

2020

Análisis de la política distrital de salud mental 2015 - 2025 desde los planes de desarrollo de las últimas tres administraciones de Bogotá 2008 - 2020

Maria Camila Gomez Garcia
Universidad De La Salle, Bogotá, mgomez80@unisalle.edu.co

Diana Yised Fuentes Paez
Universidad De La Salle, Bogotá, dfuentes11@unisalle.edu.co

Follow this and additional works at: https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social

Citación recomendada

Gomez Garcia, M. C., & Fuentes Paez, D. Y. (2020). Análisis de la política distrital de salud mental 2015 - 2025 desde los planes de desarrollo de las últimas tres administraciones de Bogotá 2008 - 2020. Retrieved from https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/924

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias Económicas y Sociales at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Trabajo Social by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

**ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DISTRITAL DE SALUD MENTAL (2015-2025) DESDE
LOS PLANES DE DESARROLLO DE LAS ÚLTIMAS TRES ADMINISTRACIONES DE
BOGOTÁ (2008-2020)**

Fuentes Páez Diana Yised

Gómez García María Camila

Programa de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Universidad de La Salle

Trabajo de grado

Asesora, Alicia Milena Torres

Trabajadora Social

Bogotá D.C

2020

Línea de Investigación

Perspectivas Debates y Prácticas del Desarrollo.

Sublínea de investigación

Análisis de Política Pública

2

Modalidad

Desarrollo de proyecto investigativo disciplinar

Elaborado por:

Fuentes Páez Diana Yised

Gómez García María Camila

Revisado y aprobado por: Marisol Raigosa Mejía

Bogotá D.C

2020

TABLA DE CONTENIDO

1. Agradecimientos	6
2. Resumen	7
3. Introducción	8
4. Justificación	9
5. Antecedentes	11
6. Planteamiento del problema	28
7. Pregunta problema	35
8. Objetivos	35
8.1 Objetivo general.....	35
8.2 Objetivo específico.....	35
9. Marco teórico	35
10. Marco metodológico	46
10.1 Tipo y nivel de investigación.....	46
10.2 Técnicas e instrumentos.....	47
10.3 Organización y análisis de la información.....	48
11. Resultados	50
11.1 Desarrollo primer objetivo Específico	50
11.2 Desarrollo segundo objetivo específico.....	69
12. Conclusiones	88
13. Anexos	94
13.1 Anexo No. 1. Modelo matriz de análisis.....	94
14. Referencias	95

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Prevalencia de los principales Trastornos Mentales.....	13
Tabla 2 Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, en Colombia	31
Tabla 3 Enfoque que orientan la Salud Mental en Colombia.....	92

ABREVIATURAS

MINSALUD: Ministerios de Salud

ENSM: Encuesta Nacional de Salud Mental

OMS: Organización Mundial de la Salud

DALYS O AVAD: Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad

MINPROTECCIÓN: Ministerio de Protección Social

SMG: Salud Mental Global

Fundación FES: Fundación Friedrich Ebert Fescol

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

APS: Atención Primaria en Salud

SPA: Sustancias Psicoactivas

COLCIENCIAS: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación

CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social

SDP: Dirección de Políticas Sectoriales

TICS: Tecnologías de Información y Comunicación

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

EPS: Entidades Promotoras de Salud

POS: Plan Obligatorio de Salud

PDD: Plan Distrital de Desarrollo

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

1. Agradecimientos

Al concluir una etapa fascinante llena de experiencias y conocimientos nuevos para nuestras vidas, queremos extender un profundo agradecimiento a quienes hicieron posible este sueño, a aquellas personas que durante este proceso de formación personal y profesional nos apoyaron y fueron nuestra inspiración para culminar el comienzo de un nuevo ciclo profesional, así pues, nos es importante agradecerle en primer lugar a nuestros padres y a Dios que hicieron posible cumplir un sueño que ahora se hace realidad ser futuras profesionales en Trabajo Social una labor en busca de un cambio social; en segundo lugar, a los profesores y compañeros que nos brindaron su conocimiento, ayuda y experiencia en un camino de formación académica que ahora esperamos que todo esto obtenido y logrado nos sirva para ponerlo en marcha en nuestro que hacer.

Además, de agradecerle a nuestros profesores que nos demostraron en su labor educativa, que el verdadero amor no es otra cosa que el deseo de ayudar al otro. Por otra parte, agradecerle a nuestra asesora Alicia Milena Torres Cárdenas y a la profesora Marisol Raigosa Mejía que desde sus experiencias nos orientaron y nos guiaron para culminar esta indagación como proyecto de grado, sin olvidar, particularmente sus experiencias y sus enseñanzas.

¡Gracias infinitas!

2. Resumen

La investigación tiene como objetivo principal identificar la relación de las políticas y los programas de promoción y prevención de salud mental, con los planes de desarrollo de las últimas tres administraciones de Bogotá (2008-2020). Dicho objetivo surge luego de la revisión documental realizada en el apartado de antecedentes, en los cuales no se evidencia articulación y estudios relacionados con el análisis de la política pública de salud mental; según los ejemplares abordados, la salud mental es tomada y atendida desde los criterios y lineamientos de los centros psiquiátricos, y tras el acercamiento a las políticas públicas de salud mental, se identificó que se tienen diversas problemáticas en cuanto al desarrollo y cumplimiento de las mismas, lo cual limita el desarrollo de las personas con alguna afectación en su salud mental.

Así mismo, el marco conceptual que soportó la investigación da cuenta de la perspectiva de autores como Amartya Sen y Martha Nussbam en torno a las concepciones sobre capacidades, además de la introducción a las políticas públicas, lo cual permitió comprender, que la política distrital de salud mental recoge el marco normativo nacional y lo simplifica de tal manera que se pueda implementar en el territorio local. Por otra parte, la investigación es de tipo cualitativo y se usó como herramienta metodológica la revisión documental. En cuanto al análisis, se realizó por medio de una matriz, lo cual permitió determinar las posibles variables y relaciones que se presentan entre los planes de desarrollo distrital y la política distrital de salud mental, dando respuesta a los objetivos planteados, llegándose a concluir que si bien es cierto que la política pública establece y dan sentido a enfrentar los problemas de salud mental, los planes de desarrollo no recogen en su totalidad la política y se quedan cortos en la solución u eficacia a dicha problemática.

3. Introducción

El presente trabajo de investigación denominado “Análisis de la política distrital de salud mental (2015-2025), desde los planes de desarrollo de las últimas tres administraciones de Bogotá (2008-2020)” surge del interés de las estudiantes Diana fuentes y Camila Gómez de andar en el tema de salud mental, el cual es de suma relevancia en la actualidad, debido a que la salud mental es esencial para llevar una vida de bienestar ante las nuevas realidades sociales, económicas y políticas que surgen día a día, como ejemplo de ello la pandemia que surgió en el año 2020, que genero un cambio radical en la vida de las personas a nivel mundial, la cual fue abordada por medio de nuevas estrategias que implemento el estado para responder a dicha necesidad, por lo cual esta investigación está direccionada a generar procesos de indagación, centrada en comprender los avances normativos de la política distrital de salud mental frente a las garantías y el cumplimiento de la misma, que permite fortalecer componentes críticos e investigativos, haciendo necesario involucrar a la profesión en el tema de salud mental desde el abordaje de la política pública en el área de las ciencias sociales.

Es así, que este documento se divide y desarrolla a través de una revisión de antecedentes, los cuales dieron paso a la formulación del planteamiento de problema, pregunta problema y objetivos, además, un marco teórico donde se presenta los conceptos necesarios para comprender la problemática planteada, de igual forma, se presenta el marco metodológico en el cual se mencionan el tipo y diseño de investigación realizada, métodos de análisis, técnicas, instrumentos e interpretación de los resultados obtenidos, finalizando con la presentación de conclusiones y las referencias bibliográficas.

4. Justificación

Esta investigación se enmarca dentro de la sublínea de análisis de política pública, perteneciente a la línea de investigación e intervención de perspectivas, debates y prácticas al desarrollo, la cual está direccionada a generar procesos de indagación, comprendiendo los avances normativos de la política distrital de salud mental frente a las garantías y el cumplimiento de la misma, que a su vez, facilita la adaptación de los sujetos con afecciones en su salud mental, dentro de las dinámicas sociales, políticas, económicas y culturales de la realidad del país, por medio de los dispositivos que implementa el Estado para responder a dicha necesidad, donde dichos sujetos son partícipes del marco de la política.

Además de entender esta situación social, le surgió la necesidad al Estado de diseñar e implementar la política distrital de salud 2005, a la cual le han realizados cambios a la normativa, lo que ha permitido quedar constatado en la actual política distrital de salud mental 2015-2025, la cual nos brinda fundamentos teóricos que nos facilitan como investigadoras visibilizar las relaciones de poder y los elementos en los procesos de formulación y ejecución de la misma.

De igual manera, esta sublínea de análisis de Política, nos permite como investigadoras interpretar los diversos escenarios que son afectados por la problemática social que emerge de la enfermedad mental, la cual afecta no solo al sujeto que la padece, sino a su entorno social, económico, laboral y familiar, así como a su estabilidad emocional y mental, dentro de los círculos sociales en los cuales se desarrolla como sujeto social.

Por otro lado, como aporte a la disciplina de Trabajo Social, permite fortalecer componentes críticos e investigativos, haciendo necesario involucrar el tema de salud mental desde la política pública al área de las ciencias sociales, arraigado al concepto de calidad de vida y desarrollo humano integral, para que desde la academia se fortalezca el tema de manera teórica y metodológicamente.

Así mismo, esta propuesta de investigación se realizó, dado que cada día esta problemática social se ha vuelto más relevante en un contexto de crisis, por lo que se evidencia la necesidad de generar conocimientos nuevos y amplios, lo que, a su vez, genera retos a nuestra profesión ya que debemos comprender la temática para así poder seguir desplegando la vinculación de nuestro quehacer profesional en el campo de la salud mental.

5. Antecedentes

Para la presente investigación se llevó a cabo un ejercicio de revisión documental con el fin de conocer textos que se enmarquen en el tema de salud mental, tomando un periodo de quince años, desde el dos mil cinco hasta el dos mil veinte (2005 -2020); Dentro de este ejercicio se retomaron doce (12) artículos de páginas web de la base de datos de Scielo, Dialnet, MinSalud y Google Académico; estos ejemplares están relacionados con el tema de Política sobre salud mental, Atención en Salud Mental, Trastornos de Salud mental y el rol del Trabajo Social dentro del área de salud mental. Además, estos documentos tienen como propósito la adquisición de un conocimiento más amplio sobre esta temática enmarcada en la política distrital de salud mental 2015-2025.

En Colombia, se han llevado a cabo cuatro encuestas nacionales de salud mental (1993, 1997, 2003 y 2015), las cuales permiten identificar los problemas, trastornos y factores que predisponen el desarrollo de la salud en general, la salud mental sobre todo, desde la óptica de los determinantes sociales, para apoyar el desarrollo de políticas públicas e intervenciones en salud pública que permitan la promoción de la salud, la prevención de los problemas y trastornos mentales, el tratamiento de estas condiciones y la inclusión social.

La última de estas fue la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015, a ella pertenecen los datos más recientes sobre la epidemiología de los problemas de salud mental en el país, por ejemplo, arroja estadísticamente que el 7,4 % de los colombianos ha pensado en suicidarse, siendo

mayor la proporción en mujeres (7,6 %) que en hombres. El 2,4 % refiere haber tenido planes suicidas, y el 2,6 %, intentos suicidas.

En relación con el consumo de sustancias psicoactivas, la ENSM de 2015 revela que entre las más frecuentes se encuentran el alcohol, el cannabis, los opioides, la cocaína y las inhaladas, de las sustancias con potencial de abuso y dependencia, se encuentra que el 6,3 % de la población colombiana entre 18 y 44 años reporta haber consumido cannabinoides, siendo mayor la proporción de hombres que lo ha hecho, el 11,3 % refiere haber consumido cocaína o un derivado alguna vez en la vida del 39,9 % y el 0,5 % de las personas han consumido drogas inhaladas en algún momento de la vida.

La situación de la salud mental en el mundo, independientemente del nivel de ingresos de los países, es prevalente, y genera múltiples consecuencias para el desarrollo de los mismos, es así que se retoma el ejemplar, “Situación Actual De Los Trastornos Mentales En Colombia Y En El Mundo: Prevalencia, Consecuencias Y Necesidades De Intervención” de la Médica Psiquiatra Paola Andrea Tejada Morales, en el cual afirma que los trastornos mentales son frecuentes en todas las regiones del mundo y contribuyen a la morbilidad y la mortalidad prematura, determinando algunos de los trastornos más frecuentes, en la siguiente tabla:

Trastorno	Prevalencia	Referencias
Cualquier trastorno	12-48.6%	(1, 2)
Depresión/distimia	4.2-20.8%	(1, 3)
Esquizofrenia/psicosis	0.3-1.6%	(1)
Demencia	0.84% - 3.5%	(1)
Trastornos relacionados con el alcohol	10%	(1)
Trastornos de ansiedad	4.8-31.0%	(2, 3)
Trastornos de control de impulsos	0.3-25.0%	(2, 3)
Trastornos por uso de sustancias	1.3-15.0%	(2, 3)

Tabla 1. Prevalencia a lo largo de la vida de los principales trastornos mentales

Retomado de: “Tejada, P. (2016). Tabla 1 prevalencia de los principales trastornos mentales. Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. p30”

Según las estadísticas mostradas anteriormente, la autora afirma que el 30 % de la carga total de las enfermedades no infecciosas se debe a estos trastornos y este porcentaje puede aumentar en países de bajos y medianos ingresos. Gran parte de los problemas mentales afectan a los jóvenes, la edad promedio de inicio es de 11 años para los trastornos de ansiedad y control de impulsos, de 20 años para los trastornos por sustancias y de 30 años para los trastornos afectivos, la mitad de los trastornos mentales empieza en promedio a los 14 años y, el 75 %, a los 24 años. (Morales, 2016)

En Colombia, a pesar de que la Ley 100 de 1993 de Seguridad Social Integral, plantea que la realidad ha mostrado una limitación en la prestación de los servicios y pocos recursos destinados

directamente a los programas de salud mental; esto debido a que esta (Ley 100) privilegia la atención en la fase aguda e inicial de la enfermedad lo cual, genera una tendencia a que los tratamientos se reduzcan al manejo de crisis, sin seguimiento, sobre todo en personas de escasos recursos económicos. Son pocos los datos disponibles sobre el acceso a servicios de salud mental en Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, entre 85,5 % y 94,7 % de las personas con algún trastorno mental no accede a ningún servicio de salud.

Esta situación llevó a pensarse en una reforma de la salud mental y con el tiempo se formuló y aprobó la Ley 1616 de 2013, la cual, garantiza el derecho a la salud mental de los colombianos y busca la disminución en las barreras de acceso a los servicios de salud mental. “Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud. Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental” (Ley 1616, 2013, art. 12).

En este punto, es importante cuestionarse de qué manera se realiza la Atención Primaria en Salud con prestación de servicios en todos los niveles de complejidad, por eso fue necesario traer a colación el documento “Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios

sobre la Ley 1616 de Salud Mental” de la psicóloga Ángela María Barrero Plazas, quien presenta una reflexión crítica sobre varios puntos relevantes que se contemplan en el desarrollo de la Ley de Salud Mental 1616 del 2013, por ejemplo, como cita en su texto “un punto de gran importancia en la Ley, es que presenta dos paradigmas contradictorios: el primero centrado en el fortalecimiento de la salud mental comunitaria, incluyendo a pacientes, sus familias, cuidadores y organizaciones, y otra arraigada a la concepción psiquiátrica, manteniendo como principal referencia el trastorno mental (Castro & Munévar, 2014, p. 1).” (Plazas, 2016); Desde su punto de vista, se hace relevante plantear en términos de fortalecimiento, la prevención del trastorno y la promoción de la salud mental de acuerdo a una aproximación psicosocial, basada en las prácticas de Atención Primaria en Salud.

Según lo anterior, es necesario mencionar que, para la política distrital de salud mental, es una prioridad respaldar a la población del Distrito capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida. De igual manera, la política entiende la salud mental como un derecho de todos los sujetos individuales y colectivos, y como un bien que debe ser promovido y construido transectorialmente; que además identifica las acciones locales que se llevan a cabo frente al mismo; y que aspira a establecer las acciones que se requiere desarrollar, para la prevención y promoción de salud mental específicamente en la población infantil y adolescente, etapa donde empiezan a surgir los trastornos mentales. (Secretaría Distrital de salud de Bogotá, 2016. Pág. 5)

Una política correctamente formulada y puesta en práctica a través de planes y programas puede tener un impacto significativo sobre la salud mental de la población afectada, sin embargo, a pesar del amplio reconocimiento de la importancia de las políticas de salud mental, los datos recopilados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) revelan que el 40,5% de los países no disponen de política sobre salud mental y que un 33,3% no dispone de programas. (OMS, 2001b).

Así pues, la política depende de la información sobre las necesidades de la población y del sistema de prestación de servicio frente a la salud mental, así como de las prestaciones que éste ofrece. Las necesidades de la población pueden determinarse, mediante estudios de prevalencia e incidencia, señalando lo que la comunidad identifica como problemas y comprendiendo las conductas de la población a la hora de buscar ayuda para estos problemas. Asimismo, deben establecerse prioridades. Además de lo anterior, el sistema actual de prestación de servicios frente a la salud mental debe ser bien entendido y debidamente documentado, saber quién presta los servicios, a quién los presta y con qué recursos, es un punto de comienzo importante para desarrollar una política razonable y factible. (OMS, 2006. Pág. 3).

Es así, que las necesidades pueden determinarse por los siguientes métodos:

- a) **Investigación formal:** estudios epidemiológicos de la población general y de grupos especiales (Ej. Escuelas y lugares de trabajo), estudios epidemiológicos simples de los pacientes que visitan los dispositivos sanitarios, estudios de carga de enfermedad que impliquen el uso de DALYS (Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad), entrevistas exhaustivas y grupos definidos.

- b) **Evaluación rápida:** análisis secundario de los datos obtenidos de los sistemas de información existentes, entrevistas breves con personas clave y grupos de debate que incluyan a personas con trastornos mentales, familias, cuidadores y personal sanitario. (OMS, 2006. Pág. 3)

Además, se puede evidenciar, según el **Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia**, que el 40,1% de la población colombiana entre 18 y 65 años han sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico. Es así, que los trastornos psiquiátricos más frecuentemente identificados son los trastornos de ansiedad (19,3 por ciento), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15 por ciento) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10,6 por ciento). (MinProtección, 2003)

También, la Organización Mundial de la Salud define que:

“La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.
(Minsalud, 2017, pág. 17)

Igualmente, **el artículo 3 de la ley 1616 de 2013** (Ley de salud mental), 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, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad”.

De igual forma, en la Ley se hace hincapié en diferentes problemáticas sociales como, trastornos mentales, discapacidad cognitiva, consumo de sustancias psicoactivas etc. Cuyas causas están determinadas en “factores de riesgo” que aparecen en el ambiente y afectan a las personas, como se plantea en el siguiente artículo de la Ley:

“El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo” (Ley 1616, art. 7).

De acuerdo a lo anterior, se puede afirmar que, por medio de la identificación, detección y prevención de los determinantes de riesgo expuestos en el ambiente, (económico, social, político y cultural) se puede minimizar la problemática social y de salud que genera el trastorno mental en la población.

Como por ejemplo se demuestra en la investigación “La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma” con enfoque histórico-hermenéutico, donde se halló cómo los derechos humanos, la rentabilidad financiera, la calidad de

los servicios y el estigma conforman directrices que orientan, de manera contradictoria, la salud mental en Colombia, los investigadores discutieron sobre la conveniencia de realizar un análisis ético y político de la política pública de salud mental en el país. (Rueda, 2018)

Dicho lo anterior, es importante mencionar que en Colombia, la salud mental es particularmente compleja, pues guarda una estrecha relación con adversidades sociohistóricas en cuanto a políticas, inequidades y desastres, tanto naturales como por violencia, evidenciando un vacío de literatura y en lo comunitario frente a la problemática, ya que es reconocido como un país con una fuerte tendencia al estudio desde la psiquiatría y las neurociencias de los mecanismos neurofisiológicos, genéticos y comportamentales de los trastornos mentales y cuyo sistema de salud, de manera explícita, prioriza la rentabilidad de los servicios privados sobre los servicios públicos de salud, mas no como un país con avances importantes en la salud mental poblacional. (Rueda, 2018)

Es así que se retoma el documento “Prevalencias Y Brechas Hoy; Salud Mental Mañana” del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, de la Universidad de Concepción en Chile, donde se tienen en cuenta las recomendaciones realizadas por la OMS, las cuales pueden ser implementadas en los países de América Latina, con el fin de reducir las deficiencias en el tratamiento de la enfermedad mental, no solo desde la medicina, sino también desde lo comunitario: 1) Hacer que los tratamientos sean más accesibles a través de la atención primaria; 2) asegurar la disponibilidad inmediata de los medicamentos psicotrópicos necesarios en todas las áreas de la atención de salud; 3) llevar la atención de salud mental desde las instituciones a la atención comunitaria; 4) educar a la población; 5) involucrar a las familias, comunidades y usuarios a mejorar el sistema de atención

de salud; 6) expandir los programas nacionales de atención de salud mental; 7) incrementar y mejorar el entrenamiento profesional, especialmente en la atención de niños y adultos mayores; 8) incrementar los lazos con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales; 9) proporcionar monitoreo de los sistemas de salud mental a través de indicadores de calidad, y 10) apoyar una mayor investigación. (Benjamín Vicente, 2016)

Frente a estas posibles opciones de abordar el problema, es importante mencionar que el Ministerio de Salud en el texto “*ABECE sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*” plantea que la forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales. (Minsalud,2014)

Además, producto de la revisión documental, se empieza a comprender el término de salud mental desde el ámbito de salud, la concepción del paciente o enfermo mental, y los roles de los profesionales que se involucran en el campo, por ejemplo, en el texto la “*Inclusión social en salud mental: la concepción y el rol de los trabajadores de salud mental*” escrito por Paula Raimondi, María Alcoba y Alejandro Todaro, publicado en el año 2012, hace referencia a la concepción de normal y anormal, entendida como una “disputa de poder, donde, lo normal y lo anormal se empieza a confundir con lo saludable y lo enfermo. Lo cual, se constituye como una herramienta central en la instauración de la normalización encargándose de definir y controlar las

anormalidades, por medio de la rehabilitación, noción vinculada al concepto de inclusión social del anormal, es así, que, como principal dispositivo de atención de los padecimientos mentales con lógica hegemónica es el encierro como forma de exclusión, es decir, de la resocialización de aquel que no encaja en la sociedad”. (pág. 1-6)

Por lo antes dicho, la idea de “anormal y normal” es arbitraria y fundada en valoraciones morales, basadas en juicios y prejuicios. Es así que, “La enfermedad” es entonces un artificio producto de los conflictos de poder de cada lugar, tiempo y sociedad (Berlinguer 1994), que justifica con la patente de científicidad la exclusión y la condena social.

Así pues, la “alteración psiquiátrica”, la condición de “enfermo” y su exposición social vuelve a resultar de una “negociación” determinada por relaciones de poder, donde nuevamente es el paciente el que debe incorporarse a la sociedad y no ésta quien debe incluirlo, esto devela que la internación excluye al individuo de la sociedad, por lo que luego se necesita el dispositivo que “tape el bache”, en otras palabras, los dispositivos están pensados desde la lógica paternalista, en la que al paciente se le debe dar lo que los terapeutas creen conveniente para su curación. (Pág.7-8)

Así mismo, en el artículo que lleva por título “*intervención en salud mental desde el trabajo social*” escrito por Luis Gómez Parada del año 2017, proyecta la noción de

“Loco, en donde el Estado, son los que tienen el poder, los cuales definen lo que es normal o no lo es, por consiguiente, el loco es una persona excluida de la sociedad a la cual no se le considera su percepción, por considerarse una persona que ha perdido la cordura y que no está en sus cabales para poder razonar por sí mismo de manera adecuada, y esto repercute en el poder tomar decisiones por sí mismo, donde, es muchas veces internado en Hospitales Neuro psiquiátricos, los cuales el Estado usa como dispositivo de control y medicalización para sedar al paciente que está siendo intervenido”. (pag.1)

A su vez, el autor retoma a Foucault, el cual manifiesta que el ámbito de la medicina va a ser una técnica política de intervención, es decir, un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos, que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y reguladores”. (Como se cita en Parada. L, pág. 2). Al respecto el autor Luis Parada retoma a Galende, (1997) el cual plantea: “el manicomio es la estrategia social para hacer controlable, regulable, la locura o el desecho, el muro que restablece un exterior libre de ellos, limpio, razonable”. (pag.7)

Por otra parte, cabe mencionar que el Trabajo Social surge ante la complejidad de las contradicciones generadas por el propio sistema (Estado), que se evidencian en la cuestión social y es así que, las políticas sociales son unas de las estrategias que utiliza el Estado, para abordar y, al mismo tiempo, ocultar la contradicción entre capital y trabajo.

Sin olvidar, que el trabajador social en las instituciones Neuropsiquiátricas va a actuar desde

“El rol terapéutico, con una intervención desde el nivel individual al grupal, con objetivos de fomentar la convivencia entre los internos, promover hábitos y habilidades domésticas, fortalecer la relación de los pacientes con su entorno social que se encuentra fuera de la institución, donde el pilar fundamental es el grupo familiar entre otros grupos sociales que cumplan un rol socio afectivo hacia el beneficiario intervenido, además se considerará siempre relevante poder crear autonomía personal en los pacientes. (Parada, L., Pág. 7-8)

De igual importancia, mencionar el texto **“La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública”**, publicado en el año 2013 por el autor Diego Alveiro Restrepo, donde se retoma a Sen, quien plantea que “la salud constituye una de las condiciones más importantes de la vida humana y un aspecto fundamental en el marco de la reflexión ética en torno a la justicia social, donde las personas merecen ser reconocidas como tales y no como un dato agregado ”. (pág. 2372)

Por lo tanto, desde la noción de capacidades, la calidad de vida no se reduce al nivel de ingresos o de recursos, ni tampoco a la consecución del placer y la felicidad, sino que destaca la capacidad de los individuos para lograr funcionamientos valiosos, es decir, las posibilidades de las que dispone una persona para elegir el tipo de vida que le resulte valioso vivir.

Al mismo tiempo, se retoma a Sen, con el planteamiento del concepto de salud positiva

“Entendida como una forma de vida: “El vivir genera la salud y esta no se da únicamente por descuento de la enfermedad; salud es una forma de vivir autónoma, solidaria, consustancial con la cultural humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado (...) Si en el diario deambular las poblaciones producen su salud, entonces, la fuerza o poder fundamental para alcanzarla se encuentra en las poblaciones mismas y en su vida” (Como se cita en Restrepo, D, pág. 2374).

No obstante, los valores en torno a lo que se considera una “vida buena” están enmarcados en un plano social y cultural y, por tanto, dependen y son funcionales a determinadas concepciones del mundo, del hombre, de la vida, del bien, de la salud, del sufrimiento y de la muerte. (Restrepo.D, pág. 2375)

Igualmente, cabe mencionar, que la salud pública se ha limitado fundamentalmente a las observaciones externas, tanto del saber médico como epidemiológico. Ya que, como lo plantea Diego Restrepo, se manifiestan dos perspectivas que comprenden la salud mental

“La visión externa reduce la valoración de la situación de salud de las personas y los grupos humanos al ámbito de las medidas estadísticas, y la visión interna puede encontrarse limitada por la experiencia social de las personas para interpretar lo que está pasando y a su vez, llegando a distorsionar, naturalizar o invisibilizar las privaciones en las que se vive. Cuando las personas sufren permanentemente de privaciones, pueden

llegar a resignarse y pierden la capacidad de expresar sus deseos y aspiraciones, de tal modo que una aproximación ingenua a la visión interna puede encubrir situaciones de profunda injusticia e inequidad". (pag.2377)

Del mismo modo, se retoma el texto de Mariana Tundidor ***“Puntos de encuentro entre justicia ocupacional y social, exclusión de oportunidades, pobreza y salud mental”***, publicado en el **2013**, en el cual se plantea, la necesidad de indagar sobre la exclusión de oportunidades para los sujetos sociales que son afectados por la alteración de su salud mental, proponiendo frente a situaciones de vulnerabilidad y exclusión, dos tipos de intervenciones sociales: intervenciones en la zona de la exclusión y otras en la de la vulnerabilidad:

“El reto de las primeras es la recuperación del vínculo social, ya que afectan esencialmente a las personas que ya han pasado del otro lado y habitan en la zona de marginalidad o desafiliación. Su objetivo general es la reinserción. Insertar es intentar repescar a quien ha sufrido los embates cuando el mal ya está hecho. Existe otra categoría de intervención que, por eso, remonta la corriente hacia la zona de vulnerabilidad, en la zona de precarización del trabajo y fragilización de los pilares de la sociabilidad. Su estrategia general es la formación”. (Castel, 1995, pag.3)

Así mismo, dentro de la salud mental, se retoma el ejemplar ***“Duncan Pedersen y el estudio integral de la Salud Mental Global”***, del autor Renato D. Alarcón-Guzmán, publicado en el 2017, afirma que en sus estudios, desde la perspectiva global, sobre los diversos componentes de la ecuación trauma-salud mental-calidad de vida-bienestar, Pedersen insistió en prestar atención a los

modelos locales de estrés y malestar y a las consecuencias clínicas del sufrimiento de individuos, comunidades o miembros de diversos grupos étnicos, ya que defendía la idea de que :

“La medicalización de trauma y sufrimiento colectivo –escribió—refleja una comprensión pobre de la relación entre determinantes sociales críticamente importantes y el rango de posibles consecuencias de la violencia política sobre la salud humana” (pag.72)

Fue así, como Duncan Pedersen, postuló pues una “nueva arquitectura para la Salud Mental Global”, una lucha indeclinable en busca de un acuerdo universal técnico e innovador, pero también justo y transparente en el manejo económico y financiero, centrada en la exploración de causas más distantes como los orígenes sociales y ambientales de salud y enfermedad, que van más allá de los factores biológicos o neurocientíficos, lo que él llamó indagación de “las causas de las causas”, en busca de soluciones sistemáticas y sostenibles y de intervenciones efectivas a nivel colectivo, es decir una SMG (Salud Mental Global) firmemente ubicada en una salud pública racional y coherente. (pag.73)

Por último, se retomó el ejemplar de María Helena Restrepo-Espinosa ***“Promoción de la salud mental: un marco para la formación y para la acción”*** del año 2006, en el cual la autora considera que el equilibrio psíquico de una persona se determina, entre otras cosas, por el nivel de bienestar, por la utilización de su capacidad mental y la calidad de las relaciones con su entorno para trabajar por el bienestar individual y social. (pag.118)

Dicho lo anterior, la salud mental para la autora

“traduce la capacidad del ser humano para entender, transformar y percibir las preguntas sobre los problemas fundamentales de su existencia, tales como la supervivencia, las necesidades de reconocimiento, su identidad, pertenencia, productividad, etc., que le permiten sentirse significativo y significativo en los vínculos humanos y orientar sus acciones hacia el enriquecimiento de la vida, para lo cual busca desde la Carta de Ottawa determinar los nuevos referentes que pueden contribuir en forma significativa al desarrollo de la salud como concreción del bienestar humano, ya que su propuesta consiste en dar una visión más integrada de la salud mental a través de la revisión de las definiciones que algunas instituciones han planteado y suscrito y que puedan servir como herramienta para desarrollar profesionales que busquen promover, en nuestro país, condiciones más sanas, más dignas, con mayor equidad y justicia social: con mayor y mejor calidad de vida. (pag.190)

Por último, mencionar, que si bien la Política Distrital de Salud Mental 2015-2025, se enfoca en el desarrollo humano de las personas en todas sus dimensiones, al ejercicio efectivo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, para lograr una vida con calidad y para el desarrollo del capital global. Es aquí donde, se evidencia una ruptura entre lo que la política distrital de salud mental pretende garantizar a la población y lo que lo que realmente se cumple.

6. Planteamiento problema

La revisión documental que se hizo permite, conocer investigaciones y reflexiones teóricas que se han construido en torno a la población que presenta afectaciones en su salud mental, las cuales a su vez generan exclusión y estigmatización; y como el estado ha respondido a dicha problemática social, creando el llamado dispositivo de control (centros psiquiátricos), de los cuales, surge la idea de que su forma de acción frente al paciente y su situación genera exclusión y rechazo del sujeto. Además, es necesario mencionar la política distrital de salud mental 2015-2025, la cual se ubica desde una mirada integral, promoviendo condiciones sanas y dignas, mejorando la calidad de vida de los individuos que presentan dicha condición.

Asimismo, es importante nombrar que en la materialización de la Política Distrital de Salud Mental confluyen distintos sectores, actores sociales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y no solo aquellos que trabajan en el sector de la salud. Por tal motivo, aquí se integran la sectorialidad y la transectorialidad a la comunidad, haciendo posible su territorialización, con un trabajo de gestión y acción para generar alianzas (Secretaría Distrital de Salud. 2016, Pág.10). Dicho esto, los enfoques desde los cuales se aborda dicha política, son: enfoque de derechos, enfoque de determinantes sociales de la salud, enfoques: diferencial, de género y poblacional; los cuales, demuestran que la política si garantiza el desarrollo humano, sin embargo, el problema radica en el cumplimiento de la misma.

Como lo plantea la autora Mariana Tundidor retomando a Alfredo Caraballeda (2013) “allí, donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que

demanda ser escuchado en clave social. De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la Salud Mental”.

En el mismo orden de ideas, cabe mencionar, que en los textos se evidencia un vacío frente al análisis de la ejecución de la política pública de salud mental 2015-2025, la cual respalda a los sujetos con afecciones en su salud mental, sin embargo, con su incumplimiento, se deja en situación de vulneración a dichos sujetos, frente a su desarrollo como sujeto social, dentro su entorno social, familiar y ocupacional.

Frente al incumplimiento de la política, surge la hipótesis de que esto se debe a la incoherencia que existe entre los programas sociales de cada plan de desarrollo distrital y los lineamientos de la política distrital de salud mental, debido a esto, se parte de la idea de realizar una revisión detallada de los programas de promoción y prevención de salud mental implementados en los últimos tres mandatos de la alcaldía mayor de Bogotá, con el fin de verificar la hipótesis anteriormente planteada, ya que se considera que la inconsistencia de la implementación de esta, puede estar en la falta de evaluación y articulación intersectorial de los programas.

Ahora bien, en términos estadísticos se retoma, el artículo “*Biomédica Instituto Nacional de Salud*” del año 2013, escrito por José Posada, quien hace referencia a la encuesta del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, un trabajo elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Harvard University, University of Michigan y 38 países, donde mencionan, que

las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de 10,5 % del total de la carga de la enfermedad a 15 % en el año 2020.

Por consiguiente,

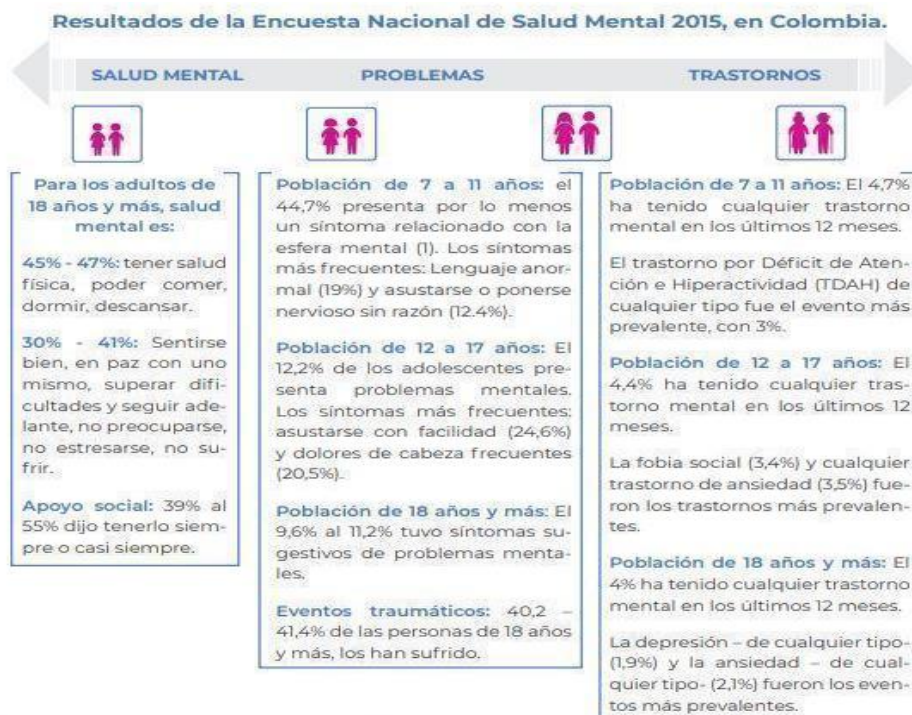
“Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales. (Posada, J, 2013. Pág. 1)

De igual manera, estos trastornos

“Se inician entre los 9 y los 23 años. La mediana en la edad para las primeras manifestaciones de los trastornos afectivos, como el episodio depresivo mayor, se sitúa en los 24 años, para la manía, en los 20 años, y para la hipomanía, en los 27 años. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años, y la de los trastornos por uso de sustancias, entre los 20 y los 27 años, con un promedio a los 22 años. La edad de inicio de otros trastornos, como el de ansiedad de separación en la infancia, el de déficit de atención, el de conducta, el negativista desafiante, el de ansiedad de separación del adulto y la bulimia nerviosa, se encuentra entre los 8 y 20 años, con un promedio a los 11 años”. (Posada, J, 2013. Pág. 1)

Por otro lado, como sustento estadístico en Colombia, se realizó la

“Encuesta de Salud Mental en el año 2015, el cual visitó a 16.147 personas, el 95,1% respondió completamente el formulario; definió 4 grupos poblacionales: Los niños de 7 a 11 años, adolescentes de 12 a 17 años, el grupo de 18 a 44 años y los de 45 años y más. La percepción sobre la salud mental de los colombianos está en relación con tener una adecuada salud física, comer, dormir y descansar bien, así como también disfrutar de tranquilidad, paz y poder ser capaces de superar las dificultades de la vida diaria. La encuesta también exploró el apoyo social frente a dificultades o problemas (“se refiere a los intercambios entre los miembros de una red o entramado de relaciones”, sean familiares, amigos, vecinos u otras personas) y se encontró que entre el 39% y el 55%, lo tienen siempre o casi siempre” (Minsalud, Resolución 4886 de 2018)



Es así, como se percibe una desarticulación entre la política y la situación de la salud mental de la población colombiana con afecciones en su salud mental, sabiendo que los trastornos psiquiátricos más frecuentemente identificados son los trastornos de ansiedad, trastornos de depresión, trastornos del estado de ánimo y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas de acuerdo al estudio Nacional de Salud Mental de Colombia.

Debe señalarse, que en el documento “**La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012**” de los autores Nelson Ardón y Andrés Cubillos publicado en 2012, hacen referencia a que los avances en la formulación de políticas no obtienen los mejores resultados, debido a la fragilidad en la implementación de estas, a la falta de evaluación o a la fragmentación y a la dificultad para la articulación intersectorial, (Pag.18)

Por otra parte, en 1998 se había promulgado la Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante la Resolución 02358, donde para ese momento aún estaba vigente. Esta política integra los factores condicionantes de carácter biológico, ambiental, comportamental, social, político, económico y cultural y el nivel de salud, medido por la estructura de la morbilidad, de la mortalidad y de la discapacidad específicas por grupo etario y género, ajustados a criterios de priorización como la magnitud, la vulnerabilidad y la trascendencia de los diferentes fenómenos que determinan el estado de salud de la población. (Ardón y Cubillos, 2012, Pág. 18)

Es así, que entre los años 2003 y 2004, el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y mediante convenios de cooperación con la OMS,

la Universidad de Harvard y la Fundación FES (Fundación Friedrich Ebert Fescol), desarrolla el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental, el cual permitió, además de delinear un panorama epidemiológico, establecer relaciones entre salud mental, condiciones socioeconómicas, estado de salud general, medio ambiente social y grado de vulnerabilidad. Luego de este diagnóstico se busca reformular la Política Nacional de Salud Mental que había sido diseñada en el año 1998, construyendo los **“Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia”**.

Dichos lineamientos proponen como objetivo general sugerir contenidos para esa reformulación, recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y diseñar la metodología para establecer los costos de atención de eventos prioritarios en salud mental. (Ardón y cubillo, 2012, Pág. 18)

Posteriormente, con los avances en la conceptualización de los procesos de salud mental, la Secretaría Distrital de Salud presenta el documento resumen de la Política Distrital de Salud Mental de 2005, el cual se encuentra reflejado en el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, 2008-2012 y en el Plan de Salud Distrito Capital, 2008-2011 (Acuerdo 308 de 2008), “como una apuesta política para la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud de los Bogotanos”.

No obstante, luego con la ley 1438 del 2011, se realizará el proceso de actualización de la política distrital de salud mental, teniendo en cuenta el proceso de reforma a la salud, que establece la estrategia de atención primaria en salud (APS) como el marco obligado. Así mismo, de acuerdo a

la ley 1616 del 2013 se realiza la última configuración y/o actualización de la política distrital de salud mental 2015-2025.

Según lo anterior, no se evidencia articulación y estudios relacionados con el análisis de la política pública de salud mental; según los ejemplares anteriormente nombrados, la salud mental es tomada y atendida desde los criterios y lineamientos de los centros psiquiátricos, puesto que el cuidado se queda en la medicalización de la enfermedad, sin tener en cuenta las condiciones sociales a las que los sujetos con afecciones en su salud deben enfrentarse fuera de los centros diariamente, lo cual afecta no solo su estabilidad si no la de su grupo familiar, laboral, social, cultural, entre otros.

7. Pregunta Problema

¿Cómo se articula la política distrital de salud mental 2015-2025 y los programas de promoción y prevención de salud mental con los planes de desarrollo de las últimas tres administraciones de Bogotá 2008-2020?

8. Objetivos

8.1 Objetivo general

Identificar la relación de las políticas y los programas de promoción y prevención de salud mental con los planes de desarrollo de las últimas tres administraciones de Bogotá.

8.2 Objetivos específicos

- Describir el marco conceptual que configura la política distrital de salud mental en relación a la promoción y prevención de la salud mental 2015-2025.
- Explicar la orientación de los programas de salud mental enfocados en la promoción y prevención de la salud mental de las últimas tres administraciones de Bogotá.

9. MARCO TEÓRICO

De acuerdo con lo expuesto, en el planteamiento del problema, en Colombia existe una gran cantidad de personas, como se cita en el documento “*estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*” del año 2020, donde se establece, que “los trastornos mentales se posicionan entre las 20 primeras causas de AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) entre 2008 y 2018, además, la prevalencia de trastornos se ha aumentado en 0,53 puntos porcentuales, pasando de 9,72% en 1990 a 10,25% en 2017, donde aproximadamente 1 de cada 10 personas presentan algún tipo de trastorno mental. (CONPES, 2020. pág. 18)

De acuerdo a lo dicho, esta situación afecta principalmente a niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y población indígena, lo cual produce un problema social, ya que en estas edades los seres humanos están en la construcción de su subjetividad, y a su vez, son las edades primordiales para el desarrollo global, pero también es importante decir, que es necesario que desde el ámbito de salud mental la política garantice que el sujeto tenga derecho a una adecuada salud física, comer, dormir y descansar bien, así como también disfrutar de tranquilidad y paz, para poder ser capaces de superar las dificultades de la vida diaria.

Por ello, como unidad de análisis que se tendrá en cuenta para la elaboración de la presente investigación será: normativa de la política pública y dentro de esta la política distrital de salud mental y por último enfoque de capacidades, puesto que estos conceptos nos permitirán conocer y entender la dinámica de la normativa desde la creación e implementación tanto de la política como de los planes de desarrollo local.

POLÍTICA PÚBLICA

La política pública, de acuerdo al documento “**Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del distrito**” del año 2017, se inscribe como un proceso de planeación que define una visión de largo plazo que sobrepasa los periodos de administración de los gobiernos y orienta el proceso de cambio frente a realidades sociales relevantes. Es un instrumento de planeación orientado a la acción para lograr objetivos prioritarios, fruto de un proceso de concertación intersectorial y co-creación, en el que participa la administración distrital, la

ciudadanía, la sociedad civil, los gremios, la academia, etc. (Secretaría Distrital de Planeación, 2017. Pág. 3)

Además, la política pública pretende generar un resultado que impacte las diferentes realidades sociales, por lo tanto, es necesario dotar de sostenibilidad en el tiempo a los acuerdos logrados entre quienes participan, innovar en cuanto a las acciones propuestas para lograr el cambio y las fuentes para financiarlo; al mismo tiempo la política debe ser flexible para incorporar los cambios siempre presentes en esa realidad que se interviene. En consecuencia, el proceso de formulación debe ser exigente desde lo técnico y no solo centrarse en acuerdos “políticos” que surjan entre diferentes actores. En su construcción es vital utilizar herramientas de planificación estratégica, de gestión y procesos que permitan llevar a cabo las acciones en forma coordinada y realizar un seguimiento que dé cuenta de los avances logrados y así poder medir el efecto de la intervención. (Secretaría Distrital de Planeación, 2017. Pág. 3)

Por otro lado, el texto “**Introducción a las políticas públicas**” de los autores Jaime Torres y Jairo Santander del año 2013, estos establecen que la política pública hay que comprenderla como el resultado de una acción colectiva que se desarrolla en lo público y de una serie de transacciones políticas, en donde el gobierno ya no tiene como único objetivo ejecutar lo planeado, sino también garantizar la coordinación y la cooperación de los actores clave. (pág. 56)

Por lo tanto, es importante traer a colación, que la política pública como construcción social, puede ser definida como una estrategia con la cual el gobierno coordina y articula el comportamiento de

los actores a través de un conjunto de sucesivas acciones intencionales, que representan la realización concreta de decisiones en torno a uno o varios objetivos colectivos, considerados necesarios o deseables en la medida en que hacen frente a situaciones socialmente relevantes. Además, de que plantea sus objetivos alrededor de problemas que llegan a ser considerados relevantes para la sociedad. (p.p. 56. Dunn, 2008; Meny & Thoenig, 1992)

Del mismo modo, en el documento “**Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental**” de la Organización Mundial de la Salud del 2006, se hace referencia a la política de salud mental como una herramienta poderosa y esencial para el departamento de salud mental de cualquier ministerio de salud. Hay que mencionar, además, de ser un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población, la cual define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación. Una política también estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación a otras políticas sanitarias y sociales. (OMS, 2006. Pág. 12)

De acuerdo a lo anterior se logra comprender, que la política distrital de salud mental recoge el marco normativo nacional y lo simplifica de tal manera que se pueda implementar en el territorio local, en particular con **la Ley 1438 2011**, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Busca fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación de servicios públicos de salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. (Secretaría distrital de salud de Bogotá, 2016. Pág. 5-14)

Al mismo tiempo, las últimas normativas han hecho posible una discusión más propicia para el desarrollo de políticas de salud mental más contextualizadas y cercanas a las necesidades de los colombianos. En particular, **la Ley 1616 de 2013** de Salud Mental o Ley Esperanza, por medio de la cual se expide la Ley Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y los adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. (Secretaría distrital de salud de Bogotá, 2016. Pág. 5-14)

Habría que decir que también, se definieron los elementos requeridos en toda política de salud mental para el país y sentó las bases para lograr avances concretos en esta materia. Cabe subrayar que varios de los enunciados más importantes de la ley están animados por la búsqueda del bien común y la construcción concertada y pública de la política, y provienen del trabajo realizado por el distrito capital. La política aquí presentada, justamente, continúa dicha búsqueda.

Es importante tener en mente que cuando se aborda una política sobre salud mental, es realista disponer de uno o dos años para el desarrollo y de cinco a diez años para la implantación y obtención de cambios (OMS, 1984a). Los diferentes elementos de las políticas, planes y programas pueden requerir diferentes periodos de tiempo.

Asimismo, mencionar que los principales sectores de los que se requiere que asuman roles y responsabilidades específicas son:

- Agencias gubernamentales (sanidad, educación, empleo, bienestar social, vivienda, justicia)
- Instituciones académicas
- Asociaciones de profesionales
- Trabajadores de salud y de salud mental
- Grupos de usuarios y familias
- Proveedores
- Organizaciones no gubernamentales
- Medicina tradicional.

Además, Para el autor Carlos A. Palacio, desde su artículo “*Situación de salud mental en Colombia*” (2018), considera que es necesario, que las políticas de salud mental en un país den cuenta de dos prioridades:

- La prevención primaria, con estrategias de promoción y prevención poblacionales que lleven a impactar y logren mantener el bienestar y la buena calidad de vida de un buen porcentaje de las comunidades.
- El desarrollo coherente del componente de atención primaria en salud (APS) que brinde acceso, oportunidad y calidad en la atención de los eventos mentales.

De acuerdo a lo anterior, se comprende que para que la atención en salud mental de un país sea garantizada y de calidad debe existir cambios de la normativa y del mismo sistema integral de salud, centrados en factores de la vida tanto del hombre como de la mujer, además de que se puedan generar cambios desde la individualidad para llevarlo a una colectividad, ya que, trastornos tan comunes como los de ansiedad y del ánimo, no son reconocidos por quienes los sufren y más grave aún ni por el personal de salud.

Según las siguientes cifras, tomadas del artículo del autor Carlos A. Palacio, el 60% de las personas que acuden a un servicio de atención básica en salud, tienen síntomas ansiosos y depresivos, solo al 30% de ellos se les indaga y diagnostican estas alteraciones, pero un porcentaje menor recibe el tratamiento adecuado, de acuerdo a esto, estamos hablando, que apenas un pequeño porcentaje de personas que presentan alguna alteración mental tienen tratamiento adecuado. (Palacio A., 2018)

ENFOQUE DE CAPACIDADES

Retomando el texto **“La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública”** del autor Diego Alveiro Restrepo-Ochoa (2013), se identifica que en el utilitarismo hay dos problemas fundamentales: en primer lugar, el desconocimiento de las razones que los individuos tienen para valorar aquello que desean, es decir, el intento inapropiado de buscar la conmensurabilidad de la utilidad, sin tomar en cuenta los estilos de vida que para las personas resultan valiosos y, en segundo lugar, la consideración de la utilidad como un valor en sí, de carácter trascendental, entendida en términos de felicidad, placer y satisfacción. (Restrepo, D. 2013, pag.2372)

En respuesta al utilitarismo y al criterio de maximización de la utilidad, Sen propone un enfoque del desarrollo humano centrado en la libertad que tienen las personas para alcanzar la vida que valoran y que tiene razones para valorar. La cuestión de la “vida buena” se constituye en una categoría central del enfoque de las capacidades, a partir de una perspectiva pluralista que reconoce las diversas formas en las que las personas conciben, buscan y alcanzan el bienestar. (Restrepo, D. 2013, pag.2372)

De igual manera, es importante mencionar, la perspectiva de Amartya Sen, quien plantea que

“La vida de una persona puede definirse como un conjunto de quehaceres y seres a los cuales Sen denomina “funcionamientos”. Los funcionamientos se refieren a aquellas cosas que las personas logran ser o hacer al vivir, y que varían desde aspectos tan básicos como alimentarse y estar libre de enfermedades, hasta los más complejos como el respeto por sí mismo, la participación en la vida de la comunidad, la preservación de la dignidad humana, entre otros. El conjunto de funcionamientos (denominado “vector de funcionamientos”) es el que indica el modo de vida en el que una persona se encuentra. (Restrepo, D. 2013, pag.2373)

Al mismo tiempo, la noción de capacidades hace referencia

“A las posibilidades que tienen las personas para lograr funcionamientos valiosos en la vida y, por tanto, constituye un aspecto fundamental de la libertad que tiene una persona para llevar una determinada clase de vida. Desde este enfoque, la calidad de vida no se reduce al nivel de ingresos o de recursos, ni tampoco a la consecución del placer y la felicidad, sino que destaca la capacidad de los individuos para lograr funcionamientos

valiosos, es decir, las posibilidades de las que dispone una persona para elegir el tipo de vida que le resulte valioso vivir” (2013, pag.2373)

Es así que, el fin de una vida buena no es el bienestar, sino la libertad de agencia (capacidad de acción), en otras palabras, la libertad para elegir un tipo de vida valioso que incluye el bienestar, pero no se limita a él. Así pues, los valores en torno a lo que se considera una “vida buena” están enmarcados en un plano social y cultural y, por tanto, dependen y son funcionales a determinadas concepciones del mundo, del hombre, de la vida, del bien, de la salud, del sufrimiento y de la muerte.

Además, como lo establece Diego Restrepo, el enfoque de las capacidades busca que cada persona sea tratada como digna de atención a través de una sociedad que ponga a cada persona en condiciones de vivir en forma realmente humana, para lo cual la igualdad de capacidades y el desarrollo humano constituyen la meta principal. (Restrepo. D, 2013, Pág. 2379)

Así pues, el papel del Estado no se limita a ofrecer a las personas un conjunto de bienes entendidos como fines en sí mismos, sino que consiste fundamentalmente en garantizar el conjunto de condiciones que constituyen la base social para el desarrollo de capacidades. Es por ello, que el papel del Estado –de cara a la salud pública– no puede reducirse al cumplimiento de unos mínimos de asistencia sanitaria, sino que debe ocuparse del conjunto de condiciones sociales, políticas, económicas y culturales que promueven u obstaculizan el desarrollo de capacidades para vivir saludablemente. (Restrepo, 2013, pag.2380)

Ahora bien, una **capacidad** según Marta Nussbaum, en el texto “El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas” (2007) se refiere al “conjunto de funcionamientos que son factibles para una persona, pudiendo elegir. Es decir, la opción que permea al individuo para poder preservar su libertad y tener oportunidad de lograr sus fines y/o promover los de otros. (Nussbaum, 2007), plantea así diez capacidades humanas centrales de las cuales se menciona nueve pertinentes que fundamentan el concepto de desarrollo integral:

- **Vida:** *Ser capaces de vivir una vida humana de duración normal hasta su fin, sin morir prematuramente o antes de que la vida se reduzca a algo que no merezca la pena vivir.*
- **Salud corporal:** *Ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado y tener una vivienda adecuada.*
- **Integridad corporal:** *Ser capaces de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites físicos propios sean considerados soberanos, es decir, poder estar a salvo de asaltos, incluyendo la violencia sexual, los abusos sexuales infantiles y la violencia de género; tener oportunidades para disfrutar de la satisfacción sexual y de la capacidad de elección en materia de reproducción.*
- **Sentidos, imaginación y pensamiento:** *Ser capaces de utilizar los sentidos, de imaginar, pensar y razonar, y de poder hacer estas cosas de una forma realmente humana, es decir, informada y cultivada gracias a una educación adecuada, que incluye (pero no está limitada a) el alfabetismo y una formación básica matemática y científica.*
- **Emociones:** *Ser capaces de tener vínculos afectivos con cosas y personas ajenas a nosotros mismos; amar a los que nos aman y nos cuidan y sentir pesar ante su ausencia; en general, amar, sentir pesar, añorar, agradecer y experimentar ira justificada.*

- **Razón práctica:** *Ser capaces de formar un concepto del bien e iniciar una reflexión crítica respecto de la planificación de la vida. (Esto supone la protección de la libertad de conciencia)*
- **Afiliación:** *Teniendo las bases sociales del amor propio y de la no humillación, ser capaces de ser tratados como seres dignos cuyo valor es idéntico al de los demás. Esto implica, como mínimo, la protección contra la discriminación por motivo de raza, sexo, orientación sexual, religión, casta, etnia u origen nacional. En el trabajo, poder trabajar como seres humanos, ejercitando la razón práctica y forjando relaciones significativas de mutuo reconocimiento con otros trabajadores.*
- **Capacidad para jugar:** *Ser capaces de reír, jugar y disfrutar de actividades de ocio.*
- **Control sobre el entorno de cada uno político:** *Ser capaces de participar eficazmente en las decisiones políticas que gobiernan nuestras vidas; tener el derecho de participación política junto con la protección de la libertad de expresión y de asociación (Nussbaum. M, 2007, pag.182-184)*

Estas nociones de capacidades, son tenidas en cuenta para un desarrollo digno del sujeto, donde, sin excepción tienen derecho a vivir, elegir, ser respetados y valorados como personas individuales y colectivas, sin importar las diferentes afecciones que presenten. Así pues, los Estados deben comprometerse a adoptar medidas inmediatas, efectivas y pertinentes para que se sensibilice a la sociedad, incluso en el ámbito familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las personas con deficiencia en salud mental y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas; donde se luche contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto a dicha personas, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida

y del mismo modo promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con afecciones en salud mental. Además, se hace mención a las capacidades humanas puesto que estas afectan el desarrollo social, global e individual, por lo cual es importante que el estado atienda si no se verá afectado en gran medida.

10. Marco metodológico

El proceso metodológico de la presente investigación consta de tres fases que son:

- Definición del tipo y nivel de investigación
- Técnicas e instrumentos de recolección de información
- Organización y análisis de la información

10.1 Definición del tipo y nivel de investigación

La metodología de la presente investigación es de tipo cualitativo, según el texto “*Metodología de la investigación*” del año 2003, dicha investigación se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. A veces, no necesariamente, se prueban hipótesis (Grinnell, 1997). Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Por lo regular, las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y este es flexible, se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. (Sampieri H, Collado. F, Baptista. P. 2003. pag.10)

En sentido amplio, puede definirse la metodología cualitativa como la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Retomando Victoria Gazteis a Taylor, S.J. y Bogdan R. (1986), en el texto

“Introducción a la metodología de investigación cualitativa”, estos autores sintetizan que uno de los criterios definitorios de los estudios cualitativos es que la investigación cualitativa es inductiva:

Así, los investigadores:

- Comprenden y desarrollan conceptos partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar hipótesis o teorías preconcebidas.
- Siguen un diseño de investigación flexible
- Comienzan un estudio con interrogantes vagamente formulados (2002. Pag.7-8)

De acuerdo a lo anterior, se utilizará el nivel de correlación ya que, como lo plantea Sampieri (2014) en el texto “*Metodología de la investigación, edición 6*”, este tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular, donde en ocasiones sólo se analiza la relación o vínculos entre variables. (pág. 93)

10.2 Técnicas e instrumentos de recolección de información

Las técnicas cualitativas pueden utilizarse de forma complementaria, para incrementar la fiabilidad o validez del diseño. Aumentan la replicabilidad del tratamiento, proporcionando un marco contextual y procesual para la manipulación experiencial, y refuerzan la validez de los resultados confirmando la relevancia de los constructos para las situaciones reales. (Gazteis, V. 2002. Pág. 11)

Es por ello, que como técnica a utilizar se escogió la revisión literaria puesto que esta implica detectar, consultar y obtener la bibliografía (referencias) y otros materiales que sean útiles para los

propósitos del estudio, de donde se tiene que extraer y recopilar la información relevante y necesaria para enmarcar nuestro problema de investigación (Sampieri H, 1997, p.p 53).

Dicho esto, para Roberto Hernández Sampieri, la revisión documental consiste en detectar, obtener y consultar bibliografía y otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de manera selectiva, de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio (Hernández, S. 2000, Pág. 50). Además de que se debe enfocar exclusivamente en el tema de estudio sin perderse en otros temas ajenos al mismo.

10.3 Organización y análisis de la información

En cuanto al análisis, se realizará una revisión de los documentos de las políticas distritales de salud mental 2015-2025 y los planes de desarrollo de las últimas tres administraciones de Bogotá (2008-2020), enfocándonos en los programas de promoción y prevención de salud mental, para que de esta manera se puedan sistematizar y analizar si se encuentra relación o desarticulación entre estos documentos.

Según, Spradley (1980) retomado en el texto “Introducción a la metodología de investigación cualitativa” (2002), define el análisis como un proceso de pensamiento que implica el examen sistemático de algo para determinar sus partes, las relaciones entre las partes, y sus relaciones con el todo. La finalidad del análisis es una mayor comprensión de la realidad analizada sobre la que podría llegarse a elaborar algún tipo de modelo explicativo. (Gazteis. V. pág. 25)

Lo anterior, será desarrollado por medio de una matriz, retomando del libro “*métodos de investigación académica fundamentos de investigación bibliográfica*” del autor Melvin Campos Ocampo, plantea que en esta herramienta se deben anotar las ideas principales del apartado consultado, según los artículos de las políticas y los programas de nuestro interés, de la manera más sintética y resumida posible; se debe siempre anotar el número de página de la cual se obtiene la cita.(OCAMPO, 2017, pág. 60). Ver anexo No. 1.

A su vez, la anterior herramienta, como lo expresa el autor permite ir enriqueciendo el análisis que se hace del texto, donde, se pueden apoyar ideas personales con argumentos de especialistas en la materia. Por otro lado, también permite encontrar ambigüedades, contradicciones o ideas que se consideren equivocadas y se puedan refutar. Por último, considérese que estas ideas personales irán marcando la pauta y definiendo el esquema medular para lo que será propiamente el análisis y crítica de la investigación bibliográfica. (OCAMPO, 2017, pág. 60)

Es así, como se llega a determinar las posibles variables o relaciones que se presentarán entre los planes de desarrollo distrital frente a la política distrital de salud mental, con el fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados anteriormente.

11. Resultados

11.1 Desarrollo primer objetivo Específico

Marco conceptual que configura la Política Distrital de Salud Mental

Para dar respuesta al primer objetivo específico de la presente investigación (describir el marco conceptual que configura la Política Distrital de Salud Mental en relación a la promoción y prevención de la salud mental 2015-2025), se realizó un ejercicio de exploración del marco conceptual que configura esta política, en relación a cómo se comprende la salud mental en correspondencia con la formulación y ejecución de los programas de promoción y prevención, dentro de los cuales se desarrollan elementos fundamentales que permiten entender de manera integral el acceso, atención y cuidado de las personas que sufren alguna afectación en su salud mental.

De este modo, es importante abordar en primer momento el significado de salud mental utilizado para la formulación de la política distrital, desde la cual se concibe como “un completo estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, donde no solo se reconocen los factores biológicos, sino también las interacciones sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas gracias a las cuales se desarrolla la vida” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2016), estos factores contribuyen integralmente al desarrollo humano y social del distrito y su población, a través del capital social, cultural, simbólico y económico, que hacen posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos fundamentales como la salud y el bienestar social, a través de la atención, promoción y prevención de los trastornos mentales que afectan directamente el desarrollo personal, familiar y laboral de los afectados.

Así pues, se encaminó al acercamiento de la Política Distrital, la cual se formuló en el 2015 con una vigencia hasta el 2025 y que tiene por objetivo: garantizar el derecho a la salud mental como una prioridad de la población del Distrito capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida, teniendo en cuenta los factores no biológicos de la población que afectan su bienestar social en el distrito.

De ahí se evidenció, que en la Política Distrital de Salud Mental se articulan las diferentes políticas públicas distritales que hacen posible el ejercicio pleno de la ciudadanía en niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas y mayores así como en todas las poblaciones diferenciales, los cuales requieren de una atención especial integral por ser población vulnerable, por ejemplo políticas de prevención de consumo de SPA (sustancias psicoactivas), políticas del adulto mayor, etc, las cuales aportan al avance, al desarrollo humano de la ciudadanía Bogotana en todas sus dimensiones y de esta forma se garantiza el ejercicio efectivo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, para lograr una vida con calidad e inclusión para el desarrollo del capital distrital y social. (Política Distrital de Salud Mental, 2015-2015, p.10)

Lo anterior es de suma importancia, debido a que para emprender una acción frente a la promoción y prevención en salud se deben tener en cuenta los determinantes sociales que la afectan, como se propone en el documento CONPES 3992, se deben conocer los factores no solo biológicos, sino de los sistemas externos. Como marco de referencia propone el modelo ecológico de

Bronfenbrenner, el cual reconoce en que el desarrollo humano ocurre, por interacciones recíprocas, entre el individuo y su ambiente, es así como los distintos ambientes en los que participan los individuos influyen de forma directa en su cambio y su desarrollo cognitivo, moral y relacional; así mismo, el individuo moldea los ambientes en respuesta a sus necesidades y demandas individuales (Bronfenbrenner U, 1977; Cuartas, 2019), de esta forma, se logra abordar la promoción de la salud mental de manera transversal e interseccional.

Además, es relevante conocer los enfoques que le dan el lineamiento a cada política, en este caso nos centramos en la política de salud mental 2015-2025, la cual desarrolla tres enfoques desde los que se abordan la salud mental de forma integral:

- **Enfoque de derechos**

Desde la Política Distrital de Salud Mental, “el enfoque de derechos supone la adopción de un marco que promueve, protege y ayuda a hacer efectivos los derechos fundamentales o que comprometen la dignidad humana. Con ello se busca la observancia de la perspectiva diferencial y la construcción de una ciudad incluyente, justa y equitativa. Además, busca materializar los derechos humanos en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental”. (p.10)

- **Enfoque de determinantes sociales de la salud**

Este enfoque establece que las condiciones de vida y desarrollo de las personas inciden en los procesos de salud-enfermedad de los grupos sociales, es decir “viven de acuerdo con particularidades individuales y en relación con un contexto social, histórico, político, económico y cultural determinado. Así pues, los determinantes sociales de la salud permiten

identificar los factores asociados a los estilos y a la calidad de vida de la población, y facilita el ofrecimiento de respuestas integrales e incluyentes que preserven el estado de salud deseable, que no actúen solo ante la manifestación de la enfermedad. (P.11)

- **Enfoques: diferencial, de género y poblacional**

El enfoque diferencial “permite el diseño y la articulación de respuestas integrales con características a vulnerabilidades particulares; adicionalmente, abre la puerta para el reconocimiento, la restitución y la garantía de los derechos de las poblaciones más desamparadas con acciones positivas para reducir la discriminación y transformar estructuralmente las condiciones sociales y culturales. A su vez, se retoma desde la Secretaría de Salud (2011), el enfoque poblacional el cual “actúa como marco integrador de los conceptos y enfoques privilegiados en la Política Distrital de Salud Mental ya que permite visualizar la dimensión de los problemas y las intervenciones. En este sentido, admite una observación analítica que hace posible reconocer al ser humano individual y colectivo desde su integralidad. Asimismo, el enfoque poblacional centra su atención en las personas y en las características de cada una de las etapas del ciclo vital, niñez, juventud, adultez, vejez, en los procesos de identidad-diversidad, etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado”. (p.11-12)

En este marco, la Política Distrital de salud mental se percibe como una estrategia de logro para la construcción de una ciudad humana, soportada en el esfuerzo del Estado y la sociedad por garantizarle a los sujetos y los colectivos las condiciones de vida digna para el ejercicio de su libertad, el desarrollo de su autonomía y de los proyectos de vida, sin discriminación de ningún

tipo, es decir sin distinción de raza, religión, etnia, ideología o condición económica y social y en donde la comunidad la reconozca como tal y la exija, también garantiza un desarrollo autónomo e integral, garantizando igualdades de oportunidades e inclusión en los diferentes ambientes donde los sujetos se desenvuelven. (Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025)

Al mismo tiempo, cabe decir, que desde la revisión realizada frente a la literatura de la política, se evidenció que en Bogotá no existen estudios propios sobre los factores que afectan el estado de salud mental de su población; ya que los datos disponibles se encuentran sólo en los estudios realizados a nivel nacional, como por ejemplo la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, la cual estuvo a cargo del Ministerio de Salud, Protección Social y Colciencias; esta brindó información clave para conocer los índices y los factores que están asociados a la alteración de la salud mental y los grupos poblacionales más afectados por los mismos, dicha encuesta describe y analiza factores biológicos, ambientales, psicológicos y sociales, pero no examinan las dimensiones positivas de la promoción de la salud mental y tienden a reducir su mirada a la ausencia o presencia de alteraciones mentales provocadas por factores políticos y económicos.

Por otra parte, la Secretaría Distrital de Salud se encuentra trabajando en la actualización del plan de acción de la política, con base en las observaciones realizadas por parte de la Dirección de Políticas Sectoriales de la SDP, con relación a la adaptación de la nueva realidad del 2020 con la pandemia Covid-19 y su negativo impacto en el desarrollo social, económico, laboral y la salud de la ciudad y el país, es así que se ha centrado en la posibilidad de análisis de la salud mental de los ciudadanos, ya que es un componente esencial del bienestar general, por lo cual ha sido priorizada

a nivel distrital y nacional, dada la incidencia que tiene en los ciudadanos, y para su abordaje, el Distrito desarrolla estrategias de promoción y prevención de riesgo colectivo e individual, asimismo, mejora la atención de las personas con consumo o abuso de sustancias psicoactivas, violencias, problemas y trastornos mentales.

Según lo anterior, es importante conocer el impacto que puede generar la promoción de la salud mental y la prevención de la misma, ante los índices de trastornos mentales que nos aportan los estudios nacionales realizados en cuanto a medir la salud mental y la población afectada en el distrito, es por ello que a continuación se describen las intenciones de la política distrital de salud mental 2015-2025 desde la promoción y prevención de la salud mental.

La Promoción de salud mental

Desde la Organización Mundial de la Salud, la promoción de la salud mental consiste en “acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental. En un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos y fundamentales para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental”. (OMS, 2018)

Dicho esto, el conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con el enfoque diferencial. (Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021).

Además, de que aquellos procesos de carácter sectorial, intersectorial y comunitario, permiten generar entornos y condiciones de vida orientados a reconocer, mantener y adoptar modos de vida saludables, incorporados desde la política de salud mental como a todas aquellas instancias públicas y privadas, entendiéndose la intersectorialidad como un principio a la integración de varios sectores con una visión conjunta para resolver problemas sociales. De igual manera, en relación con lo que entendemos por sector, uno de los planteamientos, distingue el sector público, el sector privado y las comunidades; esta aproximación incluye las alianzas público privadas y en general su orientación está dirigida a la mejora de la provisión de servicios públicos, así pues, el sector se remite a la organización funcional gubernamental (educación, salud, agricultura, hacienda, cultura, vivienda, etc.) Por lo tanto, la intersectorialidad, en este caso, se refiere a la relación entre los sectores del gobierno. (Ministerios de salud y protección 2016).

Es así, que en el ámbito de la salud mental se necesita de la protección, apoyo y amparo de las políticas sociales, en los cuales se involucre la atención, el cuidado, el apoyo social y la reinserción a la sociedad, a fin de que se dejen de estigmatizar y marginar a las personas por su condición, así pues, es importante mencionar desde el artículo “Enfoque intersectorial en los servicios de

atención en salud mental” de la revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, para decir que la “vida de millones de personas que necesitan ayuda para superar su condición de dependencia o de convivencia con familiares es necesario incluir la salud mental como parte de las tres metas que componen los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, dado que esta situación simbólica, representativa debe de ser reconocida por su importancia y compromiso para ofrecer salud y bienestar a toda la población” (Mendez IAC, Queiroz & Roberts K, 2019)

Al mismo tiempo, mencionar que para desencadenar la respuesta intersectorial en el campo de la salud, es fundamental “la concientización sobre los determinantes sociales de la salud para promover su amplia comprensión, el uso de mecanismos de financiamiento y presupuesto para el apoyo a la acción intersectorial, la presión pública y electoral para moldear la agenda política, con énfasis en la acción intersectorial para la salud y tener una visión sobre los resultados de políticas a largo plazo en el contexto del desarrollo sostenible, donde estas acciones, por supuesto, presuponen el establecimiento de mecanismos permanentes de gobernanza intersectorial y la promoción de liderazgo y gestión efectivas y eficaces.”. (Méndez IAC, Queiroz & Roberts K, 2019)

Además, de que resulta fundamental traer a colación el documento “orientaciones para la intersectorialidad” del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual establece que para una acción “coherente y coordinada entre los diferentes sectores y actores en el territorio ante las necesidades, problemas o prioridades de salud, de bienestar y calidad de vida identificados y que demandan para su abordaje la acción intersectorial. Estos factores están relacionados con enfoques,

técnicas, habilidades, estilos, métodos de trabajo y tecnologías gerenciales. Son preponderantes aquellos que tienen que ver con las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo, la creatividad, el consenso y la orientación social del propósito común. Estos son los reales protagonistas desde el punto de vista gerencial”. (MinSalud, 2016, p.25)

Dicho lo anterior, los factores desencadenantes de la intersectorialidad están fundamentalmente relacionados con aspectos de gestión:

- **Enfoque de la gestión:** un enfoque gerencial que propicie la acción intersectorial debe tener, al menos, un carácter de coordinación, estratégico, ético y participativo. (MinSalud, 2016, P.25)
- **Técnicas de trabajo en equipo:** implican análisis, propuestas de solución de problemas y toma de decisiones en grupo; interacción mediante dinámica de grupos, grupos focales, trabajo comunitario, etc. (MinSalud, 2016, P.25)
- **Habilidades y destrezas gerenciales:** enfoques y métodos de dirección que se corresponden con la organización personal del trabajo del gerente o director y con los estilos asociados; se refieren principalmente a aquellas relacionadas con la comunicación, el estilo de dirección, el liderazgo, la motivación, las relaciones interpersonales y la toma de decisiones. (MinSalud, 2016, P.25)
- **Técnicas gerenciales:** serie de técnicas y procedimientos cuya aplicación ha demostrado validez en mejorar el desempeño de una organización como el empoderamiento, la dirección por objetivos o por proyectos, la evaluación económica en salud, los sistemas de

garantía de calidad en salud, las estrategias gerenciales, la evaluación de tecnologías en salud, la referenciación competitiva (Benchmarking), la negociación y concertación, la tercerización (Outsourcing), el uso de las tecnologías de información y comunicación (TICS), la gestión del conocimiento. (MinSalud, 2016, P.26)

- **Reconocimiento de la producción social en salud:** en los análisis de la situación de salud se debe incluir los determinantes y condicionantes de la salud como elementos centrales para generar las respuestas sociales pertinentes, las cuales deben considerar los programas existentes, así como las competencias y el marco de actuación de cada actor involucrado. (MinSalud, 2016, P.26)

Por otra parte, se retoma a (Jane-llopis y Anderson, 2005), como se cita en la Política Distrital de salud mental (2015-2025), los cuales manifiestan que el principal objetivo del programa de promoción de la salud mental se centra en “proteger, promover y mantener el bienestar emocional y social, así como crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo integral de las personas, pues ello potencia la salud mental”(p.20); por lo cual, es necesario la formación de valores y aspectos culturales, de equidad, justicia y dignidad social, buscando la reducción de desigualdades y la construcción de capital social.

De acuerdo a lo anterior, frente a la promoción, es importante además de promover el desarrollo personal, colectivo y sostenible de los derechos humanos, fortalecer la disponibilidad de talento humano especializado y el trabajo interdisciplinar, para mejorar la capacidad resolutive en salud, ya que desde sus intervenciones se genera ese primer proceso de inclusión a la promoción, desde

espacios familiares, escolares, laborales, sociales, como se evidencia en el documento CONPES 3992, donde se especifica que para abordar la promoción de la salud mental, es necesario incluir el análisis de los entornos y el curso de vida, y de manera transversal el enfoque intersectorial, los cuales a través de acciones de promoción deben garantizar :

1. El espacio educativo, en donde se implementa la estrategia "Sintonizarte", la cual adelanta acciones colectivas en instituciones educativas fortaleciendo habilidades para la vida en los niños, niñas y adolescentes, generando prácticas de cuidado para la salud.
2. El espacio de vivienda cuenta con la acción integrada "Cuidado para la salud familiar" la cual busca disminuir la probabilidad de hechos que afecten tanto la salud física como mental de los ciudadanos.
3. En el espacio de trabajo se realiza la identificación temprana del riesgo y se brindan asesorías por parte de profesionales de psicología.
4. En el espacio público se desarrollan acciones dirigidas a barras futboleras, se cuenta con la estrategia para el auxilio de consumo de sustancias psicoactivas e inició la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, para el abordaje de las personas con trastorno mental.

Entendiendo así, el enfoque interseccional desde el análisis de las diferencias poblacionales y territoriales, en el cual se analiza la combinación de distintas formas de trato desigual injustificado, que surgen por los sistemas de discriminación y opresión por razones de género, raza, etnia, clase, edad, discapacidad, y otras experiencias relacionadas con construcciones históricas, sociales y

políticas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018); este concepto trasciende el enfoque diferencial, el cual considera de manera individual cada eje de discriminación.

De esta manera, la salud mental fuera del diagnóstico psiquiátrico, se puede entender como el resultado de la interacción entre el individuo, sus relaciones, la comunidad en la que vive y los estándares de la sociedad en la que se encuentra, pero para que los cambios en materia de salud mental y convivencia social se sostengan y logren permear las vidas y condiciones donde se desarrollan los sujetos, con sus características y particularidades hasta el sistema social, se requiere tener en cuenta la integralidad de los sistemas y componentes nombrados previamente.

Al mismo tiempo, se apropiaron desde el documento CONPES 3992, los seis entornos necesarios para abordar la salud mental:

- El entorno comunitario, corresponde a los diferentes espacios de encuentro e intercambio donde se forjan las dinámicas sociales, históricas, culturales y políticas de la sociedad, sus dinámicas permiten generar lazos afectivos sociales (Estrategia de Entorno Comunitario Saludable, 2018).
- El entorno laboral, es donde se despliegan los recursos emocionales y sociales a compañeros de trabajo, superiores o clientes; de este modo, los factores psicosociales que se establezcan en este espacio permitirán proteger o afectar el bienestar, la integridad física y mental de los trabajadores, así como su interacción con otros individuos (Ministerio de la Protección Social, 2007; Stansfeld & Candy, 2006).

- El entorno educativo, es donde la comunidad educativa desarrolla capacidades por medio de procesos de enseñanza y aprendizaje, es considerado uno de los escenarios con mayor cercanía a las necesidades psicosociales de los estudiantes y sus familias (Estrategia de Entorno Educativo Saludable, 2018).
- El entorno hogar, constituye el espacio de residencia y convivencia de una familia, allí se promueven referentes sociales y culturales básicos para interactuar en sociedad (Estrategia de Entorno Hogar Saludable, 2018).
- El entorno virtual es un escenario transitorio que interactúa de manera permanente con otros entornos, siendo importante para fortalecer redes de cuidado y de apoyo social; además, este es considerado un escenario que promueve el desarrollo integral de la niñez y adolescencia (Política Nacional de Infancia y Adolescencia, 2018).
- Finalmente, el entorno institucional, corresponde a espacios intramurales donde viven y conviven un grupo de personas. Para las niñas, niños y adolescentes se concibe como un escenario que promueve el desarrollo integral para la transición por los diferentes momentos vitales particulares, y que deben ser abordados por instituciones que atienden eventos de salud, situaciones de vulneración de derechos, dependencia funcional, social, económica o psicológica, entre otros. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2018)

De esta forma, el CONPES propone avanzar hacia la implementación de un esquema de articulación interseccional a nivel nacional y territorial que permita lograr consolidar un plan de acción entre las diferentes entidades, sectores y espacios que inciden en las problemáticas abordadas, lo cual es necesario, ya que, la salud mental es el resultado de la interacción entre el

individuo, sus relaciones, la comunidad en la que vive y los estereotipos de la sociedad en la que se desarrolla, también es importante desarrollar acciones en torno al fortalecimiento de las intervenciones psicosociales a grupos poblacionales vulnerables como ciudadanos habitantes de calle, miembros del sistema de responsabilidad penal y personas privadas de la libertad.

Habría que decir también, que es de suma importancia garantizar que el ciudadano esté informado de todos los canales de escucha y de acción de promoción en salud, lo primordial es que los profesionales de talento humano en salud mental estén preparados para la atención en salud mental en situaciones de emergencias, desastres y crisis humanitarias, como la que se está viviendo actualmente con el Covid-19.

Para finalizar este apartado, se resaltan los canales de orientación y promoción no presencial en salud mental como son:

- Línea 106: Este es el canal de escucha psicosocial que está disponible para individuos de todas las edades y géneros. Puedes comunicarte desde dispositivos móviles y teléfonos fijos. Presta servicio las 24 horas y todos los días de la semana.
- Línea 123: Esta línea está habilitada de manera general para que la comunidad reportar cualquier tipo de emergencia, el personal dispuesto para atender cada llamada deriva a la entidad correspondiente según sea el caso, es totalmente gratuita y atiende 24 horas los 7 días de la semana.

- Línea Púrpura: Su lema es “mujeres que escuchan mujeres” y tiene énfasis en salud mental y los tipos de violencia que puedan estar afectando la salud mental de las mujeres. Puedes comunicarte sin costo al 018000112137 o por WhatsApp al 3007551846. Recibirás asesoría de psicólogas, enfermeras y abogadas.

Prevención de eventos en la salud mental, trastornos mentales y del comportamiento

Desde la Política Distrital de Salud mental se retoma a (Espinosa, 2014, p. 4), el cual trae a colación la noción de prevención como “la reducción de los factores de riesgo y al aumento de los factores de protección que se encuentran relacionados con los trastornos mentales y de comportamiento, desde donde se busca disminuir el impacto que ejerce la enfermedad en la persona, familia y sociedad, esto se logra a través de la movilización de recursos sociales y económicos tanto locales como internacionales que se potencian por medio de prácticas orientadas a intervenir sobre el contexto social, pero que deben extenderse a contextos políticos y económicos de la población afectada, ya que estos también generan un efecto negativo en la estabilidad de la salud mental”. (Política Distrital de Salud Mental, 2015-2015. P.21)

Al mismo tiempo, es importante retomar desde el artículo “Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas”, (2014) de la autora Claudia Bang, la cual retoma la Organización Mundial de la Salud, para decir que “las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr

una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. Así pues, la prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental”. (Hosman & Jané-Llopis, 1999, p. 31).

Para soportar lo expresado, en el párrafo anterior en la literatura de la política, se retoman los planteamientos de Mrazek y Haggerty (1994), quienes aportan un material teórico frente a los procesos de prevención clasificándolos como:

- **Prevención universal:** desde la cual la política, centra su proceso a un grupo completo de la población que no ha sido identificado como población en mayor riesgo o al total de la población de la ciudad.
- **Prevención selectiva:** la cual, desde el marco de la política, se dirige a grupos con vulnerabilidad psicosocial, como por ejemplo personas en condición de desplazamiento, mujeres y niños maltratados, víctimas del conflicto armado, personas mayores abandonadas, etcétera.
- **Prevención indicada:** desde esta política, este proceso va dirigido a la población a la que se le ha pronosticado un trastorno mental o se le han encontrado marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales que aún no se padecen.

Para el desarrollo de este tipo de acciones en la ciudad, es necesario hacer una investigación de salud mental en el territorio local, que dé cuenta de los factores que provocan los trastornos mentales existentes en el distrito y la determinación de los grupos más afectados por estos, ya que los índices de malestar identificados están generalizados, debido a que la información se extrae de investigaciones y encuestas de salud mental que han sido realizadas a nivel nacional, de manera que las acciones que se planifiquen, ejecuten y evalúen deben responder a las necesidades específicas de la población bogotana.

Concluyendo con este apartado, tras la descripción del marco conceptual de la política, desde trabajo social, se requiere a la hora de abordar e implementar una acción en el campo de salud y salud mental, garantizar el derecho al acceso y atención integral a través de un trabajo intersectorial, interdisciplinario e integral, que garantice la confluencia de esfuerzos y recursos de diversas instituciones del orden distrital y nacional, ya que con lo nombrado anteriormente queda clara la necesidad de interacción permanente entre el sector salud y otros sectores del Estado y la necesidad de una respuesta social organizada para el mejoramiento de las condiciones de salud mental de la población y en consecuencia de su calidad de vida y bienestar.

Es así que, en cuanto al marco estructural de la política distrital de salud mental, se puede inferir que hay un vacío referente a cómo se definen los problemas de la población bogotana, cómo se toman las decisiones, cómo se formulan las políticas distritales, cómo se aplican y cómo se evalúan, ya que como se evidencia en este apartado, la información base para la creación de la

política distrital se toma de estudios, de encuestas realizadas a nivel nacional y no se hace una sectorización por localidades a la hora de gestionar las necesidades de la población.

De igual modo, al referirnos al marco conceptual de la política, se resalta el reconocimiento de la salud como derecho, basada en una concepción de salud-enfermedad-cuidado, desde la promoción y prevención de la salud mental, desarrolladas a través de la atención integral diferenciada según el estrato social del asegurado, teniendo en cuenta los determinantes sociales que afectan el estado psicológico de los ciudadanos y no solo la parte de medicalización, que en nuestro país resulta ser un negocio, como bien se sabe, desde la ley 100 de 1993, la salud pasó a ser un derecho con una doble faceta, tomando importancia en el campo de la economía, como lo explica la autora Alicia Stolkiner, quien cita en su trabajo a Foucault (2008), el cual afirma que “La medicalización es inherente a la mercantilización de la salud y una faceta de la biopolítica” (Stolkiner, 2015, pp14).

De acuerdo a lo anterior, esta política distrital trasciende esa dualidad de salud-economía, ya que asume el derecho a la salud desde la OMS (2013), donde se aclara que el derecho a la salud no significa el derecho a estar sano sino a tener el más alto nivel de salud posible, partiendo no solo de la atención oportuna, accesible, aceptable y de calidad; sino también la acción sobre los determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. (Stolkiner, 2015, pp15)

De este modo, resulta importante tener en cuenta a la hora de formular políticas públicas, los planes de desarrollo del distrito, diseñados y focalizados de manera específica a solventar las necesidades de los ciudadanos, también es notable la necesidad de realizar investigaciones dirigidas específicamente a evaluar la efectividad de las políticas públicas de salud mental en la ciudad, ya que la literatura encontrada en relación con los datos sobre salud mental en Bogotá es escasa, por lo que lo presentado en este documento debe tomarse con cautela, pues solo constituye una recopilación de datos, reflexiones de autores y documentos oficiales de nivel nacional.

11.2 Desarrollo segundo objetivo Específico

Orientación de los programas de salud mental enfocados en la promoción y prevención desde los planes de desarrollo del 2008 a 2020

Para dar respuesta al segundo objetivo específico, (explicar la orientación de los programas de salud mental enfocados en la promoción y prevención de la salud mental de las últimas tres administraciones de Bogotá), se desarrolló una exploración de los programas enfocados al ámbito de salud mental enmarcados en los tres últimos planes de desarrollo del distrito de Bogotá, abarcando el mandato de Samuel Moreno (2008-2011), Gustavo Petro (2012-2015) y Enrique Peñalosa (2016-2019); lo anterior, con el objetivo de comprender lo relevante y esencial de una estrecha relación entre la política y el plan de desarrollo para coordinar todos los servicios y actividades relacionadas con la salud mental. Es así, que, sin una política y unos planes adecuados, es probable que los trastornos mentales se traten de manera ineficaz y fragmentada”. (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental, 2006, p.2)

De este modo, es importante decir, que de acuerdo al documento Estrategia y plan de acción sobre salud mental, “los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos bajos y medios bajos es superior al 75%. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos

humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación (Organización Panamericana de la Salud. 2009, P.1)

De acuerdo con lo anterior, conviene subrayar, que “los países tienen grandes limitaciones en sus sistemas de información en lo que respecta a la salud mental, de manera que podemos hablar también de una brecha de información. Las evaluaciones de los sistemas de salud mental efectuadas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en países de América Latina y el Caribe, identificaron claramente deficiencias en materia de servicios y recursos de salud mental. Los indicadores de recursos humanos especializados en salud mental van muy a la zaga de los de países de ingresos altos. Además, también hay que tener en cuenta el recurso de enfermería que resulta esencial en muchos países. Los programas de formación (de pregrado y posgrado) son limitados en el tiempo, no siempre responden a las necesidades reales de la población y continúan basándose en modelos curativos y hospitalarios.” (Organización Panamericana de la Salud. 2009, P.5)

Además, de decir, que “el 76,5% de los países cuentan con un plan nacional de salud mental; sin embargo, sus niveles de ejecución son bajos. De igual manera, 75% disponían de legislación relacionada con la salud mental; pero, en muchos casos, esas leyes son incompletas, están dispersas y no se ajustan a los estándares internacionales, de igual manera, según “un informe de la OMS sobre Recursos de Salud Mental para Niños y Adolescentes puso de relieve la falta de servicios de salud mental apropiados para este grupo poblacional, a pesar de que la mayoría de los países son signatarios de la Convención sobre los Derechos del Niño. Los programas bien estructurados de

promoción y prevención en el campo de la salud mental son escasos o no han recibido suficiente atención en la Región y no siempre están bien articulados con otros sectores de pertinencia particular, como el educativo, por ejemplo”. (Organización Panamericana de la Salud. 2009, P.6)

Es así, que en primer lugar se retoma el periodo de mandato del ex-alcalde Samuel Moreno, periodo nombrado “Bogotá positiva: para vivir mejor”, se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C, 2008-2012, el cual se rige por medio del acuerdo #308 de 2008, a través de este, se buscó afianzar una ciudad en la que todos y todas vivamos mejor, en la que se mejore la calidad de vida de la población y se reconozcan, garanticen y restablezcan los derechos humanos y ambientales con criterios de universalidad e integralidad, convirtiéndose en un territorio de oportunidades que contribuyan al desarrollo de la familia, en especial de los niños y niñas en su primera infancia, se busca cimentar una ciudad incluyente, justa y equitativa, en la que la diversidad e interculturalidad sean una oportunidad y la reconciliación, la paz y la convivencia sean posibles, una ciudad cuya construcción sea el resultado de un proceso permanente de participación, en el que cada vez más personas se involucren en la discusión y decisión de asuntos públicos”. (Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C, 2008-2012, p.21)

De acuerdo a lo anterior, el plan de desarrollo establece, que “la administración distrital articulará el conjunto de sus acciones en torno a programas sectoriales e intersectoriales que dan contenido a los siguientes objetivos estructurantes, primero, ciudad de derechos; segundo, derecho a la ciudad; tercero, ciudad global; cuarto, participación; quinto, descentralización; sexto, gestión

pública efectiva y transparente y en séptimo y último lugar, finanzas sostenibles, donde solo se retomará el primero: ciudad de derechos, dado que desde ahí engloban la salud como un derecho humano.

Así pues, en el objetivo ciudad de derechos, se estableció “construir una ciudad en la que se reconozcan, restablezcan, garanticen y ejerzan los derechos individuales y colectivos, en la que se disminuyan las desigualdades e injusticias con la institucionalización de políticas de Estado que permitan trascender los periodos de gobierno y consolidar una Bogotá en la cual la equidad, la justicia social, la reconciliación, la paz y la vida en equilibrio con la naturaleza y el ambiente, sean posibles para todas y todos”. (Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C, 2008-2012, p.29).

Para ello, en el artículo 7, se proponen por medio de los siguientes programas dar cumplimiento a lo dicho, sin embargo, de los dieciséis programas que se establecen, se retoman tres direccionados a atender la salud, dado que en este mandato no hacen una diferenciación entre los términos de salud y la salud mental

1. **Bogotá sana.** Garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas. (Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C, 2008-2012, p.31)
2. **Garantía del aseguramiento y atención en salud.** Garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud, vinculando la población en condición de vulnerabilidad y

garantizando el derecho a la atención en salud a toda la población. (Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C, 2008-2012, p.31).

3. **Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud.** Optimizar la gestión, atención y calidad de los servicios de salud, mejorando los equipamientos, la dotación y la organización del sistema. (Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C, 2008-2012, p.31).

Además, como se plantea en el documento, plan de desarrollo “Bogotá positiva: para vivir mejor” balance general - diciembre de 2011, dado por la Secretaria Distrital de Integración Social, este proyecta que, para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud para todos los habitantes del Distrito Capital, se incorporaron al sistema de salud, intervenciones integrales en promoción y vigilancia pública en desarrollo del fortalecimiento y la autonomía del acceso a la salud. Las intervenciones que se han adelantado a través de la estrategia de atención en los diferentes espacios en los que se desarrolla la vida: casa, colegio, trabajo. (P.17)

Sin embargo, es importante mencionar que, según el documento anterior, las acciones emprendidas fueron:

- En el ámbito escolar con la población de las instituciones educativas del Distrito Capital, de jardines infantiles y de universidades, se realizaron acciones integrales inherentes a los sectores de salud y educación, bajo una perspectiva promocional de calidad de vida (Secretaria Distrital de Integración Social, P.19)

- Desde el sector público de la salud se planteó adoptar la estrategia de gratuidad en salud como mecanismo para que esta población, entre ellos, las personas con discapacidad, los menores de cinco años y los mayores de sesenta y cinco años clasificados en los niveles I y II del SISBEN, accedan a servicios de salud gratuitamente. (Secretaría Distrital de Integración Social, P.19)
- Con la accesibilidad a los servicios de salud y el aumento en las coberturas de los programas de promoción y prevención, con padres, madres de familia y cuidadores de los niños y niñas en los ámbitos familiar, jardín infantil, comunitario e instituciones prestadoras de servicios de salud, se aprendió a manejar la morbilidad por parte de los ciudadanos y la identificación oportuna de los signos de alarma como resultado del trabajo directo. (Secretaría Distrital de Integración Social, p.23)
- Garantizar la satisfacción de la demanda de sangre, en la red hospitalaria de la Ciudad, facilitando el acceso de la población más pobre y vulnerable del Distrito Capital a estos servicios (Secretaría Distrital de Integración Social, p.26)

De acuerdo con lo dicho anteriormente, es claro decir que no hay una mirada direccionada a las dos variables de promoción y prevención de la salud mental, si no que al contrario centran la atención comprendiendo la salud a nivel general, sin pensar la salud desde un enfoque diferencial y poblacional como se plantea en la política distrital de salud mental 2015-2025, la cual de una u otra forma permitiría el diseño y la articulación de respuestas integrales con características a vulnerabilidades particulares.

Es así, que con respecto al documento informe de rendición de cuentas 2011, se establece que de acuerdo al programa “Bogotá sana, en salud a su casa”; se logró atender el 25,65% de la población total de Bogotá ubicada en las zonas más vulnerables de la ciudad, con intervención integral de promoción, calidad de vida y salud en el ámbito familiar. Pasando de atender en el primer año del plan 423.179 familias con 1.389.120 personas a 579.794 familias con 1.862.647 personas en 2011. Se logró llegar a 369 microterritorios en donde se atendieron 584.329 familias compuestas por 1.876.331 individuos (2011, P. 26)

Además, a través de la intervención en salud para estudiantes del sistema escolar, se logró la vinculación de 580.851 estudiantes de 546 colegios a este programa, beneficiando a la población de 310 colegios y escuelas distritales más que los reportados en 2008. Dentro de ellos se incluyen 37.813 niños y niñas de 240 jardines infantiles y 87.324 de 12 instituciones de educación superior, implementando acciones integrales inherentes a los sectores de salud y educación. Como resultado se obtuvieron respuestas integrales sugeridas, procesos pedagógicos y de producción cultural propios del ámbito escolar. (Informe de rendición de cuentas. 2011, P. 27)

En cuanto al programa, garantía del aseguramiento y atención en salud, se logró la afiliación de 690.006 nuevos ciudadanos y ciudadanas. De ellos, 229.417 personas ingresaron en 2008, en el año 2009 ingresaron 217.767 personas, en el año 2010 ingresaron 204.630 personas y en lo corrido del año 2011 ingresaron 38.192 personas. Además, en términos de atenciones, se realizaron 1.474.563 atenciones gratuitas, de las cuales 1.029.066 fueron con población mayor de 65 años;

339.774 con menores de cinco años y 105.723 con población con condición de discapacidad. (Informe de rendición de cuentas 2011, P. 30-31)

Por último, en relación al programa fortalecimiento y provisión de los servicios en salud, “en el marco del Plan Maestro de Equipamientos en Salud se cumplió en 100% la meta, mediante la realización de las siguientes obras de infraestructura y dotación: CAMI Emaus urgencias, Centro Despertar Balkanes, Hospital Engativá [Celosías], Hospital Rafael Uribe Uribe Consulta externa, toma de muestras normales y especiales, odontología, vacunación y enfermería. Hospital Vista Hermosa: servicios de laboratorio, odontología; urgencias, gineco obstetricia, hospitalización pediátrica, consulta externa, medicina y enfermería, esterilización, aéreas administrativas, imágenes diagnósticas, farmacéuticos. Clínica Fray Bartolomé servicios de rehabilitación, hospitalización, consulta externa, urgencias, laboratorio clínico, imagenología con una Sala de Rayos X, Farmacia, gineco obstetricia, Central de Esterilización y Administración. Hospital Nazareth – Ecoterapia, programa de rehabilitación integral para personas con discapacidad mental, que Incluyen terapias de carácter pasivo y los sistemas terapéuticos tradicionales, programa de alojamiento para grupos familiares”. (informe de rendición de cuentas 2011, P. 33)

En segundo lugar, el mandato del ex-alcalde Gustavo Petro, “Bogotá humana adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2012-2016”, bajo el acuerdo número 489 del 12 de junio de 2012, el cual tiene como objetivo general “mejorar el desarrollo humano de la ciudad, dando prioridad a la infancia y adolescencia con énfasis en la primera infancia y aplicando un enfoque diferencial en todas sus políticas. Se buscará que en

Bogotá se reduzcan todas las formas de segregación social, económicas, espaciales y culturales, por medio del aumento de las capacidades de la población para el goce efectivo de los derechos, del acceso equitativo al disfrute de la ciudad, del apoyo al desarrollo de la economía popular, así como también buscará aliviar la carga del gasto de los sectores más pobres y la promoción de políticas de defensa y protección de los derechos humanos de los ciudadanos y las ciudadanas”. (Plan de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá humana. P.19)

En este orden, es importante, retomar que el plan de desarrollo del ex-alcalde Gustavo Petro, en el artículo 7 garantía del desarrollo integral de la primera infancia, garantiza el desarrollo integral de la primera infancia los niños y las niñas son la prioridad de Bogotá Humana, desde este apartado se mencionan proyectos desde los cuales se busca impactar el bienestar de la primera infancia, sin embargo, solo se trae a mención el Programa Creciendo Saludable puesto que desde ahí se retoma y fortalece el programa de promoción en salud mental.

- **Creciendo saludables:**

Busca el fortalecimiento de la promoción de la salud y garantía del acceso, igualdad y disponibilidad de una alimentación sana y equilibrada para todos los niños y las niñas desde la gestación, mediante la identificación de los riesgos en materia de seguridad alimentaria que pueden incidir en forma negativa en el desarrollo y la supervivencia; la valoración nutricional; el control a crecimiento y desarrollo de la primera infancia, la detección y la prevención de la enfermedad favoreciendo la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, e incorporando enfoques diferenciales para familias, mujeres, grupos étnicos; afrodescendientes, palenqueros, raizales, indígenas y Rrom, las víctimas y personas con discapacidad y en general de los grupos

poblacionales discriminados y segregados. Se garantizará una atención integral en salud mental para los niños y las niñas. (Plan de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá humana. P.32)

A su vez, es importante mencionar, que desde el artículo 8 territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad, el cual tiene como propósito “asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, para modificar positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida por medio del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria y las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad. De igual manera, busca también fortalecer la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad, para favorecer la información, educación familiar y comunitaria en los territorios”. (Plan de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá humana. P.34)

Al mismo tiempo, desde este artículo se plantean algunos proyectos que son importantes, dado que responden al cómo se pensaron responder las necesidades en salud desde la promoción y la prevención

- **Salud para el buen vivir:**

Fortalece la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad para favorecer la información y la educación familiar y comunitaria en los territorios, e incorporar enfoques diferenciales. Esto se hace mediante la implementación de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria, y las redes integradas de servicios para desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y, por ende, la salud de las personas, acercar y facilitar el acceso a los servicios de atención sanitaria según lo establecido en el plan obligatorio

de salud, promover la participación social de actores en procura de reconocer la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables, y establecer una propuesta de operación territorial. (Plan de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá humana. P.35)

- **Acceso universal y efectivo a la salud:**

El proyecto avanza en la garantía del derecho a la salud en Bogotá, mediante la combinación de dos grandes estrategias: la implementación de una reorganización del sector que permitirá universalizar la atención integral en salud, desde un modo promocional de la calidad de vida y la salud; y por otra parte, el fortalecimiento del ejercicio de la rectoría territorial del sistema general de seguridad social en salud, y en particular, sobre las EPS para garantizar el acceso oportuno y con calidad al servicio. Además, el proyecto comprende el aseguramiento de la población y la garantía de la calidad para la prevención y atención de daños en salud, realizar interventoría a la calidad de la prestación de servicios de salud por parte de las EPS-S a sus afiliados, asegurar el acceso de manera gratuita a los servicios en aquellas poblaciones en situación de vulnerabilidad, mantener la cobertura de los servicios de salud demandados para la población pobre no asegurada y los servicios no POS, promoviendo así la universalización del aseguramiento y la nivelación del plan obligatorio de salud para los habitantes de la ciudad. (Plan de Desarrollo 2012–2016 Bogotá humana. P.36)

- **Salud en Línea:**

Mejorar la oportunidad, veracidad y consistencia de la información con enfoque diferencial para la toma de decisiones de gestión en salud del Distrito Capital, facilitar los flujos de información y comunicaciones en los niveles intrainstitucional, intersectorial y fortalecer la incorporación

de las tecnologías a los procesos de salud en los territorios con énfasis en la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad. (Plan de Desarrollo 2012–2016 Bogotá humana. P.39-40)

De acuerdo a lo anterior, es importante traer a colación las respectivas estrategias que se usaron para responder a cómo se pensó garantizar la salud mental desde los programas de promoción y prevención

- Consolidar un sistema de atención de los problemas de salud mental crónicos de padres, madres y cuidadores. (Plan de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá humana. P. 98)
- Identificar, caracterizar, medir y atender los casos de bulimia y anorexia en la red de salud mental del régimen subsidiado. (Plan de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá humana. P.130)
- Incrementar a 110.000 la cobertura de las intervenciones de la Línea 106 en promoción de salud mental y protección frente a eventos adversos en niños, niñas y adolescentes. (Plan de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá humana. P.140)
- Diseño e implementación de la Red Distrital de Salud Mental, que incluye una Ciudadela Distrital en salud mental para atención de niños, niñas y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas y enfoque diferencial, a 2016. (Plan de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá humana. P.140)
- Atender la salud mental de niños, niñas y adolescentes afectados por el conflicto, la violencia y la ESCNNA. (Plan de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá humana. P.178)

Es así, que en definitiva es claro decir que la salud mental, desde este plan de desarrollo está pensada desde un enfoque de derechos y se podría decir que también desde un enfoque diferencial,

dado que promueve, protege y ayuda de cierto modo a hacer efectivos los derechos fundamentales como es la salud, como se plantea en el documento resumen del informe de la gestión del señor exalcalde Gustavo Petro Urrego 2012-2015, el cual dice que desde “la estrategia promoción de prácticas saludables en salud mental, se abordaron 13.166 personas en el ámbito escolar, institucional, territorios ambientalmente saludables y espacio público. La Línea 106 “Al alcance de niños, niñas y adolescentes” realizó 74.144 intervenciones a favor de la infancia y la adolescencia dirigidas a la promoción de la salud mental y la prevención, identificación y activación de rutas frente a situaciones de riesgo en niños, niñas y adolescentes entre ellas el uso y abuso de SPA, con 899 intervenciones específicas” (Alcaldía mayor de Bogotá. P.18)

En efecto, cabe mencionar que de acuerdo con el documento seguimiento al avance de metas prioritizadas del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016, se establece que, al 31 de diciembre de 2015, en el marco del programa “Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad”, se mantuvieron activas 944.072 familias cubiertas con acciones de salud pública en los microterritorios. En el periodo 2004-2015 se alcanzó una cobertura de 3.811.735 individuos acumulados, de los cuales 2.712.575 individuos corresponden a las 944.072 familias activas, además de que se logró dar cobertura de aseguramiento al 74% de los niños y niñas menores de 5 años que tienen nivel 1 y 2 del SISBEN, de igual manera, se cubrieron 1.166.440 niños, niñas y adolescentes con acciones de promoción y prevención en colegios públicos y privados. En el marco de la implementación de acciones preventivas en temas de salud. (Veeduría distrital se contradice con la idea. 2015, P. 19-27)

De igual manera, es importante decir, que se evidencian contraposiciones frente al producto de las gestiones durante el mandato de Enrique Peñalosa, por ejemplo, el concejal Manuel Sarmiento afirma que “en el campo de la salud durante las administraciones de Petro y Peñalosa se cerraron 2.200 servicios lo cual debilitó la atención”. (Blog Manuel Sarmiento, 2020), opuesto a lo anterior, en la tesis “Bogotá sin indiferencia, Bogotá positiva y Bogotá humana: evaluación en temas de desempleo, salud y educación se plantea que:

“en la administración Petro se dio un tratamiento especial al tema de salud y educación para empoderarnos y tratar de disminuir la brecha entre ricos y pobres. Los programas tuvieron una serie de cuestionamientos por la supuesta violación al sistema de contratación, puesto que al parecer fueron dadas a dedo por los funcionarios y también a parientes cercanos al alcalde Petro. Uno de los fuertes cuestionamientos lo dio la compra de la Clínica San Juan de Dios, porque supuestamente se invirtieron altos recursos económicos, teniendo en cuenta que se desatendió la red hospitalaria del distrito y que también en el aspecto de salud, muchos colegios se entregaron sin terminar y la calidad docente decreció acorde al ICFES e índices PISA”. (Álvarez, 2017, P.77)

En tercer y último lugar, en el mandato del ex-alcalde Enrique Peñalosa, se adopta el Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. “Bogotá Mejor para Todos: 2016-2020”, adoptado por medio del Acuerdo #645 de 2016, a través del cual se tenía como objetivo general propiciar el desarrollo pleno del potencial de los habitantes de la ciudad, para alcanzar la felicidad de todos en su condición de individuos, miembros de familia y de la

sociedad; el propósito era aprovechar el momento histórico para reorientar el desarrollo de la ciudad, teniendo en cuenta que enfrentamos una oportunidad única para transformar la dinámica de crecimiento de Bogotá y hacerla una ciudad distinta y mejor. Así, se recuperará la autoestima ciudadana y la ciudad se transformará en un escenario para incrementar el bienestar de sus habitantes y será reflejo de la confianza ciudadana en la capacidad de ser mejores y vivir mejor.

Continuando con lo anterior, este plan de desarrollo, describe desde su objetivo general una mirada integral y de inclusión a las personas con alguna deficiencia mental, ya que este contempla la Ley Estatutaria 1618 de 2013, en la cual se consideran a las personas con discapacidad a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (PDD, Bogotá Mejor para Todos, 2016-2019. pp 394)

Desde este marco legal, en este plan de desarrollo se plantean una serie de acciones para reducir la discriminación hacia esta población y aumentar el goce efectivo de los derechos, por ejemplo:

- La Secretaria de Integración Social, se propone el Objetivo estratégico “Integración social para una ciudad de oportunidades” y el Proyecto estratégica “Por una ciudad incluyente y sin barreras” que tiene como prioridad la inclusión efectiva de las personas con discapacidad, y debe comprender la gestión y el uso de los recursos para contribuir a la construcción y fortalecimiento de los lazos familiares, sociales, económicos y culturales que permitan el disfrute de la vida y de la ciudad. *(El desarrollo de la estrategia tiene como*

fin transformar los imaginarios subjetivos y representaciones sociales frente a las personas con discapacidad)

- La Secretaría de Educación del Distrito, se propone el Objetivo estratégico “*Calidad Educativa para Todos*” que busca el derecho a la educación promoviendo la equidad y la participación bajo un enfoque diferencial. *(Con el fin de que las personas con discapacidad puedan acceder a los centros educativos y encuentren la oferta institucional necesaria para cumplir con las expectativas y necesidades concretas de esta población).*
- La Secretaría de Planeación Distrital haciendo énfasis en el cumplimiento y goce efectivo de derechos, plantea el Objetivo estratégico “*Sistema Distrital de Derechos Humanos*”. *(Busca en medio de un escenario diverso y plural, que todas las personas de la ciudad sean sujetos de derechos y gestores de su bienestar).*

Lo anterior, se desarrolló a través del Nuevo Modelo de Salud, implementado por el alcalde Enrique Peñalosa (4 subredes integradas de hospitales (Norte, Sur, Centro Oriente y Suroccidente)), y los 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud —CAPS— con los que cuenta hoy Bogotá, los cuales realizaron más de 3 millones de atenciones, entre julio de 2016 y agosto de 2019, consolidándose como una estrategia efectiva para descongestionar los servicios de urgencias y atención médica en la red pública hospitalaria de la ciudad, según la última Encuesta de Calidad de Vida del DANE 2016, disminuimos en 97.701 personas las barreras de acceso a los servicios hospitalarios, al pasar de 261.116 en 2015 a 163.415 en 2016. (DANE,2016).

Estos resultados se suman a los logros que presenta la Secretaría Distrital de Salud frente a la reorganización del sector, lo que permitió la unificación de los sistemas de historia clínica, administrativos y financieros en cada Subred. De igual forma, aumentó el aseguramiento de los usuarios a los servicios de salud: 82.544 personas más accedieron al sistema de salud, en 2015 había 1.061.822 personas sin seguridad social y en 2016 se redujo a 979.278 personas. (DANE,2016)

En este orden de ideas, como parte de la estrategia de este plan, se plantea el diseño y puesta en marcha de un Sistema de Seguimiento y Evaluación en el marco de la gestión pública por resultados que implica el censo distrital de personas en condición de discapacidad, cabe aclarar que cualquier tipo de intervención que se realizó para atender a este tipo de población se articuló con la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social, la cual tiene como fin asegurar el goce pleno de derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores para el periodo de 2013-2022.

Asimismo, el Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá mejor para todos” está enmarcado en la Ley Estatutaria 1618 de 2013 que tiene como objeto garantizar y asegurar el “ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda la forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009” (PDD “Bogotá Mejor para Todos, 2016-2019”, pp 395).

Así pues, para concluir, es importante mencionar, que de acuerdo al artículo Salud mental en Colombia. Un análisis crítico, plantea que “la falta de coherencia entre la norma y la realidad, ratifican el pensamiento general de que en Colombia se escriben muy bien las leyes en el papel, pero no tienen la fuerza para transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis. Lo cierto es que la resolución 5521 de 2013, aunque establece los mismos servicios para el régimen contributivo y subsidiado, no mejoró la salud del paciente con enfermedad mental. Es más, redujo las posibilidades de beneficio en salud mental para los dos regímenes del sistema, vulnerando a los más pobres y respecto a la prevención y promoción, el impacto es escaso o nulo debido a que los lineamientos son muy generales, poco coherentes con las necesidades territoriales, desarticulados a nivel gubernamental y poco conocidos por la comunidad”. (Rojas-Bernal et al, 2018. P. 132)

Adicionalmente, “existen barreras de acceso a los servicios de salud mental, en parte explicadas por la escasez de psiquiatras y su concentración en las grandes ciudades y la imposibilidad de acceder a terapias psicológicas específicas (cognitiva-comportamental, interpersonal, de pareja, de familia y grupal), debido a que los profesionales con esta formación no son contratados por las instituciones de salud. Otros servicios que no se ofrecen son: grupos de apoyo, terapias para la readaptación social y ocupacional, y programas de reinserción laboral, a pesar de que la ley 1616 y el Plan Decenal de Salud Pública plantean la rehabilitación social y laboral como un derecho”. (Rojas-Bernal et al, 2018. P. 132-133)

Sin olvidar, que en Colombia “el acceso real a los servicios de salud mental enfrenta serias dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutive de sus necesidades; situación que desmotiva y limita el uso de los servicios, generando deterioro en el estado de salud con incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo”. (Rojas-Bernal et al, 2018. P. 136)

12. Conclusiones frente a la atención en salud mental

Como conclusión y dando respuesta al objetivo general, tras el desarrollo de este ejercicio de revisión documental de textos oficiales de los planes de desarrollo de los tres últimos mandatos de la administración de Bogotá (2008-2020), se evidenció que la salud mental es tomada desde el enfoque de derechos humanos, pero no es individualizada frente a la condición de discapacidad, ya que a pesar de que hace parte de este ámbito, para poder garantizar al ciudadano una vida de bienestar, es necesario generar procesos de promoción y prevención frente a cualquier factor que genere malestar en su salud mental, debido a que si se continúa tomando la salud mental desde el grupo de discapacidad, no se podrá lograr un trabajo de predisposición del malestar mental, y solo se tratará desde la medicalización.

Del mismo modo, se refleja un progreso en cuanto al reconocimiento y la importancia de la salud mental de los ciudadanos, por ejemplo en el plan de desarrollo “Bogotá positiva” no se tuvo en cuenta el alcance y la influencia negativa que puede generar la salud mental en el bienestar de los ciudadanos y este en la afectación del desarrollo de la ciudad, en comparación frente a los dos planes de desarrollo de “Bogotá Humana” y “Bogotá mejor para todos”, donde sí se refleja un interés por determinar y abordar los factores sociales, políticos, económicos y ambientales que afectan negativamente el desarrollo de las capacidades y el bienestar de los ciudadanos, siendo reconocidos como población vulnerable, brindando integralmente el diseño de programas y políticas orientadas al logro de una ciudad mejor desde el desarrollo humano de los sujetos, pero con una carencia en cuanto a la ejecución y cumplimiento de dichos programas integrales, debido a la falta de información oficial sobre elementos que afectan la salud mental en el distrito, ya que

los datos son tomados desde encuestas nacionales sobre salud, por lo cual se hace necesario no solo realizar una comparación a nivel nacional, sino también retomar elementos a nivel mundial que están afectando el desarrollo y acceso integral al campo de la salud.

De igual importancia, se respalda lo expresado por la autora Eva M^a Garcés Trullenque, quien desde su texto “El Trabajo Social en salud mental”, plantea que en este marco, los trabajadores sociales que se desempeñan en el ámbito de Salud Mental han ido construyendo un modo de hacer que ha ido configurando su perfil y rol profesional, marcado por una especificidad propia en este ámbito, y que los pilares básicos del Trabajo Social en Salud mental han sido la especialización, la formación continuada y el trabajo interdisciplinar. (GARCÉS E, 2010)

En definitiva, el Trabajo Social en salud mental va a depender de lo capaz que sea el gremio de emprender un trabajo interdisciplinar dentro del ámbito de salud, rodeado de un grupo profesional adecuado y actualizado a los nuevos tiempos, a las nuevas necesidades de los usuarios de salud mental, como por ejemplo frente a la crisis existente sobre el Covid-19, en definitiva tanto de nuestro compromiso profesional, de definir un perfil profesional, como el compromiso social de garantizar el mínimo bienestar a la población.

En este orden de ideas, el documento de Trabajo Social y Salud Mental se hace necesario abordarlo, ya que orienta la intervención profesional en el campo de la salud mental hacia “la participación de distintos saberes y también de diferentes profesiones, con la finalidad de poder

analizar las particularidades que se presentan en la cotidianidad de los sujetos con los cuales se trabaja. Donde entran en juego la historia familiar, el contexto, los discursos, las representaciones, etc.

Es decir, una totalidad atravesada por múltiples dimensiones complejas que se entrecruzan y le dan identidad al sujeto. Identidad cambiante y abierta, entendiendo a la realidad como dinámica, en movimiento y con posibilidades de transformación. De igual manera, es importante mencionar, que el Trabajo Social aporta a la intervención en el campo de la Salud Mental en relación a la construcción de herramientas que permitan a los sujetos enfrentar las diferentes problemáticas que se les presenten en la vida cotidiana, generando de este modo la autonomía y autogestión en el medio social en el cual viven”. (Florencia et al., 2010, p.11)

Además, del empeño del colectivo profesional, la autora Eva M^a Garcés Trullenque, resalta que es indispensable el apoyo de los responsables de planificación y gestión, donde los trabajadores sociales sean valorados y reconocidos en su que-hacer profesional; como ya decía Kisnerman (1986), en la relación de ayuda existen sobre todo tres sistemas que ejercen una influencia recíproca: la institución, el profesional y el cliente, esta sigue siendo nuestra realidad profesional, por eso debemos lograr definir un perfil profesional, conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo, emitir la importancia y el interés por garantizar la atención integral que se presta a los individuos, las familias y los grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, económico, cultural y político en relación con un problema de salud.(GARCÉS E, 2010)

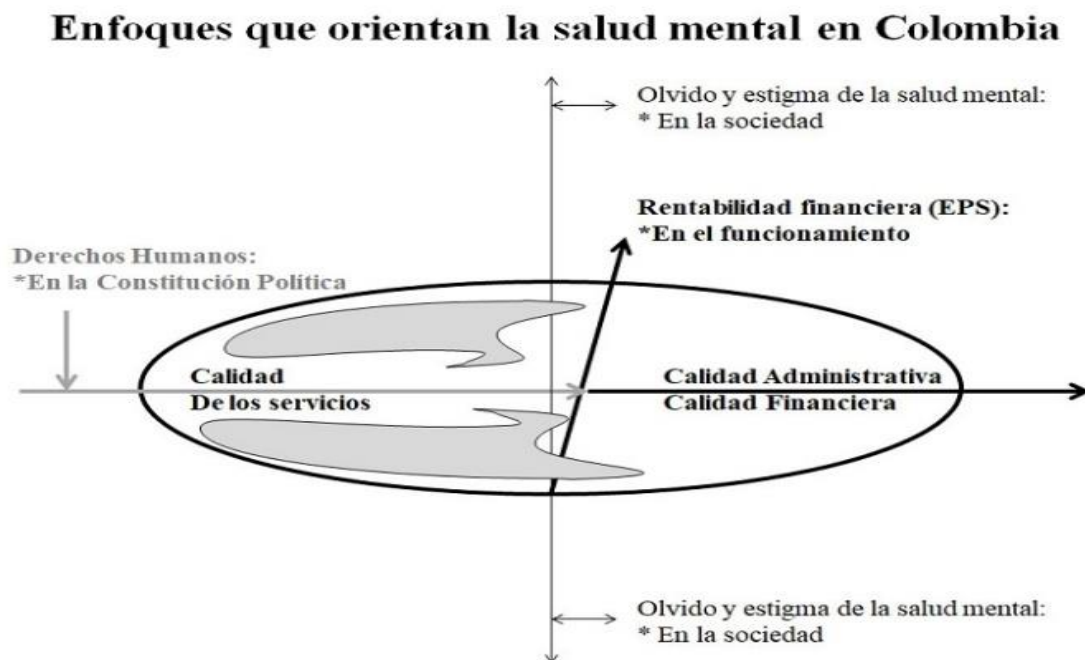
Cabe agregar, que es importante comprender que la salud en Colombia es precaria dado que como lo plantea el artículo Salud mental en Colombia. Un análisis crítico, en cuanto a la inversión en salud mental, la OMS informa que en muchos países solo se invierte el 2 % del total de los recursos de la salud, siendo el gasto anual promedio en salud mental inferior a US\$ 3 por habitante y en los países de bajos ingresos, US\$ 0,25 por habitante, donde la escasez de psiquiatras, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos. Casi la mitad de la población del mundo habita en países donde se dispone de un psiquiatra o menos por 200 000 personas y en países de bajos ingresos hay menos de un especialista por millón de habitantes. (2018, P. 131)

Inclusive, se puede evidenciar que el sistema de protección en salud y los servicios de atención primaria en salud han venido desmejorando desde la creación de la ley 100 a través de la cual se logra una inclusión universal, pero se sacrifica la eficiencia de los servicios, ya que las aseguradoras y sus prestadores han visto la salud, más como un negocio que como un derecho, como se expresa a través del texto “la paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma”

"Si bien las luchas sociales en salud, enunciadas por algunos de los expertos, han podido poner en evidencia las grandes falencias del sistema de salud, en el caso de la salud mental se logró que la Corte Constitucional se refiriera a esta dimensión de la salud como constitucional, son muchas las barreras de acceso a servicios de calidad debido a problemas estructurales y socioculturales que orientan las decisiones administrativas en los servicios de salud, no con base en los derechos humanos, sino inclusive en contra de

ellos y a favor de beneficios económicos, de esta manera, la “salud de la población” se subordina a lo administrativo” (María Hernández & Cristian Rueda, 2018)

Tras la aprobación de Ley 100, desde donde se incluyó la atención primaria, tanto por entidades públicas como por privadas, en el 2013 se aprobó la Ley de Salud Mental, a pesar de los avances en la legislación se ven claramente en el funcionamiento del sistema la presencia contradictoria de directrices frente a los derechos humanos, la rentabilidad financiera, la calidad de los servicios y el estigma en la administración de la salud mental, sumando el olvido y el estigma de la salud mental, no solamente en el sector salud, sino como característica sociocultural que se da en la familia, en la comunidad, en la sociedad y, lo que es peor, en los órganos legislativos de Colombia como se demuestra en la siguiente figura:



Fuente: *La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 17, núm. 35, 2018. Pontificia Universidad Javeriana.*

Lo anterior, deja ver más aún el problema como generalizado, que incluye una concepción errada de la salud mental y la defensa fácilmente visible de la sostenibilidad financiera, como se expresa en las siguientes palabras:

“Hay un artículo en la Ley 1438, que dice que las decisiones que se tomen en salud deben estar acordes a la sostenibilidad financiera del sistema. Por lo tanto, si yo soy médico o profesional y tengo que tomar una decisión tendría que pensar en eso en vez de pensar en el beneficio del paciente” (Sanmartín-Rueda, 2018)

Por lo tanto, es evidente que las fallas del sistema son estructurales, donde se tiene una confrontación entre el derecho fundamental de la salud y el ánimo de lucro de las empresas privadas, y no solo a nivel de distrito, sino a nivel nacional, el país sigue siendo desigual a la hora de acceder a los servicios de salud, y casi siempre los grandes perjudicados son aquellos que tienen menos recursos, contando con un sistema global, pero no integral, a esta situación se suman las incongruencias evidenciadas entre las bases del plan de desarrollo distrital frente a lo articulado y los resultados obtenidos frente al presupuesto invertido durante los mandatos, ya que no hay coherencia, no hay indicadores ni metas específicas que den cuenta de acuerdo con las bases del plan de desarrollo y esto es muy importante que sea resaltado en los documentos oficiales de rendición de cuentas tras cada mandato en la alcaldía de Bogotá.

13. Anexos

13.1 Anexo No. 1. Modelo matriz de análisis

PLANES DE DESARROLLO (2008-2020)

Año	Alcalde	Nombre del plan de desarrollo	Objetivo general	Salud mental (programas promoción-prevención)
2008-2012	Samuel Moreno	Acuerdo # 308 de 2008 Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C, 2008-2012 Bogotá positiva: para vivir mejor (9 junio 2008)		
2012-2016	Gustavo Petro	Bogotá humana Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. acuerdo número 489 del 12 de junio de 2012 por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá d.c. 2012-2016 Bogotá humana.		
2016-2020	Enrique Peñalosa	Acuerdo #645 de 2016 Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. “Bogotá Mejor para Todos: 2016-2020”.		

14. Referencias

- Minsalud. (2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*.
- MinSalud. (2017). *Observatorio nacional de salud mental, onsm colombia guía metodológica actualización*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia .
- Parada, L. T. (Septiembre de 2017). *Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social*. margen N° 86,1-8.
- Paula Raimondi, M. V. (Marzo de 2012). *Inclusión Social en Salud Mental: la concepción y el rol de los trabajadores de Salud Mental*. margen N° 64, 1-12.
- Restrepo, D. A. (2013). *La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública*. La salud y la vida buena, 2371-2382.
- Restrepo-Espinosa, María Helena. (2006). *Promoción de la salud mental: un marco para la formación y para la acción*. *Revista Ciencias de la Salud*, 4(Suppl. 1), 186-193. Retrieved March 05, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732006000200020&lng=en&tlng=es.
- *Duncan Pedersen y el estudio integral de la Salud Mental Global*. (2017) *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1), 70-74. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3061>
- Castro, Roberto, Campero, Lourdes, & Hernández, Bernardo. (1997). *La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos*. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>.
- Tundidor, M. (julio de 2013). *Puntos de encuentro entre justicia ocupacional y social, exclusión de oportunidades, pobreza y salud mental*. margen N° 69, 1-8.

- Ley N° 1616. El congreso de Colombia, 21 de enero del 2013.
- Secretaria de salud. (2016). *Politica distrital de salud mental 2015-2025*.
- Posada, J. (Diciembre de 2013). *La salud mental en Colombia. Biomédica Instituto Nacional de Salud, Volumen 33*(No. 4), 1-3.
- Leandro-Rojas, M. (2014). Potencial del espacio público como facilitador de bienestar y salud mental. *Revista Costarricense de Psicología*, 31-45.
- Palacio A., C. A. (2018). Situación de salud mental en Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 6-9.
- Fernandez, P. (2009). *Familia y sociedad ante la salud mental*. Revista de derecho UNED, 219-240.
- Nelson Ardón, A. C. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 12-38.
- Consejo Nacional de Política Económica Y Social. (2020). *Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*. 1-70.
- Salud, a. O. (2006). Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. 1-102. Editores Médicos, S.A. EDIMSA.
- Secretaria distrital de salud de Bogotá, 2016. política distrital de salud mental 2015-2025. Bogotá d,c: secretaria distrital de salud de bogotá,1-52.
- Secretaria de planeación, 2017. guía para la formulación e implementación de políticas públicas del distrito. Bogotá d,c: secretaria de plantación, 1-51.
- Torres, J & Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas*. Bogotá D.C. (pag.1-172). Recuperado de: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/IEMP%20Libro%20PP.pdf>

- Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá, d. c., 2008 – 2012 "Bogotá positiva: para vivir mejor". P. 1-218. Retomado de:
https://www.shd.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/Plan%20de%20Desarrollo%20-%20Bogot%C3%A1%20Positiva_Pagina%20Web_0.pdf
- Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá, d. c., 2012 – 2016 "Bogotá Humana". P- 1-489. Retomado de:
http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/documentos/2012_2016_Bogota_Humana_Plan_Acuerdo489_2012.pdf
- Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá d.c. 2016-2020 “ Bogotá mejor para todos”. P.1-604. Retomado de:
http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/20160429_proyecto_pdd.pdf
- Sampieri Hernandez; Collado Fernandez, Carlos y Lucio Baptista. *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana. Mexico, D.f. 2003, 8-25.
- Gazteis, V. *Introducción a la metodología de investigación cualitativa*. Revista de Psicodidáctica,5-39. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=175/17501402>
- Sampieri, R. H. (2014). *Metodología de la Investigación 6° edición*. Mcgraw-HILL / Interamericana editores, S.A. 1-634.Disponible en:
<file:///C:/Users/Acer/Music/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Sampieri, R. H. (1997). *Metodología de la Investigación*. Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A.

- Ocampo, M. C. (2017). *Métodos De Investigación Académica Fundamentos De Investigación Bibliográfica Versión 1.1*. Costa Rica: Sistema De Educación General (Curso Integrado De Humanidades).
- Morales, P. A. (2016). Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención . *Revista Salud Bosque* , 29-40.
- Barrero Plazas, A. M. (2016). Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. *Revista Poiésis*, 72-77.
- Minsalud(2012). “Plan decenal de salud pública”. 1-12
- Benjamín Vicente, S. S. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 51-61.
- Bang, C. (2014) “*Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*”. Buenos aires. P.1-12. Retomado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v13n2/art11.pdf>
- Rueda, D. M. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17-35.
- GARCÉS, E.(2010).El Trabajo Social en Salud Mental. cuadernos de trabajo social. Vol. 23 (2010): 333-352
- Mendes I, Queiroz A & Roberts K. (2019). “Enfoque intersectorial en los servicios de atención en salud mental”. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* Jan.-Mar. 2019;15(1):1-3. Retomado de: file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/es_01%20(1).pdf

- MinSalud. “Orientaciones para la intersectorialidad”. P. 1-82. Retomado de: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/orientaciones-intersectorialidad.pdf>
- Stolkiner, A. (2015). Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano. En D. J. Wolff, *La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas*, (pág. 25). Chile : RIL editores .
- Planeacion, S. d. (0 de 12 de 2011). Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor” BALANCE GENERAL 2008-2011. Bogotá, Bogotá, Colombia.
- Salud(O.M.S.), O. M. (2005). *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental POLÍTICA, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL*. España: Editores Médicos, S.A.
- Bogotá.D.C, A. M. (0 de 0 de 2012-2015). “resumen del informe de la gestión del señor alcalde Gustavo Petro Urrego para la garantía de los derechos de los niños, niñas adolescentes y jóvenes 2012-2015”. Bogotá, Colombia.
- OPS. (2009). “Estrategia y plan de acción sobre salud mental”. Washington, D.C., P. 1-42. Retomado de: [Estrategia-y-plan-de-accion-sobre-salud-mental-2009.pdf \(paho.org\)](#)
- Florencia et al., (2010). “Trabajo Social y Salud Mental La intervención profesional en el campo de la salud mental”. Facultad de Trabajo Social Universidad Nacional de La Plata Cátedra de Medicina Social.p.1-13. Retomado de: [trabajo social y salud mental la intervencion profesional en el campo de la salud mental antonini florencia alba fabricio guida soledad poles nihiuil y suarez silvina .pdf \(unlp.edu.ar\)](#)

- Rojas-Bernal , et al ,. (2018). “Salud mental en Colombia. Un análisis crítico”. P. 1-12. CES Medicina. “Retomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
- Sarmiento, M. (2020). “El Plan de Desarrollo de Claudia López plantea un cambio en el modelo de salud de Bogotá”. Recuperado de: <https://manuelsarmiento.com/el-plan-de-desarrollo-de-claudia-lopez-plantea-un-cambio-en-el-modelo-de-salud-de-bogota/>
- Alvarez, J. (2017). “Bogotá sin indiferencia, bogotá positiva y bogotá humana: evaluación en temas de desempleo, salud y educación. Universidad católica de Colombia. P. 1-106. Retomado de: <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/15113/1/TESIS%20JESUS%20DAVID%20ALVAREZ%20-%20BOGOTA%20SIN%20INDIFERENCIA%2C%20BOGOTA%20POSITIVA%20Y%20BOGOTA%20HUMANA-%20EVALUACION%20EN%20%20T~1.pdf>
- Veeduría distrital. (2017). “seguimiento al avance de metas priorizadas del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016”. P. 1-100. Retomado de : [http://veeduriadistrital.gov.co/sites/default/files/files/publicaciones_2016/116-Seguimiento%20al%20avance%20de%20metas%20priorizadas%20del%20Plan%20de%20Desarrollo%20Bogota%20Humana%202016-2020%20%2031%20dic%20de%202015%20\(%206%20feb%202017\)%20VF.pdf](http://veeduriadistrital.gov.co/sites/default/files/files/publicaciones_2016/116-Seguimiento%20al%20avance%20de%20metas%20priorizadas%20del%20Plan%20de%20Desarrollo%20Bogota%20Humana%202016-2020%20%2031%20dic%20de%202015%20(%206%20feb%202017)%20VF.pdf)
- N/A. (2011). “Informe de rendición de cuentas 2011”. P-1-582. Retomado de: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2011_informes_gestion/informe_de_rendicion_de_cuentas_2011.pdf

- Subred integrada de servicios de salud. (2016). “Encuesta nacional de calidad de vida (ECV) 2016”. P. 1- Retomado de: <https://www.subredsuoccidente.gov.co/?q=noticias/los-resultados-confirman-%C3%A9xito-del-modelo-salud-enrique-pe%C3%B1alosa>
- Sanmartín-Rueda, D. M. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 17, núm. 35. Retomado de: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20\(2018-II\)/54557477004/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20(2018-II)/54557477004/)