de suicidio que el suicidio consumado.

### 5.2.1 Comportamiento del Intento de Suicidio en Antioquia<sup>49</sup>

A pesar que en el Departamento se han desplegado diferentes estrategias del proyecto de Salud para el Alma, Salud Mental y Convivencia Social Antioquia, aun se notifican un número considerable de intentos de suicidio, comparando los últimos 5 años a la semana 51, pero se evidencia una disminución de los casos de intento de suicidio reportados al SIVIGILA durante el 2020, con un total de 4.421 casos para una tasa de 66.2 por 100.000

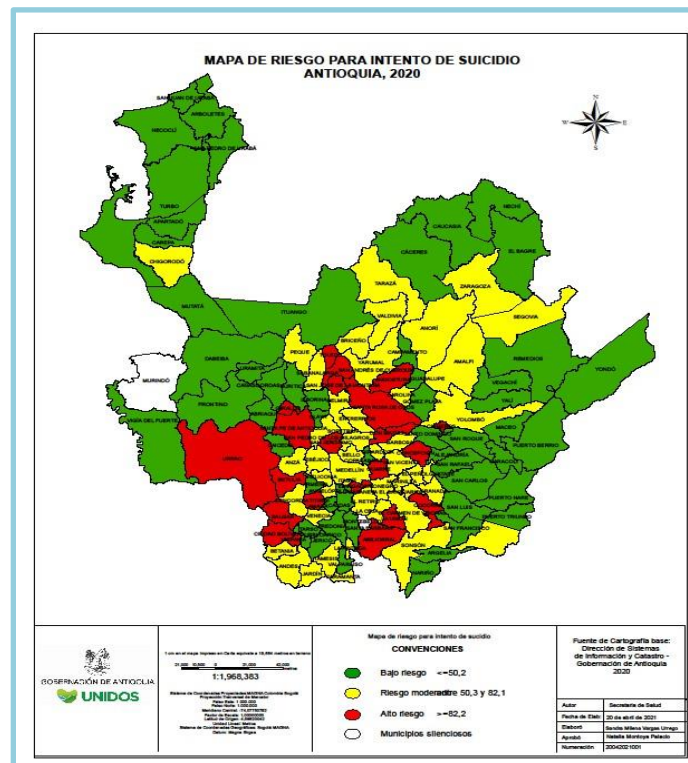
<sup>49</sup> Tomado de: Análisis de Situación de Salud. Antioquia-2021. Pág. 430



habitantes, también se observa que hay períodos de mayor disminución de casos reportados que coincide con las semanas de confinamiento, y puede explicarse que estando la familia en casa es un factor protector que impide este comportamiento, igualmente los jóvenes desescolarizados pueden reducir la presión del bullying y el matoneo como causas de conducta suicida en jóvenes.

Al georreferenciar el riesgo de intento de suicidio, se observa que el alto riesgo que corresponde a una tasa de 823:2 por 100.000 habitantes o más se concentra en los municipios en 23 de los 125 del Departamento: Abejorral, Angostura, Betulia, Cisneros, Ciudad Bolívar, Cocorná, Concepción, Donmatías, Envigado, Giraldo, Guarne, Hispania, La Unión, Salgar, San Andrés de Cuerquia, San Jerónimo, San José de la Montaña, Santa Fe de Antioquia, Santa Rosa de Osos, Titiribí, Toledo, Urrao. 6 de los municipios presentan bajo riesgo poblacional de intento de suicidio con tasas inferiores a 50.2 por 100.000 habitantes. Ver mapa 2.

Mapa 2. Riesgo para Intento de suicidio. Antioquia 2020



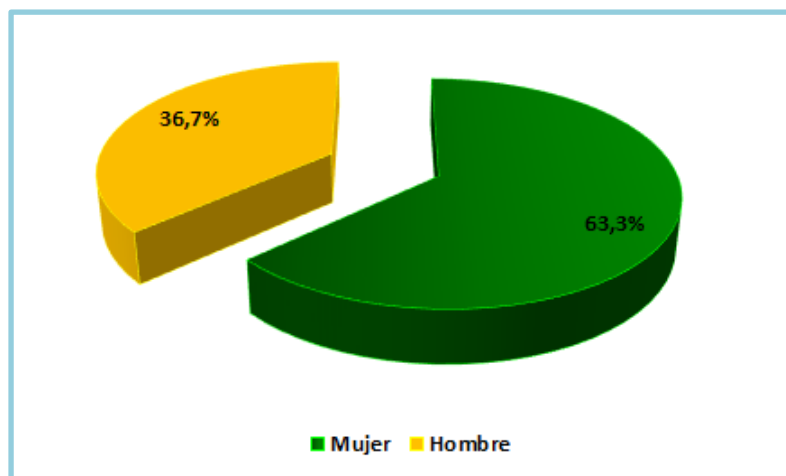
**Fuente: SIVIGILA**

El mayor número de intentos de suicidio se presentan en las mujeres porque utiliza

métodos menos contundentes que el hombre, es por esta razón que los intentos de suicidios se repiten más en mujeres que en hombres.

Por grupo de edad, son los adolescentes entre 10-19 años los que presentaron más esta conducta con 163.3 por 100.000 habitantes, seguido del grupo 20-24 años con tasa de 153.9 por 100.000 habitantes. Se necesita resaltar el grupo de 5-9 años que presenta una tasa de 6.0 por 100.000 habitantes. Ver figura 4.

Figura 3. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio, por sexo. Antioquia, 2020



Fuente: SIVIGILA

Al caracterizar los casos de intento de suicidio por los 5 grupos étnicos, se identifica que el mayor grupo corresponde a otros, pero los indígenas presentan el 1% de los casos, concuerda con lo reportado por el grupo indígena de resguardos de Dabeiba, donde “dicen el intento de suicidio es muy frecuente no solo en jóvenes”.

La situación de salud mental de los grupos y pueblos indígenas pasa por un difícil momento, lo cual se ha asociado a determinantes estructurales e intermedios de la salud, así como a exposiciones específicas como el impacto del conflicto armado.

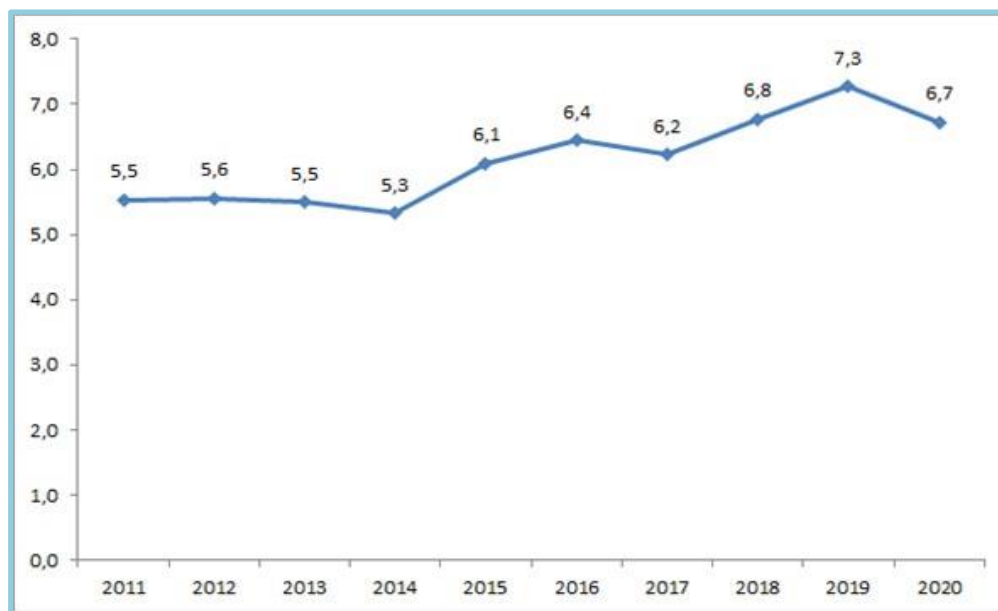
Por otra parte, la OPS plantea que la elevada vulnerabilidad psicosocial a la que son expuestos los indígenas se manifiesta en las altas tasas de suicidio en especial entre los jóvenes, en comparación con la población no indígena <sup>50</sup>.

<sup>50</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

### 5.2.2 Comportamiento de Suicidio en Antioquia

En Antioquia en los últimos 10 años se han presentado un total de 3.833 casos de suicidio, oscilando un mínimo por año de 323 en 2014 y 476 en el 2019 año en el que más personas se suicidaron, la tasa oscila entre 5.3 a 7.3 por cien mil habitantes, cifras superiores a las reportadas por el país, se evidencia un ligero descenso para el 2020, posiblemente debido al confinamiento por la pandemia COVID-19. Ver figura 5.

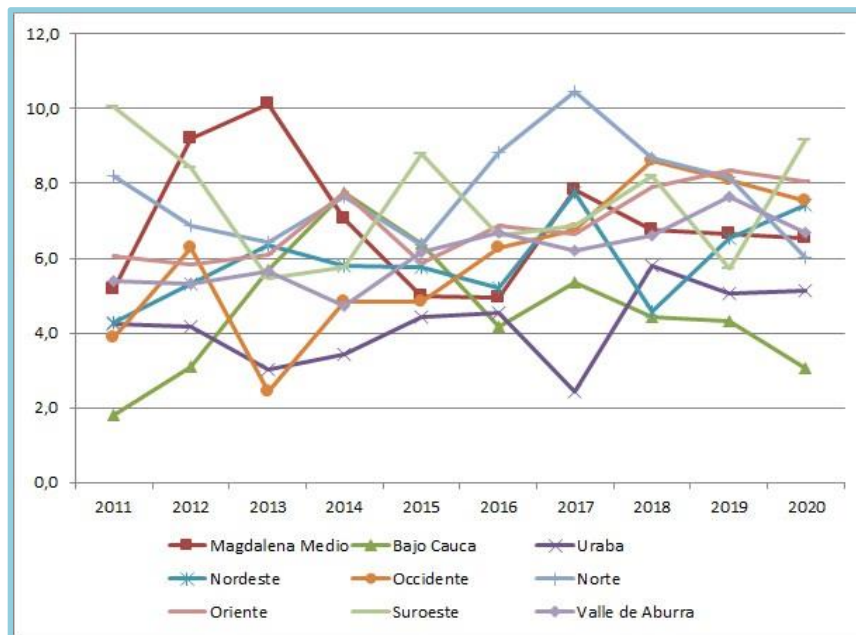
Figura 4. Tendencia de la tasa de suicidio Antioquia, 2011-2020



FUENTE: DANE. 2020

Con relación a las subregiones la tasa más alta la presenta el Suroeste, pueda deberse al acceso a agroquímicos por ser una región con predominio agrícola, con tendencia al aumento, seguido de Oriente, Bajo Cauca y Urabá presentan las tasas más bajas, es de aclarar que en la región de Urabá se presentan casos de indígenas suicidados que son enterrados en el territorio sin que medie notificación a la autoridad occidental. Ver figura 6.

Figura 5. Distribución de los casos de suicidios por subregión, Antioquia 2011-2020

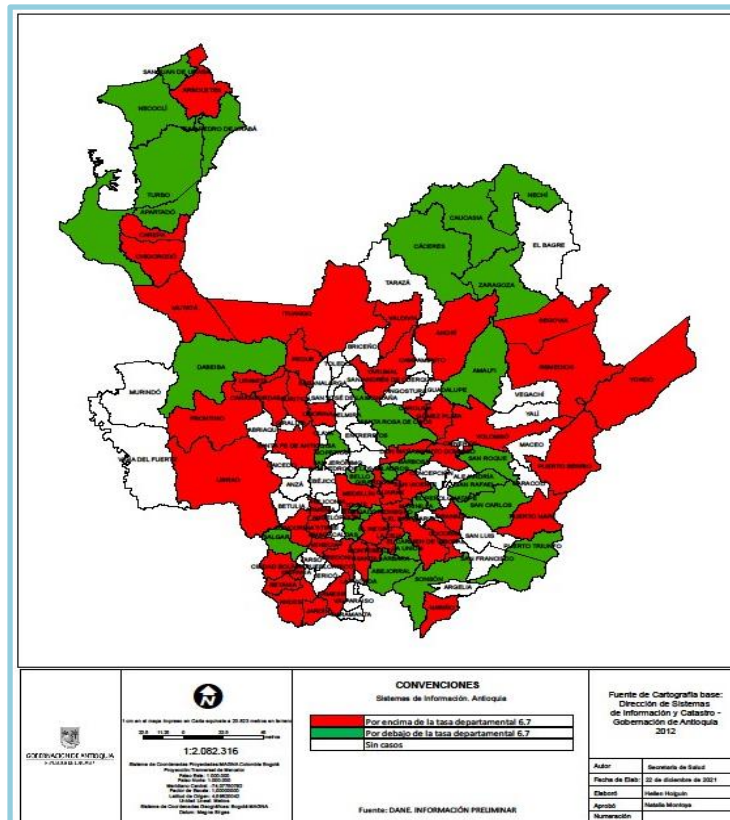


Fuente: DANE. 2020

La georreferenciación de la tasa de suicidio permite identificar 52 municipios con un riesgo poblacional alto de suicidios con tasas entre 6.8 y 50.3 por 100.000 habitantes, llama la atención las subregiones de Bajo Cauca y Urabá con la mayoría de los municipios en bajo riesgo, ambas regiones con dos municipios cada una sin reporte de casos, regiones que el conflicto armado ha dejado en estas poblaciones tantas secuelas en enfermedades de salud mental, precursoras o detonantes del suicidio. En riesgo bajo se encuentran 29 municipios. Se observan que en 44 municipios no se presentaron suicidios durante el 2020. Ver mapa 3.



Mapa 3. Mapa de suicidio, Antioquia 2020



Fuente: SIVIGILA

Se evidencia que del total de casos 449 en el 2020 la gran mayoría se presenta en el grupo de personas no auto reconocidas como indígenas, Rom, Palenquero, Negro mulato, (ninguno de los anteriores) aportando 436 casos en el 2020, 3 indígenas reportados como suicidas, situación que no ha sido consistente en los últimos 10 años, en la población Negra se presentaron 10 casos.

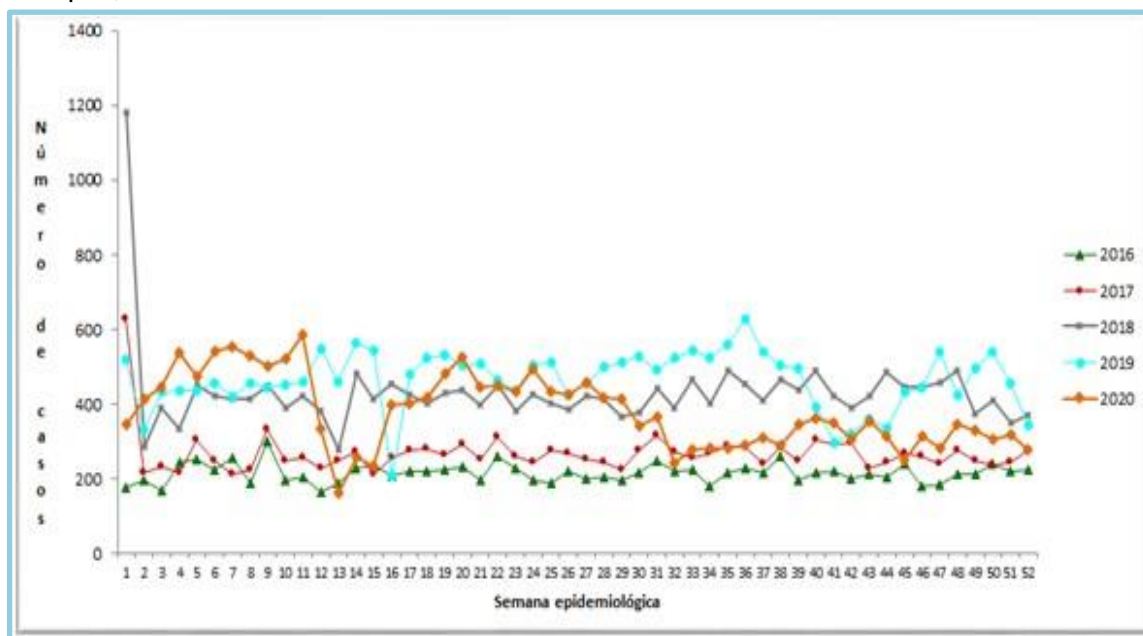
### 5.3 COMPORTAMIENTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ANTIOQUIA<sup>51</sup>

En Antioquia en el 2020 se notificaron al sistema de SIVIGILA, un total de 20.008 casos para una incidencia de 299.6 casos por 100.000 habitantes, con tendencia a la reducción situación debida al confinamiento de un buen número de semanas del año debido a la pandemia pero también es importante tener en cuenta que la exacerbación de los casos en determinadas semanas se dio por el impacto en la salud mental de la población, es una

<sup>51</sup> Ibidem, Pág. 57

situación que no evidencia real el número de casos que no se notificaron por el no acceso presencial a las instituciones de salud y Comisaria de Familia. Ver figura 7.

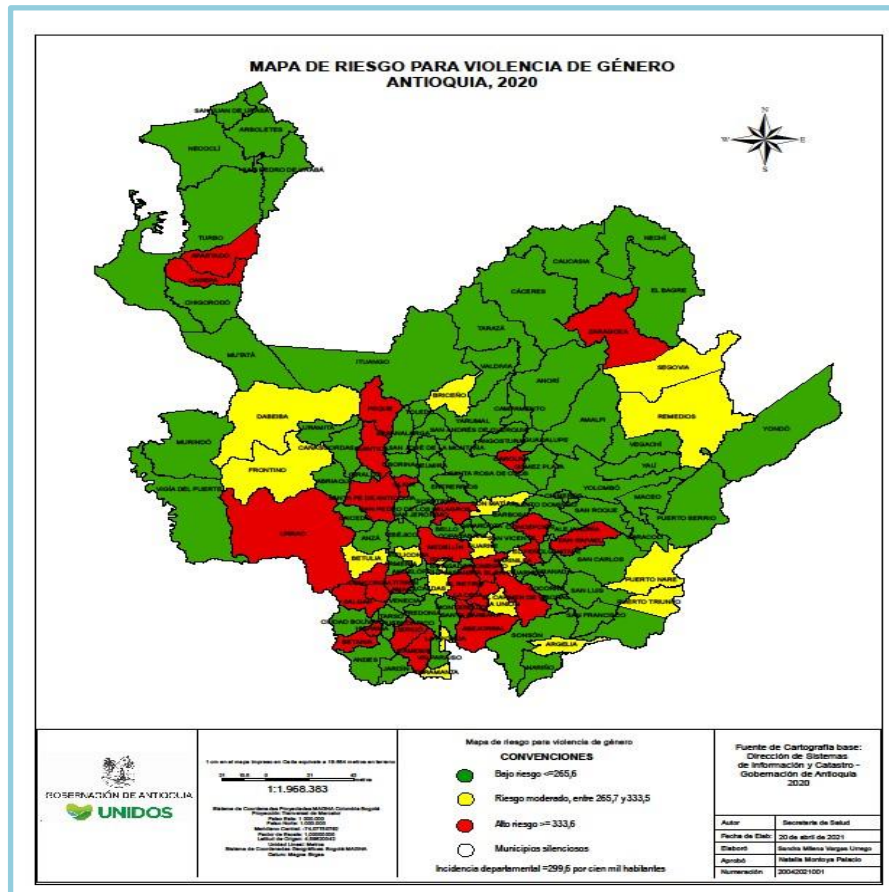
Figura 6. Distribución de los casos de violencia de género, por semana epidemiológica. Antioquia, 2016-2020



Fuente: SIVIGILA

Por subregión la tasa de incidencia fue mayor en la subregión de Valle de Aburrá con 336 por 100.000 habitantes, seguida de Oriente con 311.8 por 100.000 habitantes, las tasas más bajas son para el Bajo Cauca con 155.4 y Magdalena medio con 172.9 por 100.000 habitantes, es de anotar que varios de estos municipios los grupos al margen de la ley no permiten la notificación ni el análisis de la situación razón por la cual evidencia baja incidencia con respecto a las tasas del departamento y de otras regiones. Ver mapa 4.

Mapa 4. Georreferenciación de la Violencia de Género, Antioquia 2020



Fuente: SIVIGILA

Por sexo es la mujer que reporta la mayor incidencia 467.5 por 100.000 habitantes, para el caso de los hombres la tasa de 120.2 por 100.000 habitantes.

El 48% de los casos corresponde a violencia física, que se presenta en todos los grupos de edad, es difícil separar el componente de violencia psicológica de la violencia física que por lo general están asociados, pero también se da violencia psicológica sola y aporta el 14.9% del total de casos, el segundo grupo es la violencia sexual con el 25.6%, que se presenta en la mayoría de los casos se presentan en los grupos de niñez, escolar, adolescente y adulto joven, dejando marcas imborrables que afectan la salud mental durante la vida de estas personas desde temprana edad, no desconociendo que este tipo de violencia se presenta en menor número en los demás grupos aun en los adultos mayores. Un 10.7% de los casos está dado por la negligencia y abandono en la que los



niños de 0-4, 5-9, 10-14 presentan las tasas más altas (185.6, 100, 73, por 100.000 habitantes) no obstante, también se presenta en los adultos mayores y personas en condición de discapacidad. La tasa más alta corresponde a la violencia física con 146.2 por 100.000 habitantes, en tanto que la incidencia más baja es por negligencia y abandono donde se presentan 32 casos por cada 100.000 personas.

## **5.4 ESTUDIOS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, SUS SUBREGIONES Y MEDELLÍN – 2021<sup>52</sup>**

### **5.4.1 Objetivo general**

Describir la prevalencia, oferta, acceso y percepción del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas entre la población urbana de 12 a 65 años, para el departamento de Antioquia, sus nueve subregiones y Medellín, 2021.

### **5.4.2 Resultados**

Respecto al consumo de SPA la Escuela Contra La Drogadicción lideró el “Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas para el Departamento de Antioquia, sus Subregiones y Medellín – 2021”, en este se describe la prevalencia, oferta, acceso y percepción del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas entre la población urbana de 12 a 65 años. Obteniendo los siguientes hallazgos:

#### **Sustancias Legales**

- El estudio demuestra que el 60% de la población antioqueña había consumido alcohol al menos una vez en la vida, mientras que el consumo de tabaco lo hizo el 24.6% en igual intervalo de tiempo.
- Uno de cada 10 antioqueños ha consumido tabaco en el último año.
- El consumo de tabaco es superior entre la población indígena y menor entre las personas de grupos poblacionales (Población negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera).
- La edad media de inicio de consumo de tabaco fue de 17.2 años.
- La edad media de inicio de consumo de alcohol fue de 17 años.
- El consumo de alcohol en la población indígena fue de 67.5% sobrepasando la media departamental que es del 60%.
- La bebida más consumida entre la población antioqueña es la cerveza con un

<sup>52</sup>Tomado de: Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas para el Departamento de Antioquia, sus Subregiones y Medellín – 2021, Convenio Escuela Contra la Drogadicción y ASCODES.

consumo del 63% seguido por el consumo de aguardiente con un 40% y el ron con un 27%.

#### Sustancias Ilegales

- En relación al consumo de sustancias ilegales el 11.2% de la población antioqueña a empleado drogas por lo menos una vez en su vida.
- La edad media de inicio de consumo de sustancias ilegales fue de 15.3 años
- 9 de cada 100 antioqueños ha consumido marihuana; por cada mujer que fuma esta sustancia lo hacen 4 hombres.

#### Otros Datos de Interés

- 2 de cada 100 antioqueños ha consumido cocaína.
- 4 de cada 1000 antioqueños ha consumido sustancias inhalantes.
- 2 de cada 1000 antioqueños ha consumido bazuco.
- 4 de cada 1000 antioqueños ha consumido éxtasis.
- 7 de cada 1000 antioqueños han consumido opioides (incluyendo heroína).

### **5.5 ESTUDIOS NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN POBLACIÓN ESCOLAR 2016**

Por su parte el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y del Derecho y otros. Realizado en el año 2016 arrojó los siguientes hallazgos para el departamento de Antioquia:

#### Sustancias Legales:

- El 24% de la población escolar declaró consumir tabaco alguna vez en su vida, mientras que el alcohol lo hizo el 69.2% en Colombia.
- El consumo de alcohol es del 44.6% en la población escolar antioqueña.

#### Sustancias Ilegales:

- El 15.9% de la población escolar declaró haber consumido sustancias psicoactivas alguna vez en la vida.
- En Antioquia la prevalencia de consumo de sustancias ilegales es del 26.6%.
- El 11.7% de los escolares de Colombia declararon haber consumido marihuana alguna vez en la vida.
- El 3.9% de los escolares declararon haber consumido cocaína alguna vez en la

**DOCUMENTO TÉCNICO POLÍTICA PÚBLICA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y  
PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES**



**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL



vida, en Antioquia es del 4%.

- El 5% de los escolares declaró haber usado popper alguna vez en la vida, mientras que en el departamento de Antioquia es del 14.1%.

## **6 ARTICULACIÓN, ARMONIZACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA NORMAS NACIONALES DE SALUD MENTAL**

La articulación se realiza entre normas que presentan procesos similares, se compilan con el fin de evitar la duplicidad de acciones, teniendo en cuenta que siempre prevalece la de orden jerárquico superior; es decir, el estándar más bajo debe cumplir con el estándar más alto. Esta jerarquía permite la previsibilidad, a través del "principio de legalidad" y el "principio de constitucionalidad".

La armonización permite la estandarización técnica de procesos asegurando la unificación ordenada de las normas que los contienen de acuerdo con su nivel jerárquico.

### **6.1 ARTICULACIÓN RESOLUCION 4886 Y LA RESOLUCION 089 DEL 2019.**

De acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, establecidos en la "guía técnica para la implementación de la política nacional de salud mental, 2018 y la política integral de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2019", desde la planeación territorial en salud se espera articular la adopción e implementación de ambas política y para su gestión se requiere de decisión política territorial que implica procesos de articulación sectorial e intersectorial con participación social en salud<sup>53</sup>.

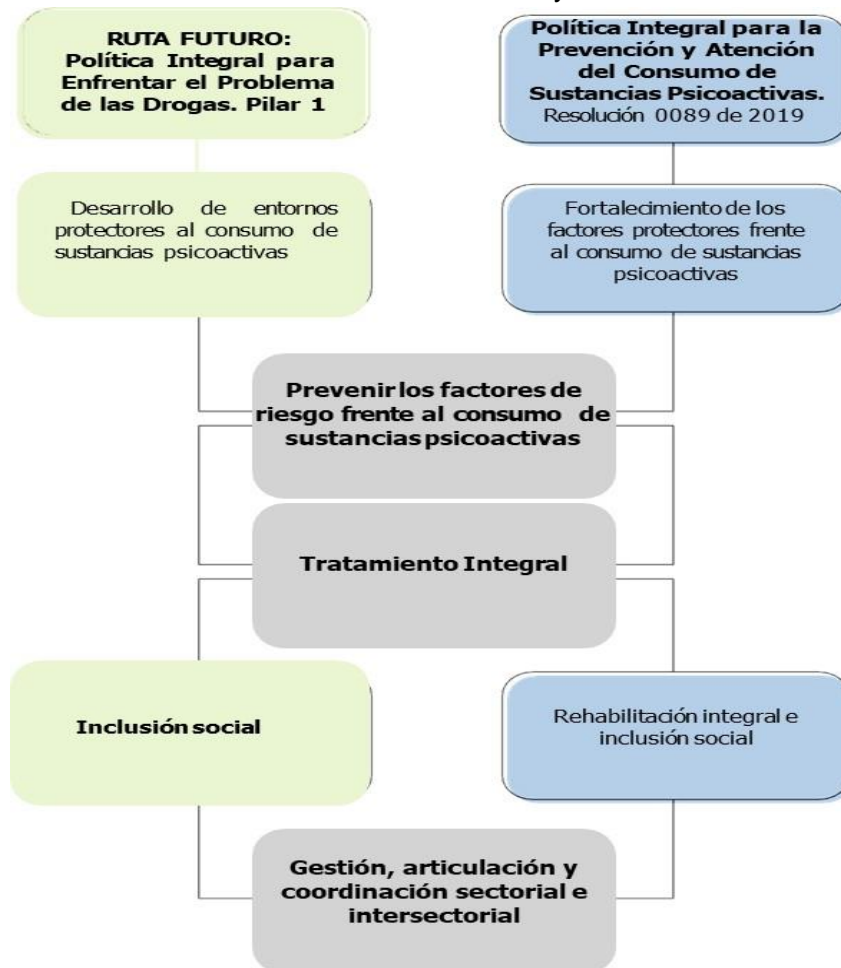
### **6.2 ARTICULACIÓN DE LA RESOLUCION 089 Y EL PILAR 1 DE LA RUTA FUTURO**

La Política Integral para Enfrentar el Problema de las Drogas Ruta Futuro, aprobada por el Consejo Nacional de Estupeficientes (CNE), se estructura en cuatro pilares estratégicos y un pilar transversal, ubicando como primer pilar la reducción de la demanda de drogas, desde una perspectiva integral, garante de los derechos de los sujetos, fundamentada en la evidencia y en los determinantes sociales de la salud. A su vez, la Política Ruta Futuro se articula con la "Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancia Psicoactivas" adoptada por la Resolución 089 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, a través del fortalecimiento de factores protectores, intervención de factores de riesgo, tratamiento integral, inclusión social, entre otros. Ver Figura 2.

---

53 Guía técnica para la implementación de la Política Nacional de Salud Mental, 2018 y la Política Integral de Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2019. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Pág.4.

Figura 7. Articulación Resolución 089 del 2019 y el Pilar 1 de la Ruta Futuro



Fuente: Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia, Mesas Subregionales PPSMD-2021

### 6.3 ARMONIZACIÓN DE LA RESOLUCION 4886 DEL 2018 Y LA RESOLUCION 089 DEL 2019

En la política integral para la prevención y atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas el Eje 1. Fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas, se sustenta en el primer eje de la Política Nacional de Salud Mental y está orientado a favorecer el desarrollo de capacidades resilientes y de afrontamiento emocional en las personas, familias y comunidades frente al consumo de sustancias psicoactivas.



Implica el fortalecimiento del vínculo familiar, oportunidades de participación en roles familiares, establecimiento de normas de comportamiento y reconocimiento de aptitudes y capacidades individuales, construcción de vínculos de confianza, establecimiento de relaciones equitativas y respetuosas.

El eje 1 de la resolución 4889, Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos, agrupa todas aquellas acciones intersectoriales orientadas al desarrollo de capacidades individuales, colectivas y poblacionales que permitan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía vivenciar una salud mental con herramientas 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<sup>54</sup>.

Adicionalmente, se integran los ejes 2, 3, 4, y 5 de la Resolución 4886 de 2018 y de la Resolución 089 del 2019 en acciones e intervenciones consolidadas en actividades únicas con el fin de ampliar la cobertura de beneficiarios y disminuir costos evitando los reprocesos.

---

<sup>54</sup> Resolución 4886 de 2018, pág. 16.

## 7 PRINCIPIOS Y ENFOQUES

### 7.1 PRINCIPIOS RECTORES<sup>55</sup>

La Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones se orienta por los siguientes principios:

#### 7.1.1 La salud mental como parte integral del derecho a la salud

La Organización de Naciones Unidas (ONU), a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, se deberá propender por la prevención de la enfermedad y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica en caso de ser necesaria.

#### 7.1.2 Abordaje intercultural de la salud

Como lo define la Ley 1751 de 2015, implica el respeto por las diferencias culturales existentes en el país, 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.

#### 7.1.3 Participación social

Es la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada (OPS; OMS. 1994).

#### 7.1.4 Política pública basada en la evidencia científica

Son aquellas que utilizan evidencia proveniente de investigaciones de alta calidad, la cual se obtiene de diversas fuentes, tales como el conocimiento especializado, la investigación existente a nivel nacional e internacional, datos estadísticos, consulta a personas de interés, ejercicios previos de evaluación de políticas e incluso fuentes secundarias. La evidencia demuestra que estas producen mejores resultados.

---

<sup>55</sup> Ibidem. Pág. 22 y Pág 15.

#### **7.1.5 Corresponsabilidad**

El gobierno departamental tiene la responsabilidad principal de liderar la implementación y gestionar recursos para la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones, en esta Política confluyen otros actores de la sociedad civil y de la institucionalidad.

#### **7.1.6 Diversidad y pluralismo**

Esta Política Pública reconoce la diversidad como una expresión de la identidad misma del Departamento de Antioquia, así como la pluralidad de ideas, culturas, creencias, valores y prácticas y en ese sentido todas sus acciones deberán orientarse a su protección y reconocimiento.

#### **7.1.7 Vida digna**

Es el derecho a un mínimo vital que busca garantizar la igualdad de oportunidades y la nivelación social en una sociedad históricamente injusta (Corte Constitucional, 1992).

#### **7.1.8 Inclusión - no discriminación**

Proceso de empoderamiento de personas y grupos para que participen en la sociedad y aprovechen sus oportunidades. Da voz a las personas en las decisiones que influyen en su vida a fin de que puedan gozar de igual acceso a los mercados, los servicios y los espacios políticos, sociales y físicos (Banco Mundial, 2014)

#### **7.1.9 Integralidad**

Comprende el carácter intersectorial e interdisciplinario para realiza acciones de promoción, prevención y atención integral, considerando procesos de articulación, coordinación, complementariedad, fortalecimiento de la capacidad institucional y territorial (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2016).

#### **7.1.10 Progresividad y no regresividad**

La implementación de la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones tiene un carácter progresivo, buscando el cumplimiento de los lineamientos y objetivos propuestos cada periodo de gobierno deberá avanzar en su implementación sin que pueda retroceder en los avances logrados ni disminuir los recursos destinados para la

Política Pública por parte del gobierno antecesor.

## 7.2 ENFOQUES

Los enfoques para implementar en la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones son:

### 7.2.1 Desarrollo sostenible

Esta Política Pública se enmarca en la observancia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y promueve una visión de reconocimiento de los derechos ambientales que contribuya a un desarrollo social y económico sustentable e incluyente, con gestión responsable de los recursos naturales y de los ecosistemas, el respeto y protección de todos los seres sintientes en una perspectiva de derechos.

### 7.2.2 Desarrollo basado en derechos humanos<sup>56</sup>

Su objetivo es analizar las desigualdades e inequidades de los problemas de desarrollo, corregir las prácticas discriminatorias, las distribuciones injustas de poder que impiden el progreso y que tiene como consecuencia personas vulneradas.

### 7.2.3 Curso de vida

Es la relación dinámica de las exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados de salud posteriores y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población. Este enfoque permite comprender mejor cómo se perpetúan y transmiten las inequidades sociales en salud, y cómo se pueden mitigar o aliviar a través de las generaciones (OPS).

### 7.2.4 Género

Se refiere a las características socialmente construidas de mujeres y hombres. Las normas, roles, y relaciones de género varían de una sociedad a otra y evolucionan con el tiempo. Se manifiestan en los valores, la legislación, los sistemas educativos, la religión, los medios de comunicación y otras instituciones de la sociedad en la que existen.

<sup>56</sup> <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>



### 7.2.5 Diferencial poblacional – territorial

Implica el reconocimiento de condiciones constitutivas de edad, etnia, discapacidad, así como sociales, políticas, culturales, religiosas, económicas, afectaciones por violencias (social y política) y ubicación geográfica (urbana, rural o rural dispersa). 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<sup>57</sup>.

### 7.2.6 Transformación de imaginarios culturales

Se orienta a la transformación de actitudes, imaginarios, prácticas y discursos relacionados con derechos humanos, en función de reconstruir y fortalecer una cultura de derechos.

### 7.2.7 Psicosocial

Son acciones tendientes para contribuir en la reparación de la dignidad humana, generar condiciones para el ejercicio autónomo de las personas y las comunidades en la exigencia de los derechos, y devolver a estas la independencia y el control sobre sus vidas y sus historias. Reconoce y valida las potencialidades y capacidades con las que cuentan las personas y las comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

### 7.2.8 Salud pública

Reconoce la salud como una realidad social y resultado de las dinámicas de relación y desarrollo humano, que incluye la acción estatal como garante de derechos, y trasciende la idea de la responsabilidad de la salud centrada en el individuo. Buscando garantizar la salud de la población mediante acciones individuales y colectivas, orientadas al logro de resultados en salud que contribuyan a mejorar las condiciones de vida, bienestar y desarrollo, en un marco de participación social<sup>58</sup>.

### 7.2.9 Determinantes sociales

<sup>57</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

<sup>58</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>



La OMS describe los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las condiciones socioeconómicas en que las personas nacen, crecen, viven, se educan, trabajan y envejecen” éstas influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto. El nivel de salud de una población no depende sólo de los recursos sanitarios de que se disponga, sino también de factores sociales que lo determinan, como la clase social a la que se pertenece, el trabajo desempeñado, el entorno en el que se habita, si se es hombre o mujer o indígena, si se vive en una zona rural o urbana con alta marginación y carente de los servicios básicos tales como acueducto, alcantarillado, energía, vías y transporte público.

Para conseguir el más alto nivel de salud para la población es preciso que las políticas públicas presten mayor atención a las desigualdades e inequidades definidas en los determinantes sociales para generar sistemas más integradores, accesibles y adaptados a las comunidades desfavorecidas, y conferir mayor eficacia a la promoción de la salud mental positiva.

#### **7.2.10 Interseccional<sup>59</sup>**

En términos simples, es la interacción entre dos o más factores sociales que definen a una persona. Cuestiones de la identidad como el género, la etnia, la raza, la ubicación geográfica, o incluso la edad no afectan a una persona de forma separada. Al contrario: estos se combinan de distintas formas, generando desigualdades (o ventajas) diversas.

#### **7.2.11 Con pueblos y comunidades étnicas<sup>60</sup>**

Remite a una perspectiva integrada de análisis, reconocimiento, respeto y garantía de los derechos individuales y colectivos de todos los grupos étnicos existentes en el departamento, haciendo énfasis en la igualdad de oportunidades desde la diferencia, la diversidad y la no discriminación.

El enfoque diferencial étnico se sustenta en la Constitución Política de 1991 que reconoce al país como pluriétnico y multicultural, y consagra derechos fundamentales relacionados con la diversidad cultural y lingüística, la identidad, la participación y la autonomía de los grupos étnicos. De esta manera el Estado consagra, el derecho a ser reconocidos y protegidos en el marco de la diversidad étnica y cultural del país (Art. 7); el derecho a ser reconocidas dignamente sus manifestaciones culturales, en igualdad a los demás que

<sup>59</sup> Plan Decenal 2021-2031. Documento técnico. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. pág. 138.

<sup>60</sup> Plan Decenal 2021-2031. Documento técnico. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. pág. 345.



conviven en el país como fundamento de la nacionalidad (Art. 70), y oficializa las lenguas y dialectos de los grupos étnicos en sus territorios (Art. 10).

En Colombia la diversidad étnica hace referencia al reconocimiento y existencia de tres grupos étnicos, a saber: Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras-NARPM; Pueblos Indígenas y el Pueblo Rrom o Gitano.

**Indígena:** Persona descendiente de los pueblos originarios de América (amerindia) que tiene conciencia de su identidad y comparten valores, rasgos, usos y costumbres de su cultura, que la diferencian de otros grupos. (DANE, 2018).

**Negro:** Persona de ascendencia africana que se reconoce por sus rasgos físicos.

**Afrocolombiano y afrodescendiente:** Persona que presenta una ascendencia africana reconocida y que pueden poseer rasgos culturales que les dan singularidad como grupo humano. Se incluyen en este grupo los palenqueros de San Basilio, los negros y mulatos.

**Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia:** Persona de rasgos culturales afro-angloantillanos, de fuerte identidad caribeña, que tiene características culturales propias entre las que se destaca su lengua “bandé” de base inglesa y mezcla con el idioma español.

**Palenquero de San Basilio:** Persona perteneciente a la población afrocolombiana de San Basilio de Palenque, del municipio de Mahates, departamento de Bolívar, que tiene características culturales propias entre las que se destaca su lengua “creol” de sustrato español y mezcla con dialectos africanos declarado patrimonio inmaterial de la humanidad por la UNESCO. (DANE, 2018).

**Pueblo Rrom o Gitano:** El pueblo Rrom se caracteriza por ser una sociedad patrilineal<sup>61</sup>, cuyo idioma es el Romaní y tienen una forma organizativa propia. Dentro de su cosmogonía no están ligados a un espacio específico, pero las dinámicas del conflicto afectaron su movilidad y tuvieron que dejar sus labores de comercialización de productos de cobre y tabarbería para asumir otras tareas y establecerse en centros urbanos.

### **7.2.12 Población víctima del conflicto armado**

Se consideran víctimas, para los efectos de la Ley 1448 de 2011, aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de

<sup>61</sup> Dicho de una organización social: Basada en el predominio de la línea paterna (RAE)

enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno.

También son víctimas el cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de éstas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente.

De la misma forma, se consideran víctimas las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización. La condición de víctima se adquiere con independencia de que se individualice, aprehenda, procese o condene al autor de la conducta punible y de la relación familiar que pueda existir entre el autor y la víctima.

Para los efectos de la definición contenida en la Ley 1448 de 2011, no son considerados como víctimas quienes hayan sufrido un daño en sus derechos como consecuencia de actos de delincuencia común.

### **7.2.13 Población habitante de calle, población con discapacidad, población campesina, poblaciones diversas e interculturales y población migrante**

Busca comprender e identificar alternativas de respuesta a las necesidades de una población específica que genere condiciones para garantizar el ejercicio de sus derechos individuales y colectivos y el restablecimiento de los derechos vulnerados.

#### **7.2.13.1 Población habitante de calle**

Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria (Ley 1641 de 2013).

#### **7.2.13.2 Población con discapacidad**

Son aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con el entorno, encuentran diversas barreras, que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos. (Convención de la ONU, 2006, y Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, OMS, 2002).

### 7.2.13.3 Población campesina

Son "sujetos" interculturales, que se identifican como tal; involucrados vitalmente en el trabajo directo con la tierra y la naturaleza, inmersos en formas de organización basadas en el trabajo familiar y comunitario no remunerado o en la venta de su fuerza de trabajo (Conceptualización del Campesinado en Colombia, Comisión de Expertos, ICANH, 2018).

### 7.2.13.4 Poblaciones diversas e interculturales

La diversidad sexual es un término con el cual se reconoce el amplio espectro de posibilidades que el ser humano asume en la búsqueda de satisfacer su deseo, afectividad, erotismo y genitalidad, asociadas a la sexualidad en sus dimensiones biológica, psicológica, social y cultural. Desde una dimensión Política, el término se suele aplicar a las orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas, con el fin de hacer visible las desigualdades que histórica y culturalmente han sido la base para el estigma y la discriminación<sup>62</sup>.

### 7.2.13.5 Población migrante

Se compone del flujo migratorio internacional, que tiene asiento en el departamento y se refiere a la población que ingresa o sale del país durante un período de tiempo determinado, generalmente un año calendario” (UN SD, 2017).

### 7.2.14 Salud mental en emergencias

Las emergencias de salud, los desastres naturales y socio-ambientales, los conflictos armados y los diversos fenómenos migratorios pueden causar graves sufrimientos en las poblaciones afectadas. Por consiguiente, en situaciones de emergencia, una de las prioridades es proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas. Para lograr este objetivo, es preciso emprender acciones coordinadas entre quienes proporcionan asistencia humanitaria, tanto entidades gubernamentales, como organizaciones no gubernamentales y grupos de la sociedad civil involucrados en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS)<sup>63</sup>.

Como respuesta al fortalecimiento de la salud mental en una emergencia se necesita un enfoque multisectorial común, eficiente y coordinado, que comprenda medidas para atender

<sup>62</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/orientaciones-eliminar-estigma-discriminacion-personas-consumen-sustancias-psicoactivas-enfoque-genero-poblacion-lgtbi.pdf>

<sup>63</sup> <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-apoyo-psicosocial-emergencias-smaps>



los riesgos a nivel comunitario, local, subregional y departamental<sup>64</sup>.

### **7.2.15 Desinstitucionalización**

La desinstitucionalización o transición hacia la atención basada en la comunidad implica un cambio en el tipo de atención que se presta a las personas. Los usuarios deben ser valorados y consultados, y deben ser atendidos en un espacio alternativo a los grandes equipamientos de tipo institucional, que se adapte a sus necesidades y preferencias, y en el que puedan recibir los apoyos del entorno familiar, comunitario y territorial.

### **7.2.16 Enfoque de seguridad humana**

Contempla el concepto humano céntrico -la vida de las personas como el centro-, y estrategias consistentes en proteger de las amenazas críticas (graves) y omnipresentes (generalizadas), y la promoción de la vida en armonía personal, con los demás y el entorno, de forma que se realcen las libertades humanas y la plena realización del ser humano, sustentada en los principios de: Multisectorialidad, integralidad, contextualización y prevención; con dos estrategias de acción: la protección y el empoderamiento. La seguridad humana contempla siete dimensiones: seguridad económica, seguridad alimentaria, seguridad en la salud, seguridad ambiental, seguridad personal, seguridad de la comunidad y la seguridad Política (PNUD, 2005).

## **8 OBJETIVOS**

### **8.1 OBJETIVO GENERAL**

Mejorar las condiciones de salud mental de las personas, familias y comunidades con acciones sectoriales e intersectoriales, por entornos y curso de vida, mediante la promoción, prevención; atención y tratamiento integral, rehabilitación e inclusión cuando presenten problemas o trastornos mentales, suicidio, epilepsia, consumo de sustancias psicoactivas (SPA) o sean víctimas de violencias, emergencias o desastres.

### **8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Los objetivos específicos de la Política Pública Departamental de Salud Mental y

<sup>64</sup> <https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/document-library/document/Preparedness-9789241511827-eng.pdf>



Prevención de las Adicciones son:

1. Desarrollar acciones para el cuidado de la salud mental de las personas, familias y comunidades que habitan en el Departamento de Antioquia.
2. Orientar la prevención selectiva e indicada de problemas y trastornos mentales, suicidio, epilepsia, consumo de SPA y víctimas de violencias, emergencias o desastres.
3. Promover las redes integrales para la atención en salud de problemas y trastornos mentales, suicidio, epilepsia, consumo de SPA y víctimas de violencias, emergencias o desastres.
4. Fortalecer la rehabilitación basada en comunidad para la inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales, suicidio, epilepsia, consumo de SPA y víctimas de violencias, emergencias o desastres.
5. Garantizar el gobierno y la gobernanza a través de procesos de articulación con actores, instancias, políticas públicas y niveles territoriales en materia de prevención, promoción, seguimiento y garantía de las acciones en salud mental y prevención de las adicciones.

## **9 ESTRUCTURA Y EJES DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

### **9.1 NIVELES ESTRUCTURALES DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

La Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones tendrá los siguientes niveles estructurales:

1. Primer nivel: Ejes de la política
2. Segundo nivel: Estrategias
3. Tercer nivel: Intervenciones/ Acciones

### **9.2 EJES DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

La política se centra en el desarrollo de cinco ejes, a saber: promoción de la convivencia social y la salud mental en los entornos; prevención para todos por curso de vida; atención integral y tratamiento integrado; rehabilitación integral e inclusión social; el quinto y último eje es gobierno y gobernanza para la salud mental orientado a realizar la gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial siendo éste transversal a los demás ejes.

#### **9.2.1 Eje 1: Promoción de la convivencia social y la salud mental en los entornos**

La promoción de la salud mental está orientada a desarrollar estrategias que permitan modificar los determinantes sociales de la salud, fomentando hábitos de vida saludables de manera individual, colectiva y poblacional, con el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos protectores y el desarrollo de acciones sectoriales, intersectoriales/transectoriales y comunitarias. Teniendo como enfoque principal el desarrollo humano basado en derechos<sup>65</sup>.

A continuación, se presentan las dos estrategias que permiten desarrollar las acciones del eje 1, una de las cuales está enfocada en poblaciones especiales:

#### **9.2.1.1 Estrategia 1: Desarrollar y fortalecer la salud mental en los entornos**

**Intervenciones/acciones 1:** Generación y fortalecimiento de entornos resilientes y protectores que promuevan estilos de vida saludables.

**Intervenciones/acciones 2:** Promoción y fortalecimiento del involucramiento parental propiciando la convivencia, el desarrollo familiar, la comunicación, la solidaridad intergeneracional y la resolución de conflictos.

**Intervenciones/acciones 3:** Educación en competencias socioemocionales, habilidades psicosociales para personas, familias y comunidades por curso de vida.

**Intervenciones/acciones 4:** Desarrollo de entornos protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas.

**Intervenciones/acciones 5:** Promover una vida libre de violencias en personas, familias y comunidades a través de la educación para los derechos humanos y paz.

#### **9.2.1.2 Estrategia 2 - Especial: Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental**

**Intervenciones/acciones 1:** Promover las cosmovisiones, valores, rituales y creencias que favorezcan los procesos propios de interacción a nivel individual, familiar y comunitario, así como la identidad de los grupos étnicos.

**Intervenciones/acciones 2:** Integración del sistema de salud, el sistema de protección social y demás sistemas gubernamentales con incidencia en los determinantes sociales y

<sup>65</sup> <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>



con articulación en el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), los planes de vida indígenas y otras formas autónomas para el cuidado de la vida y la salud a través de los distintos niveles de gestión territorial integral de la salud Mental<sup>66</sup>.

### **9.2.2 Prevención para todos por curso de vida**

La prevención en salud mental busca reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de trastornos mentales y consumo de SPA. Esto se realiza a través de cambios en la exposición a factores de riesgo y el fortalecimiento de factores de protección a lo largo de la vida (mecanismos de afrontamiento individuales).

Los riesgos permiten establecer los niveles de prevención que se desarrollarán con las personas, familias y comunidades en cada territorio.

Se reconocen dos clasificaciones para el abordaje de la prevención:

- Prevención universal, selectiva e indicada.
  - a. Prevención universal: Son acciones dirigidas a toda la población, independiente del riesgo individual, se centran en reducir los factores de riesgo y promover el cuidado de la salud mental en personas sin un trastorno mental clínicamente diagnosticado.
  - b. Prevención selectiva: Son acciones para un subgrupo en el que se reconocen individuos cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental o una adicción es más alto que el promedio.
  - c. Prevención indicada: Son acciones desarrolladas para personas con alto riesgo y que son identificadas por sus signos y síntomas, que pronostican el inicio de un trastorno mental o un cuadro adictivo.
- Prevención primaria, secundaria y terciaria.
  - a. La prevención primaria incluye intervenciones universales, selectivas e indicadas.
  - b. La prevención secundaria intenta disminuir la proporción de casos establecidos de trastornos o adicciones en la población (prevalencia) a través de la detección y tratamiento temprano.

---

<sup>66</sup> Ibidem. Pág. 241.



- c. La prevención terciaria incluye intervenciones que reducen la discapacidad, mejoran la rehabilitación, previenen las recaídas y recurrencias del trastorno o la adicción.

Tabla 12. Intervenciones preventivas en salud mental<sup>67</sup>

Intervención	Población	Objetivo
<b>Promoción de la salud</b>	Público general Toda la población de interés	Promover el bienestar psicológico. Fortalecer las habilidades para adaptarse a la adversidad: desarrollar resiliencia y competencias socioemocionales.
<b>Preventivas primarias universales</b>	Público general Toda la población de interés	Apuntar a los factores de riesgo en toda la población para prevenir el desarrollo de una o más condiciones. Las intervenciones deben ser efectivas, seguras y asociadas con costos bajos.
<b>Preventivas primarias selectivas</b>	Individuos o subpoblaciones con un riesgo superior al promedio de desarrollar trastornos mentales. La identificación de grupos en riesgo puede basarse en factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales	Apuntar a los factores de riesgo y fortalecer las habilidades para prevenir el desarrollo de una o más condiciones de salud mental. Las intervenciones deben ser efectivas con un bajo riesgo de eventos adversos. Debe de estar asociada a costos moderados.
<b>Prevención primaria indicada</b>	Individuos en alto riesgo con manifestaciones clínicas tempranas y mínimas. Estas manifestaciones son detectables, pero no cumplen con los criterios de diagnóstico.	Trata las manifestaciones subclínicas para evitar la transición al trastorno completo. Apuntar a los factores de riesgo y fortalecer las habilidades de estos individuos para promover la resiliencia. Las intervenciones pueden estar asociadas con costos más altos y se pueden aceptar algunos riesgos.
<b>Prevención secundaria</b>	Individuos que cumplen con los criterios de diagnóstico en las primeras etapas de la enfermedad.	Detección e intervención precoces en pacientes que ya cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno mental específico. Proporcionar un tratamiento adecuado, mejorar la satisfacción con el tratamiento, reducir el consumo de sustancias y prevenir las recaídas.
<b>Prevención terciaria</b>	Individuos con enfermedad establecida	Tratar la enfermedad establecida para prevenir el deterioro, la discapacidad y los efectos secundarios.

El eje 2 se desarrolla con la implementación de las siguientes 2 estrategias:

### 9.2.2.1 Estrategia 1: Prevenir los problemas, trastornos mentales, suicidio, epilepsia , consumo de SPA y otras adicciones.

**Intervenciones/acciones 1:** Cualificar los dispositivos de base comunitaria adaptándolos, cuando sea necesario, a la medicina tradicional y las formas organizativas propias.

67 Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdowskyj, E., Freedman, R., & Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. En *The Lancet Psychiatry* (Vol. 5, Issue 7, pp. 591-604). Elsevier BV. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30057-9)

Aplicándolos en los entornos educativo, laboral, comunitario e institucional.

**Intervenciones/acciones 2:** Fortalecer las acciones de detección e intervención temprana de riesgos en salud mental en la atención de medicina general, ginecoobstetricia, pediatría y medicina interna, 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.

**Intervenciones/acciones 3:** Enfoque integral de salud mental para la prevención del suicidio, entendido como la identificación de las personas en riesgo, provisión de apoyo, la reducción de los daños y la prevención de riesgo futuro.

**Intervenciones/acciones 4:** Fortalecer las acciones de detección e intervención temprana de riesgos en la epilepsia.

**Intervenciones/acciones 5:** Prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones por curso de vida y entornos.

#### 9.2.2.2 Estrategia 6: Vigilancia de los eventos de salud mental

**Intervenciones/acciones 1:** Desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud pública como son: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, víctimas del conflicto armado, entre otros y el fortalecimiento de los actuales sistemas de información que permiten robustecer los datos existentes, a saber: sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil (SIVIM); sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (SIVESPA), registro individual de la prestación de servicios de salud (RIPS), sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) y el sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (SISVELSE).

**Intervenciones/acciones 2:** Generar mecanismos de recolección de datos en forma sistemática y oportuna, que incluya información de todos aquellos determinantes individuales y sociales de la salud mental a efecto de constituir una línea de base para el ajuste continuo de los programas de promoción de la salud mental y la prevención de las adicciones.

**Intervenciones/acciones 3:** Realizar procesos sistemáticos y estandarizados de observación y análisis de contextos, situaciones o condiciones que incrementan la vulnerabilidad de individuos y colectivos con el objeto de orientar la gestión territorial integral

de la salud pública. Incluyendo no solo la identificación sino la gestión del riesgo individual y colectivo en salud mental (Gestión anticipada y oportuna de amenazas colectivas potenciales).

### 9.2.3 Atención integral y tratamiento integrado

Se refiere a la complementariedad de las acciones de los actores del sistema de salud para responder a las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades, buscando disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas, trastornos mentales, suicidio, epilepsia, otras adicciones y por ser víctimas de violencias, emergencias o desastres; aumentando la oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la continuidad y la oferta de servicios de salud mental<sup>68</sup>.

A continuación, se presentan 2 estrategias que permiten la implementación del eje 3.

#### 9.2.3.1 Estrategia 1: Atención integral de los problemas, trastornos mentales, suicidio, epilepsia, consumo de SPA y otras adicciones.

**Intervenciones/acciones 1:** Desarrollo de redes integrales, con enfoque de atención primaria, para la atención en salud mental, suicidio, epilepsia, consumo de SPA y otras adicciones.

**Intervenciones/acciones 2:** Desarrollo e Implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud que aborden riesgos en salud mental con intervenciones individuales y colectivas.

#### 9.2.3.2 Estrategia 2: Tratamiento integrado

**Intervenciones/acciones 1:** Prestación de servicios de salud basados en la gestión del riesgo individual.

**Intervenciones/acciones 2:** Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

### 9.2.4 Rehabilitación integral e inclusión social

Es el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener el mejor desempeño en los aspectos físicos, psicológicos, educativos, sociales y ocupacionales, con el fin de lograr

<sup>68</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

equiparación de oportunidades e inclusión 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.

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.

El eje 4 se desarrolla con la implementación de las siguientes 2 estrategias:

#### 9.2.4.1 Estrategia 1: Rehabilitación integral e inclusión social

**Intervenciones/acciones 1:** Implementación de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en Salud Mental.

**Intervenciones/acciones 2:** Inclusión social efectiva a través del fortalecimiento y ampliación de redes de apoyo comunitarias, sociales e institucionales.

#### 9.2.4.2 Estrategia 2: Desinstitucionalización de personas con trastornos mentales y larga estancia hospitalaria<sup>69</sup>.

La desinstitucionalización debe entenderse como un proceso dinámico social, político, normativo, en el que las personas con trastornos mentales graves que permanecen en clínicas y hospitales psiquiátricos por largos periodos, (más de seis meses) se reincorporan a la vida en comunidad. Lo anterior implica que en las diferentes etapas vitales y de acuerdo con el estado de su trastorno, requerirán servicios de atención diferentes que respondan a las necesidades particulares para ese momento.

**Intervenciones/acciones 1:** Implementar el modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental a través de la conformación de redes sociales de apoyo y redes interinstitucionales, rehabilitación basada en comunidad y formación del talento humano en salud.

<sup>69</sup> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-desinstitucionalizacion-trastorno-mental.pdf>

### 9.2.5 Eje transversal 5: Gobierno y gobernanza para la salud mental

Este eje es transversal a Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones, permite crear acciones conjuntas con otros sectores e integra a actores nacionales, departamentales y municipales. Se amplía este accionar a las instancias gubernamentales que hacen presencia en el territorio y cuya misionalidad se relaciona con entidades centralizadas o descentralizadas, autónomas o no; con incidencia programática.

Este eje da respuesta a las demandas de la sociedad y se espera que conduzca al fortalecimiento de la gobernabilidad definida como “la capacidad del gobierno para formular e implementar políticas públicas, programas y proyectos, en unas condiciones determinadas por un contexto social, económico y político” (Castillo, 2017, pág. 169), es liderado por el Estado y en cooperación con los diferentes actores involucrados busca organizar, garantizar el derecho a la salud y así lograr obtener los resultados planteados desde de la política pública<sup>70</sup>.

El eje 5 se desarrolla con la implementación de las siguientes 2 estrategias:

#### 9.2.5.1 Estrategia 1: Gobierno multinivel para la gestión sectorial e intersectorial

Responsabilidad compartida entre los distintos niveles de gobierno y permite a las autoridades combinar sus experiencias para un mejor resultado del proceso de planificación e implementación de las políticas públicas, así:

**Intervenciones/acciones 1:** Departamental, distrital y municipal.

Incluye la adopción y adaptación de la Política en lo territorial, la formulación, evaluación y seguimiento de planes de acción, y la gestión de acciones y recursos para la implementación efectiva, vinculando dichas acciones a los instrumentos de planeación territorial.

**Intervenciones/acciones 2:** Departamental sectorial.

Formulación, evaluación y seguimiento de los planes territoriales en salud, en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública.

---

<sup>70</sup> Documento final Aportes a la metodología de participación social del proceso de formulación del PDSP 2022-2031 Pag 34

#### 9.2.5.2 Estrategia 2: Gobernanza para la articulación y coordinación sectorial e intersectorial

El concepto de intersectorialidad se define como la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (FLACSO, 2015). Tiene como intervenciones y acciones las siguientes:

**Intervenciones/acciones 1:** Desarrollo de capacidades en los procesos de gestión para la atención integral al consumo de sustancias psicoactivas.

**Intervenciones/acciones 2:** Participación social en salud de personas familias y comunidades.

**Intervenciones/acciones 3:** Gestión del conocimiento.

## 10 CREACIÓN DE PLANES, PROGRAMAS O MODELOS

La Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones permite la creación de planes, programas, proyectos, modelos, eventos o iniciativas para el bienestar mental de personas, familias y comunidades del departamento.

Se toma un eje o un conjunto de ejes con sus respectivas estrategias, intervenciones y acciones de la PPDSMA, para priorizar por periodos, en territorios de acuerdo con necesidades o para implementar un programa general que beneficie a toda la población antioqueña. Permitiendo invertir los recursos de manera eficiente en los diferentes territorios: Provincias, Subregiones, Municipios, Distritos y a otros niveles locales para responder a circunstancias específicas de cada uno de estos.

Estos planes, programas, proyectos, modelos, eventos o iniciativas son susceptibles de una permanente actualización por los cambios en la regulación de la salud mental y adicciones, lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social u otros entes gubernamentales y por la finalización de las necesidades o identificación de problemáticas especiales de la población que los creó.

## **11 ELEMENTOS PARA IMPLEMENTAR LA POLÍTICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES (PPDSMA)<sup>71</sup>**

En la implementación de la PPDSMA se tiene en cuenta los siguientes elementos:

### **11.1 COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL**

Para lograr un proceso de implementación eficiente es necesario coordinar con los diferentes actores ya sean del orden nacional, departamental o territorial y articular las actividades que permitan una mayor eficiencia en la gestión; entendiendo que la coordinación exige llegar a consensos y acuerdos sobre el ¿qué?, el ¿cómo? y sobre los beneficios esperados, armonizando los diferentes intereses que se conjugan y se superponen para mantener su autonomía.

### **11.2 ELABORACIÓN PLAN DE ACCIÓN**

Se debe elaborar el plan de acción teniendo como insumo los 5 ejes, las 10 estrategias y 27 lineamientos de acciones e intervenciones planteando el desarrollo de compromisos concretos donde se visiona la participación del gobierno y la sociedad civil.

### **11.3 ELABORACIÓN DE PLAN DE FINANCIAMIENTO**

Se definen las implicaciones presupuestales, costos estimados y las fuentes de financiación para la implementación de la Política Pública, se identifican los recursos que aportan los diferentes sectores y se gestiona su inclusión en los planes de desarrollo departamental para garantizar su eficacia y sostenibilidad.

### **11.4 DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES**

Es importante definir las competencias de cada uno de los actores involucrados con la Política Pública, así como su responsabilidad y aporte a la misma; de manera tal que se evite la duplicidad de acciones y se aporte al desarrollo de esta según su competencia.

<sup>71</sup> Adaptado de: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/DESG03.pdf>



## **12 RELEVANCIA DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

La salud mental es un elemento integral de la salud, un derecho básico fundamental y un componente esencial de la cobertura sanitaria universal. Los problemas de salud mental son causa y consecuencia de la pobreza, la educación deficiente, la desigualdad de género, entre otros.

La importancia de la Política Pública de Salud Mental y Prevención de las Adicciones radica en la posibilidad de mejorar la salud mental a través alianzas multisectoriales que propendan por mejorar la disponibilidad, accesibilidad y la calidad de los servicios comunitarios de salud mental; además la promoción y prevención de la salud mental a lo largo del curso de vida, la intervención temprana y oportuna, el tratamiento integral e integrado y el apoyo psicosocial en las emergencias.

## **13 MONITOREO Y SEGUIMIENTO**

El monitoreo y la evaluación (M&E) sirven para obtener información que ayude a determinar la relación entre las actividades y recursos de los programas y las metas que estos se han propuesto lograr. El monitoreo y evaluación de los Programas Nacionales se realiza mediante la revisión de sus procesos/actividades y resultados; y, por último, determinar la efectividad colectiva mediante el monitoreo del impacto<sup>72</sup>. Este último se podrá medir a mediano y largo plazo pues finalmente se traduce en la disminución de la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

El monitoreo se plantea “como el proceso continuo y sistemático que permite revisar mediante indicadores, el avance del territorio frente al logro de las metas y objetivos del plan territorial de salud (PTS), lo que permite tomar acciones correctivas de manera oportuna”.

En este sentido y de acuerdo con el manual de formulación, evaluación y monitoreo de proyectos sociales (CEPAL), el monitoreo se “encuentra relacionado con la gestión administrativa y consiste en hacer un seguimiento del desarrollo de las actividades programadas, medir los resultados de la gestión y optimizar sus procesos, a través del aprendizaje que resulta de los éxitos y fracasos detectados al comparar lo realizado con lo programado”.

---

<sup>72</sup> Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Curso en línea M + E lo esencial. [consultado 19 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://contentlibrary.theglobalfund.org/eLearning/me/01es/Index1.html>.

El monitoreo de la Política Pública Departamental de Salud Mental y Prevención de las Adicciones se realizará a través del seguimiento semestral y anual de las actividades que se programen en el Plan de Acción en Salud, toda vez que éstas contribuyen con el cumplimiento de los objetivos y metas sanitarias del PTS.

Por su parte, las actividades de seguimiento serán entre otras, las siguientes:

### **13.1.1 Identificar las características que tiene el Plan de Monitoreo**

Realizando las siguientes actividades:

- Identificar los destinatarios de la información.
- Establecer los indicadores necesarios.
- Identificar los instrumentos a utilizar.
- Establecer los responsables.
- Establecer la periodicidad de la información.
- Determinar el tipo de información a utilizar.

### **13.1.2 Recolección, procesamiento y supervisión de la información**

Para recolectar información útil se debe recurrir a instrumentos adecuados ya sea, los de generación de datos primarios (entrevistas, cuestionarios o registros) o los instrumentos de datos secundarios (estadísticas oficiales, entre otras). Los pasos para realizar son:

- Recolección de la información.
- Datos cuantitativos o cualitativos.
- Procesamiento de la información.
- Supervisión de la información.
- Verificar la calidad de los datos y su fuente.

### **13.1.3 Análisis de la Información**

Se tendrá en cuenta los siguientes lineamientos:

- Determinar las técnicas a utilizar
- Establecer el tipo de análisis a realizar
- Análisis preliminar



#### **13.1.4 Elaboración de informes**

Estos pueden ser:

- Descriptivos Transversales: Presentan un punto de referencia temporal.
- Comparativos Longitudinales: Presentan más de un punto de referencia temporal, evidencian la evolución de la política.
- Explicativos/Predictivos: Evidencian las relaciones causa- efecto, que pueden ser transversales y longitudinales.

#### **13.1.5 EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA**

Establecer los elementos teóricos, funcionales y operativos requeridos para conocer los avances en el cumplimiento de los, ejes, estrategias y metas formulados en la Política Pública Departamental de Salud Mental y Adicciones los cuales se constituyen, en una herramienta de gestión pública utilizada para seguir, medir, evaluar los indicadores de producto, proceso y resultado.

El informe anual de la Política Pública elaborado por el Consejo Consultivo tendrá en cuenta los datos generados por la Escuela contra la Drogadicción, el Observatorio de Salud Departamental además de la articulación con sistemas de información existentes en la administración departamental y compulsar copia al observatorio de Políticas públicas para su seguimiento.

#### **13.1.6 Uso de los resultados de las evaluaciones**

Esta fase tiene como objetivo la socialización y publicación de los resultados de las evaluaciones a través de los canales oficiales, de tal forma que estos sean conocidos por los tomadores de decisiones y los grupos de interés, y sirvan de insumo para la retroalimentación del ciclo de la política pública. Esto se lleva a cabo recurriendo a diferentes mecanismos de comunicación en un lenguaje claro y sencillo.

#### **13.1.7 DISPOSICIONES FINALES**

##### **13.1.7.1 Territorialización de la política pública**

La política pública se implementará a través de un plan de acción que deberá ser aprobado por el Consejo Consultivo de Salud Mental a la luz del documento técnico anexo a esta ordenanza. De igual forma, se debe velar porque las estrategias plasmadas en este



documento hagan parte de los Planes de Desarrollo Departamental y Municipal. Con este propósito se impulsará la creación y el acompañamiento a las mesas de salud mental y a los comités de prevención de consumo de sustancias psicoactivas municipales. Desde ahí, se dará forma a planes, programas y proyectos que se estructuren para lograr los resultados que se han propuesto en el documento técnico de la política pública.

#### **13.1.7.2 Lineamientos y normas**

La presente Política tendrá en cuenta los lineamientos y normas establecidas por el Gobierno Nacional principalmente las emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga las veces de entidad rectora que formule lineamientos de Política a nivel nacional.

#### **13.1.7.3 Agenda Antioquia 2040**

La presente Política se articulará con el plan estratégico Agenda Antioquia 2040 y tendrá en cuenta los lineamientos y directrices allí consignadas, aportando a la consecución de la visión y los objetivos trazados al 2040.



## 14 Bibliografía

- Álvarez Suarez, J. L., del Castillo Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., & Muñoz Meléndez, M. (2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. En J. L. Álvarez Suarez, F. del Castillo Arévalo, D. Fernández Fidalgo, & M. Muñoz Meléndez, Manual de Valoración de Patrones Funcionales (págs. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Área Sanitaria V – Gijón (Asturias): Comisión de Cuidados, Dirección de Enfermería de Atención Primaria.
- Hernández, S. R., Fernández C. C. y Baptista, L.P. (2010). Metodología de la Investigación (5ª. ed.). Ciudad de México, México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hilarión-Gaitán, L., Díaz-Jiménez, D., Cotes-Cantillo, K., & Castañeda-Orjuela, C. (2019). Inequalities in health by regime of affiliation to the health system in events of obligatory notification, Colombia, 2015. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. *Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud*, 39(4), 737–747. <https://doi.org/10.7705/biomedica.4453>
- Ministerio de la Protección Social, El trabajo en red como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del componente de salud mental en la atención primaria en salud (APS), 2009 <https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atención%20p>
- Urbina Fuentes, M., & González Block, M. Á. (2012). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.