

Análisis del proceso de formulación de la Política Pública Municipal de Salud
Mental y Convivencia Social de Santiago de Cali en el año 2017

Trabajo de grado para optar al título de:
Magíster en Políticas Públicas

Miller Machado Mosquera

Director:
Carlos Wladimir Gómez Cárdenas.



UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIONES
MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS
SANTIAGO DE CALI
2020

Nota de aceptación:

Aprobado por el Comité de Programa
en cumplimiento de los requisitos exigidos por
la Universidad del Valle para optar al título de:
Magíster en Políticas Públicas.

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, 27 de Mayo de 2020

Dedicatoria

Deseo dedicar este gran esfuerzo académico y técnico que he venido haciendo a mi familia de sangre, en particular a mis hermanas y hermano, por su presencia siempre incondicional, a mis amadas hijas por ser la inspiración de cada paso que doy en mi vida y a mi compañera de vida, que con su silencioso y amoroso aporte siempre impulso mis acciones y mi reflexión.

Dedicarlo también a la familia que escogí y que la vida me regaló, con sus críticas, con sus bromas, con sus regaños, con sus pláticas, con el compartir de sus materiales, con sus mensajes, hicieron parte de este gran desafío.

Dedicarlo de forma muy especial a mis ancestros y ancestras que acompañan con su magia y amor mis pasos e iluminan mi pensamiento con su infinita sabiduría.

Agradecimientos

A mis profesores críticos, competentes, amorosos, cercanos, certeros y humanos que con sus aportes dieron claridad a mis ideas y orientaron con su sabiduría una reflexión que estoy seguro aportará grandemente a una mejor ciudad, un mejor país, un mejor universo.

Al Grupo de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública Municipal, en cabeza de su coordinadora Maritza Isaza Gómez, quienes con su trabajo cotidiano me dieron los insumos para esta bonita reflexión en torno a la salud mental en mi amadísima ciudad.

Al equipo de profesionales, amigos, compañeros de la Universidad del Valle con quienes hicimos un aporte en el 2017 a la formulación de la Política de Salud Mental y Convivencia Social, acompañando a la Secretaría de Salud Pública Municipal, por las grandes enseñanzas que aportaron a mi reflexión de políticas públicas.

Tabla de contenido.

	Pág.
Abstract	11
Introducción.....	12
1. Antecedentes.....	14
1.1. Investigaciones en torno a Políticas Públicas y Salud Mental en el Mundo.	14
1.2. Las investigaciones en salud mental en Colombia.....	19
2. Formulación del problema de investigación.....	27
3. Objetivos.....	29
3.1. Objetivo General	29
3.2. Objetivos Específicos.....	29
4. Justificación.....	30
5. Marcos de Referencia	33
5.1. Marco teórico	33
5.2. Marco Conceptual.	40
5.3. La salud mental comunitaria	44
6. Metodología.....	47
6.1. Diseño del proceso de investigación	48
6.1.1. Muestreo	49
6.2. Recolección de la información.....	51
6.2.1. Revisión o Análisis documental o de textos.....	51
6.2.2. Entrevista Individual Semi-estructurada	51

6.3.	Procesamiento de la información	52
6.4.	Plan de análisis de la información.....	53
7.	Resultados.....	55
7.1.	Problemática de la Salud Mental en Santiago de Cali, desde la perspectiva de las políticas públicas	55
7.2.	Concepciones de los actores en torno a la salud mental en Santiago de Cali	66
7.3.	Enfoques de los actores en torno a la salud mental en Santiago de Cali	84
7.4.	Análisis del proceso de toma de decisiones en torno a la política de salud mental en Santiago de Cali.....	100
8.	Conclusiones.....	109
9.	Recomendaciones.	113
10.	Referencias bibliográficas.	116
11.	Anexos.....	120

Índice de Figuras.

	Pág.
Figura 1 Metodología de la Investigación.	48
Figura 2 Desarrollos de Salud Mental en Santiago de Cali. (Fuente: Elaboración Propia, desde la Sistematización del proceso de formulación de la Política de Salud Mental y Convivencia Social 2017)	60
Figura 3. Fases en el proceso de formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social. (Fuente: Elaboración propia a partir del Documento de Sistematización del proceso de formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social. 2017) 62	
Figura 4 Red de relaciones entre categorías identificadas en proceso de triangulación de información (Fuente: Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017.).....	83
Figura 5 Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria (UFSMC). (Fuente: Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017.)	99

Índice de Tablas.

	Pág.
Tabla 1	24
Tabla 2	37
Tabla 3	46
Tabla 4	63
Tabla 5	90

Índice de Gráficas.

	Pág.
Gráfica 1 Problemas/Situaciones de Salud Mental que la ciudad debería abordar a través de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social.	69
Gráfica 2 Recursos con que cuenta el territorio/institución para implementar la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social.	69
Gráfica 3 Propuestas/Estrategias de Política de Salud Mental y Convivencia Social para el abordaje de la salud mental en Santiago de Cali.	71
Gráfica 4 Factores Socioambientales en salud mental, CIF – Percepción sobre Factores familiares cercanos.....	72
Gráfica 5 Conocidos, compañeros, colegas, vecino y miembros de la comunidad, como barreras o facilitadores para acceso a oferta de salud mental.	73
Gráfica 6 Percepción en cuanto a cuidadores y personal de ayuda frente al acceso a la oferta de salud mental en el territorio	74
Gráfica 7 Percepción de personal de salud frente al acceso a la oferta de salud mental en el territorio.	75
Gráfica 8 Percepción de otros profesionales frente al acceso a la oferta de salud mental en el territorio.	76

Índice de Anexos.

	Pág.
Anexo A Guía de Entrevista a Actores que participaron de la formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social.	120
Anexo B 5.1 Encuesta: Formulación de la política pública de salud mental y convivencia social de Cali. 122	122
Anexo C EncueEta CIF - Versión 2.1a, Forma para el Clínico para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.....	126
Anexo D Estrategia Metodológica Recolección de Información del Equipo consultor.	133
Anexo E. Acta de Reunión con el Secretario de Salud Pública Municipl de Cali.....	141
Anexo F. Acta de Reunión con las EPS.....	145
Anexo G. Relatoría Foro de Salud Mental - Semana de la Salud Mental.	149
Anexo H. Acta Reunión con Actores Académicos.	158
Anexo I. Acta de Reunión con Actores Comunitarios.....	164
Anexo J. Acta Instalación Mesa Municipal de Salud Mental y Convivencia Social de Santiago de Cali - Diversos Actores Sociales, Comunitarios, Académicos, Políticos e Institucionales.....	168

Abstract

El proceso de formulación de la Política Pública Municipal de Salud Mental y Convivencia Social realizada en el año 2017, en el marco de una interacción entre diversos actores comunitarios, sociales, institucionales, políticos y de la academia, se constituyó en un escenario de construcción, análisis y discusión de evidencias subjetivas y objetivas, de argumentos en torno a enfoques y prácticas de salud mental, para dar respuesta a una situación crítica y compleja alrededor del tema.

El modelo Arte y Artesanía y su expositor principal, el profesor Giandoménico Majone, con su texto Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas (2005), brindan los elementos conceptuales para hacer un análisis del proceso de formulación de la política de salud mental y convivencia social, sobre la base de las interacciones que establecen los actores y en el que plantean sus posturas frente al tema, fruto de sus enfoques y experiencias.

Palabras Claves: Políticas Públicas, Decisiones, Salud Mental, Gobernanza.

Introducción.

El tema de la Salud Mental y la Convivencia Social, como asunto de Salud Pública, en estos momentos es estratégico para todos los Estados, dadas las diversas situaciones que afectan esta dimensión de la vida individual y colectiva de la población y sus repercusiones en todos los aspectos de la vida social, económica, cultural y política.

Pero es un tema amplio que ha sido estudiado desde diversos ángulos y enfoques, tomando aspectos específicos como los trastornos, el consumo de sustancias, las violencias, el acceso a los servicios, entre otros.

Como se podrá observar en el presente trabajo de investigación la situación de salud mental en la ciudad de Santiago de Cali, está en un momento muy difícil en términos de las estadísticas oficiales, así como de la realidad concreta de las comunidades que tienen que enfrentar de manera cotidiana estas situaciones antes mencionadas asuntos que se abordarán y documentarán en el cuerpo del presente texto.

Esta situación local, coincide con los estudios del nivel nacional e internacional que indican que la salud mental es un asunto de interés público y colectivo y por tanto objeto de políticas públicas que den respuesta sostenidas y sostenibles en el tiempo que contemplen el mismo nivel a la hora de establecer alternativas académicas, técnicas, institucionales y financieras efectivas, de lo cual se dará cuenta en el presente estudio.

Un enfoque conceptual clave y que ayuda al análisis de esta política pública, lo constituye Arte y Artesanía, que pone su acento en el análisis de evidencias confiables, tanto científicas como fruto de las experiencias y vivencias de los actores que intervienen en el tema de salud mental, pero que es un insumo clave de construcción de argumentos que puedan mover las posiciones y decisiones de los demás actores del sistema general de seguridad social en salud y en general de la sociedad en su conjunto, en una suerte de persuasión que conduce a tomar decisiones en una u otra dirección, no solo que define un enfoque, sino una forma de abordar las temáticas.

El interés central del presente trabajo es indagar sobre los intereses de tipo económico, político, técnico, entre otros que se juegan los actores que participaron en la formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social. En particular interesa explorar y analizar las concepciones y los enfoques de actores clave tales como las Organizaciones Sociales y Comunitarias, el Concejo Municipal, el Secretario de Salud, el Equipo Técnico de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Cali, las EPS, las IPS y el Sector académico, representado en las Universidades con Facultad de Salud y acciones en Salud Mental.

1. Antecedentes

A continuación se presentan las tendencias que han marcado en términos de investigación el tema de Salud Mental, contexto dominado básicamente por estudios del comportamiento de fenómenos como el trastorno mental, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas. En un segundo momento se realizará reseña general de varios momentos precedentes que pueden explicar y por ende comprender la decisión que se toma para formular de forma participativa la política de salud mental.

1.1. Investigaciones en torno a Políticas Públicas y Salud Mental en el Mundo.

Para avanzar en algunos acercamientos que se han hecho en el mundo desde estudios especialmente en Europa y América Latina, nos permitiremos esbozar dos nociones básicas que se retomarán luego en el Marco de Referencia Conceptual, pero que contribuyen en este momento tienen el objetivo de ubicar al lector en el estado de la cuestión que se presenta.

En primer lugar y como un lenguaje concertado se puede plantear la Salud Mental desde la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) como “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad”¹

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.

Por su lado algunos autores al acercarse a la noción de Representación Social la definen como Algunos elementos considerados parte de este concepto son las creencias, los saberes de sentido común y el papel del ser humano como productor de conocimientos (Jodelet, 1993). es una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados; en sentido más amplio, designan una forma de pensamiento social y constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (Jodelet,1993).

Un estudio realizado por Berenzon y Mora (2005), tuvo por objetivo conocer las percepciones y concepciones de salud que la población adulta de dos comunidades urbanas de la Ciudad de México, tiene acerca de sus padecimientos.

Se emplearon metodologías cualitativas, con base en el análisis de 38 entrevistas en profundidad con adultos (25 mujeres y 13 hombres). Se encontró que los significados atribuidos por los entrevistados a la salud y a la enfermedad están estrechamente ligados con los aspectos socioeconómicos y culturales. A la Salud Mental se le asoció la capacidad de ser feliz, al optimismo, la libertad, voluntad y al entusiasmo de vivir, así como mantener una relación armónica entre el individuo y la sociedad, y el individuo y Dios. A la Enfermedad Mental se le asoció con estar loco, y la locura fue entendida como una conducta trasgresora de las normas de interacción social, a la violencia, las agresiones, no razonar y tener mal comportamiento (como fumar, decir groserías, incoherencias y en general expresarse mal).

Un estudio realizado en Estocolmo, Suecia, con 1, 249 personas entre 18 y 80 años (Åsbring, 2012), tuvo como propósito examinar el sentido que tiene sobre su salud física y mental, a través de la aplicación de un cuestionario de cuatro preguntas abiertas: ¿Si Usted tiene un problema físico, cuál piensa que sea la causa de ello? ¿Si Usted está sano, cuál piensa que sea la causa de ello? ¿Si Usted se siente mentalmente enfermo, cuál piensa que sea la causa de ello? ¿Si Usted se siente mentalmente bien, cuál piensa que sea la causa de ello? Se encontró que los elementos que indican una buena SM fueron: bienestar, empoderamiento, conciencia de llevar un buen estilo de vida, balance entre el tiempo de trabajo y descanso, además de tener un proyecto de vida. Mientras que la EM se asocia con pensamientos negativos, poco balance entre el tiempo de trabajo y descanso, vivencia de situaciones estresantes, ansiedad, problemas de la infancia, enfermedades y características personales negativas.

En España López, Saavedra, Laviana y López (2012), realizaron un estudio sobre imágenes de la Enfermedad Mental. Se entrevistaron en la ciudad de Sevilla a 920 personas adultas mediante un cuestionario socio antropológico que solicitó a las personas entrevistadas relacionar las categorías: locura, enfermedad mental y depresión, con afirmaciones sobre conductas, síntomas, causas y consecuencias.

A fin de explorar los aspectos cognitivos de las actitudes y representaciones mentales de la población. Los resultados muestran la relación de locura con contenidos de violencia, extrañeza e incurabilidad, a las que se añade una cierta percepción de falta de responsabilidad y una atribución de menor sufrimiento que en las otras dos categorías (Enfermedad Mental y depresión). La imagen social de la Enfermedad Mental muestra una visión más médica, con base

física u orgánica; además, fue asociada a la locura con la carga negativa de violencia, incurabilidad y marginación social. La depresión tiene una actitud más favorable, pero teñida parcialmente de algunos aspectos negativos de la locura y la Enfermedades Mentales; y se destaca la afirmación de que se debe tratar a alguien afectado por una depresión, independientemente de su voluntad.

Finalmente, en torno a la significación de la incapacidad mental, en México se realizó un análisis secundario de la Primera Encuesta Nacional sobre discriminación (Espinola-Nadurille & Delgado, 2009). Se entrevistó a una muestra representativa de 1,473 personas de 18 a 60 años que viven en poblaciones rurales y urbanas de dicho país. Se utilizó un cuestionario auto administrado que incluyó las percepciones, actitudes, valores y Representaciones Sociales sobre la discriminación de grupos de personas que han sido objeto de discriminación por la población en general, entre otras, las personas con Enfermedad Mental incapacitante. A partir de la información obtenida se evidenció que éstas últimas, son percibidas como personas marginadas y con más vivencias de negligencia, discriminación y sufrimiento.

En el contexto latinoamericano y en particular en Suramérica, lo más significativo de estudios sobre el tema de Políticas Públicas de Salud Mental, se encuentra en un artículo denominado: “Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte”², fruto de un estudio documental hermenéutica hecha en el año 2016 sobre normatividad en

² Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(2): 184-192. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07

Suramérica y que indagó sobre alcances y limitaciones en países como Colombia, Argentina, Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Uruguay y que cuentan con disposiciones normativas vigentes (acuerdos, resoluciones y leyes) que sustentan el contenido de las políticas públicas en materia de salud mental. Por otra parte, Chile, Bolivia y Venezuela fundamentan sus políticas en mecanismos administrativos (programas, planes y proyectos) sin apelar a la norma de obligatorio cumplimiento.

Textualmente la conclusión del estudio, plantea que la noción de salud mental que subyace a cada Política Nacional hace énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, desde una concepción positiva del bienestar que resalta el papel activo de los sujetos y poblaciones, las capacidades y libertades disponibles; sin embargo, los recursos, estrategias, acciones y metas están orientados sobre la base de un modelo biomédico que prioriza el diagnóstico y el tratamiento de trastornos mentales.

Por otro lado en el informe de Henao S. y otros realizado en el año 2016 y del cual se hace referencia en el estado de la cuestión en Suramérica, se hace una referencia particular para el caso Colombiano, que vale la pena retomar: “En el caso de Colombia, sólo se podrá tener la certeza del cumplimiento de la política de salud mental si respondió asertivamente a las problemáticas de salud que actualmente enfrenta el país, al reconocer las necesidades que en materia de salud mental tienen los niños y los adolescentes, la población desplazada y las víctimas de la violencia”.

1.2. Las investigaciones en salud mental en Colombia

La tradición de investigación y estudios en torno a la Salud Mental, han sido lideradas fundamentalmente por el Observatorio de Salud Mental, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, pero centrado en los fenómenos asociados al tema, tales como el consumo de Sustancias, Discapacidad por Salud Mental, Trastorno Mental, Violencias entre otros aspectos abordador por esta instancia.

Para tal efecto y en el marco de la ley 715 de 2001, (en el títulos III, capítulo I, artículo 42), le fueron asignadas al hoy Ministerio de Salud y Protección Social las funciones de “definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales”.

El mismo Ministerio plantea que “desde la década de los noventa ya se venía trabajando en la búsqueda de fuentes de información que permitieran realizar el seguimiento y monitoreo del estado de salud de los colombianos. Con el fin de satisfacer la necesidad de obtener información relevante, precisa y confiable en salud, se realizaron diferentes estudios descriptivos, que aportaron valiosa información que sirvió de insumo para la formulación de políticas en salud pública”³

³ Guía Metodológica para el observatorio Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social.

El objetivo del Observatorio Nacional de Salud Mental es Recolectar, analizar y suministrar información suficiente, confiable y oportuna en salud mental que sirva de insumo para la identificación de necesidades, gestión del conocimiento y toma de decisiones en salud a nivel nacional.

Una de las tareas del Observatorio, ha sido retomar la implementación de la Encuesta Nacional de Salud Mental, la cual de acuerdo a lo planteado por el mismo Ministerio se venía implementando desde la década de los noventa y desde 2015 se articula al Plan Decenal de Salud Pública.

La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, la cuarta desde las realizadas en 1993, 1997 y 2003, y que hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud en Colombia, constituye un hito en salud mental pública en Colombia, pues traduce un enorme esfuerzo técnico, metodológico y operativo en la generación de información útil para toma de decisiones que responda a las necesidades de convivencia social y salud mental planeadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. (ENSM, p. 2).

Como se puede observar la escena de investigación ha estado centrada básicamente en entidades públicas como el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo técnico y académico de COLCIENCIAS.

A nivel nacional dos referencia clave, como se indicó en los antecedentes del presente trabajo, los estudios sobre el tema de Salud Mental en Colombia, están referidos a las indagaciones hechas por el Observatorio de Salud Mental y antes por el Ministerio de salud,

desde la década de los años noventa, de acuerdo a lo expresado por esta entidad. Desde el año 2015 se realizan las Encuestas Nacionales de Salud Mental en el marco de la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Lo que se puede concluir aquí es que estos estudios, que han contado con el apoyo técnico de COLCIENCIAS y algunas Universidades del País, como la Universidad Javeriana, que participó activamente en la Encuesta de 2015, se centran en describir la situación de Salud Mental de cara a proveer información y gestionar conocimiento para la Toma de Decisiones en este sentido.

El tema de la Salud Mental en el país como se ha podido observar en este análisis tanto nacional, como internacional tiene avances significativos, pero también profundas contradicciones entre los postulados y las actuaciones reales de todos los actores del sistema de seguridad social en salud, en cabeza del mismo Estado, como bien se plantea en el artículo “La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma”, Hernandez (2018)

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. A esto se suma a que no se ha encontrado que la literatura disponible resalte acciones del país en el sentido comunitario propuesto para el mundo; más bien se le reconoce 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. (p.3)

No obstante y después de diversos ejercicios realizados desde el año 1998 y en el marco de la ley 1616 de 2013, se adopta la Política Nacional de Salud Mental, a través de la resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Salud.

A pesar de ser adoptada la Política Nacional un año después de la formulación de la Política Municipal de Salud Mental de Santiago de Cali, vale la pena referenciarla, en primer lugar porque se constituye en el marco en el cual se debe inscribir, lo que implicará un ajuste de esta a las orientaciones de tipo nacional; en segundo lugar porque el borrador de documento técnico del año 2014 fue tenido en cuenta en el proceso de formulación y finalmente porque comparten algunos elementos de enfoque relacionado fundamentalmente con la necesidad de inscribir las acciones en el marco de la determinación social de forma que se articule al bienestar individual y colectivo de los ciudadanos, superando o trascendiendo la atención a los trastornos mentales.

En este orden de ideas al igual que la Política Municipal de Santiago de Cali, la Nacional, se inscribe en un enfoque de inclusión social y derechos humanos, como lo plantea en su visión, cuando afirma:

En este orden de ideas, esta política propone la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en término de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos, y reconoce la salud como un derecho fundamental en consonancia con lo establecido por la Ley 1751 de 2015 -Estatutaria de Salud- y con la Política de Atención Integral en Salud, adoptada mediante la Resolución 429 de 2016. (p.5)

Adicionalmente es relevante hacer referencias a ejercicios de salud mental realizados en las dos principales ciudades de Colombia, Bogotá y Medellín que constituyen un antecedente clave para contextualizar todo el proceso de formulación de la política pública en Santiago de Cali, objeto de la presente investigación.

La Política Distrital de Salud Mental de Bogotá se formula en el año 2015 y se proyecta hasta el año 2025, se ubica en el contexto de la Salud Mental como derecho fundamental individual y colectivo, en el marco del ejercicio pleno de la ciudadanía, por lo cual supera intervenciones centradas en los trastornos mentales y buscar una articulación con otros elementos de acción social, dirigidas hacia el bienestar colectivo.

Según se define en la introducción del documento técnico la política es el resultado de una interacción de diversos actores y sectores sociales, así como de las empresas prestadoras de servicios de salud, bajo el liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud.

En el caso de la ciudad de Medellín el tema de la Salud Mental, constituye un elemento estratégico de su plan de desarrollo 2016-2019, relacionado con la dimensión un nuevo Modelo de Equidad, que como el caso de Bogotá va más allá de acciones asistenciales relacionadas con trastorno mental y se ubica en la promoción de un programa específico relacionado con la Gestión Integral de la Salud que asume la Salud Mental y las Adicciones, como elementos claramente analizados en el diagnóstico de la ciudad como factores de marginalidad, violencia y exclusión social.

Lo anterior da como resultado concreto de respuesta a la situación planteada y al enfoque estratégico y transversal de la salud mental, un indicador y un proyecto específico relacionado con la formulación de un Plan de Abordaje Integral de Atención sociosanitaria en salud mental y adicciones implementado.

Para cerrar haremos un rastreo en las tesis que se han venido desarrollando en la Maestría de Políticas Públicas de la Universidad del Valle, se han centrado en temas generales de la Salud, en especial en el funcionamiento del Sistema en General.

Tabla 1
Trabajos sobre el tema de Políticas Públicas en Salud Mental – Maestría en Políticas Públicas de la Universidad del Valle

No.	Autor	Título	Director
1	Hilda Mercedes Paredes Bravo	Salud y Desplazamiento, análisis de la aplicación de la política pública en el departamento del Valle del Cauca. Periodo 1997-2007”	José Milton Guzmán

No.	Autor	Título	Director
2	Mario Ernesto Clavijo Herrera	La gestión local de la política pública de transferencias y el desempeño fiscal y financiero en los municipios de calima – Darién, Restrepo y Yotoco en el Valle del cauca, durante el periodo 1998-2002	Rosalía Correa
3	Carlos Alberto Rodríguez Padilla	Estudio de la implementación de las Políticas Públicas de salud ocupacional en una institución de educación superior. Caso Universidad del Valle	Raquel Ceballos Jesús María Sánchez
4	Mónica Andrea Rojas Núñez	El papel de la investigación en los procesos de toma de decisiones en salud	Adolfo Contreras
5	Elsy Giovanna Figueroa Giraldo	“Propuesta De Política Pública Para Promoción Le La Salud Mediante Estrategias Que Fomenten La Practica De Actividad Física. “	Gilberto Aristizabal Martínez
6	Carlos Alberto Rojas y Mellemberg Cardona	“Análisis de las Políticas públicas sociales del Valle del Cauca, durante los años 2001 – 2014” Casos: Educación, salud y pobreza	Bairon Otalvaro Marín
7	Hernan Rodríguez Galvis	“La sostenibilidad financiera en la política pública de salud en Colombia. Caso Fundación Hospital San José de Buga.”	Hernán Ocampo
8	Oscar Marino López Mallama	Política de calidad en salud: requisitos de habilitación y su efecto en la situación financiera de una IPS en Cali.	Raul Andrés Tabarquino Muñoz
9	Carlos Bravo Riomaña	La política pública de atención integral en salud en Colombia: Propuesta de una red integrada de servicios de salud (RISS) para la empresa social del estado (E.S.E) hospital San Rafael del municipio de El Cerrito del Valle del Cauca	Raúl Andrés Tabarquino

Fuente: Repositorio Biblioteca Central Universidad del Valle.

No hay ninguna tesis que asuma el tema de la Salud Mental en forma directa, pero llama la atención que muchas se centran en la Prestación de Servicios y de la situación de la organización de la salud a nivel asistencial. Se hace esta referencia porque un elemento clave de la Política Municipal de Salud Mental tiene que ver con la capacidad de los actores de acceder a los Servicios de Salud Mental y en esta dirección la indagación de algunos de los estudios de la Maestría, aplicados al tema pueden dar pistas de este aspecto.

2. Formulación del problema de investigación

Los ejercicios contemporáneos de formulación de Políticas Públicas, pasan necesariamente por su validación por diversos actores sociales, institucionales, políticos y académicos, a través de la apertura de espacios auténticos de participación social, así como de revisión rigurosa por parte de los involucrados.

En el caso de la formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social, como un elemento central del desarrollo y que tiene un gran impacto en las condiciones de vida de la población; además hay que reconocer el acumulado que tiene Santiago de Cali, que en poco tiempo ha podido no solo generar un conjunto de procesos en torno al tema, sino que ha logrado posicionar una forma de asumirlo desde la Inclusión Social, la Participación Social, así como el establecimiento de respuestas novedosas, que no se limiten solo a la Prestación de Servicios, desde un enfoque médico – biológico.

Es importante precisar que la iniciativa de formular una Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social en el caso de Cali, es de la Administración Municipal principalmente, es decir del Grupo de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, pero dicha iniciativa o lo que en Política Pública se llamaría “decisión”, es jalonada por la situación de la ciudad en términos de violencias, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos mentales y sufrimiento psicosocial, por un lado; pero además por la acción de diversos actores y sectores que dan respuesta a dicha situación, desde las organizaciones sociales, así como desde los

servicios de salud mental que se prestan a la población tanto en el nivel territorial, es decir en el nivel primario como en otros niveles de complejidad, es decir el complementario.

El proceso de formulación de la política en este sentido se establece en una suerte de acción de Gobernanza, en cabeza de la Administración Municipal con el concurso de diversos actores y sectores, lo que se ampliará más adelante y en el cual es claro que el documento técnico de Política Pública que se presentará ante el Concejo Municipal para su adopción, mediante Acuerdo Municipal, cuenta con el concurso de diversos actores de la ciudad tales como organizaciones sociales, cuidadores, entidades aseguradoras del plan de beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), academia, Concejales del Municipio, entre otros.

En este contexto y para efectos del presente proceso de investigación, la pregunta será *¿Cuáles son las posturas de los actores institucionales, políticos, comunitarios y académicos en el proceso de formulación de la Política Pública Municipal Salud Mental y Convivencia Social de Cali, en el año 2017?*

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Analizar las posturas de los actores comunitarios, institucionales, políticos y académicos que participaron en la formulación de la Política Pública Municipal Salud Mental y Convivencia Social del Municipio de Santiago de Cali durante el año 2017.

3.2. Objetivos Específicos

- Describir las concepciones en torno a Salud Mental que tienen los actores comunitarios, institucionales, políticos y académicos que participaron del proceso de formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social de Cali en el año 2017.

- Establecer los enfoques en torno a la Salud Mental que tienen los actores que participaron en el proceso de formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social de Cali en el año 2017.

- Analizar el proceso de participación de los actores durante la formulación de la Políticas Municipal de Salud Mental y Convivencia Social de Cali en el año 2017, a partir de las evidencias, argumentos y capacidad de persuasión.

4. Justificación

La presente propuesta retoma los elementos que dan sustento y fundamentan la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social, que deben adaptarse a las necesidades de los territorios; en este caso, de Santiago de Cali:

El país atraviesa procesos de transformación social, política y económica, acelerados. Los referentes y costumbres que orientan el curso de vida de los ciudadanos también han ido cambiando. La salud mental es muy sensible a transiciones y cambios sociales rápidos (Rutz, 2006). Las expectativas, aspiraciones, hábitos y estilos de vida se trasforman; las tradiciones se reinventan y nuevos marcos de referencia para darle un sentido a vivir no emergen con la misma rapidez que desaparecen los antiguos. La incertidumbre se convierte en un fenómeno que amenaza el bienestar psicológico.

En este orden de ideas hay dos elementos clave que fundamentan y justifican estudios como el que se adelanta a continuación. En primer lugar y como se podrá evidenciar en las siguientes páginas la situación de salud mental a nivel local, departamental, nacional e internacional es cada vez más complejo fruto en esencia de condiciones subjetivas y objetivas que tienen que ver con las interacciones en el nivel individual, familiar y comunitaria, así como de circunstancias sociales amplias y estructurales que elevan el nivel de conflictividad y que se ven reflejados en problemas de consumo de sustancias psicoactivas, violencias auto infligidas y

como forma de resolución de conflictos familiares, comunitarios y sociales, así como la agudización de patologías mentales y del sufrimiento psicosocial al interior de la sociedad.

En este mismo sentido la respuesta institucional es limitada, tanto en términos de nuevos enfoques, como de recursos de toda índole es decir tecnológicos, financieros, de talento humano. En un modelo de salud que privilegia la prestación de servicios y por esta vía genera en clave de rentabilidad financiera barreras de acceso al derecho pleno a la salud y en particular a la salud mental.

Por otro lado y como se evidencia en el análisis que se presenta a continuación, hay varios estudios sobre el tema de salud mental en términos generales, especialmente en el comportamiento del fenómeno como tal y en sus ejes como son consumo de sustancias psicoactivas, trastornos mentales y violencias. También se hizo revisión de algunos documentos de Políticas Públicas de otras ciudades principales de la ciudad tales como Bogotá y Medellín para enriquecer la relación entre el tema de Salud Mental y la formulación de Políticas Públicas.

Teniendo en cuenta que el centro del presente trabajo es revisar las posturas, concepciones y enfoques que tienen los actores que participan en la toma de decisión en torno a la formulación de la Política Pública de Salud Mental en Santiago de Cali, es supremamente relevante pensar justamente como se ha estudiado la relación entre Salud Mental y el sentido que le otorgan los actores al tema de la Salud Mental, por lo cual se hará una indagación a nivel mundial, posteriormente lo que hay a nivel de Suramérica, lo que se encuentra particularmente en Colombia y finalmente los estudios locales y en particular lo referente a los trabajos en torno a

Políticas Públicas en la Universidad del Valle, para así tener un panorama general de lo que se ha indagado.

5. Marcos de Referencia

5.1. Marco teórico

Para ubicar el marco de acción de las Políticas Públicas, recurrimos fundamentalmente al modelo de arte y artesanía, el cual se inserta dentro del pensamiento posmoderno que recoge el enfoque constructivista, basado en un modo de conocimiento crítico que se aparta de los lineamientos que sustentan el conocimiento en la modernidad, denominado positivista, caracterizado por ser racional, demostrable, verificable y generador de verdades universales (Agudelo y Estrada, 2012), en su lugar, se introduce el discurso, como la única variable explicativa y clave para el análisis (Cejudo, 2008). Según Munné (1999), el constructivismo o en su defecto construccionismo se ha desarrollado prioritariamente en el terreno de la psicología social y la política, también en sociología y antropología.

Las políticas no emergen únicamente por una decisión racional basada en la identificación de problemas, la revisión exhaustiva de alternativas y la decisión informada, cada política está atravesada por instituciones, contextos organizacionales, posiciones de poder de los actores, a esta lista ha de sumarse, el discurso.

Cejudo (2008) en su texto expone una visión sobre el enfoque constructivista para el análisis de políticas, en este afirma que el discurso tiene efectos retóricos y efectos sustanciales, pues sirve para argumentar, persuadir y convencer sobre determinadas decisiones y, por otro

lado, genera un contenido e influye sobre el proceso de agenda, diseño, implementación y evaluación.

Giandomenico Majone (2005) es quien desarrolla el modelo de arte y artesanía, éste consiste en la participación de varios actores en el proceso de toma conjunta de decisión en materia de políticas públicas, donde cada parte expone sus argumentos y persuade a favor de sí. Particularmente, el analista dentro del proceso de decisión funge como artesano en sentido metafórico, pues debe analizar la situación, producir las evidencias; cabe destacar que las evidencias recabadas no necesariamente son hechos fácticos que puedan someterse a pruebas de verificación científica, sino que también están compuestas por valoraciones subjetivas, opiniones y diversas fuentes de información.

No existe un procedimiento único para la construcción de los argumentos, ya que los datos y las pruebas se recaban según la disponibilidad de estas y, se emplean distintos mecanismos para la ordenación y análisis de los datos. Hay que advertir que no es un procedimiento mecánico, por el contrario, es interpretativo, reflexivo, estratégico, contextual y situacional.

Posteriormente, el artesano expone sus argumentos dentro de un ejercicio deliberativo con el objetivo de persuadir a otros actores y legitimar su decisión. Los argumentos son discursos no lineales, se sustentan en premisas razonables, refutables y cambiantes; utiliza inferencias lógicas, pero no se reduce a dicho sistema de enunciados formales, es decir, no parte de axiomas como ocurre con el modelo decisionista.

Majone (2005) destaca que un argumento *per se* no es admitido, lo que determina su aceptabilidad es su capacidad de persuasión, esto se logra a partir de estrategias retóricas y en la presentación selectiva de la información (manejo, tratamiento y evaluación de las evidencias). En otras palabras, el modelo no produce pruebas formales sino argumentos persuasivos.

Majone (2005) propone el modelo de arte y artesanía versus el modelo decisionista como ejercicio deliberativo, interpretativo y situacional, digno de recursos argumentativos para debatir valores, cuestionar objetivos e intereses contrarios y sobre todo para movilizar a los actores y recursos a favor de la acción o por lo menos para poner en marcha la decisión tomada conjuntamente.

En síntesis el modelo propone una suerte de evidencias, en este caso datos y análisis de la realidad, los cuales se van estructurando de tal manera que se constituyen en un lugar de convergencia entre los diversos actores que participan de la decisión.

Esta evidencia, no necesariamente son interpretados y utilizados de igual forma por los actores, pueden darse diversas formas de acercamiento desde diversos actores, definidos por sus intereses, lo que será fundamental en el proceso deliberativo; el cual se define en la esfera de la discusión entre los actores para llegar a la toma de una decisión, en la cual tendrá un lugar estratégico la forma como se utilicen las evidencias para que todos los actores sean persuadidos hacia una u otra decisión.

Esta argumentación planeada hasta el momento precisa de un lugar claro del gobierno como actor determinante en un proceso de diálogo con otros actores y sectores de la sociedad, tendientes a resolver problemas concretos. Se trata por tanto del planteamiento de una intencionalidad de metas y objetivos. Para Pressman y Wildavsky: “las políticas son una cadena causal entre las condiciones iniciales y las futuras consecuencias: si X, entonces Y” (Pressman y Wildavsky citado en Aguilar, 2000:44).

En concordancia con Aguilar Villanueva (1993) en el que las Políticas Públicas se constituyen en “Decisiones de gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y el dinero de los privados, en su calidad de ciudadanos electores y contribuyentes”, lo que configura la Gobernanza como una suerte de ejercicio de concertación entre diversos actores de la sociedad que no solo analizan las realidades, sino que proponen acciones concretas, cursos de acción para dar respuesta a la situaciones planteadas.

Las Políticas Públicas son en esencia la expresión de la acción pública, independientemente del enfoque conceptual del que parta, en la medida que tanto en el análisis de la situación, como en la gestión de las alternativas para la potenciación de situaciones o la solución de problemáticas implica una suerte de interacciones entre actores diversos, con distintos intereses y niveles de participación en el proceso de formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas.

En este orden Aguilar Astorga (2009), construye una revisión operativa de los conceptos que en la última década han dominado la escena conceptual relacionada con la definición de Políticas Públicas y que se expresa en la siguiente tabla de su autoría:

Tabla 2
Conceptos de Políticas P

Autor	Concepto
Myriam Cardozo Brum.	Fenómeno social, administrativo y político específico, resultado de un proceso de sucesivas tomas de posición, que se concretan en un conjunto de decisiones, acciones u omisiones, asumidas fundamentalmente por los gobiernos, mismas que traducen, en un lugar y periodo determinado, la respuesta preponderantemente del mismo frente a los problemas públicos vividos por la sociedad civil. <i>(La evaluación de políticas y programas públicos. El caso de los programas de desarrollo social en México, México, M. A. Porrúa. 2006)</i>
Manuel Canto Chac.	Cursos de acción tendentes a la solución de problemas públicos, definidos a partir de la interacción de diversos sujetos sociales, en medio de una situación de complejidad social y de relaciones de poder, que pretenden utilizar de manera más eficiente los recursos públicos y tomar decisiones a través de mecanismos democráticos, con la participación de la sociedad, <i>(Introducción a las políticas públicas, en: Canto, M. y O. Castro (coordinadores) Participación Ciudadana y Políticas Públicas en el Municipio. MCD, México. 2002)</i>
Eugenio Lahera Parada	Cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado (...) incluirá orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados. <i>(Lahera, E (2004), "Introducción a las políticas públicas" FCE. Chile)</i>
Luis Fernando Aguilar Villanueva	Decisiones de gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y el dinero de los privados, en su calidad de ciudadanos electores y contribuyentes. <i>(Aguilar, L. (1993). Antologías de Política Pública, México, Porrúa. Varias ediciones)</i>
Manuel Tamayo Sáenz	Son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios. <i>(“El análisis de las políticas públicas”, La nueva administración pública, Rafael Bañón y Ernesto Castillo (comps.), Madrid, Alianza editorial 1997)</i>
Joan Subirats	Es la la norma o conjunto de normas que existen sobre una determinada

Autor	Concepto
	problemática así como el conjunto de programas u objetivos que tiene el gobierno en un campo concreto. (<i>Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración. Madrid. INAP. 1989</i>)
Charles Lindblom	Nos estamos refiriendo a procesos, decisiones y resultados, pero sin que ello excluya conflictos entre intereses presentes en cada momento, tensiones entre diferentes definiciones del problema a resolver, entre diferentes racionalidades organizativas y de acción, y entre diferentes perspectivas. Estamos ante un panorama pleno de poderes en conflicto, enfrentándose y colaborando ante opciones específicas. (<i>“Usable knowledge: Social science and social problem solving” Yale University Press – 1979</i>)
André Roth	El concepto de política pública tiene tres acepciones: la política, concebida como el ámbito del gobierno de las sociedades humanas (<i>polity</i>). Segundo, la política como la actividad de organización y lucha por el control del poder (<i>politics</i>). Y, finalmente, la política como designación de los propósitos y programas de las autoridades públicas (<i>policy</i>) (<i>Políticas Públicas: Formulación, Implementación y Evaluación, Bogotá, Aurora. 2006</i>)
Heclo y Wildavsky	Consideran a la política pública como una acción gubernamental dirigida hacia el logro de objetivos fuera de ella misma. (<i>“The Private Government of Public Money”, Macmillan, London</i>)
Mény y Thoenig.	Acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad y que ésta se transforma en un programa de acción de una autoridad pública. (<i>Las políticas públicas, Barcelona, Editorial Ariel 1992.</i>)
María Gracías Rua	Conjunto de decisiones que se traducen en acciones, estratégicamente seleccionadas (dentro de un conjunto de alternativas, conforme a una jerarquía de valores y preferencia de los interesados). Su dimensión es pública por el tamaño del agregado social sobre el cual coinciden, pero sobre todo por su carácter imperativo, siendo este revestido de la autoridad legítima y soberana del poder público. (<i>BID 2006</i>)
Pedro Medellín	La estructuración de las políticas debe ser comprendida como el producto de un intenso proceso político a través del cual emergen y toman forma los proyectos e intereses de agentes (individuos), agencias (instituciones) y discursos (síntesis de la interacción entre agentes y agencias) en pugna por imponer un determinado proyecto de dirección política y de dirección ideológica sobre la sociedad y el estado que son gobernados. (<i>La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad. Chile. Serie: Políticas Sociales, núm. 93, CEPAL</i>)
Giandomenico	Es una actividad de comunicación pública y no solo de una decisión

Autor	Concepto
Majone.	orientada a la efectuación de metas (...) es también todo el conjunto de actividades “postdecisionales” o “retrospectivas” que buscan aportar “evidencias, argumentos y persuasión” (<i>Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas. México, D. F.: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C. y Fondo de Cultura Económica. 1989.</i>)
Banco Interamericano de Desarrollo BID.	Intercambio complejos entre acores políticos a través del tiempo (<i>La Política de las Políticas Públicas. Progreso económico y social para América Latina. Informe 2006</i>)
Harold Laswell.	<i>Análisis del proceso de las políticas públicas:</i> cómo se definen los problemas y las agendas, cómo se formulan, cómo se toman las decisiones y cómo se evalúan e implementan las políticas. <i>Análisis en y para el proceso de las políticas públicas:</i> comprende el uso de técnicas de análisis, investigación y propugnación en la definición de los problemas, la toma de decisiones, la evaluación y la implementación. (<i>La concepción emergente de las ciencias de políticas, en Aguilar, El estudio de las políticas públicas, México, Porrúa.</i>)

Fuente: Carlos Ricardo Aguilar Astorga, Marco Antonio Lima Facio. Artículo ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas 2009.

Si bien hay un lugar preponderante del gobierno en estas definiciones y en los ejercicios que se desprenden de los mismos, es claro que corresponden en el marco de la Gobernanza a procesos sociales y de acción en el escenario de lo público que implica convocar las posturas, los recursos y los esfuerzos de diversos actores y sectores.

5.2. Marco Conceptual.

La Organización Mundial de la Salud, durante el periodo de la posguerra, hacia el año 1948 definió la salud como el “Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad”, en la que lo “mental” aparece unido al bienestar y a su dimensión psíquica.

Estamos hablando fundamentalmente de un enunciado de principios y político destinado a ligar la salud a la responsabilidad de los Estados que, mancomunadamente, debían promover su desarrollo.

Con la consideración que se requiere de una lectura crítica, es importante el reconocimiento de haber planteado una definición “positiva” de la salud que no la equiparaba a la simple negatividad de la enfermedad, haber señalado que en ella intervenían componentes “sociales” y “psíquicos”, y haber abierto las puertas a que, en 1978, la Declaración de Alma-Ata la completara al considerarla un derecho humano fundamental, que requiere de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud.

En las décadas posteriores van a aparecer en escena conceptos de salud mental ligados a la idea de un estado de bienestar y desarrollo cuya expresión surge a través de la cotidianidad, expresándose en distintos escenarios y abarcando tanto individuos como colectivos, en Colombia por su parte, se definió 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 para contribuir a la comunidad”. Cabe resaltar que dichas interacciones en los diferentes contextos obedecen a unas condiciones que emergen de la estructura social y de las circunstancias que crea; se trata de variables macro-sociológicas que determinan en cierto nivel formas de organización y des-organización de la sociedad.

Si bien estas definiciones han sido tomadas de manera teórica y consensual, mientras las prácticas sociales y de intervención en salud mental se han establecido de acuerdo con un “Modelo Médico Hegemónico”, posteriormente denominado “bio-medicina”. Este modelo tendría como características estructurales el biologismo, la concepción evolucionista-positivista y la ahistoricidad, asocialidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrada en la enfermedad. También eran sus características la mercantilización, su adhesión a la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras prácticas, la medicalización progresiva de crecientes esferas de la vida cotidiana y la relación asimétrica de poder entre sus actores (profesional-paciente, tecnócrata salubrista-población).

Los procesos sociales y la evolución de los enfoques conceptuales van a establecer nuevas formas de interpretar la salud mental de manera tal que pueda superar el modelo de ausencia de enfermedad y contemple las maneras en las cuales se representa socialmente, de ahí que imponerse sobre concepciones tradicionales de dicho fenómeno implica también la integración de un modelo crítico de la determinación social de la salud capaz de incluir e

interpretar las formas de relacionarse con el mundo en función de circunstancias históricas, materiales, socioculturales y socioecológicas sobre las que se estructuran los modos de solidaridad y la convivencia en los territorios, en esencia, es una apuesta por desentrañar los modos de vivir de los pueblos y sus gentes.

La perspectiva de la determinación social de la salud implica asimilar las múltiples determinaciones que inciden sobre una realidad concreta y, consecuentemente, sobre las condiciones de salud de una determinada colectividad, trasladando como supuesto fundamental que la comprensión de los fenómenos debe pasar por el análisis interdisciplinario y complejo de las formas de organización de una sociedad, su estructura social y económica, entendiendo que esta subsume la dimensión natural de la producción de la salud, la enfermedad y el cuidado. Dicho proceso no solo involucra indicadores de desigualdad social y pobreza, sino que también contempla cuestiones como la presencia, la calidad y accesibilidad en relación con los servicios y acciones de salud pública, así como con los recursos comunitarios, y además, comprende la configuración de los barrios o el grado de integración y el soporte social presente en una comunidad.

En este orden de ideas el llamado es a controvertir la dinámica conceptual y académica, para establecer la promoción de relaciones sociales constructivas, recuperar tejido social y apostar por una convivencia, no es tarea fácil; por razones históricas Colombia ha sido un país caracterizado por violencias e injusticias, la nación se construyó sobre fracturas etnoestructurales, condiciones de exclusión y desigualdad que dificultaron la creación de un proyecto colectivo común; ese propósito colectivo, es decir, la nación como comunidad de

ciudadanos, está inconcluso, por construir, y fragmentado. No obstante, este panorama no puede desconocer las maneras cómo los diferentes actores construyen sus saberes y desarrollan acciones relacionadas con la promoción de la vida, la salud y cuidado de la enfermedad desde su cotidianidad, sus particularidades y potencialidades.

Un compromiso ético-político por reivindicar la salud como un derecho fundamental, en este caso, la salud mental y la convivencia social como un tema prioritario en salud pública, es un bien de interés público, componente esencial del bienestar general y del mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas. Para ello, el Estado garantizará a la población, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

Abordar la convivencia social y la salud mental del Estado Colombiano, así como en este caso el Municipio de Santiago de Cali, implica consolidar un espacio de construcción, participación y acción, desarrollando estrategias transectoriales y comunitarias que mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, así como la intervención y transformación de situaciones y eventos en salud mental, contribuya al desarrollo colectivo y a la construcción del proyecto de sociedad que se desea vivir, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.

5.3. La salud mental comunitaria

La diversidad del tejido social del municipio se expresa de forma individual y colectiva mediante expresiones diferenciales relativas a su curso de vida - niñez, juventud, adultez, vejez - ; a sus procesos de identidad - etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado - ; a sus condiciones y situaciones - ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, la habitabilidad de calle, la discapacidad, la privación de la libertad, el conflicto social y armado, grupos en reinserción - . En esa medida, considerar la salud mental y la convivencia social en Santiago de Cali implica el reconocimiento del otro y un diálogo conjunto para la transformación de realidades a partir de los diversos escenarios y contextos en los que se expresan los fenómenos.

En la cotidianidad, la salud mental se concibe no solo desde componentes biológicos sino ante interacciones sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas gracias a las cuales se desarrolla la vida y se construyen realidades, por ello resulta crucial entender el potencial transformador en sus abordajes, así como sus contribuciones al desarrollo individual y colectivo para la generación capital social, cultural, simbólico y económico. En este sentido, para el municipio de Santiago de Cali:

[...] se reconoce a la salud mental como un proceso complejo y relacional en continua determinación por componentes políticos, históricos, socio-económicos, culturales, biológicos, psicológicos, entre otros, que permite a las personas,

grupos y colectivos desplegar sus recursos y potencialidades en la cotidianidad a través de dinámicas relacionales y configuradas en diferentes espacios de construcción de la subjetividad y colectividad, teniendo como elemento clave al territorio y enmarcadas en el buen vivir; su preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción y transformación política y social vinculada a la concreción de los derechos que sustentan la vida (Grupo de Salud Mental – Secretaría de Salud Pública Municipal. 2017).

Esta definición que es fruto del trabajo del Equipo de Salud Mental en la interacción con las organizaciones tiene su origen obviamente en la evolución del concepto en el tiempo, desde la misma creación de la OMS en la Segunda Posguerra hacia el año 1948, durante la posguerra, que definió la salud como el “Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad”, en la que lo “mental” aparece unido al bienestar y a su dimensión psíquica.

A partir de esta conceptualización de la salud, en los decenios posteriores aparecen conceptos de salud mental ligados a la idea de un estado de bienestar y desarrollo cuya expresión surge a través de la cotidianidad, expresándose en distintos escenarios y abarcando tanto individuos como colectivos, en Colombia por su parte, se definió en la ley 1616 de 2013 en su artículo 3 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 para contribuir a la comunidad”.

Tabla 3
Matriz de Análisis Matriz de Análisis.

Objetivo general: Analizar las posturas de los actores comunitarios, institucionales, políticos y académicos que participaron en la formulación de la Política Pública Municipal Salud Mental y Convivencia Social del Municipio de Santiago de Cali durante el año 2017.							
OBJETIVO ESPECÍFICO	COMPONENTE - DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TECNICAS	PREGUNTAS / ITEMS	FUENTES
Describir las concepciones en torno a Salud Mental que tienen los actores comunitarios, institucionales, políticos y académicos que participaron del proceso de formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social de Cali en el año 2017.	INTERESES DE LOS ACTORES EN TORNO A SALUD MENTAL.	Aquellas Motivaciones que movilizan a los actores sociales.	Motivación.	El sentido que tiene para los actores la Salud Mental, es decir el valor que le otorgan	Análisis Documental o de Textos. Entrevista Individual.	* Objetivo / propósito explícito o implícito de los actores en Documento. * Demandas que hacen los actores.	* Actas de Reunión. (Citación del secretario al Concejo de Cali, Reuniones Equipo Técnico, Reuniones con Líderes, etc.) * Documentos Técnicos del Grupo de Salud Mental (Estudios Previos, Contratos, Propuestas, Videos).
						¿Quiénes participaron en la toma de decisión?	* Documentos Técnicos del Grupo de Salud Mental (Estudios Previos, Contratos, Propuestas, Videos). * Exsecretario de Salud. * Responsable Salud Mental de Cali. * Líder de Versalud. * Coordinador del Proyecto.
						¿Cuáles considera que fueron sus intereses en el proceso?	
						¿Cuáles considera usted, son los argumentos que tenían los actores que participaron en la toma de decisión?	
Establecer los enfoques en torno a la Salud Mental que tienen los actores que participaron en el proceso de formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social de Cali en el año 2017.	ENFOQUE QUE TIENEN LOS ACTORES EN TORNO A SALUD MENTAL.	Marcos de Referencia que tienen los actores.	Enfoque	El lugar conceptual desde el cual los sujetos realizan su planteamiento sobre el tema de Salud Mental.	Análisis Documental o de Textos. Entrevista Individual.	¿Cuál es su concepto alrededor de Políticas Públicas? ¿Para usted: Qué es Salud Mental?	* Documentos Técnicos del Grupo de Salud Mental (Estudios Previos, Contratos, Propuestas, Videos). * Exsecretario de Salud. * Responsable Salud Mental de Cali. * Líder de Versalud. * Coordinador del Proyecto.
Analizar el proceso de participación de los actores durante la formulación de la Políticas Municipal de Salud Mental y Convivencia Social de Cali en el año 2017, a partir de las evidencias, argumentos y capacidad de persuasión.	TENSIONES EN TORNO A LA SALUD MENTAL.	Confrontaciones que se presentan entre los actores.	Tensión	El lugar de conflicto - diferencias entre las posturas de diversos actores sobre el tema de Salud Mental.	Análisis Documental o de Textos. Entrevista Individual.	¿Cómo valoran ustedes el proceso de formulación de la Política? ¿Cuáles fueron los acuerdos y desacuerdos en el proceso de formulación de la política?	* Documentos Técnicos del Grupo de Salud Mental (Estudios Previos, Contratos, Propuestas, Videos). * Exsecretario de Salud. * Responsable Salud Mental de Cali. * Líder de Versalud. * Coordinador del Proyecto.
						¿Cuáles son los actores que participaron de la formulación de la Política de Salud Mental? ¿Cuáles son sus posturas?	* Documentos Técnicos del Grupo de Salud Mental (Estudios Previos, Contratos, Propuestas, Videos). * Exsecretario de Salud. * Responsable Salud Mental de Cali. * Líder de Versalud. * Coordinador del Proyecto.
						¿Con cuales posturas de los demás actores se identifica usted?	* Documentos Técnicos del Grupo de Salud Mental (Estudios Previos, Contratos, Propuestas, Videos). * Exsecretario de Salud. * Responsable Salud Mental de Cali. * Líder de Versalud. * Coordinador del Proyecto.

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 2, se puede observar la conexión que hay entre los elementos conceptuales claves del proceso de investigación, relacionado con los objetivos específicos, que conecta con elementos centrales en el proceso analítico de arte y artesanía, así como su relación con las técnicas que permitirán realizar el análisis respectivo.

6. Metodología.

La perspectiva del análisis desde el referente conceptual de Arte y Artesanía planteado por Giandoménico Majone y enriquecido por otros autores de la misma línea entre otros que desarrollan las ideas de la Gobernanza, desafía la implementación de una metodología de investigación eminentemente cualitativa y de corte exploratorio, pero que en la implementación de las técnicas de investigación social, retome algunos documentos y textos técnicos y gubernamentales de corte cuantitativo que dan cuenta del fenómeno a investigar, cual es el proceso de formulación de la política pública municipal de Salud Mental de Santiago de Cali en el año 2017.

En este orden de ideas se retomarán básicamente dos (2) técnicas de Investigación Social, para explorar enfoques y posturas de las organizaciones comunitarias, actores institucionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de Funcionarios de la Secretaría de Salud Pública Municipal, de político, así como de académicos alrededor del tema de la salud mental. Estas técnicas son el análisis de texto o análisis documental, complementado con entrevistas focalizadas a actores claves que participaron en la formulación de la política pública.

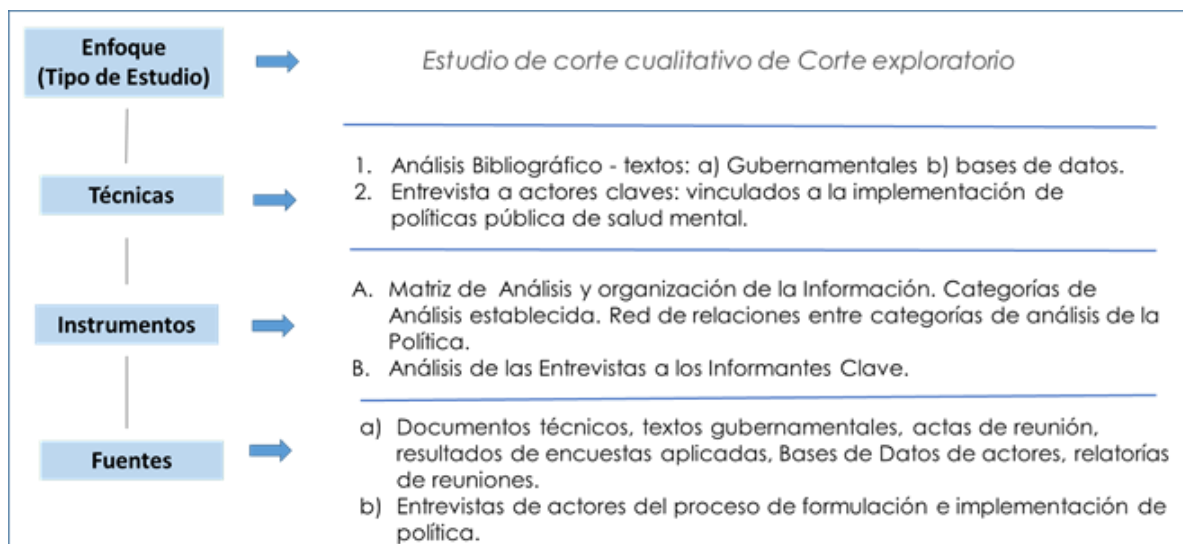


Figura 1. Esquema general de la Metodología del Estudio.

Como se indicó y se puede observar en el gráfico, el estudio es de corte exploratorio e intenta indagar específicamente la dinámica de generación de evidencia, la argumentación que se genera entre los actores a partir de sus posturas, enfoques y motivaciones y finalmente la persuasión que se ejerció por uno u otro grupo de valor en el proceso de formulación de la política municipal de salud mental. En este orden de ideas el presente estudio, corresponde a un fenómeno relativamente nuevo y pretende abrir las puertas para que se profundice en con otros ejercicios investigativos.

6.1. Diseño del proceso de investigación

Un momento clave en el diseño del proceso de investigación lo constituyó la definición del enfoque de la misma así como tipo de estudio, a partir del esquema que se muestra en la introducción de este apartado de la metodología, lo cual orientó el desarrollo

del trabajo, dándole un lugar a cada uno de los insumos que posteriormente se utilizarían para el análisis, en concordancia con los objetivos propuestos.

En este sentido referido al proceso de formulación y diseño de la investigación Social, Casilimas (1996), afirma:

Es el punto de partida formal de la investigación y se caracteriza por explicitar y precisar ¿Qué es lo que se va a investigar y por qué? En la lógica multicíclica que tipifica a la investigación cualitativa da lugar a por lo menos tres submomentos, que podemos denominar: inicial, intermedio y final. (p.35)

En este sentido el diseño la investigación es un momento de planeación social por excelencia, es decir es el momento de plantear lo que se va a indagar, espacios, actores y tiempos de indagación de forma que la implementación posterior del proceso se haga de forma coherente y efectiva.

Para el presente caso se trata de retomar los aportes que hicieron los actores a lo largo del proceso de formulación de la política, así como en los espacios de validación del documento de lineamientos.

6.1.1. Muestreo

De acuerdo a lo que se ha venido planteando, interesa en el marco de la investigación cualitativa poder obtener información directa generada por los actores claves del sistema general de seguridad social en salud y de la sociedad en su conjunto, que tienen relación con el tema de

la Salud Mental y la Convivencia Social y que de alguna manera jugaron un papel clave en la toma de decisión para la formulación de la Política Pública.

En el proceso de selección, revisión y análisis de los documentos y textos gubernamentales y técnicos que son insumo del presente estudio, así como las entrevistas que se realizaron, se tuvo en cuenta unos elementos centrales de los actores que participaron en la formulación de la política de forma que pudieran aportar información relevante para el análisis objeto de la presente investigación, como lo plantea y siguiendo a Casilimas (1996), plantea:

La pertinencia tiene que ver con la identificación y logro del concurso de los participantes que pueden aportar la mayor y mejor información a la investigación, de acuerdo con los requerimientos teóricos de esta última. La adecuación significa contar con datos suficientes disponibles para desarrollar una completa y rica descripción del fenómeno, preferiblemente, cuando la etapa de la saturación se ha alcanzado. (p. 136)

En este sentido las fuentes de información primarias y secundarias, relacionadas con los informantes claves, correspondía a las siguientes características:

- Personas vinculadas al tema de Salud Mental entre el 2015 y el 2017.
- Que participarán en por lo menos una actividad durante el proceso de toma de decisiones y formulación de la Política Pública en el 2017.
- Pertenecientes a una organización social, política, técnica, gubernamental, mixta o académica en cuyas acciones se haya explicitado el interés por el tema de Salud Mental.

6.2. Recolección de la información

En coherencia con el enfoque de análisis cualitativo que se ha planteado en el presente estudio, se acudirá a técnicas de investigación social tales como la revisión documental y entrevistas individuales a informantes clave a través de las cuales se pueda explorar y conseguir no solo relatos descriptivos e históricos del proceso, sino las posturas, enfoques y nivel de participación de los sujetos le dan al proceso de toma de decisiones.

6.2.1. Revisión o Análisis documental o de textos.

Es una técnica básica que consiste fundamentalmente en revisar documentos de referencia del tema y que puedan tener los actores que participan del proceso de toma de decisiones.

La información está contenida en actas, informes, documentos técnicos y demás en los cuales se consigna como se ha venido indicando no solo una descripción de los procesos, sino elementos significativos de enfoques, posturas e intereses de los actores que son de interés del presente estudio.

6.2.2. Entrevista Individual Semi-estructurada

Se trata fundamentalmente de una conversación con los actores previamente seleccionados y con los cuales se profundizará en aspectos claves del proceso de toma de decisiones.

La condición no estructurada de la entrevista, les permitirá a los actores actuar de manera desprevenida y abierta posibilitando como se ha venido indicando que no solo cuenten de manera descriptiva los hechos, sino que además puedan expresar sus motivaciones e intereses detrás de lo cual se encuentran marcos de referencias y enfoques de Salud Mental.

Se realizaron básicamente tres (3) entrevistas al coordinador del proyecto por parte de la Universidad del Valle, a la Supervisora del contrato y coordinadora técnica del proceso de formulación de la política por parte de la Secretaría de Salud Pública Municipal y a un líder de la organización Veersalud, que participó activamente de la formulación de la política pública..

6.3. Procesamiento de la información

De acuerdo a la Matriz de Análisis que se presenta el apartado del marco conceptual, se organiza la información de acuerdo a las categorías previamente establecidas y se articularon a cada uno de los capítulos establecidos para dar cuenta de la pregunta de investigación.

La información que se obtuvo de los documentos y textos gubernamentales, actas y análisis técnicos tanto, los datos de las bases obtenidas, así como la transcripción de las entrevistas a los informantes clave se organizan y ubican como insumos para el análisis de: a) el análisis de la situación de salud mental en Santiago de Cali; b) las posturas de los actores frente al tema de salud mental en el marco de la formulación de la política; c) los enfoques que hay detrás de las posturas planteadas; d) la participación de cada uno de los actores, el cual se organiza en una matriz diseñada y finalmente e) las conclusiones y recomendaciones.

A partir de las categorías y subcategorías previamente establecidas y que se alimentarán con la información de las diversas técnicas de recolección de información, esta será procesada a través del organizada a través del software Atlas.ti V7®, con el propósito de hacer una validación de las categorías identificadas a través de un proceso de análisis de contenido, codificación abierta e inducción analítica.

Este ejercicio permitirá depurar la información y tener claridad sobre los aspectos centrales del Estudio, a saber: Motivaciones e Intereses, Enfoques y Tensiones en el proceso de formulación de la Política, así como de aquellas emergentes que se puedan presentar.

6.4. Plan de análisis de la información

De acuerdo a la Matriz de Análisis en la cual se definen las Categorías de análisis este momento del proceso se denomina cierre, aunque hacen referencia a la posibilidad de cierres preliminares, es el momento de la tematización comprensiva, es decir del análisis de la información, confrontada con los referentes teóricos y conceptuales previamente establecidos.

Por otro lado interesa además realizar un análisis generalizantes, esto es básicamente la posibilidad de realizar aporte en torno a la generación de conocimiento en torno al objeto de investigación, en este caso la Política de Salud Mental y Convivencia Social, a partir de un caso particular en la ciudad de Cali durante el año 2017.

El cierre constituye el elemento clave del análisis en el que se construye la discusión final, como lo va a afirmar SANDOVAL CASILIMAS (1996):

Para esta etapa de la investigación será necesario conjugar dos tipos de trabajo: de una parte, un ejercicio de comprensión que materialice el acercamiento a los horizontes de sentido de los actores, logrado en el curso de la investigación con una participación activa del investigador en un proceso que llamaremos de tematización interpretativa y por el otro, el desarrollo de unos esfuerzos de tematización generalizadora mediante los cuales el investigador buscará relacionar la teoría sustantiva construida a partir de los momentos anteriores con la teoría formal o teoría ya existente sobre el ámbito de pertinencia de la investigación correspondiente. Es, en otros términos, el momento de la construcción teórica. (p. 37).

Interesa en este momento, desde el enfoque de la investigación que es básicamente comprensiva que se genere un diálogo entre los sentidos que los actores de orden político, organizativo, institucional y académico le otorgan a la Salud Mental y la Convivencia Social, en particular al proceso de formulación de la Política Municipal de Santiago de Cali, en confrontación con los marcos de referencias como ya se ha planteado, para tal efecto la información recolectada y que queda clara en la Matriz de Análisis es fundamental para dar coherencia al presente estudio, que como se ha venido indicando es básicamente cualitativo.

7. Resultados

7.1. Problemática de la Salud Mental en Santiago de Cali, desde la perspectiva de las políticas públicas

El tema de la Salud Mental es estratégico en el desarrollo de las sociedades, como se ha expresado ampliamente desde la academia y entes nacionales como el Ministerio de Salud y Protección Social, al igual que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, en Colombia hace falta generar condiciones técnicas y políticas para dar continuidad y sostenibilidad a los procesos, lo cual solo es posible si en el país se avanza en fortalecer las capacidades institucionales de los gobiernos territoriales, la coordinación de actores y políticas y el diseño, formulación, implementación y evaluación de Políticas Públicas con enfoques transversales e intersectoriales.

La formulación de la Política de Salud Mental y Convivencia Social para Santiago de Cali, impulsada en el año 2017, corresponde a las demandas del Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2016 – 2019 “Cali Progresas Contigo” y en particular del Programa “Vida, familia y salud mental” el cual establece el mecanismo para el desarrollo del modelo comunitario de salud mental, cuyo propósito es garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mental, a una familia y la vida en comunidad. Lo anterior, por tanto, se articula a los lineamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, la Ley 1616 de 2013 de Salud Mental, la Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a la Familia de 2013, la Ley 1620 de 2013 de Convivencia Escolar y Formación en el Ejercicio de Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, la Ley 1257

de 2008 para la Prevención y Erradicación de todas las formas de Violencia Contra la mujer y la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas del 2008.

La formulación de esta política pública se fundamenta en la noción de gobernanza, donde resulta clave la alianza estratégica entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil, incluida la academia, y toma en cuenta los enfoques de derechos humanos, diferencial, psicosocial y de inclusión social que contribuyan a generar condiciones para afrontar el momento del posconflicto, en el cual el tema de Salud Mental y la Paz Territorial son claves en la Agenda Pública.

Las investigaciones han comprobado que los trastornos mentales representan una proporción importante de la carga de enfermedad, por discapacidad y mortalidad (OMS, 2005). Los costos que generan los trastornos mentales y la insuficiente salud mental no se circunscriben a la prestación de servicios. También están representados en otras fuentes como discriminación y desempleo. Se han demostrado relaciones entre salud mental y desarrollo socioeconómico (OMS, 2004).

Existen brechas entre la oferta de servicios y demanda de atención; se trata de la brecha de tratamiento o demanda insatisfecha. Los problemas de salud mental producen un sufrimiento intenso que a menudo no es tratado. El dolor psicológico se describe con frecuencia como algo peor que el dolor físico. En nuestro país, es altamente preocupante la problemática de falta de acceso a servicios adecuados de salud mental centrados en la persona, así como la carencia de

recursos destinados al bienestar mental de la población. Muchas personas con necesidades de atención no tienen el acceso o este se encuentra restringido (Chisholm,2007).

Las personas que enfrentan procesos de salud–enfermedad considerados como trastornos mentales son objeto de discriminación en todos los ámbitos; la reducción del estigma asociado a problemas de salud mental es un gran reto. El estigma asociado a problemas de salud mental constituye la barrera más importante para el acceso a los servicios.

Colombia ha sufrido una historia continua de violencia que ha tenido diversas manifestaciones a lo largo de la historia. En épocas recientes, el conflicto armado, acuerdos y negociaciones de paz, procesos de reintegración, reconocimiento de víctimas, y reconstrucción del tejido social, hacen suponer un incremento considerable en la demanda de actividades destinadas a promover y atender la salud mental de los colombianos.

El Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 mostró que el 40% de los colombianos presentó un problema de salud mental clínicamente significativo alguna vez en la vida (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005). Si tenemos en cuenta que la salud mental no es solamente ausencia de trastorno mental, y que la vida inevitablemente nos presenta problemas y retos que no siempre tenemos la posibilidad de asumir, es probable entonces que la proporción de personas que en algún momento requiera de ayuda sea mucho mayor. Todos somos vulnerables a que nuestra salud mental se vea afectada en algún momento del curso de la vida.

El conocimiento sobre salud mental y sus problemas se ha expandido. Los trastornos mentales se pueden prevenir y también se pueden modificar las maneras en las que la sociedad los entiende. Además de la disponibilidad de nuevos medicamentos, las investigaciones demuestran que las terapias psicológicas funcionan (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010). La inversión en salud mental se recupera con creces, puesto que se traduce en más oportunidades, más desarrollo y mejor convivencia entre ciudadanos.

Resulta absolutamente relevante conocer la línea del tiempo de la implementación del proceso a través del cual se formuló la Política Pública de Salud Mental y Convivencia para Santiago de Cali, que como se ha venido planteando responde a un ejercicio altamente participativo, lo cual permitió tener diversas formas de ver los fenómenos, los problemas, las capacidades y por tanto los objetivos y el enfoque de la política.

En un proceso de concertación de los profesionales de la Universidad del Valle, con el Equipo de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública Municipal, se llegó al acuerdo en torno al propósito general del proceso, que consiste básicamente en *“Formular la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Santiago de Cali para el periodo 2017 – 2027, de manera participativa con diversos actores y sectores; y teniendo en cuenta los enfoques de salud pública, Inclusión Social, Derechos humanos, diferencial, psicosocial, género y diversidad sexual”*

De manera más concreta, la idea es en primer lugar *“Promover un proceso de discusión con diversos actores y sectores de la ciudad y de los territorios, en torno a la situación de Salud*

Mental y Convivencia Social en el municipio de Santiago de Cali, a través de la implementación de un diagnóstico participativo”, cuyo producto central es por su puesto una lectura colectiva de lo que acontece en la ciudad en torno al tema, como punto de partida para formular la decisión.

Por otro lado, la idea es la *“Elaboración con actores y sectores estratégicos del municipio y de los territorios los Lineamientos Técnicos y Estratégicos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Santiago de Cali y en este marco el Modelo Comunitario de Salud Mental”*, siguiendo la línea trazada de participación activa en la formulación de la política.

Se ve necesario que este esfuerzo se haga más concreto en un ejercicio de *“Adaptar y validar las Rutas Integrales de atención en Salud Mental; Trastorno y Sufrimiento Social, Consumo de Sustancias Psicoactiva y Violencias, con actores y sectores claves del municipio y los territorios”*, que permita aterrizar en los territorios la política y el modelo comunitario de salud mental.

Finalmente y en el marco de ubicar el proceso en un contexto ético y político, se propone *“Abrir un espacio local y nacional para la discusión y validación de la Política Municipal de Salud Mental, a través de la implementación de un foro nacional sobre el tema”*, que permita en una dinámica de Gobernanza en Salud Mental, entrar en una interlocución con otros actores claves del desarrollo en la ciudad como la academia, los políticos, las organizaciones sociales, los técnicos y los expertos en el tema.

Si bien el ejercicio de recuperación de la experiencia se centra fundamentalmente en el momento de formulación propiamente de la política, se hará una reseña general de varios momentos precedentes que pueden explicar y por ende comprender la decisión que se toma para formular de forma participativa la política de salud mental.

Hay por lo menos tres momentos claves que promueven la aparición de la política municipal de salud mental y convivencia social en Cali.

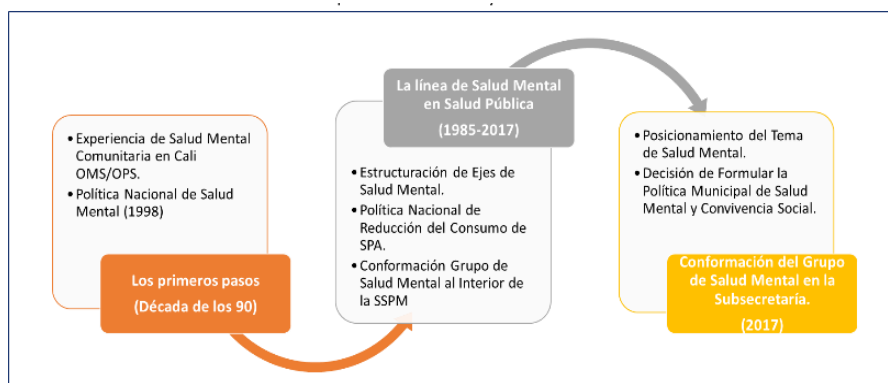


Figura 2 Desarrollos de Salud Mental en Santiago de Cali. (Fuente: Elaboración Propia, desde la Sistematización del proceso de formulación de la Política de Salud Mental y Convivencia Social 2017)

En la década de los noventa a nivel internacional se empieza a hablar sobre un nuevo enfoque de la Salud Mental, esta vez desde la perspectiva de las dinámicas comunitarias.

En 1969, la OPS convocó en Viña del Mar, Chile, a un grupo de trabajo sobre administración de servicios psiquiátricos y de salud mental en el que intervinieron 44 participantes y observadores de 22 países de Latinoamérica y el Caribe (Organización

Panamericana de la Salud. Administración de los Servicios de Salud Mental. Washington, DC: OPS; 1970. [Publicación Científica 210]).

El objetivo primordial de la reunión era llegar a un acuerdo sobre los cambios necesarios para modernizar la atención psiquiátrica y promover acciones de salud mental más amplias e integrales. En este foro se alcanzó un consenso en cuanto a la necesidad de apartarse de los modelos clásicos de manicomios y dar fin a las prácticas de tipo custodial.

Se recomendó la integración de los programas de salud mental en el contexto de la salud pública, la promoción de la participación de las comunidades, la participación de pacientes y familiares en la planificación y prestación de servicios y la modificación de la legislación existente en relación con la salud mental.

Puede decirse que este encuentro fue un precursor de la Conferencia sobre la Reestructuración Psiquiátrica en América Latina y de la "Declaración de Caracas" de 1990.

En los años que se sucedieron, distintos países establecieron servicios demostrativos de salud mental comunitaria con el apoyo de la OPS/OMS; entre ellos, se destacaron el de "Las Crucitas" en Honduras; el de "San José de Murialdo" en Puerto Alegre, Brasil; el de Santiago de Chile; dos centros en Panamá y uno en Cali, Colombia.

Posteriormente se configura en la Secretaría de Salud del Municipio de Santiago de Cali, al interior del grupo de Salud Pública, una línea específicamente para el tema de la Salud Mental,

el cual establece de acuerdo con los lineamientos nacionales los tres ejes de la Salud mental: Violencias, Consumo de Sustancias Psicoactivas y Trastornos Mentales.

En el año 2017 y dadas las condiciones tanto de desarrollo técnico, como de la situación epidemiológica que ya se ha indicado en el presente documento, se toma la decisión de crear el Grupo de Salud Mental y Convivencia Social al interior de la Subsecretaría de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud.

La voluntad política y la aparición de ciertos sucesos, como por ejemplo el debate en el Concejo de Cali en el primer semestre de 2017, dan contexto a la decisión ética y política de emprender el proceso de formulación de la política.

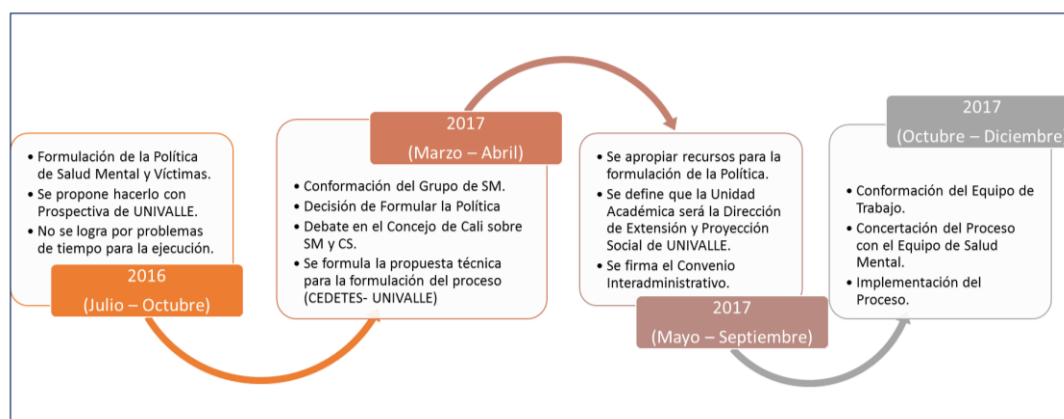


Figura 3. Fases en el proceso de formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social. (Fuente: Elaboración propia a partir del Documento de Sistematización del proceso de formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social. 2017)

Cómo se puede observar en el gráfico anterior, que se ha denominado la Línea del tiempo, se observa claramente los momentos claves que dan lugar al proceso de formulación.

En el cuadro que se presenta a continuación, se hace una descripción un poco más detallada de los acontecimientos que antecedieron el proceso de formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social y que será objeto de análisis posterior.

Tabla 4

Acciones desarrolladas cronológicamente en el Proceso de Formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social.

Año	Mes (periodo)	Acciones y decisiones
2016	JULIO-OCTUBRE	- Se propone la formulación de las Políticas de Salud Mental y Víctimas al Proyecto Estratégico de la Rectoría Políticas y Buen Gobierno. - Se formulan las propuestas técnicas y se presentan a las responsables de las Líneas de Salud Mental y Promoción Social. - Las Directivas de UNIVALLE, proponen que se desarrolle el proceso por el Instituto de Prospectiva. - Desde la Secretaría de Salud se define que no se realicen dichos proyectos, pues no ha empezado el proceso contractual, el cual se daría en el mes de noviembre y no alcanzaría a ejecutarse.
2017	MARZO	- La Secretaría de Salud expresa su deseo de formular la Política de Salud Mental y Convivencia Social. - Se propone que se realice con la Universidad del Valle y más específicamente con la Escuela de Salud Pública. Se menciona la posibilidad de hacerlo con CEDETES. - Se formula la primera versión de formulación de la Política.
2017	ABRIL	- El Secretario de Salud es citado al Concejo Municipal por parte del Concejal Roberto Rodríguez, quien abre un debate en torno a la situación de Salud mental en la ciudad y la necesidad de una Política Pública. En este debate participa la responsable del Grupo de Salud Mental de la SSPM. - Se decide destinar un recurso de 200 millones de pesos para la implementación del proceso, que tiene como producto central la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social. - Se dan las primeras reuniones con el Director de la Escuela de Salud Pública quien es además el Director (E) en ese momento de CEDETES.
2017	ABRIL - JULIO	- Durante estos meses se ajusta la propuesta técnica para la implementación del proyecto. - Administrativa y Financieramente se hacen traslados de

Año	Mes (periodo)	Acciones y decisiones
		recursos para contar con los 200 millones comprometidos por el Secretario ante el Concejo Municipal. Es un trámite que debe cursar en la Administración Central (Secretaría de Hacienda y Planeación).
		- Se hace una selección de un equipo base para la implementación del proceso. - A finales del mes de julio se aprueban los recursos para implementar el proceso. - Se contacta a la Universidad del Valle – CEDETES para realizar el trámite contractual.
2017	AGOSTO	- Se toma la decisión de implementar el proceso desde la Oficina de Extensión y Proyección Social de la Universidad del Valle.
2017	SEPTIEMBRE	- Se firma el contrato entre la SSPM – UNIVALLE. Se hace una nueva selección del equipo de trabajo el cual es contratado durante este mes y se inicia el proceso de planeación.
2017	OCTUBRE - DICIEMBRE	- Se desarrollan las acciones de formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social para Santiago de Cali.

Fuente: Elaboración Propia, desde la Sistematización del proceso de formulación de la Política de Salud Mental y Convivencia Social 2017.

La formulación de la Política Pública Municipal de Salud Mental y Convivencia Social para Santiago de Cali, corresponde a una serie de procesos anteriores que van conduciendo inexorablemente a posicionar el tema de la salud mental en la ciudad, en cada uno de los actores claves no solo del sistema general de seguridad social en salud, sino de la sociedad en su conjunto y conllevan a tomar la decisión de dar respuestas conjuntas, concertadas, colectivas frente una situación estructural, pero que tiene expresiones dramáticas en términos de consumo de drogas, violencias y atención a trastornos mentales en la ciudad.

El dialogo permanente con diversos actores afectados por la situación durante los últimos 10 años, ha generado una sinergia entre estos actores, que tiene un momento de encuentro interesante entre el año 2016 y 2017, momento en el cual convergen no solo voluntades, sino situaciones normativas,

epidemiológicas, procesos sociales, que reivindican las soluciones concretas en los territorios, a partir del análisis e intervención de aspectos relevantes de la realidad comunitaria y social.

7.2. Concepciones de los actores en torno a la salud mental en Santiago de Cali

En el proceso de formulación de la Política Pública, emergieron diversas concepciones en torno a la Salud Mental por parte de cada uno de los actores que participaron, las cuales surgen de experiencias previas así como de sus propios intereses, lo que da pie a que asuman una postura durante el proceso.

El equipo consultor de la Universidad del Valle facilitador del proceso de formulación de la Política Municipal, en coordinación con el equipo de salud mental de la Secretaría de Salud Municipal de Cali implementó un conjunto de acciones de discusión con diversos actores en torno a la situación de salud mental, nociones conceptuales, así como alternativas para la formulación de la política.

A continuación, se realiza un análisis de los resultados arrojados de dos instrumentos cuantitativos que se diseñaron y fueron aplicados en los espacios del seminario especializado en salud mental y convivencia social, y en la semana de la salud mental del año 2017.

Es absolutamente pertinente retomar estos elementos que si bien son de carácter cuantitativo, develan de alguna manera y desde la opinión de los actores las concepciones que tienen de forma colectiva en torno a la salud mental, así como la forma de gestionar este fenómeno social. Es importante precisar que se retoman los datos específicos surgidos de los archivos primarios a los que accedió y se constituyen en un insumo interesante de análisis que no

deja de ser cualitativo en tanto pretende explorar las concepciones que hay detrás de estas “opiniones”, expresadas en sondeos y encuestas aplicadas por el equipo de trabajo.

Estos instrumentos al ser aplicados en estos espacios, cuentan con una participación reducida de personas, ya que la población participante se encontraba seleccionada de acuerdo a un conocimiento y trabajo previo sobre temas de salud mental al interior de sus territorios y organizaciones, asimismo, se encontraban interesadas por participar y trabajar en la construcción para la formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social para el municipio de Santiago de Cali.

Es así como la encuesta de consulta ciudadana para la formulación de la política pública de salud mental y convivencia social para el municipio de Santiago de Cali, que fue aplicada en el marco de la semana de la salud mental que se realizó entre los días 24 al 30 de noviembre del año 2017, arrojó algunos resultados que permiten conocer la percepción de la situación de salud mental por parte de algunos usuarios, actores sociales, personas de la comunidad, entre otros.

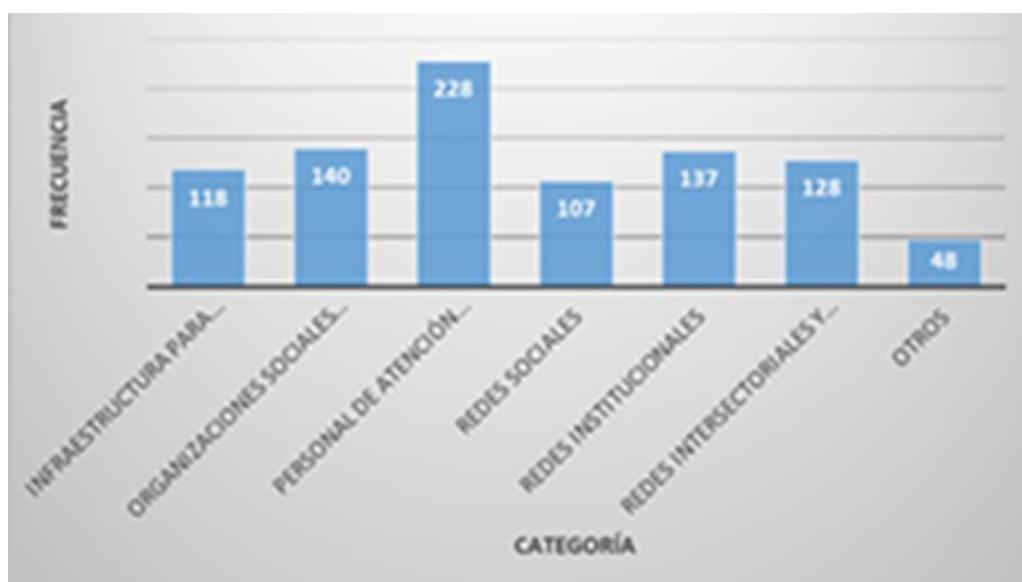
Frente a la pregunta, ¿Cuál considera que es/son el/los principal(es) problema(s)/situaciones de Salud Mental que la ciudad debería abordar a través de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social? Las situaciones que más frecuencia reportaron fueron el consumo de sustancias psicoactivas, luego las violencias, después le siguen los trastornos mentales y el sufrimiento psicosocial, a su vez, las personas también consideran las barreras de acceso a servicios de una manera importante. Todas las situaciones mencionadas

anteriormente se deberían abordar a nivel de ciudad y deberían ser consideradas por la política pública.



Gráfica 1 Problemas/Situaciones de Salud Mental que la ciudad debería abordar a través de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social. (Fuente: Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017.)

Frente a la pregunta ¿Con cuáles recursos cuenta su territorio/institución para implementar la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social? Las personas manifestaron con una mayor frecuencia de respuesta el personal de atención psicosocial como uno de los mayores activos, le siguen las organizaciones sociales que trabajan en la salud mental, después están las redes institucionales, luego están las redes intersectoriales y comunitarias.



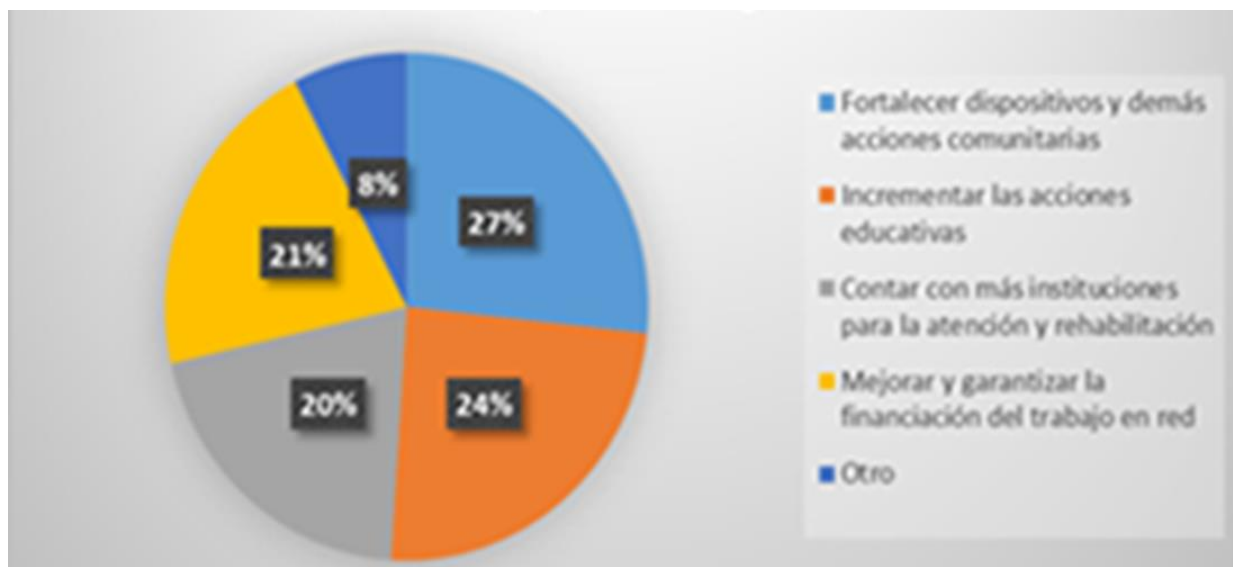
Gráfica 2 Recursos con que cuenta el territorio/institución para implementar la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social. (Fuente: Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017.)

Lo anterior permite inferir que existe una percepción de que uno de los mayores activos con los que se cuentan en los territorios es el personal de atención psicosocial y aquellas organizaciones que trabajan por la salud mental en el municipio.

Frente a la pregunta ¿Considera usted que es importante para el municipio de Santiago de Cali la construcción de una Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social? Se puede observar cómo el 89,5% de las personas encuestadas manifestaron que sí es importante para el municipio de Santiago de Cali tener una política pública de salud mental y convivencia social construida.

Por último, frente a la pregunta ¿Qué propuestas/estrategias incluiría usted para que la política pública de salud mental y convivencia social aborde los problemas/situaciones de salud mental que se presentan en el municipio de Santiago de Cali? Se puede evidenciar como las diversas alternativas planteadas presentan una importancia similar para los encuestados, donde un 27% considera que es importante fortalecer los dispositivos y demás acciones comunitarias, un 24% considera que se deben incrementar las acciones educativas, otro 21% que es importante mejorar y garantizar la financiación del trabajo en red, un 20% considera que se deben contar con más instituciones para lograr atender y rehabilitar de manera integral la cantidad de personas que necesitan acceder a servicios en salud mental, mientras que un 8% considera otras alternativas más importantes.

Esto permite tener presente que dentro de la política pública de salud mental es necesario tener en cuenta estas estrategias para lograr plasmarlas y llevarlas a cabo.

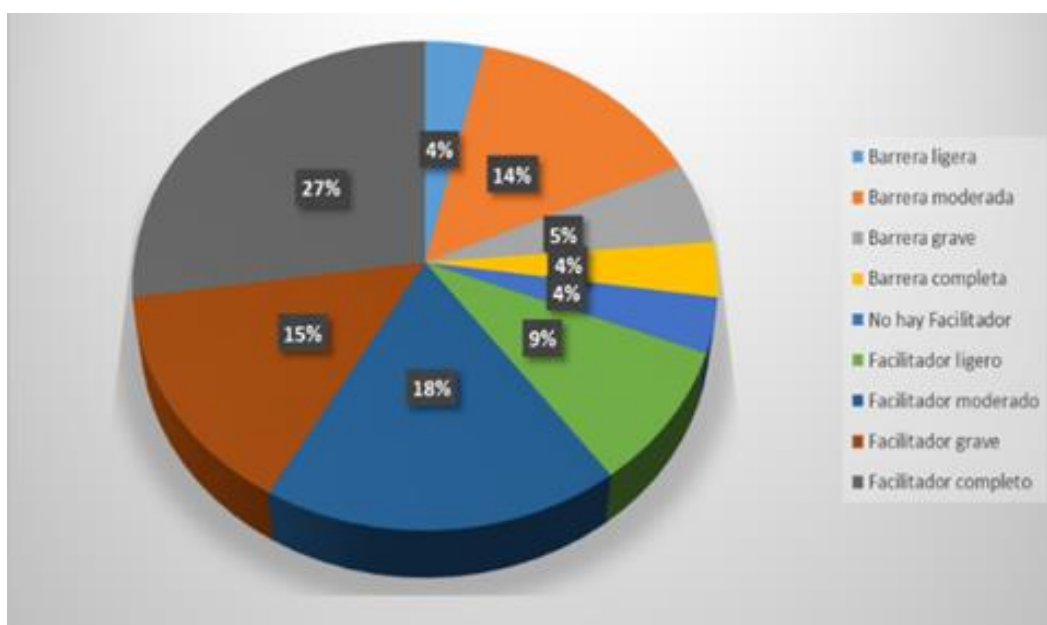


Gráfica 3 Propuestas/Estrategias de Política de Salud Mental y Convivencia Social para el abordaje de la salud mental en Santiago de Cali. (Fuente: Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017.)

Respecto a lo abordado anteriormente y de manera complementaria, la encuesta de La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) aplicada a los 139 participantes del seminario especializado en salud mental, los cuales fueron actores representativos de instituciones y sectores relacionados con la salud mental en los territorios que pretendía medir la percepción de los factores socioambientales que se presentan al interior de los territorios y afectan de manera positiva o negativa la salud mental de sus habitantes, arrojó los siguientes resultados.

Cuando se consulta a los asistentes al seminario especializado en salud mental sobre si los familiares cercanos son una barrera o son facilitadores dentro de los territorios para la salud mental y el buen desarrollo de las vidas de las personas, el 73% de los encuestados expresaron

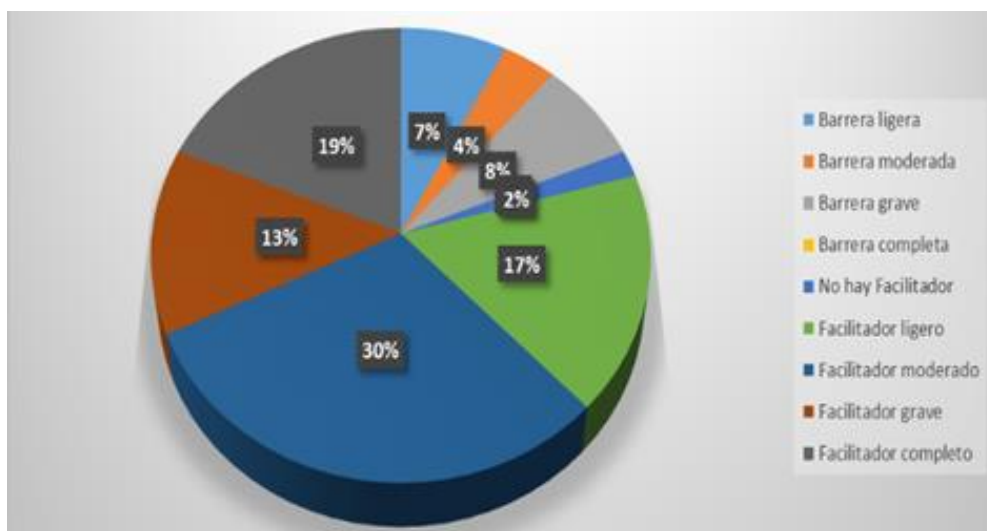
que sí son facilitadores y que ayudan en los procesos de las personas y sólo un 27% consideró que estos por el contrario se convierten en una barrera. El dato más interesante es que el 27% de los encuestados manifiesta que los familiares cercanos son un facilitador completo, es decir, son necesarios para emprender procesos que ayuden a mejorar la salud mental y la convivencia social de las personas.



Gráfica 4 Factores Socioambientales en salud mental, CIF – Percepción sobre Factores familiares cercanos.
(Fuente: Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017.)

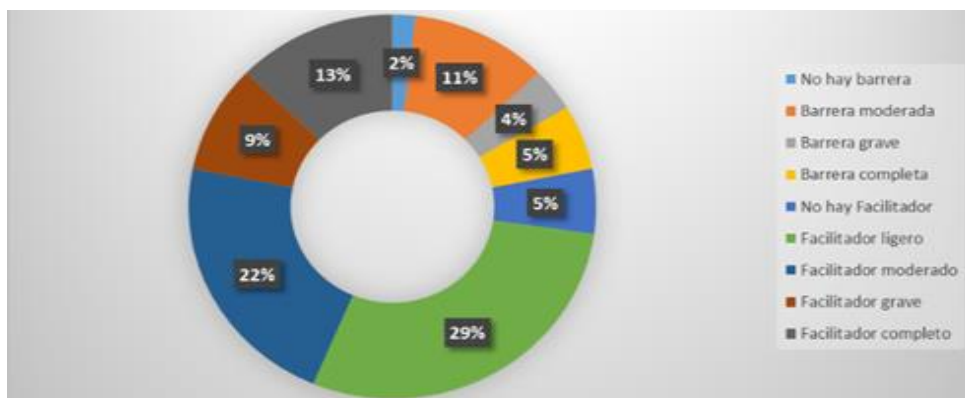
Al preguntar si conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad son considerados como barreras o facilitadores, el 79% de los encuestados respondió que sí son un facilitador dentro de los territorios para las personas frente a un 21% que considera lo contrario. Donde un 30% de ese 79% que considera estas personas como facilitadores, se encuentra dentro de la categoría de facilitador moderado, es decir, que está presente en diversas ocasiones más no

en todas, pero que de alguna manera orienta y potencia los procesos psicosociales que decide tomar una persona.



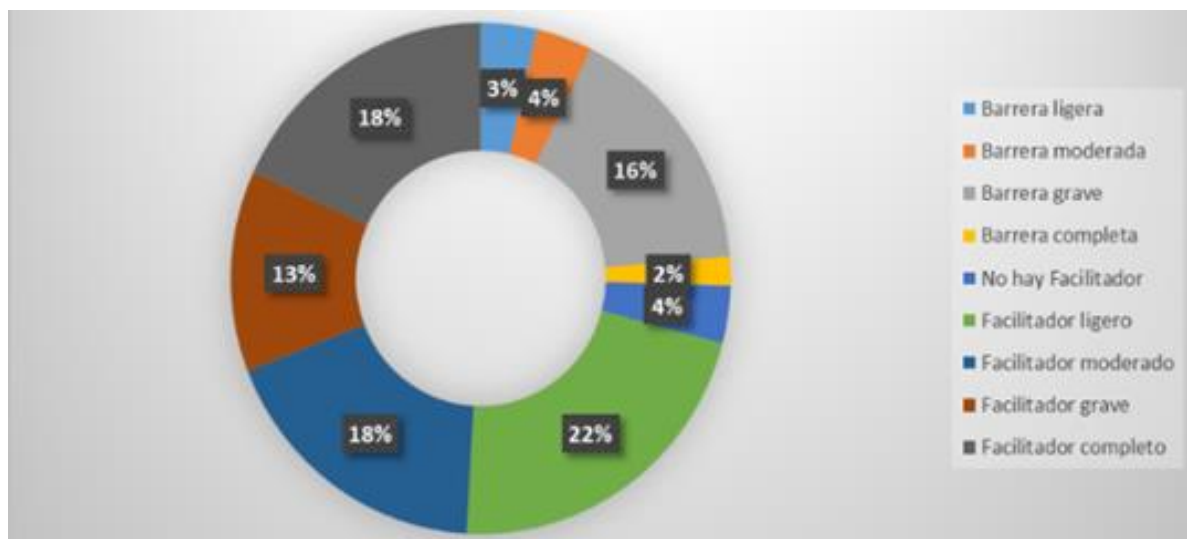
Gráfica 5 Conocidos, compañeros, colegas, vecino y miembros de la comunidad, como barreras o facilitadores para acceso a oferta de salud mental. *Fuente:* Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017

Frente a los cuidadores y personal de ayuda, los encuestados en su mayoría los consideran un facilitador, donde un 29% dicen que este personal son facilitadores ligeros, mientras que un 22% los consideran un facilitador moderado y un 13% consideran que son un facilitador completo. Es decir, como lo muestra la gráfica este tipo de personal ayuda y es prioritario en los procesos de las comunidades y en los territorios porque cumplen un rol importante al interior de los territorios.



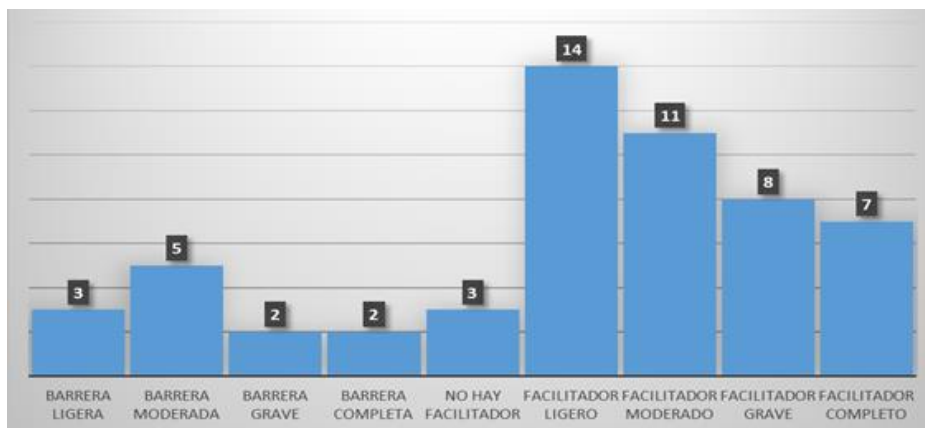
Gráfica 6 Percepción en cuanto a cuidadores y personal de ayuda frente al acceso a la oferta de salud mental en el territorio. (Fuente: Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017).

En cuanto a los profesionales de la salud, 71% de los encuestados consideran que estos son un facilitador al interior de sus territorios, frente a un 29% que los considera como una barrera. Si bien se presenta una buena percepción sobre los profesionales de la salud a nivel general, al ser estos en últimas los que intervienen sobre la parte biológica de la persona, podría decirse que ese 29% de percepción negativa es un indicador de que estos profesionales pueden tornarse en un obstáculo o no realizar la atención de manera oportuna a las personas cuando estas lo requieren, lo que podría llegar a generar situaciones que influyen en contra de la salud y la salud mental de las personas, tal como lo manifestaron algunos asistentes al seminario especializado de salud mental.



Gráfica 7 Percepción de personal de salud frente al acceso a la oferta de salud mental en el territorio. (Fuente: Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017)

Cuando se preguntó sobre la percepción de otros profesionales en sus territorios, ellos manifestaron tener una percepción positiva de estos, donde la mayoría de las personas encuestadas identifica a otros profesionales dentro de la categoría de facilitadores, mientras que una baja proporción de personas los identifican como una barrera y tan sólo 2 personas no respondieron a la pregunta. Ello puede dar a entender que profesionales que están por fuera del ámbito de la salud son considerados como dinamizadores de procesos dentro de los territorios donde trabajan o realizan su labor, entre los profesionales que fueron apreciados e importantes para los asistentes al seminario especializado en salud mental, están: psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos y profesionales de las ciencias humanas y sociales.



Gráfica 8 Percepción de otros profesionales frente al acceso a la oferta de salud mental en el territorio. (Fuente: Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017.)

En el análisis situacional de la salud mental en el municipio de Santiago de Cali se pueden encontrar que varios elementos significativos, uno de ellos se refiere a la situación sobre consumo de sustancias psicoactivas, es una de las situaciones que más preocupa a la población participante de los diversos espacios y que también queda evidente en las diferentes fuentes de información sobre las que se realizó este análisis. Por lo tanto, es uno de los elementos a tener en cuenta y que de alguna manera, permite construir una Ruta Integral de Salud Mental Comunitaria de acuerdo a las necesidades del municipio.

Los diferentes tipos de violencias en el municipio de Santiago de Cali son otro de los resultados que surgió como necesidad de ser abordado por parte de la política pública de salud mental, siendo una preocupación que aparece en los diferentes datos estadísticos del municipio y en los diferentes instrumentos de recolección de información. Así, los datos respaldan las vivencias que los participantes dejan registradas en los diferentes instrumentos de análisis

diseñados, donde las violencias se han convertido en una situación influyente que afecta la convivencia, la tranquilidad, pero sobre todo, la salud mental de las personas, generando tensiones dentro de los territorios que necesitan de un abordaje continuo y comprometido de los diferentes actores sociales y sectores del municipio.

Otro evento/situación de salud mental que es importante a tener en cuenta por haber sido de preocupación en los diferentes espacios, son los trastornos mentales y el sufrimiento psicosocial, que de alguna manera se encuentra relacionados con aquellas situaciones de violencias, exclusión social, estigmatización, consumo de SPA, entre otras, que influyen en que la salud mental de las personas en los territorios se vea afectada. Tanto el trastorno mental, como el sufrimiento psicosocial son fenómenos que han venido en aumento en el municipio de Santiago de Cali, y como se ha podido observar en algunos párrafos anteriores, estos han surgido como una necesidad a resolver dentro de la política pública, sin embargo, el entendimiento de este fenómeno no se puede desligar del complejo contexto en el que debe relacionarse cada persona y sus capacidades y potencialidades.

Asimismo, el estigma social también es una de las situaciones que surge como un elemento a ser abordado por parte de la política pública, porque este se va encontrar directamente relacionado con las representaciones sociales asociadas al consumo, violencias y al trastorno mental y sufrimiento psicosocial; surgiendo denominaciones como por ejemplo: “el loco”, “el adicto”, “el malandro”, entre otras muchas que no sólo afectan de forma directa o indirecta los procesos que inician algunas personas para abordar, mitigar o superar sus diversas situaciones de

tipo personal, sino que este tipo de estigma termina afectando su ámbito familiar y/o social en la cotidianidad.

Por otra parte, las barreras de acceso a los servicios de salud también constituyen situaciones negativas que terminan influyendo en la salud mental de las personas, se encuentran constituidas en dos frentes: las relacionadas con el sistema de salud y las barreras actitudinales. Las barreras relacionadas con el sistema de salud actual que tenemos indican que éste no permite una atención oportuna, integral y con criterios de calidad, ya sea por insuficiencia de los recursos (financieros, infraestructura, talento humano, etc.) y/o por la gran demanda que se viene presentando en este tipo de servicios de acuerdo con el modelo hasta ahora instaurado en la ciudad. Por otra parte, el segundo frente son las barreras actitudinales de las personas que hacen parte de este proceso (sean médicos, vigilantes, servicio al cliente, etc.) y que no permiten que el servicio de salud mental sea prestado en el momento preciso, afectando de forma directa e indirecta en la agudización de las situaciones vividas por las personas consultantes.

Por último, se logra observar que el trabajo en los territorios llevado a cabo por los dispositivos comunitarios y miembros de la comunidad se erige como un aspecto importante a tener en cuenta al momento de abordar las diferentes situaciones que se presentan al interior de cada territorio, pues se encuentra que estos dispositivos vienen adelantando estrategias e intervenciones para mitigar los impactos en distintos contextos; sin embargo, la situación se torna de difícil abordaje tanto por su magnitud, como por la imposibilidad de superar diversas prácticas relacionadas a los fenómenos presentados en la cotidianidad (violencias, consumo de SPA, etc.) a pesar de las intervenciones que se realizan. Por ello, la política pública se plantea

como un mecanismo articulador y generador de estrategias para permitir avances en el abordaje de cada uno de los fenómenos presentados en los territorios, esto a través de dinámicas de la promoción de la vida -como muchos participantes de los diversos espacios e instrumentos han señalado-, teniendo en cuenta que en los territorios no sólo se presentan situaciones que afectan de manera negativa la salud mental de las personas, sino que también hay muchas situaciones positivas que permiten producir salud mental a las personas en medio de sus vivencias cotidianas.

Posterior al desarrollo de los ejercicios consultivos de la política pública en todos sus componentes, incluyendo el seminario especializado en salud mental, los grupos de discusión, los talleres consultivos, las jornadas de la semana de la salud mental y las encuestas presentadas anteriormente, se desarrolló un ejercicio de consolidar los resultados de la totalidad de los encuentros en documentos individuales de relatoría o informe. Una vez sistematizada dicha información se procedió a realizar un análisis cualitativo de las categorías emergentes para la formulación de los componentes y las estrategias de la Política. De manera paralela se procedió con el procesamiento de la información recolectada en los diferentes espacios participativos y las fuentes secundarias a través de software Atlas.ti V7®, con el propósito de hacer una validación de las categorías identificadas a través de un proceso de análisis de contenido, codificación abierta e inducción analítica. Finalmente, se desarrolló el proceso de triangulación de los análisis del equipo consultor con y sin el uso del software, a partir del cual se establecieron los puntos en común, las diferencias y se integraron las categorías que se consideraron representativas de lo que la población consultada planteó y que fueran de alta pertinencia para la formulación de la política pública.

Producto del ejercicio descrito anteriormente se obtuvo una red de categorías de análisis **(Ver figura 4)**, la cual constituye un insumo para el establecimiento de la estructura de la política. A continuación, se presenta la descripción de la red construida, con lo cual se logra integrar y sintetizar los diferentes procesos de análisis desarrollados.

En primera medida es necesario aclarar las convenciones usadas:

- 1) Las categorías se presentan en los recuadros de color.
- 2) Los recuadros de color amarillo corresponden a los enfoques usados por los participantes para el abordaje de los diferentes temas discutidos sobre salud mental y convivencia social.
- 3) Los nodos de color más intenso (ciudadanía para la promoción de la vida y la convivencia, gobernanza, dirección y rectoría en salud mental, redes transectoriales de respuesta institucional y comunitaria en salud mental y conocimiento y dialogo de saberes) son los ejes centrales alrededor de los cuales se integraron y relacionaron todas las otras categorías, con la influencia y orientación de los enfoques.
- 4) Los vínculos de color rojo indican integración entre nodos y otras categorías, los de color azul indican orientación de los enfoques hacia los nodos y los de color rosado indican relaciones entre categorías.

Ahora bien, se identificaron siete enfoques, a saber:

- Determinación social de la salud.
- Territorial.
- De derechos.
- De género
- Étnico.
- Diferencial.
- Psicosocial.

Estos enfoques demuestran un ejercicio reflexivo sobre aquello que debe orientar de manera transversal la política, pues los participantes lograron establecerlos con diversidad de denominaciones pero orientados conceptualmente a los mismos fines; es llamativa la apuesta política por la vida desde lo que podría determinarse el enfoque de determinación social, que se encontró, si bien no de forma exclusiva, si de manera frecuente.

Respecto al nodo de ciudadanía para la promoción de la vida y la convivencia, se encontró integrado con la promoción de la vida, la re-significación de la salud mental y la convivencia social y el ejercicio de ciudadanía. En este nodo se encontró de manera significativa una transformación de la conceptualización de la salud mental, desde el concepto de salud relacionado con el bienestar, hasta el abordaje de la inclusión social como un asunto relevante para la convivencia social; además, se encontró relación de este nodo con el de gobernanza, dirección y rectoría a través del abordaje de las relaciones de poder.

Por su parte, el nodo gobernanza, dirección y rectoría en salud mental se integró con el monitoreo, evaluación y control a la implementación de la política y a la calidad de los procesos en salud mental, la financiación y sustentabilidad de la política y la divulgación de la misma. En este nodo resalta la noción de gobernanza que articula a todos los actores para la garantía e implementación de la política; así mismo, los participantes enfatizaron en la importancia de los procesos de monitoreo y evaluación como fundamentales en la gestión de la política, con el uso de ejercicios participativos y adaptados al contexto, tal como se evidencia en la figura 18, pues esta última categoría constituye una de las centrales que se relaciona con todos los nodos.

El nodo de redes transectoriales de respuesta institucional y comunitaria en salud mental se integró con: El fortalecimiento de capacidades del territorio para el trabajo en red, la conformación de redes integradas de servicios de salud, sociales y comunitarios, la articulación transectorial de redes institucionales y comunitarias, y la implementación de la Ruta Integral en Salud Mental Comunitaria. En este nodo es fundamental retomar que los participantes se refirieron a ejercicios inter y trans sectoriales, disciplinares e institucionales, por lo cual se expresa de esta forma en la figura 18, sin embargo los alcances de estas categorías son diferentes e implican relaciones diferentes entre las instituciones, actores y sectores, pero con el mantenimiento de alianzas estratégicas para el logro de dicha respuesta institucional y comunitaria en salud mental.

El último de los nodos corresponde al conocimiento y dialogo de saberes, que se integró con la producción de conocimientos y saberes, la transferencia y realimentación de conocimientos y saberes, los observatorios en salud mental y sistemas de información y la

7.3. Enfoques de los actores en torno a la salud mental en Santiago de Cali

En el transcurso de la implementación del proceso que dio como resultado la formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social de Santiago de Cali, como se ha explicado y sus resultados presentados en el capítulo anterior, es claro que existen algunos consensos en torno a los problemas centrales relacionados con el tema de Salud Mental, de los cuales se derivan las alternativas para abordar dichas situaciones.

Pero en el presente trabajo resulta fundamental explorar cuáles son los enfoques que hay detrás de las posturas esgrimidas por los actores que participan del proceso y que de alguna manera los llevan a plantear evidencias, construir argumentos y establecer en el marco de la negociación un escenario de persuasión, para posicionar sus puntos de vista, sus posturas que como se ha venido indicando son expresión del enfoque que tienen sobre el tema de Salud Mental y las alternativas de intervención.

De acuerdo a lo que se ha venido planteando, la interacción se estableció básicamente con los siguientes actores:

- Organizaciones Comunitarias: líderes, lideresas, cuidadores y agentes de organizaciones sociales y comunitarias que desarrollan acciones cotidianas de promoción de la salud, prevención, mitigación y atención de situaciones relacionadas con los ejes de salud mental (consumo de sustancias psicoactivas, violencias y trastornos mentales y sufrimiento psicosocial).

- Actores Políticos: En este grupo claramente están representantes del Concejo Municipal de la ciudad de Cali, así como el Secretario de Salud Pública Municipal, que como se profundizará más adelante tuvieron que ver en el proceso, en tanto generaron las condiciones para la formulación de la política, a través del control político en el caso del Concejo Municipal y destinaron los recursos para la implementación del proceso en el caso del Secretario de Salud de turno.

- Funcionarios y Técnicos: Hace referencia al equipo de trabajo o grupo de salud mental de la Secretaría de Salud Pública Municipal y otros profesionales que intervienen en el proceso, de otros organismos o dependencias de la administración municipal y de organizaciones no gubernamentales expertas en el tema y que afectaron la discusión, pues pusieron en el escenario su experiencia, sus construcciones conceptuales y sus apuestas metodológicas frente al tema de la Salud Mental en la ciudad.

- Actores Académicos: Siendo justamente la Universidad del Valle quien en su función de facilitadora y consultora quien orientó el proceso de apoyo a la Secretaría de Salud Pública Municipal en el proceso de formulación de la política municipal de Salud Mental y Convivencia social y por solicitud de esta estableció contacto con otras instituciones de educación superior; la Academia se constituyó en un actor clave en el proceso de discusión de la política.

- Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), también conocidas como Entidades Administradoras del Plan de

Beneficio (EAPB), así como su red prestadora denominada Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), participaron de la discusión y de las decisiones en el marco de la formulación de la política pública.

La cuestión en este momento del análisis y como aporte a comprender el resultado concertado de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social es definir un parámetro que nos permita establecer el enfoque que hay detrás de las posturas de cada uno de los actores.

En lo que hemos venido planteando y que se explica en el marco de referencia conceptual es que históricamente hay por lo menos tres formas de abordar la Salud Mental y que se han sucedido en algún momento, se han confrontado en otro e incluso se han complementado.

Un primer enfoque tiene que ver con una mirada biomédica y clínica de abordar los asuntos de la Salud Mental y que como se ha explicado en el presente documento da origen a la forma de intervenirlo, preferencialmente a través de modelos de atención basadas en la institucionalización especializada, que de alguna manera excluye la participación de los sujetos que padecen situaciones relacionadas con consumo de sustancias, violencias y trastornos mentales. A este enfoque se le conoce también como en enfoque Manicomial, es decir en el que la idea de manicomio, cárcel u hospital es el eje central del abordaje de las problemáticas.

Este enfoque explica los problemas de la Salud Mental con la disfunción individual y comunitaria estableciendo parámetros de normalidad/anormalidad que explican los

comportamientos, por lo cual se hace necesario aislar a los individuos y tratarlos con un conjunto de terapias individuales, grupales y familiares que controlen o restablezcan la salud mental.

Si bien reconoce el impacto en la salud mental de las relaciones sociales y de la implementación de políticas, se privilegia un enfoque individualista, así como un tratamiento como se han planteado antes que atiendan fundamentalmente el entorno más cercano de las personas, con base en intervenciones de carácter clínico e institucional.

Frente a este enfoque se ha planteado alternativas relacionadas con explicaciones que si bien reconocen las situaciones individuales y de los entornos cercanos a la persona, intentan desde una perspectiva sistémica, explicar los fenómenos relacionados con la Salud Mental que involucren las relaciones que se dan en los escenarios de familia, comunidad y social y en el marco de las políticas públicas.

En este orden de ideas se privilegian enfoques de Psicología Social Comunitaria, es decir explicar los temas de la psique desde una compleja red de relaciones que establecen las personas consigo mismas, con los demás y que están en el marco de la forma como se configuran las familias y las comunidades, lo cual está afectada por los procesos macro económicos, culturales, políticos y sociales que rodean estas construcciones relacionales.

En este orden de ideas, no solo los técnicos y algunos funcionarios, sino además las agencias multilaterales, han llamado la atención en torno a trabajar por la construcción de entornos familiares, comunitarios, sociales y políticos de bienestar y de protección social, en el

marco de las políticas públicas, esto significa que la salud mental sería el resultado no solo de la atención individual, que por demás puede ser costoso y poco efectivo en términos cuantitativos, sino que ponga su acento en condiciones relacionadas con el mejor estar, buen vivir o bienestar de las relaciones individuales (autocuidado), fortalecimiento de las relaciones familiares, mejoramiento de la Convivencia Social en los escenarios comunitarios; y el establecimiento de políticas públicas del nivel social que conduzcan a la satisfacción no solo de las necesidades humanas, sino que promuevan el acceso a servicios de salud en el marco de la promoción, de la prevención, del mantenimiento, la mitigación y la atención integral de situaciones de salud mental en este caso.

Las dos posturas o enfoques planteados, así como sus intervenciones como se ha venido plantando pueden definirse como complementarias desde la perspectiva que se asuman, pero en la práctica pueden estar respondiendo a dos extremos de una misma situación, lo que de entrada genera limitaciones desde los enfoques mismos, así como las posibilidades de implementación de estrategias. Es decir unas por centrarse demasiado en los micro espacios individuales, de pares y a lo máximo familiares y el otro por la generalidad que puede representar dejando por fuera respuestas y acciones concretas. [Esta afirmación resulta muy

Frente a esta situación surgen enfoques y particularmente el planteado desde la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali y en particular por parte del Equipo de profesionales del grupo de Salud Mental, que es intermedio y que se ha denominado Salud Mental Comunitaria, que tiene por lo menos tres elementos que acercan de alguna manera los dos enfoques planteados inicialmente:

- Ofrecen alternativas muy concretas a grupos específicos, reconociendo la potencialidad que estos tienen para resolver sus asuntos, en sinergia con la institucionalidad y otros actores, del sistema general de seguridad social en salud y del sistema social en general.
- Privilegian un análisis desde la *determinación social* es decir desde la forma como los factores o elementos micro y macro de la dinámica social afectan la salud mental y los cuales son factibles de ser intervenidos de forma subjetiva y objetiva.
- Confieren un lugar estratégico al territorio, como escenario de confluencia de lo individual, lo familiar, lo comunitario, lo institucional e incluso lo cultural, político y académico, en el que se puedan generar alternativas de intervención e interacción pedagógica, social y política, que responda de forma efectiva a las demandas de los sujetos. Por otro lado es el espacio privilegiado, no solo de resignificación de prácticas individuales y colectivas de salud mental, sino de acceso a servicios de salud del nivel primario y complementario.

Este enfoque podemos decir surge como intermedio o mediador de los primeros que se presentaron y en la práctica de acuerdo a los técnicos y académicos que lo han venido agenciando incluso se puede constituir en un punto de encuentro de las inversiones concretas a partir de la implementación de modelos de carácter exploratorios o pilotos que puedan no solo demostrar su impacto terapéutico, pedagógico y social, sino su efectividad económica y rentabilidad social.

A partir de la información recolectada con las diversas técnicas que se implementaron para capturar la opinión de los actores sociales: entrevistas, encuestas, reuniones y demás técnicas, haremos el ejercicio de ubicar en un primer momento lo que nos encontramos y que pueden ubicar en cada uno de los actores en los enfoques planteados, pero tratando adicionalmente de explicar de alguna forma dichas posturas.

Tabla 5

Enfoque de los actores que participaron en la formulación de la Políticas Pública Municipal de Salud Mental y Convivencia Social.

Actor	Enfoque en el que se inscribe	Motivación fundamental
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA.	En principio Enfoque Biomédicos – Institucionales. Algunas organizaciones en el Enfoque de Salud Mental Comunitaria.	Corresponde a las vivencias de la comunidad que si bien en algunos casos ha podido acceder a ofertas de Atención en Salud Mental, le corresponde asumir estos fenómenos de forma directa y sin mucho apoyo, por lo cual la primera opción es la institucionalización.
ACTORES POLÍTICOS	Claramente en un Enfoque Biomédicos – Institucionales, que se explica desde las evidencias y la situación de salud mental de la ciudad.	Se observa en los argumentos que sustentan tanto el Control Político, como las acciones administrativas, relacionadas con la alarma que generan las estadísticas en torno a la Salud Mental en la ciudad. Aumento de consumo de SPA, tasa de suicidio, casos de violencias en general, etc.
FUNCIONARIOS /TÉCNICOS.	Enfoque de Salud Mental Comunitaria.	Además de ser una construcción conceptual y pedagógica que vienen desarrollando hace algún tiempo, logran generar

Actor	Enfoque en el que se inscribe	Motivación fundamental
ACTORES ACADÉMICOS	Enfoque de Psicología Social – Modelo Ecológico.	cierto nivel de evidencia de su impacto en grupos específicos, particularmente desde Dispositivos Comunitarios. Sigue siendo un discurso académico, muy general que no alcanza a conectarse con las dinámicas comunitarias, a pesar de hacer aportes teóricos y de evidencia científica interesantes.
ASEGURADORES Y PRESTADORES	En principio Enfoque Biomédicos – Institucionales. Posteriormente desde en el Enfoque de Salud Mental Comunitaria.	Tradicionalmente el enfoque institucional ha imperado en las intervenciones de las EPS y de las IPS, pero eso ha ido cambiando, por efecto de la normatividad (PAIS, MIAS, RIAS), así como los efectos en la rentabilidad del sistema.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la información de los actores que participaron en el proceso de formulación de la Política Pública Municipal 2019.

Puede resultar un poco llamativo sino contradictorio que justamente los actores comunitarios y las EPS e IPS, coincidan en los enfoques, aunque con motivaciones distintas, pero justamente esto indica la importancia del análisis de las posturas de todos los actores frente al tema de la Salud Mental y sus alternativas de intervención.

Profundizando en el análisis hay que indicar que las organizaciones comunitarias, particularmente los cuidadores están expuestos permanente, directa y cotidianamente a situaciones problemáticas relacionadas con los temas de salud mental: consumo de sustancias

psicoactivas, violencias y las expresiones de las patologías mentales de sus familiares y allegados y desde el sentido común lo que piden es respuestas institucionales que les ayuden a sobrellevar dichas situaciones.

Los representantes de VERSALUD (organización comunitaria de veeduría ciudadana en salud), refieren que también hacen parte de la Red del Buen trato y de Liga de Usuarios, refieren que Felicitan a la SSPM por generar este espacio donde se podrá trabajar por la real articulación, en pos de mejorar la salud mental. Recalcan que dicha mesa debe servir para recalcar las responsabilidades de los actores que prestan servicios y atienden en las rutas, y que la mesa debe servir para seguir sus acciones y llamarles la atención cuando estas responsabilidades no se estén cumpliendo. (Intervención del Representante de la comunidad en el acto de instalación de la Mesa Municipal de Salud Mental. Acta de reunión del 24 de Noviembre de 2017. P. 6,7)

En algunos casos y fruto de los procesos de formación estas personas, así como de algunos líderes y lideresas es posible que esta postura que aboga por respuestas institucionalizantes basadas en enfoque biomédicos y clínicos se modifiquen un poco, reconociendo la importancia de trabajar en el nivel de la promoción y la prevención, así como el empoderamiento de los sujetos, desde la perspectiva de los derechos humanos. En esto y como lo expresan los líderes que participaron en el estudio, han tenido una gran influencia los dispositivos comunitarios, que se constituyen en respuestas rápidas, inmediatas y cercanas a situaciones relacionadas con la salud mental.

Por el lado de las Aseguradoras y de las Prestadoras de Servicios de Salud, particularmente en el caso de las primeras que son quienes administran los recursos del Sistema General de Seguridad Social, se puede apreciar que en algunos casos por razones técnicas y en otros por razones de rentabilidad económica, están replanteando sus enfoque biomédicos. Particularmente la normatividad que desde el año 2016 viene impulsando la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, establece tanto en el su modelo de Atención MAITE, como en sus rutas de atención en salud RÍAS, la obligatoriedad de trabajar más en las fases preventivas y de promoción y mantenimiento de la salud. Pero además estos instrumentos establecen un sistema de incentivos que en su conjunto pueden tener un impacto en la rentabilidad de las instituciones aseguradoras y prestadoras.

En este orden de ideas es importante retomar elementos planteados sobre los costos que pueden significar las intervenciones en salud mental, retomando el análisis financiero que hace la Dra Maritza Isaza en la apertura de uno de los foros sobre el tema durante la Semana de la Salud Mental.

[...] para y por el “Buen Vivir” y que son sentimientos de cada día el estrés, las emociones y el desarrollo psicológico. Se han reportado 1013 casos de intentos de suicidio asociado a dificultades económicas o problemas de pareja. Se ha de aprender a tener nuevas formas de convivencia. De la información recolectada se informa que sólo se genera evidencia de un 30% a 40% mediante el diligenciamiento de la ficha epidemiológica. Se reporta que las edades de más

riesgo oscilan entre los 5 y los 14 años. Las acciones deberán ir enfocadas en la disminución del daño. Se reporta igualmente que los consumidores del sector San Pascual no asisten a ningún servicio.

Se da informe sobre los costos de una persona en estancia por enfermedad crítica mental y es de \$ 380.000 a \$ 450.000 por día. Para tratamientos de 22 días se informa un valor total de \$9.000.000 por persona. Las consultas por psiquiatría reportan un costo alto y se explica la necesidad de realizar un buen trabajo con promoción y prevención para lo que se cuenta con presupuesto de \$ 5.600'000.000 gracias a la gestión que se está llevando acabo. Se hace énfasis en la necesidad de pensar en otras formas de atención como podría ser la Promoción de un Modelo de Salud Mental que trabaje por un bien común con enfoque en la atención primaria, la comunidad y un modelo relacional. El trabajo en red se torna indispensable y se han implementado hasta el momento 2 Centros para la vida, 19 redes del buen trato, 14 zonas de orientación escolar, 1 programa para la vida, la familia y la salud mental, 12 centros de estancia; todos dirigidos a disminuir el daño. Se comenta que viene el interrogante de ¿de cómo responder al territorio? Y se presenta a continuación el trabajo que se ha venido desarrollando con la propuesta para el desarrollo de los lineamientos de la política pública de salud mental. (Relatoría Foro Semana para la Salud Mental Social Comunitaria – Jornada mañana jueves- Foro - Actividad Comunitaria. 30 de Noviembre de 2017 ps. 1 y2).

En una reunión de validación del documento de lineamientos, se ve claramente como hay un cambio de concepción de las aseguradoras frente a las posibilidades de una nueva perspectiva de la Política Pública, se presenta a continuación los aportes de las EAPB que participaron de la mencionada reunión:

Comfenalco: aporta su opinión positiva a la iniciativa y quiere conocer a fondo el tema y participar en las redes básicas para las capacitaciones y fortalecer la técnica resolutoria del médico general. Quieren conocer el funcionamiento para los Centros para la Vida y de esta manera realizar la remisión de pacientes.

Nueva EPS: manifiesta estar abierto a la transformación y habla de aumentar la capacitación al talento humano y disminuir el temor de los profesionales a las intervenciones mediante un cambio de cultura que genere más confianza de trabajo comunitario para desarrollar atenciones primarias.

Salud Total: realiza un aporte en cuanto a tecnología reportando estar desarrollando un proyecto con EEUU en tecnología que podría ser una posibilidad de gestión que mejore el trabajo que se quiere desarrollar con la Política de Salud Menta y Convivencia Social. Podría ser una alternativa de obtener más apoyo.

SOS: se manifiesta que el reto es enorme en referencia al cambio cultural y la formación de los profesionales de la salud.

Salud Mental – Sanidad Policía Nacional: cuenta la participante que atiende a personas que han sufrido las consecuencias de la violencia, conflicto

armado y sus secuelas, pertenecen a un régimen especial y tiene elementos para dar apoyo en los esfuerzos de promover la atención primaria y el hospital día. Manifiesta su representante la importancia de aumentar la investigación y fortalecer la formación académica de los profesionales de psicología. Es necesario que se haga una adaptación de los Centros para la Vida a la institución que lidera. Es reiterativa en el fortalecimiento de los programas universitarios para los diferentes profesionales que se relacionan en las Rutas de Atención para la Salud. Se reconoce que la política que se construye deberá estar articulada con los acuerdos de paz y que sean desarrollados igualmente con enfoque a dicha política. La intervención psicosocial se torna de gran importancia en los Centros para la Vida y se torna mandatorio la creación de alianzas, su fortalecimiento, evaluar el tema de telepsiquiatría y la atención primaria. (Acta Seminario Internacional de Salud Mental Social Comunitaria – Desayuno con Gerentes EAPB, Noviembre 11 de 2017. P. 2)

Dicho de otra manera la inversión y los esfuerzos que se hacen los niveles primarios de atención en salud mental, se pueden ver reflejados en la disminución costos en el nivel complementario o de mayor complejidad, adicionalmente las instituciones vinculadas a estos esfuerzos recibirían incentivos económicos, por mantener de alguna manera sana a su población.

En el caso de los actores políticos y de acuerdo a lo que se describe en la situación de Salud Mental en la ciudad y los antecedentes cercanos, es claro que la fuerza de las evidencias mueve a dichos actores hacia la necesidad de contar con una Política Pública Municipal de Salud

Mental y Convivencia Social. Los argumentos que se construyen, llevan a concluir que hay la necesidad de contar con un instrumento que fortalezca la *respuesta institucional* frente al tema que es noticia cotidiana, al aumento de consumo de drogas, el aumento de casos de suicidio y de violencias familiares y sociales, y en menor medida la situación relacionada con los trastornos mentales y lo que se llama en el documento de lineamientos de política objeto del presente trabajo Sufrimiento Psicosocial.

En cuanto a la Academia, la interlocución con este actor estratégico, se da en el marco de la validación y aval conceptual al documento de lineamientos que se construyó en el marco de una mesa de expertos que se convoca para tal efecto.

En este sentido en la Mesa de Validación convocada, se hacen aportes que llevan a concluir por ejemplo que a la Academia le cuesta mucho plantear nuevos enfoques en relación a la atención de salud mental, por la naturaleza misma de los procesos formativos y la inercia que este proceso implica.

La formación es hospital céntrica, son dos años de formación de residentes de psiquiatría apuntándole a una asistencia que se centra en la enfermedad y esta apuesta de ciudad pone en entre dicho el curriculum que se tiene y de alguna manera obliga a repensar la manera como se está educando a los médicos. Una reforma curricular no es fácil, se demora varios años para que el ministerio apruebe cualquier cosa, es algo que no se va hacer en un mes, dos meses pero si se puede tener una propuesta a dos años que de alguna manera soporte el modelo

porque si se siguen sacando psiquiatras expertos en manejo de trastorno mental severo en hospitalización y no con experiencia en un área comunitaria, obviamente no van a poder trabajar. (Profesora Adelaida Arboleda -Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, Acta de Reunión del 18 de enero de 2018. P.3)

Si bien hay apertura sobre nuevos enfoques para el abordaje, las escuelas y los departamentos de humanidades, ciencias sociales y de la salud, en particular del tema de Salud Mental, claramente están inscritos en un enfoque biomédico – institucional, más que por los representantes de las instituciones educativas, por las tradiciones teóricas y académicas de dichas instituciones.

Como se ha venido planteando por diversas razones y fruto del proceso de discusión de argumentos, en diversos espacios ya referenciados: Seminario Especializado en Salud Mental dirigido a líderes y lideresas, instituciones y organizaciones sociales, así como los foros, talleres y demás espacios de la Semana de la Salud Mental de noviembre del año 2017, en los cuales se plantearon evidencias fruto de la experiencia y del perfil epidemiológico, pero además y como ya se explicó, movidos de alguna manera por la normatividad y las conveniencias para diversos sectores que de forma involuntaria hacen alianza en sus enfoques y en sus alternativas, se puede decir que el consenso conduce a hacer énfasis en una acción que centra fundamentalmente su accionar en el territorio, centrado o mejor, privilegiando el nivel primario de atención, pero contempla de todas formas la institucionalización como alternativa, cuando en el modelo se

planea las atenciones que sean necesarias en el nivel complementario de mayor complejidad, como veremos en la figura número 4 .



Figura 5 Unidad Funcional de Salud Mental Comunitaria (UFSMC). (Fuente: Documento Técnico de Formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de Cali 2017.)

La figura a la que estamos haciendo referencia, refleja el consenso alcanzado entre los diversos actores que participaron del proceso de formulación de la Política Pública Municipal de Salud Mental y Convivencia Social y como se puede apreciar aparecen en el modelo técnico, financiero y terapéutico que da respuesta a los problemas identificados en torno a la situación planteada.

7.4. Análisis del proceso de toma de decisiones en torno a la política de salud mental en Santiago de Cali.

Giandomenico Majone va a plantear en el texto Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas, una planteamiento absolutamente útil para leer el proceso de formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social, en tanto establece parámetros que se pueden observar claramente durante la discusión que establecen los actores y que da como resultado el documento de lineamiento de políticas.

Los elementos centrales y que en este capítulo retomaremos para dar cuenta de la discusión tienen que ver fundamentalmente con las *evidencias* es decir con los datos, la información o el análisis que los actores tienen en torno al fenómeno, en este caso los ejes del tema de salud mental, a partir de los cuales y con herramientas subjetivas y objetivas los actores construyen *argumento*, que una vez organizados en sistemas de conocimiento y discusión, establecen las posturas con los cuales se define una suerte de *persuasión* de los demás actores en la discusión en torno no solo a enfoques, sino a construcciones conceptuales operativas y por su puestos de intervención del tema de salud mental, el presente caso.

En primer lugar hay que aclarar, por la naturaleza misma de la política que está en juego, que no estamos hablando de *evidencia científica* solamente, estamos hablando como se ha venido indicando, lo que se está planteando es la percepción que construyen los actores y que tiene su fuente efectivamente en estudios, estadísticas, datos y análisis que provienen de la ciencia como

tal, pero también de las vivencias subjetivas de los actores sociales, específicamente de las organizaciones sociales e incluso de las experiencias de todos los actores que participan de la discusión y de la construcción conceptual.

Es claro que estamos en la arena política, por lo cual el análisis del segundo nivel planteado, es decir la argumentación debe considerar las evidencias desde sus diversas naturalezas, no solo de la evidencia que se construye desde la ciencia, el mismo Majone llama la atención al respecto.

Cuando se intersectan la ciencia, la tecnología y la política entran en grave conflicto diferentes actitudes, perspectivas y reglas de argumentación. Los criterios de verdad chocan con las normas legales de las evidencias y con las nociones políticas de lo que constituye una base suficiente para la acción. Las conclusiones fácticas no se pueden separar fácilmente de consideraciones sobre la factibilidad de los supuestos del oponente y de su selección de evidencias o de metodología. Y en virtud de que no parece existir ningún procedimiento objetivo para verificar las conclusiones del análisis, la credibilidad del experto se vuelve tan importante como su capacidad. (p. 38)

Lo que esto significa es que en el análisis será tan importante la evidencia que construye el cuidador desde su experiencia cotidiana, así como el actor político, el técnico el académico o el institucional y que el valor que tendrá en el análisis al que hacemos referencia, tiene que ver con la calidad y contundencia de los argumentos que sea posible construir en la discusión, en este caso en la formulación de la política municipal de salud mental y convivencia social.

[...] Bueno, en el año 2016 lo que pude conocer acerca del proceso, es que ya había una intencionalidad de que el municipio tuviera una política pública, que articulara como todos los esfuerzos, en ese momento la limitante para que pudiéramos hacerlo fue básicamente la falta de recursos, además en ese periodo de tiempo el equipo de salud mental, hacía parte de una de las líneas de Salud Pública y no tenía una autonomía que nos permitiera contar con recursos específicos para hacerlo. Ya en el 2017 cuando finalmente logramos que se reconociera como un grupo administrativo, en la estructura de la Secretaría de Salud Pública, como grupo de Salud Mental, aparece esta iniciativa. Se junta con la intencionalidad que muestra el Concejo Municipal sobre la situación de salud mental en la ciudad, como una oportunidad, además de la gestión que hace el grupo, para poder materializar el proyecto de la Política. (Entrevista Semi-estructurada con Karla Paz, Supervisora del Contrato de Formulación de la Política. Mayo de 2018)

Aún en este momento de construcción de los argumentos para la persuasión mutua se pondrá en evidencia y en juego las posturas, las experiencias y la información disponible, que sin lugar a dudas genera conflicto en la construcción de políticas públicas, pues estamos hablando de un escenario de negociación de distintos actores con diversos niveles de capacidad de incidencia y de poder.

La argumentación es el proceso fundamental que siguen los ciudadanos y los gobernantes para llegar a juicios morales y a la elección de políticas. La discusión pública moviliza el conocimiento, la experiencia y el interés de muchas personas que centran su atención en un número limitado de problemas. Cada uno de los participantes se siente alentado para ajustar su visión de la realidad, e incluso para cambiar sus valores, como resultado del proceso de persuasión recíproca. En esta forma, la discusión puede producir resultados que están más allá de los métodos autoritarios o tecnocráticos de elaboración de políticas. (p. 36).

Ética y normativamente el ejercicio de formulación de la política pública de salud mental y convivencia social, se desenvuelve en la construcción de ambientes y escenarios de confrontación de diálogo y de construcción colectiva unos con cada uno de los actores otros, como es el caso de la Semana de la Salud Mental de finales del año 2017 en donde en sendos foros, talleres y conferencias se pusieron en cuestión las tesis de los diversos actores, como insueño en el proceso de construcción de política.

Si bien en el proceso de toma de decisión en torno a la formulación de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social para Santiago de Cali, de alguna manera parte de un consenso entre los actores claves, que finalmente toman dicha decisión, fruto de la coincidencia y validación de la evidencia, la forma de desarrollarla es el fruto de un proceso de persuasión especialmente por parte del equipo técnico (Grupo de Salud Mental y Convivencia

Social de la Secretaría de Salud Pública Municipal) que jugó el rol de analista, que a su vez, tiene el privilegio de participar en el proceso de toma de decisiones.

Empecemos por decir que en términos generales hay un lugar común en términos de la situación de salud mental entre los tres actores clave que toman la decisión: El Concejo Municipal, El Secretario de Salud y el Equipo Técnico; esto sobre todo en torno a las evidencias, es decir a la situación de Salud Mental en la ciudad, representada en los datos existentes, que corresponden a registros validados por los tres actores y que provienen de fuentes de la misma Secretaría, pero también de sistemas de información externos a esta. Se puede afirmar que la evidencia es incontrovertible para todas las partes, pero la forma de utilizarla en función de lo que se desea implementar o la forma como se desea intervenir el problema puede variar entre los actores, como los desarrollaremos más adelante.

En reunión sostenida con el Secretario de Salud Pública Municipal de ese entonces, es decir en el año 2017, plantea la preocupación que tiene desde su lugar político en torno el tema del consumo de la salud mental y en particular del tema del consumo de sustancias psicoactivas.

El secretario hace referencia algunas manifestaciones expuestas por la comunidad en sus reuniones de territorio con relación al consumo de sustancias psicoactivas y que están relacionados con la salud mental: “secretario, que hago con un primo que tengo que es vicioso”, y se refiere a la necesidad de regulación del consumo de sustancias psicoactivas, también pide abordar e incluir las responsabilidades de las EPS, coloca el ejemplo de la niña maltratada y la madre

en un hospital , que haya claridad en la ruta y que esté claro que se le cobra , quien financia, quien paga cada una de esas actividades e intervenciones en la atención que se le brindó e integrar en la política la Salud Mental en los servicios de cirugía plástica/estética: adicional a la consulta prequirurgica, de anestesiología incluir la valoración por psicología. (Acta de reunión con el Secretario de Salud Pública Municipal del año 2017, Dr. Alexander Durán. 23 de octubre de 2017. P. 2).

Para Mojone (2005), la evidencia no es suficiente para que se tome la decisión, los actores tienen valores, intereses y posturas ideológicas no solo en lo que debe hacerse, sino en la manera como debe hacerse. En este caso, el Concejo Municipal tiene interés de ver acciones por parte de la Administración Municipal, no necesariamente que estén enmarcadas en la una Política Pública; por otro lado, el Secretario de Salud Municipal, si bien puede mostrar interés por el tema se ve obligado en primera instancia a utilizar los recursos de la formulación hacia otros gastos de su organismo. Aquí entra en juego un actor clave que es el Equipo Técnico de la Secretaría que además de tener intereses en la implementación de la Política por los esfuerzos desarrollados con otros actores sociales e institucionales durante más de una década, tiene información y convicción técnica en que lo que se desarrolle puede modificar la situación.

Pero de fondo también hay otro elemento que está jugando en la toma de decisión y es no solo los recursos para la formulación de la Política, sino el esfuerzo que tendrá que hacer el conjunto del Sistema de Salud para su implementación y las tensiones que esto va a generar con

otros actores tales como las EPS, las IPS, las organizaciones sociales, los demás organismos, la academia y en general del conjunto de partes interesadas en el proceso.

De acuerdo con el desarrollo de los acontecimientos entre los meses de marzo y noviembre de 2017 el proceso deliberativo y de discusión que se da tanto en el Concejo Municipal, así como en los Seminarios de Salud Mental y los foros que se desarrollan con diversos actores en el marco de la Semana de la Salud Mental, con base en la evidencia disponible abre una ventana de oportunidad en la que se encuentran y tienen cierto nivel de equilibrio los intereses de carácter político (Concejo Municipal y Secretario de Salud) con los argumentos de carácter técnico (Equipo Técnico de la Secretaría de Salud).

Los argumentos que se construyen por las partes frente a la evidencia difieren con relación a las alternativas de solución. El interés del Concejo es que se haga algo y se impacte la realidad mostrada con las evidencias, mientras que es claro para el Secretario de Salud que se están desarrollando acciones y que esta argumentación debería tranquilizar al ente de Control Político, mientras que el analista está interesado no sólo en que sea aprobado el modelo propuesto, sino que pueda tener una sostenibilidad en el tiempo a través de las acciones que enmarcan la política pública.

Podemos concluir que el papel del analista por medio del equipo técnico logró construir argumentos confiables, razonables y relevantes donde las partes logran deliberar el modelo, reconociendo los intereses políticos e intereses técnicos, atravesados por la viabilidad de la propuesta ante el concejo. De cierta manera, no hay una imposición de carácter político o

técnico, sino que se da una suerte de persuasión en torno a una decisión que resulte viable para los decisores involucrados. La toma de decisión debe verse como un proceso de construcción conjunta en la que todas las partes hacen sus aportes sin descuidar sus intereses específicos.

Se puede incluso inferir o afirmar a partir de los análisis hechos hasta el momento que efectivamente se da una discusión franca y abierta por parte de los actores, que en términos generales hay una convergencia alrededor de las evidencias tanto subjetivas como objetivas, es decir las provenientes de las experiencias de los actores, así como de las estadísticas y la situación epidemiológica de la salud mental; que efectivamente en la arena política se esgrimen argumentos de corte técnico, financieros, políticos, culturales y sociales que a la postre llegan a la formulación de la política pública en los términos ya planteados, acompañados de un modelo de operación alrededor de las Unidades Funcionales de Salud Comunitaria.

Se reconfirma que la gestión mediadora del grupo de salud pública, como parte de su accionas en términos de rectoría en salud y en el marco de la Gobernanza, logra conciliar los diversos intereses en una propuesta concertada. Este elemento se evidencia en las gestiones que desarrolla la Secretaría de Salud Pública Municipal en la validación de la política, en la cual convoca a actores académicos, políticos y de las instituciones públicas y privadas que intervienen en la implementación de acciones de salud mental en la ciudad.

En adelante lo que estará pendiente es la capacidad de implementar esta propuesta técnica y de ofrecer los resultados que todos los actores están a la expectativa de alcanzar de acuerdo a su lugar en sistema y en el modelo de operación.

8. Conclusiones.

Para efectos del presente trabajo el año 2017 fue fundamental, pues es el momento clave en el cual se realiza todo el proceso de discusión conceptual, político, metodológico y práctico de la formulación de la política pública de la Política Pública, con un pequeño antecedente en el año 2016 en cuanto a la búsqueda de financiación para el ejercicio de discusión y construcción del documento base de lineamientos.

La toma de decisión en torno a la necesidad de la formulación de la política, la asignación de los recursos y la definición de la ruta metodológica entre la Secretaría de Salud Pública Municipal, el grupo de Salud Mental y Convivencia Social y la Universidad del Valle, van a establecer un escenario propicio para el análisis de la construcción de política desde la perspectiva de Arte y Artesanía.

Pero es importante reseñar aunque está por fuera del horizonte temporal de la formulación de los lineamientos de política, el proceso de socialización que se lleva a cabo en el año 2018 con diversos actores comunitarios, académicos e institucionales con el ánimo de avalar el documento construido un año antes, así como el proceso de negociación con estos mismos actores, particularmente con dependencias u organismos de la Administración Municipal para conseguir recursos que fundamenten la implementación de la política en el decenio siguiente, así como la presentación de la política para su adopción ante el Concejo Municipal que se dio en el año 2019.

Con estos elementos que dan el marco contextual, político y técnico del proceso de formulación de político, se pueden plantear las siguientes conclusiones parciales.

En primer lugar la complejidad de la argumentación, las posturas planteadas en el análisis, así como la realidad técnica y financiera del sistema general de seguridad social en salud, en la que se realiza la discusión y posterior formulación de los documentos de política, desafían la capacidad técnica y política tanto de la Administración Municipal, como del equipo consultor, es decir la Universidad del Valle, para construir consensos alrededor de la política pública de salud mental y convivencia social, en el entendido que hay diversos intereses y enfoques que se expresan en posturas igualmente diversas e incluso en algunos momentos contradictorias entre ellas.

Las construcciones que viene haciendo el equipo técnico de la Secretaría de Salud – Grupo de Salud Mental y Convivencia social, son un insumo fundamental para encontrar un punto de encuentro entre enfoques biomédicos con énfasis en la institucionalización como alternativa de atención, con enfoques de corte psicosocial que abogan por reducción del daño y que hace énfasis en alternativas colectivas y de política pública. Este elemento conceptual y metodológico es lo que en el documento se ha definido como la Salud Mental Comunitaria, que a pesar de su nombre, convoca en el territorio la interacción institucional y de las organizaciones comunitarias en ejercicios de derecho a la salud mental, que no descarta la derivación de algunos casos en el nivel complementario o de mayor nivel de complejidad; pero que hace su énfasis fundamentalmente en las acciones que se pueden hacer en los entornos cercanos al individuo

sujeto de las acciones de salud mental y asumido como sujeto de derechos, es decir acciones de promoción de la salud, prevención, mitigación y atención, que privilegia la atención primaria en salud.

Este esfuerzo técnico y político en el que hay algunas coincidencia conceptuales, metodológicas y prácticas en términos de las intervenciones, puede tener una gran barrera en las características del modelo de salud, basado en servicios más que en los derechos de los pacientes y que en últimas está administrado y atendido por instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud a través del plan de beneficios. Este actor clave de esta transformación que se propone desde la Salud Mental Comunitaria, es decir los aseguradores y prestadores, van a asumir una postura distinta, por dos razones fundamentales, en primer lugar por los resultados en términos de rentabilidad de un sistema basado en la prestación de servicios, los cuales son facturados en el modelo de institucionalización, pero que se ve afectado por la inviabilidad de las cuentas de alto costo que implican la atención de consumidores de sustancias psicoactivas, víctimas y victimarios de las violencias y pacientes con trastorno mental, por un lado. Por otra parte la irrupción de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, así como su modelo de atención MAITE (Modelo de Acción Integral Territorial) y de su operacionalización a través de la RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud) supondrá un nuevo enfoque y práctica en el abordaje de la salud en general y en particular de salud mental, que hace énfasis en la promoción y mantenimiento de la salud desde una decidida inversión de recursos y acciones estratégicas en los primeros niveles de atención, para descongestionar y soliviar de alguna manera los niveles más altos de complejidad, lo que implica mayor nivel de participación de los sujetos, de sus familias y comunidades.

Si bien el equipo técnico con el concurso de los demás actores claves del sistema, las organizaciones comunitarias, las EPS, las IPS, organizaciones no gubernamentales y la academia, logra esbozar un Modelo de Atención Funcional de Salud Mental en los territorios, que contempla un sistema de gestión financiera, un desafío que plantea la Política es que en la práctica todos los actores, especialmente aquellos que administran e implementan los recursos del sistema puedan efectivamente tener la voluntad política de invertir estos recursos en el nivel primario de atención, lo que supondrá nuevamente una suerte de persuasión, esta vez para que en la práctica se vea reflejado los postulados conceptuales y prácticos propuestos en los lineamientos de política.

9. Recomendaciones.

Como se ha planteado en el análisis a lo largo de este documento y en particular en las conclusiones, un desafío fundamental que tiene la Secretaría de Salud Pública Municipal, en su función de rectoría del Sistema General de Seguridad Social en el contexto local, es lograr generar una sinergia alrededor de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social, para su implementación.

En primer lugar lo que debe hacer la Secretaría es construir en el marco de la implementación de la Política un enfoque de rectoría basada en la Gobernanza, es decir en la capacidad de concitar la voluntad política, los recursos y los esfuerzos de todos los actores del sistema de seguridad social en salud para el desarrollo en territorio y cuando sea necesario en los niveles complementario o de mayor complejidad la atención integral de casos de salud mental y convivencia social, relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, las violencias y los trastornos mentales y el sufrimiento psicosocial.

En este esfuerzo, va a ser muy importante poder consolidar un modelo o un sistema de gestión financiera que le de soporte a las acciones desarrolladas tanto en el primer nivel de atención, como en el nivel complementario. En este orden de ideas y a la luz del planteamiento de la PAIS Política de Atención Integral de Salud, debe tener la capacidad de conciliar con los actores del sistema la rentabilidad del mismo en términos financieros con la consecución de las metas técnicas y sociales que repercutan en rentabilidad social para las personas, las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto.

Tanto en los resultados financieros como en el impacto en la salud, es decir en el mejoramiento de los indicadores sociales en salud mental y convivencia social, va a ser muy importante contar con gran capacidad de planificación, de implementación, así como de monitoreo, seguimiento y evaluación, que permita dar cuenta de la efectividad de las acciones de la política pública.

La Adopción de la Política Pública Municipal de Salud Mental y Convivencia Social, debe constituir más que un acto administrativo formal, en un gran pacto ciudadano que contenga no solo un contenido normativo, necesario de suyo para hacer vinculante la participación de todos los actores del sistema, sino de un compromiso real de todas las partes para realizar las inversiones financieras, técnicas y sociales para sacar adelante esta iniciativa.

Como sucedió en el proceso de formulación y posterior socialización de la política pública, se hace necesario mantener y consolidar espacios de interacción, interlocución, planeación e intervención conjunta como la Mesa Municipal de Salud Mental y Convivencia Social, así como los nodos territoriales que soporten la implementación de las acciones en torno a los ejes del tema de salud mental.

Sin detrimento de la recomendación anterior, la Administración Municipal en asocio con aseguradores y prestadores, debe tener la capacidad de convocar, establecer y mantener de forma periódica o permanentemente una interlocución con actores claves de la administración municipal, la Gobernación del Valle, el Ministerio de Salud, así como de organizaciones no gubernamentales,

la academia y agencias internacionales que trabajan el tema de salud mental. Este elemento es fundamental en tanto está definida desde la fase de posicionamiento en la agenda pública, así como en la formulación de la Política Pública Municipal. Es fundamental para el presente análisis y sería una recomendación central surgido del presente análisis que en experiencias parecidas se tenga en cuenta que el proceso de construcción de argumento y de persuasión, surgido de las evidencias con las que se disponga, deben establecer como en este caso diversos escenarios de formación, discusión y consulta con los actores de forma particular, así como de confrontación en el marco de foros de ciudad que confronten los diversos punto de vista.

10. Referencias bibliográficas.

- Agudelo, M. Y Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, 17, pp. 353-378.
- Aguilar Artoga, C. Qué son y para que sirven las Políticas Públicas. En Contribuciones a las Ciencias Sociales, septiembre 2009. www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm.
- Alcaldía de Bogotá. (2016). Política Distrital de Salud Mental. 2015 - 2025
- Alcaldía de Medellín. (2016). Plan de Desarrollo Municipal – Medellín Cuenta con vos 2016 – 2019.
- Åsbring, P. (2012). Words about body and soul: Social representations relating to health and illness. *Journal of Health Psychology*, 17, 1110-1120.
- Berenzón, S. & Mora, J. (2005). Los padeceres emocionales cotidianos: percepciones y creencias en dos poblaciones de la ciudad de México. *Investigación en salud*, 7(3), 181-187.
- Cejudo, G. (2008). Discurso y políticas públicas. Enfoque constructivista. México: Centro de Investigación y Docencias Económicas. CIDE.

- Dixit, Sh. (2005). Meaning and Explanations of Mental Illness: A Social Representations Approach. *Psychology Developing Societies*, 17, 1-18.
- Espinola-Nadurille, M. & Delgado, G. (2009). Mental Disability and Discriminatory Practices: Effects of Social Representations of the Mexican Population. *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 238-246.
- Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2016; 34(2): 184-192. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07.
- Hernández H, D (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el stigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 17, núm. 35.
- Jodelet, D. (1993). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici Serge. *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.
- López, M., Saavedra, F.J., Laviana, M. & López, A. (2012). Imágenes de la “locura”, la “enfermedad mental” y la “depresión” en la ciudad de Sevilla. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 151-168.
- Majone, G. (2005) “Análisis de las políticas y deliberación pública”, “El análisis como argumento”, “El análisis como arte”. En G. Majone, *Evidencia argumentación y persuasión en la formulación de políticas*. México: FCE. Págs. 35-56, 57-79, 80-108.

Ministerio de Salud. Política de Salud Mental. Resolución 4886 de 2018. Bogotá 2019.

Mora, J., Flores, F., De Alba, M. & Marroquín, M. (2003). Construcción de significados acerca de la salud mental en población adulta de una comunidad urbana marginal. *Salud Mental*, 26(5), 51- 60.

Munné, F. (1999). Constructivismo, construccionismo y complejidad: la debilidad de la crítica en la psicología construccionista. *Psicología Social*, 2-3 (14), pp. 131-144

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf .

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Recuperado de: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de: www.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.

Sandoval Casilima, C. (1996). Módulo sobre Investigación cualitativa. En: Programa de Especialización en Teoría, Metodos y Técnicas de Investigación Social. ICFES 1996.

11. Anexos.

Anexo A Guía de Entrevista a Actores que participaron de la formulación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social.

A continuación se presenta una guía de entrevista, que se constituye en la base para las demás técnicas de investigación y que está dividida en cuatro campos de indagación a partir de los intereses del presente estudio.

CAMPO 1: ORIGEN EN LA TOMA DE DECISIÓN.

- 1) Cómo se dio el proceso de decisión para la formulación de la PPSMCS?
- 2) Cuáles fueron los antecedentes en el tema de SM y CS, que llevaron a la toma de la decisión?
- 3) Cuáles fueron las circunstancias que llevaron a la toma de decisión?
- 4) Cuáles fueron los actores más significativos que participaron en la toma de decisión?

CAMPO 2: PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES EN LA TOMA DE LA DECISIÓN.

- 1) Quienes participaron en la toma de decisión?
- 2) Cuáles considera que fueron sus intereses en el proceso?
- 3) Cuáles considera usted, son los argumentos que tenían los actores que participaron en la toma de decisión.
- 4) Cuál actor fue determinante desde su perspectiva, para que se tomara la decisión)

CAMPO 3: CONFLICTOS Y ACUERDOS.

- 1) Cuáles fueron las tensiones más importantes que se dieron en el proceso de toma de decisión?
- 2) Se establecieron rivalidades en este proceso de decisión?.
- 3) Se establecieron alianzas en el proceso de decisión?
- 4) Cuáles fueron las principales dificultades que se dieron en el proceso?

CAMPO 4: DESARROLLO – IMPLEMENTACIÓN DE LA DECISIÓN.

- 1) Quienes participaron del desarrollo de la Decisión?
- 2) Cuándo y cómo se dio el inicio del proceso de formulación?
- 3) Cuáles fueron las principales dificultades para el inicio de la formulación?
- 4) El resultado del proceso, corresponde con las expectativas que se tenía, cuando se tomó la decisión?

Anexo B 5.1 Encuesta: Formulación de la política pública de salud mental y convivencia social de Cali.

Fecha: _____ dd / mm / aa

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA	
NOMBRE (opcional) _____ Nombres _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
SEXO Femenino ① Masculino ②	FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ dd / mm / aa
DIRECCIÓN (opcional) _____ _____ _____ Barrio _____ Comuna _____ _____ Ciudad _____	AÑOS DE EDUCACIÓN FORMAL: _____
ESTADO CIVIL ACTUAL (seleccione la opción más adecuada) Nunca ha estado casado (a)..... ① Actualmente está casado (a)..... ② Separado (a) ③ Divorciado (a) ④ Viudo (a) ⑤ Viviendo en pareja ⑥	OCUPACIÓN ACTUAL (seleccione la opción más adecuada) Asalariado ① Trabaja por su propia cuenta ② Trabajo voluntario no reenumerado ③ Estudiante ④ Labores de hogar ⑤ Jubilado ⑥ Desempleado (por salud) ⑦ Desempleado (otra razón)

	 ⑧ Otras (especificar) ⑨ _____ _____
Organización social o comunitaria que representa: _____ Tipo de población con la que actualmente se encuentra trabajando: _____ Con que redes se relaciona o trabaja actualmente: _____	

COMPONENTE DE PRESUPUESTO		I	O
¿Considera que el presupuesto de la política pública debe estar ajustado a la realidad y dimensión del fenómeno?			
¿Considera que la Política Pública debe contar con presupuesto para que las diferentes instituciones, organizaciones y colectivos realicen planes, programas y proyectos en el marco de promoción de la salud mental y convivencia social, prevención y atención de la enfermedad en la ciudad y en los territorios?			
¿Considera que la política pública debe garantizar estabilidad, seguridad y permanencia de dichos planes, programas y proyectos que apuntan a la mejoría de la salud mental y convivencia social del municipio, lo anterior, involucrando diferentes elementos (salariales, carga y sobrecarga, etc.) que corresponden a los profesionales de distintos sectores que trabajan en salud mental?			
COMPONENTE DE GOBERNANZA		I	O
¿La política pública debe considerar los elementos de Educación/ Ciudadanía en salud/ Cultura y pedagogía?			
¿La política pública debe reivindicar la noción del derecho?			
¿Considera que la política pública debe tener presente la necesidad de reducir las inequidades, el sufrimiento social y permitir construir estrategias que favorezcan el desarrollo local como elementos necesarios y determinantes de la salud mental?			
¿Considera que en la política pública se debe brindar soporte para un abordaje integral al fenómeno que comprenda las diferentes dimensiones del ser, saber y saber hacer, así como reconocer las individualidades y colectividades a partir de cada contexto?			
¿Considera que la política pública debe ser incluyente y diversa a la par de facilitar el diálogo de saberes y el reconocimiento del otro como elementos claves para la acción intersectorial?			

¿Considera que la política pública debe recoger el proceso actual de los acuerdos de paz desde una mirada aterrizada al contexto de Cali y posibilitar nuevos diálogos hacia la construcción de ciudadanía en salud mental y convivencia social?		
¿Considera que debe haber un reconocimiento de los recursos dentro de cada territorio y de los actores que se encuentran en el mismo para su debido fortalecimiento?		
¿Considera que la política debe incluir a las comunidades y sus desarrollos en los procesos gestados a nivel municipal?		
¿Considera que se debe establecer un organismo (mesa de salud mental municipal y mesas territoriales) en el que confluyan diferentes actores y sectores para hacer evaluación, seguimiento y control a las políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones que se desarrollen en materia de salud mental y convivencia social en Cali?		
¿Considera que se deben fortalecer las mesas de trabajo en los territorios para que los temas de salud mental y convivencia social sean incluidos en la agenda pública?		
¿Considera que la política pública debe legitimar la participación de las comunidades en la asignación de los recursos públicos para la salud mental y convivencia social de cada territorio, incluyendo comunas y corregimientos?		
COMPONENTE DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN	I	O
¿Considera que la política pública debe comprender estrategias de abordaje integral e incluyente para el fenómeno de la salud mental y convivencia social?		
¿Considera necesario que el proceso de atención en salud mental involucre diferentes actores y sectores e incida en individuos, grupos, colectivos y entornos?		
¿Se deben generar estrategias para la mitigación y reducción del daño (entrega de materiales para evitar eventos en salud pública, entre otras) en población consumidora de SPA?		
¿Considera que las intervenciones deben abordar los eventos/situaciones clínicas pero además ir orientadas hacia la erradicación del estigma, la inclusión social y la promoción de la convivencia?		
¿Considera que la política pública debe hablar de atención primaria y comunitaria en salud mental?		
¿Espera que la política pública haga frente a las barreras que limitan la calidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y continuidad en la atención en salud mental?		
¿Considera que se deben promover esquemas de efectividad y eficiencia interinstitucional en términos de intervención y manejo de situaciones en salud mental y convivencia social del municipio?		
¿Considera que se deben establecer redes/rutas integrales de atención en salud mental?		
¿Espera que dichas redes/rutas integrales de atención en salud mental sean de fácil acceso (difusión, trámites administrativos, etc.) así como conocidas, eficientes, oportunas y ágiles, y que para ello se requiere de una articulación interdisciplinaria e intersectorial que funcione en sinergia con la comunidad?		
¿Considera necesario que el proceso de atención en salud mental involucre elementos de identificación de redes protectoras en la comunidad así como acciones de seguimiento desde la institucionalidad y los territorios?		
¿Espera que se incrementen las capacidades y recursos institucionales para la atención en todos los niveles?		
COMPONENTE DE PROMOCIÓN DE LA VIDA	I	O
¿Considera que la política pública debe trabajar a nivel social el concepto de salud mental para la vida?		

¿Considera que se debe incidir en la erradicación del estigma, la inclusión social y la promoción de la convivencia social?		
¿Considera que la salud mental y convivencia social va ligada al desarrollo local?		
¿Considera que se debe exigir corresponsabilidad por parte de todos los actores, instituciones, redes, instancias, organizaciones sociales y comunitarias frente a los compromisos en la construcción, promoción y mantenimiento de la salud mental y convivencia social para el municipio, los territorios y sus gentes?		
¿Considera que para subvertir la lógica de la enfermedad mental de deben afianzar marcos lingüísticos que promuevan la vida?		
¿Considera importante crear/afianzar una cultura de salud mental y ciudadanía en salud en el municipio?		
¿Considera importante que los planes, programas y proyectos en el marco de promoción de la salud mental y convivencia social estén orientados hacia la generación/construcción de espacios, capacidades, habilidades y actitudes individuales/colectivas para la vida desde la noción de integralidad para los habitantes del municipio?		
¿Considera importante favorecer las estrategias de regulación y autogestión de los territorios en el marco de promoción de la salud mental y convivencia social?		
¿Cree importante hablar desde una lógica de cuidado y redes de apoyo en el marco de la promoción de la salud mental y convivencia social?		
COMPONENTE DE FORMACIÓN/COMPETENCIAS	I	O
¿Considera que la política pública debe abordar el componente de formación y competencias para el talento humano (profesionales y comunidad) ligado a la concepción de integralidad?		
¿Considera que se deben combatir prácticas/discursos victimizantes y reproductores de violencias por parte de los diversos actores, sectores e instituciones a través de la formación/información?		
¿Considera que se debe generar Investigación en salud mental y convivencia social?		
¿Considera importante generar espacios de construcción colectiva desde la interdisciplinariedad e intersectorialidad para el reconocimiento y apropiación personal/colectiva de la salud mental y convivencia social como un asunto de ciudad?		
COMPONENTE DE GESTIÓN(ORGANIZACIÓN	I	O
¿Considera que la política pública debe hacer hincapié en la articulación intersectorial y comunitaria – Salud en todos los niveles?		
¿Considera que deben fortalecerse de los mecanismos de coordinación y articulación entre los diferentes actores, sectores e instituciones de la localidad para hacer registro, monitoreo, intervención y evaluación en salud mental y convivencia social?		

Anexo C Encuesta CIF - Versión 2.1a, Forma para el Clínico para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

CIF

Actividades y participación – 65 preguntas:

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento
 - o D110. Mirar
 - o D115. Escuchar
 - o D155. Adquisición de habilidades
 - o D160. Centrar la atención
 - o D163. Pensar
 - o D166. Leer
 - o D170. Escribir
 - o D172. Calcular
 - o D175. Resolver problemas
 - o D177. Tomar decisiones

- Tareas y demandas generales
 - o D210. Llevar a cabo una única tarea
 - o D220. Llevar a cabo múltiples tareas
 - o D230. Llevar a cabo rutinas diarias
 - o D240. Manejo del estrés y otras demandas psicológicas

- Comunicación

- o D310. Comunicación-recepción de mensajes hablados
- o D315. Comunicación-recepción de mensajes no verbales
- o D325. Comunicación-recepción de mensajes escritos
- o D330. Hablar
- o D335. Producción de mensajes no verbales
- o D345. Mensajes escritos
- o D350. Conversación
- o D355. Discusión
- o D360. Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación

- Movilidad
- o D410. Cambiar las posturas corporales básicas
- o D415. Mantener la posición
- o D449. Llevar, mover y usar objetos, otro especificado y no especificado
- o D465. Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento
- o D469. Andar y moverse, otro especificado y no especificado
- o D470. Utilización de medios de transporte

- Autocuidado
- o D510. Lavarse
- o D520. Cuidado de partes del cuerpo
- o D530. Higiene personal relacionada con los procesos de excreción
- o D540. Vestirse

- o D550. Comer
- o D560. Beber
- o D570. Cuidado de la propia salud

- Vida doméstica
 - o D610. Adquisición de un lugar para vivir
 - o D620. Adquisición de bienes y servicios
 - o D630. Preparar comidas
 - o D640. Realizar los quehaceres de la casa
 - o D660. Ayudar a los demás

- Interacciones y relaciones interpersonales
 - o D710. Interacciones personales básicas
 - o D720. Interacciones interpersonales complejas
 - o D730. Relacionarse con extraños
 - o D740. Relaciones formales
 - o D750. Relaciones sociales informales
 - o D760. Relaciones familiares
 - o D770. Relaciones íntimas

- Áreas principales de la vida
 - o D810. Educación no reglada
 - o D815. Educación preescolar

- o D820. Educación escolar
- o D825. Formación profesional
- o D830. Educación superior
- o D840. Aprendizaje (preparación para el trabajo)
- o D845. Conseguir, mantener y finalizar un trabajo
- o D850. Trabajo remunerado
- o D855. Trabajo no remunerado
- o D860. Transacciones económicas básicas
- o D865. Transacciones económicas complejas
- o D870. Autosuficiencia económica
- Vida comunitaria, social y cívica
 - o D910. Vida comunitaria
 - o D920. Tiempo libre y ocio
 - o D930. Religión y espiritualidad
 - o D940. Derechos humanos
 - o D950. Vida política y ciudadanía

Factores ambientales – 54 preguntas:

- Productos y tecnología
 - o E110. Productos o sustancias para el consumo personal
 - o E115. Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria
 - o E120. Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos

- o E125. Productos y tecnología para la comunicación
- o E130. Productos y tecnología para la educación
- o E135. Productos y tecnología para el empleo
- o E140. Productos y tecnología para las actividades culturales, recreativas y deportivas
- o E145. Productos y tecnología para la práctica religiosa y la vida espiritual
- o E150. Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público
- o E160. Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación del suelo
- Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana
 - o E210. Geografía física
 - o E225. Clima
 - o E230. Desastres naturales
 - o E235. Desastres causados por el hombre
 - o E240. Luz
 - o E250. Sonido
 - o E260. Calidad del aire
- Apoyo y relaciones
 - o E310. Familiares cercanos
 - o E320. Amigos
 - o E325. Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
 - o E330. Personas en cargos de autoridad

- o E340. Cuidadores y personal de ayuda
- o E345. Extraños
- o E350. Animales domésticos
- o E355. Profesionales de la salud
- o E360. Otros profesionales

- Actitudes
 - o E410. Actitudes individuales de miembros de la familia cercana
 - o E420. Actitudes individuales de amigos
 - o E425. Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
 - o E430. Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad
 - o E440. Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda
 - o E445. Actitudes individuales de extraños
 - o E450. Actitudes individuales de profesionales de la salud
 - o E455. Actitudes individuales de "profesionales "relacionados con la salud"
 - o E460. Actitudes sociales
 - o E465. Normas, costumbres e ideologías sociales

- Servicios, sistemas y políticas
 - o E510. Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo
 - o E515. Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción
 - o E520. Servicios, sistemas y políticas de planificación de los espacios abiertos

- o E525. Servicios, sistemas y políticas de vivienda
- o E530. Servicios, sistemas y políticas de utilidad pública
- o E535. Servicios, sistemas y políticas de comunicación
- o E540. Servicios, sistemas y políticas de transporte
- o E545. Servicios, sistemas y políticas de protección civil
- o E550. Servicios, sistemas y políticas legales
- o E555. Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización
- o E560. Servicios, sistemas y políticas de medios de comunicación
- o E565. Servicios, sistemas y políticas económicas
- o E570. Servicios, sistemas y políticas de seguridad social
- o E575. Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general
- o E580. Servicios, sistemas y políticas sanitarias
- o E585. Servicios, sistemas y políticas de educación y formación
- o E590. Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo
- o E595. Servicios, sistemas y políticas de gobierno

Anexo D Estrategia Metodológica Recolección de Información del Equipo consultor.

Septiembre 17 del 2017

PROPUESTA ESTRATEGIA METODOLOGICA:

Me permito aportar unas estrategias metodológicas para ser revisadas y discutidas.

1. RECONOCER E IDENTIFICAR LOS ACTORES PARTICIPANTES DEL PROCESO EN CADA TERRITORIO

Inicialmente como hemos hablado prioritario.

1. Para enriquecer el diagnostico en salud mental es importante conocer distintas percepciones sobre la problemática de salud mental en cada territorio; en este sentido, considero se debe hacer un diagnóstico en Salud Mental por grupo de actores de los territorios donde se va trabajar directamente; insumo clave para posteriormente estructurar el Modelo de intervención en Salud mental los Lineamientos de Política de Salud mental, y la revisión y ajuste de las Rutas. Para efectos de este ejercicio yo propongo que se considere este grupo de actores:

Grupo 1:

Representantes de organizaciones comunitarias reconocidas,
representante de las organizaciones familiares, y de apoyo social y que principalmente trabajen en temas de salud,
lideres, lideresas,

integrantes del Centro de Escucha,
representantes de la Junta de Acción Comunal,
representación de jóvenes,
representantes de Asociación de madres comunitarias,
representación del adulto mayor,
representantes de la liga de Usuarios,
representantes de asociación de padres de Familia,
representante de la comunidad en las juntas directivas de los hospitales,
Directores o coordinadores de las Instituciones Educativas.

Grupo 2:

Grupo de funcionarios de las ESE,
equipos psicosociales de las ESE,
Promotoras de Salud,
funcionarios públicos de las instituciones de salud y de otras instituciones vinculadas a la problemática,
Funcionarios Secretaría de Salud
representantes del ICBF,
Profamilia,
representación de los CDI.

Grupo 3:

Grupo de funcionarios de instituciones prestadoras de servicios

Grupo 4:

Equipo profesional de las instituciones operadoras de proyectos de Salud mental

2. Realización de diagnóstico en Salud mental, habría que considerar dos estrategias que se deben darse de manera simultánea:

Estrategia primera: ANALISIS DEL CONTEXTO Y DE LAS CAPACIDADES INSTITUCIONALES

A. Obtener una información cuantitativa, que haga referencia a:

- Características de la comunidad.

- Cuadro de salud y enfermedad mental.

- Enfoque de riesgo, vulnerabilidad y factores de protección. Aquí se consideran tres factores: los de vulnerabilidad, los de riesgo y los de protección.

- Recursos de la comunidad y del sistema de salud.

- Determinación de prioridades, estrategias de intervención y programa de salud mental.

De esta manera haríamos un examen preliminar de la situación de salud mental en cada uno de los territorios a atender. Se identificaría las necesidades de salud mental para la población a

atender referidas a cada uno de los territorios y la relación con sus demandas de salud en general, así como los recursos formales con que cuenta el sistema local de salud.

Observación:

- Se hace necesario consultar fuentes de información, datos que posea el Hospital, el Puesto de Salud, Secretaria de Salud Pública municipal, y otros organismos.

Estrategia segunda: Talleres de formulación Diagnostica en Salud mental:

- Insumo importante como ya lo dijimos contar con la base de actores referidas en el punto primero, hacer convocatoria aplicando distintas estrategias, llamada telefónica, entrega de convocatoria escrita buscando apoyo para esta acción en un o en una representante de la comunidad.

Con relación a la metodología, considero que con el grupo de actores comunitarios podría aplicarse:

Cartografía social:

Momento 1: El propósito de esta herramienta es elaborar una imagen/mapa, caracterización de del territorio más cualitativa, que incluye una serie de variables que nos permiten conocer y confrontar en alguna medida lo que ocurre en el territorio sobre problemáticas de salud mental. Esto nos permitirá programar estrategias o acciones que contribuyan a mejorar algunas de estas variables con el fin de que en conjunto con la comunidad se generen herramientas para tener

comunidades más saludables de acuerdo con lo que entienden y necesitan ellos por calidad de vida en Salud mental.

Momento 2:

Análisis de la información recogida promoviendo dialogo sobre los siguientes interrogantes:

¿Qué problemas de salud mental encuentro? ¿En niños y niñas?, ¿en adolescentes?, ¿en las mujeres?, ¿en los hombres?, ¿en las personas adultas mayores?

¿De todos los problemas de salud mental que identifico, ¿cuál o cuáles son los más importantes?, ¿por qué?

¿Qué factores estarían motivando la existencia de estos problemas más importantes?

¿Cómo y cuánto afectan a la población?

¿A quiénes afecta?

¿Desde cuándo ocurre?

¿A quién se recurre para resolver un problema de salud mental?

¿Cuál o cuáles son las causas de este problema o situación?

¿Que consecuencias tienen estos problemas?

¿Que acciones a establecer frente a los factores de riesgo en salud mental y a quienes compromete?

¿Quiénes en la comunidad estarían interesados en ayudar a resolver este problema?

¿Cuáles son los obstáculos para promover la salud mental?

¿Qué puedo hacer desde mi institución, mi familia, mi organización para promover la salud mental y enfrentar los problemas, a partir de las iniciativas o programas que vengo desarrollando?

Momento 3:

Ordenamiento de la Información

Se hace una jerarquización de los problemas ponderándolos y analizándolos para establecer su viabilidad.

Momento 4:

Reflexión y análisis de las Rutas: promover reflexión y confrontación sobre el funcionamiento de las rutas oficiales de violencia intrafamiliar, trastorno y SPA. Las respuestas a las preguntas reflexivas anteriores alimentan el análisis de las rutas, confrontando lo actual y replantear su accionar.

Observación: Tanto con este grupo de actores como con los otros, se inicia con una jornada que tiene como objetivo promover sensibilización y motivación, compromiso frente al ejercicio; presentación del proyecto, establecer acuerdos de fecha y horarios de la realización de los talleres.

3. Metodología a aplicar con los demás Actores:

Con el resto de grupo de Actores se aplicaría la técnica de Grupo focal:

Técnica basada en la discusión de un grupo pequeño, centrada en un tema que se desee profundizar, con la presencia de un facilitador o moderador quien tiene el rol de explicitar las

reglas, plantear las preguntas para la discusión, y estimular al grupo a la discusión. Permite conocer qué piensa el grupo sobre el tema y el porqué de su postura. En este caso se estructurarían un conjunto de preguntas reflexivas que permitan conocer la percepción de estos actores sobre la problemática que identifican en la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Comprendiendo que en el desarrollo de un grupo focal hay diferentes categorías de preguntas: preguntas de apertura, preguntas introductorias, preguntas de transición, preguntas claves, preguntas de finalización y preguntas de síntesis. Posteriormente se haría el análisis de la información recogida.

Incluye también el ejercicio de reflexión y análisis de las Rutas.

Momento 4:

Socialización y validación de la información obtenida con los grupos de actores: Este ejercicio se haría con un grupo conformado por representantes de cada grupo de actores

OTRAS TECNICAS PARA COMPLEMENTAR REALIZAR UN DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD

Se pueden aplicar otras técnicas que pueden apoyar el diagnóstico participativo en Salud mental:

- Entrevista: es una conversación basada en una pauta de contenidos, a través del cual se recopila información directamente desde las personas para conocer la opinión sobre determinados aspectos de la realidad, en este caso sobre percepción de que pasa con la Salud mental en el municipio. Permite acercarse al ámbito subjetivo, ya que se pueden obtener percepciones y

motivaciones. Puede ser estructurada o semi-estructurada y para efectos de los productos a alcanzar se podría aplicar esta técnica para establecer dialogo con algunos funcionarios de la red de Salud mental, por ejemplo con los coordinadores o coordinadoras de los programas de Salud mental de las ESE, con la Coordinadora del área de Salud mental municipal, Maritza Isaza, con coordinadores o coordinadoras de los proyectos de salud mental que ejecutan ONGS.....

- Participar de los espacios ya definidos en la ruta de atención de problemáticas de Salud mental: (Comité 106, mesa de Salud mental, Comité consultivo de prevención del abuso sexual y Comité de Convivencia escolar); son espacios de encuentro donde asisten equipos de profesionales que intervienen en proyectos de salud mental, representantes institucionales, comunidad. Se podría participar de algunos de estos espacios, para conocer percepciones sobre factores de riesgo y factores protectores en Salud mental, así como promover reflexión sobre las rutas de atención. Reflexiones que lleven a propuestas de acción de fortalecimiento de las rutas de atención.

Observación: Podríamos cada profesional participar en un espacio de estos, por la limitación de tiempo.

Anexo E. Acta de Reunión con el Secretario de Salud Pública Municipi de Cali.

	Dependencia	Comité:	Or:	Página
		Lugar:	Fecha: 23/10/2017	Hora Inicio: 4:00 pm Hora Final: 5:20 pm

Objetivos: Presentar ante el Secretario de Salud Municipal el proyecto: formulación de la política de Salud mental y convivencia social para el periodo 2017-2027 incluye generalidades , enfoque, las estrategias , técnicas, metodologías, instrumentos, actores y los integrantes del equipo contratado por la Universidad del Valle.

Asistentes	I/NO
Alexander Duran	x
Jesús Héctor Ramírez	
Maritza Isaza Gomez	
Fanny Torres	
Maira Alejandra Alcalde	
Jhon F. Santos	

Asistentes	I/NO
Ofelia Hurtado Villegas	
Diego Carvajal	
Rodrigo Corral Cardona	
Karla Paz Ledesma	
Miller Machado Mosquera.	

Agenda			
	INTERVENCION DEL SECRETARIO DE SALUD PUBLICA MPAL		PRESENTACION DEL PROYECTO
	PRESENTACION DEL EQUIPO UNIVALLE		

Desarrollo de la Reunión:**1- INTERVENCION DEL SECRETARIO DE SALUD PUBLICA**

El Doctor Duran , manifiesta que desde hace un año espera la política de Salud Mental para el municipio , y precisa los cuatro temas estratégico de salud publica que hacen parte del plan de desarrollo del

municipio de Cali así:

- La necesidad de abastecimiento de agua para toda la ciudad ,
- El manejo integral para tratar la problemática de Dengue
- La Salud Mental, para Cali es urgente trabajar el tema de violencia , la ciudad es la segunda mas violenta de Colombia “12 muertes este fin de semana” , adicionalmente las cifras de feminicidios y suicidios ameritan acciones de prevención urgente al igual que el abuso hacia menores , las cifras son alarmantes.
- Las otras enfermedades crónicas no transmisibles : Cancer, Hipertensión.

Adicionalmente realiza las siguientes precisiones en torno al proyecto:

Se cuenta con las leyes en salud mental ;lo importante ahora es “construir un marco que permita ejecutar acciones ,que el caleño sienta que estamos haciendo algo” en otras palabras manifiesta “construir algo que se pueda volver tangible, que se sienta.”; la política dá líneas, ahora es lograr que el conocimiento académico lo vuelva practico e incluya : como canalizamos los recursos para centrar acciones en la persona, en la familia y tratar ese tema, esos conceptos que están en el aire que es el sufrimiento social , del alma

Refiere que una vez formulada la política se sigue un escenario político, en el cual se decide la aprobación o no de la propuesta de la política

El secretario hace referencia algunas manifestaciones expuestas por la comunidad en sus reuniones de territorio con relación al consumo de sustancias psicoactivas y que están relacionados

con la salud mental: “secretario, que hago con un primo que tengo que es vicioso” , y se refiere a la necesidad de regulación del consumo de sustancias psicoactivas , también pide abordar e incluir las responsabilidades de las EPS, coloca el ejemplo de la niña maltratada y la madre en un hospital , que haya claridad en la ruta y que esté claro que se le cobra , quien financia, quien paga cada una de esas actividades e intervenciones en la atención que se le brindó e integrar en la política la Salud Mental en los servicios de cirugía plástica/estética: adicional a la consulta prequirúrgica, de anestesiología incluir la valoración por sicología

2- PRESENTACION DE LOS INTEGRANTES (Nombres, profesiones, experiencia, rol en el proyecto).

3- PRESENTACION DEL PROYECTO

3.1 Enfoques

3.2 Estrategias de participación social.

3.2.1 Seminario

3.2.2. Grupos de discusión

3.3.3 Mesa municipal

3.3 Metodologías , técnicas e instrumentos para la recolección de la información

3.4 Actores Públicos y privados ,

4 - CIERRE El discurso del secretario finaliza con las recomendaciones de incluir actores, y el secretario manifiesta su apoyo al proyecto.

Se finaliza la reunión con recomendaciones de hacer ajustes y/o eliminar algunas

diapositivas de la presentación de power point y se reitera por parte de Maritza la importancia de involucrar el secretario desde el inicio del proyecto para atender e incluir su enfoque y recomendaciones

Compromisos Iniciar con un Verbo		Responsable	Fecha Programada	Fecha Ejecutada
.	Programar reunión de seguimiento con el secretario		Por definir	
.				

la b or ó	Nombre: Ofelia Hurtado Villegas	op ias	1.	pr ob ó	Nombre:
	Firma:		2.		Firma:

Anexo F. Acta de Reunión con las EPS.

 Universidad del Valle	E vento:	Seminario Internacional de Salud Mental Social Comunitaria – Desayuno con Gerentes EAPB	o:	Página s
	L ugar:	Auditorio 2 – Biblioteca Departamental Jorge García Borrero	Fe cha:	H ora Inicio: H ora Final

Objetivo:

- Aporte académico al desarrollo de formulación de los lineamientos para la Política Pública de Salud Mental Y convivencia Social.
- Reconstrucción de temática desarrollado en encuentro convocado en la Semana por la Salud Mental en la ciudad de Santiago de Cali.
- Documentar información para el desarrollo de los lineamientos para la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de la ciudad de Cali

Asistentes		I/NO
.	Alejandra Alcalde	SÍ
.	Miller Machado Mosquera.	

Asistentes		I/NO
.	Sonia Hoyos	SÍ
.		

Agenda			
.	Apertura de la jornada a cargo del Señor Alexander Durán Peñafiel Secretario de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali	.	Discusión de grupo para concertar las orientaciones
.	Presentación y discusión en plenaria de la propuesta a cargo de Maritza Isaza Gómez Responsable del Equipo de Salud Mental y Convivencia Social de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali	.	Revisión de los compromisos a adquirir por parte de los diferentes actores citados a la jornada.

Desarrollo del evento:

1. Apertura de la jornada a cargo del Señor Alexander Durán Peñafiel Secretario de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali:

Invitación a participar en las acciones que se han venido desarrollando y la necesidad de crear una política de Salud Mental y Convivencia Social Comunitaria local. Se informa que la ciudad de Cali cuenta con el 60% de la infraestructura necesaria.

2. Presentación y discusión en plenaria de la propuesta a cargo de Maritza Isaza Gómez Responsable del Equipo de Salud Mental y Convivencia Social de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali:

Hay cifras que deben complementarse con los datos del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. Se estima que solo se encuentra el 30% a 40% de los casos reales reportados.

Debe considerarse implementar estrategias de acompañamiento de campo, seguir alimentando el Observatorio, implementar estrategias resolutivas y de acompañamiento con capacitaciones adecuadas e incluirlas en la Política a desarrollar en conjunto con academia y diferentes líneas de trabajo y espacios de práctica comunitaria.

Se informa del próximo Centro para la Vida que iniciará actividades en el Hospital Geriátrico San Miguel que apoyará la Ruta Integral de atención en Salud.

3. Conversatorio del grupo para concertar plan de trabajo:

Se da inicio a conversatorio y la participación de los representantes de las diferentes instituciones.

Comfenalco: aporta su opinión positiva a la iniciativa y quiere conocer a fondo el tema y participar en las redes básicas para las capacitaciones y fortalecer la técnica resolutiva del médico general.

Quieren conocer el funcionamiento para los Centros para la Vida y de esta manera realizar la remisión de pacientes.

Nueva EPS: manifiesta estar abierto a la transformación y habla de aumentar la capacitación al talento humano y disminuir el temor de los profesionales a las intervenciones mediante un cambio de cultura que genere más confianza de trabajo comunitario para desarrollar atenciones primarias.

Salud Total: realiza un aporte en cuanto a tecnología reportando estar desarrollando un proyecto

con EEUU en tecnología que podría ser una posibilidad de gestión que mejore el trabajo que se quiere desarrollar con la Política de Salud Menta y Convivencia Social. Podría ser una alternativa de obtener más apoyo.

SOS: se manifiesta que el reto es enorme en referencia al cambio cultural y la formación de los profesionales de la salud.

Salud Mental – Sanidad Policía Nacional: cuenta la participante que atiende a personas que han sufrido las consecuencias de la violencia, conflicto armado y sus secuelas, pertenecen a un régimen especial y tiene elementos para dar apoyo en los esfuerzos de promover la atención primaria y el hospital día. Manifiesta su representante la importancia de aumentar la investigación y fortalecer la formación académica de los profesionales de psicología. Es necesario que se haga una adaptación de los Centros para la Vida a la institución que lidera. Es reiterativa en el fortalecimiento de los programas universitarios para los diferentes profesionales que se relacionan en las Rutas de Atención para la Salud. Se reconoce que la política que se construye deberá estar articulada con los acuerdos de paz y que sean desarrollados igualmente con enfoque a dicha política.

La intervención psicosocial se torna de gran importancia en los Centros para la Vida y se torna mandatorio la creación de alianzas, su fortalecimiento, evaluar el tema de telepsiquiatría y la atención primaria.

4. Revisión de los compromisos a adquirir por parte de los diferentes actores citados a la jornada

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle: la intervención de su representante manifiesta lo impactados que se encuentran con el trabajo que está realizando el municipio y la importancia del trabajo en equipo para dar respuesta a la demanda, la importancia de la creatividad para desarrollar el tema de salud mental, hay posibilidad que la ciudad de Cali tome la iniciativa en el tema de trabajo comunitario en salud mental. Se manifiesta que los datos que se han sido reportados no contemplan los de esta institución solo son los del departamento. Reiteran su voluntad y su apoyo para lo que sea necesario. Es una necesidad generar líneas de trabajo en salud mental con los profesionales. Recomiendan que el trabajo deberá realizarse desde los equipos comunitarios y la ejecución de un trabajo en red.

Hospital Geriátrico San Miguel: manifiesta la reestructuración física para iniciar a dar respuesta al tema de salud mental en la ciudad de la población mayor y para el funcionamiento del Centro para la Vida.

Coordinadora de gestión del riesgo de Comfenalco: realiza énfasis en mejorar la gestión del riesgo antes de la llegada de la enfermedad, se comenta que los jóvenes actualmente son las personas más vulnerables y la necesidad de trabajar con enfoque en la prevención

Salud Total: informan que actualmente se encuentran en la creación de RIAS a nivel de EPS

SOS: indican que se debe trabajar en que se cambie la visión de trabajo en los profesionales actuales.

Nueva EPS: hace énfasis en el fortalecimiento de la confianza de los profesionales

Sanidad Policial: indica que la política debe ser financiada adecuadamente y dar manejo desde el momento del acto violento hasta el tema de posconflicto

El aboró	Nombre: Alejandra Alcalde	Apr obó	Nombre: Sonia Hoyos Ossa
	Firma:		Firma:

Anexo G. Relatoría Foro de Salud Mental - Semana de la Salud Mental.

 Universidad del Valle	E vento:	Semana para la Salud Mental Social Comunitaria – Jornada mañana jueves- Foro - Actividad Comunitaria	o:	Página s
	L ugar:	Auditorio Gerardo Molina – Universidad Libre	Fe cha:	H ora 8:00 am Inicio: H 12:30 ora pm Final

Objetivo:

- Aporte académico al desarrollo de formulación de los lineamientos para la Política Pública de Salud Mental Y convivencia Social.
- Reconstrucción de temática desarrollado en encuentro convocado en la Semana por la Salud Mental en la ciudad de Santiago de Cali.
- Documentar información para el desarrollo de los lineamientos para la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social de la ciudad de Cali

Asistentes		I/NO
.	Alejandra Alcalde	Sí

Asistentes		I/NO
.	Sonia Hoyos	Sí

Agenda

.	Presentación y discusión en plenaria de la propuesta a cargo de Maritza Isaza Gómez Responsable del Equipo de Salud Mental y Convivencia Social de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali	.	Intervención del Personero Municipal Sr. Héctor Hugo Montoya y la Presidente del Concejo Municipal de Santiago de Cali la Sra. Tania Fernández
.	Presentación y discusión en plenaria de la propuesta a cargo de Jesús Ramírez Coordinador del Equipo de Salud Mental y Convivencia Social encargado del desarrollo de los lineamientos para la Política de Salud Mental de Santiago de Cali. Universidad del Valle	.	Conversatorio con la comunidad asistente

Desarrollo del evento:

1. Presentación y discusión en plenaria de la propuesta a cargo de Maritza Isaza Gómez Responsable del Equipo de Salud Mental y Convivencia Social de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali

La presentación de la señora Maritza inicia hablando del para y por el "Buen Vivir" y que son sentimientos de cada día el estrés, las emociones y el desarrollo psicológico. Se han reportado 1013 casos de intentos de suicidio asociado a dificultades económicas o problemas de pareja. Se ha de aprender a tener nuevas formas de convivencia. De la información recolectada se informa que sólo se genera evidencia de un 30% a 40% mediante el diligenciamiento de la ficha epidemiológica. Se reporta que las edades de más riesgo oscilan entre los 5 y los 14 años. Las acciones deberán ir enfocadas en la disminución del daño. Se reporta igualmente que los consumidores del sector San Pascual no asisten a ningún servicio.

Se da informe sobre los costos de una persona en estancia por enfermedad crítica mental y es de \$ 380.000 a \$ 450.000 por día. Para tratamientos de 22 días se informa un valor total de \$9.000.000 por persona. Las consultas por psiquiatría reportan un costo alto y se explica la necesidad de realizar un buen trabajo con promoción y prevención para lo que se cuenta con presupuesto de \$ 5.600'000.000 gracias a la gestión que se está llevando a cabo. Se hace énfasis en la necesidad de pensar en otras formas de atención como podría ser la Promoción de un Modelo de Salud Mental que trabaje por un bien común con enfoque en la atención primaria, la comunidad y un modelo relacional. El trabajo en red se torna indispensable y se han implementado hasta el momento 2 Centros para la vida, 19 redes del buen trato, 14 zonas de orientación escolar, 1 programa para la vida, la familia y la salud mental, 12 centros de estancia; todos dirigidos a disminuir el daño. Se comenta que viene el interrogante de ¿de cómo responder al territorio? Y se presenta a continuación el trabajo que se ha venido desarrollando con la propuesta para el desarrollo de los lineamientos de la política pública de salud mental.

2. Presentación y discusión en plenaria de la propuesta a cargo de Jesús Ramírez Coordinador del Equipo de Salud Mental y Convivencia Social encargado del desarrollo de los lineamientos para la Política de Salud Mental de Santiago de Cali. Universidad del Valle

Se inicia la presentación explicando el ¿por qué? Elaborar unos lineamientos para elevar la política de salud mental y se explica la necesidad de un abordaje a la situación que actualmente se presenta y

dar un giro que supere la etiología con atención centrada en la promoción del mantenimiento de la vida y la salud. El modelo del Artículo 1616 de 2013 se encuentra como vínculo e interacción a sujetos colectivos. La conclusión clara es que “No hay salud sin salud mental”.

La formulación de la política 2017 – 2027 se plantea como participativa teniendo en cuenta diversos actores como los grupos étnicos, LGBT, los diferentes dispositivos de salud mental, comunidad, instituciones, veedores, ESES y EAPB, los diferentes enfoques de diversidad enmarcados en la Justicia y la gestión del riesgo, desarrollado así, inclusión y un Modelo Comunitario de Salud Mental para la ciudad de Cali que incluye:

- Promoción de la Salud Mental
- Mesas de discusión en salud mental y llevarlo a la validación funcionando como un acuerdo, donde se encuentran incluidos los diferentes actores: lo social, Institucional, justicia, salud, comunidad, ICBF.
- Sistematización del documento final

El ponente pone en manifiesto que la metodología desarrollada ha sido la siguiente:

- Identificación del problema mediante el aprestamiento, la definición técnica y la consulta
- Planteamiento de soluciones mediante consulta y formulación
- Toma de decisiones a través de la validación con los diferentes grupos de comunidad, mesa de salud mental, Concejo Municipal.
- Implementación mediante la presentación, la divulgación e instauración por parte de la Secretaria de Salud Pública Municipal
- Evaluación desarrollando seguimiento, monitoreo y evaluación.

El proceso consulto-participativo se desarrolla mediante seminarios a la comunidad, grupos consultivos, entrevistas, encuestas y foros.

Se reportan los avances del trabajo en los lineamientos de la política pública en salud mental de la siguiente manera:

- 139 participantes de comunidad, SSPM, redes, academia como componentes estratégicos y operativos.
- Nodos territoriales: Ladera
- Grupos focales: educación, IPS, EAPB, Funcionarios de SSPM, control interno, ICBF, secretaria para la calidad de vida, academia, poblaciones específicas operados por SSPM, entornos para la vida, ediles.

Para un total de 287 y 1000 participantes.

Las proyecciones apuntan a 1442 para recoger información.

Se presenta un informe de hallazgos:

- Necesidad de ruptura con el modelo actual porque no es suficiente
- Reconocer estrategias que se configuran desde los territorios y comunidades
- Se visionan rutas que disminuyan la morbilidad y le apunte a la inclusión social
- Es importante no referirse a la enfermedad

Problemas encontrados:

- Desempleo
- Diferencias emocionales de diferentes tipos

Es así como se manifiesta que se debe pensar en una política vanguardista y con biodiversidad, pensarlo como para las 57 comunas.

Los territorios deben tener estrategias diversas como:

- Un estado responsable
- Disminuir las inequidades en determinantes de la salud
- Debe existir más integralidad
- Debe ejecutarse más seguimiento y control
- Deben evaluarse los registros y los subregistros
- Promover la cultura de la salud mental en el día a día y formas variadas que alimente una convivencia más saludable
- Formación y desarrollo de capacidades e identificar competencias del talento humano
- Diversidad en las formas de funcionar cuando se trata la enfermedad

Se concluye definitivamente que no hay promoción de la vida, la violencia existe desde la atención que produce la violencia como barrera, las corresponsabilidades, la comunidad confía en la presencia permanente de los entes territoriales y debe trabajarse en establecer relaciones con la comunidad para legitimarse y desarrollar un enfoque diferencial

En síntesis:

- Debe encontrarse un sentir de política transformadora
- Desarrollar sentimientos dirigidos a la promoción a la vida.

3. Intervención del Personero Municipal Sr. Héctor Hugo Montoya y la Presidente del Concejo Municipal de Santiago de Cali la Sra. Tania Fernández

El señor Héctor inicia su intervención manifestando que para la convivencia debe seguirse trabajando en la investigación de la salud comunitaria y en aumentar la tolerancia como tema muy importante.

Continúan su presentación diciendo que las instituciones deben seguir luchando por el bien común, trabajar por la salud mental con enfoque comunitario, es claro que la comunidad enseña a las entidades públicas a construir con las personas. Explica que hay muchos temas de ciudad en problemas por no tener en cuenta a la comunidad.

Explicó que el tema de salud mental se ve a diario reflejado en los servidores públicos también por estrés laboral, emocional, de familia o acoso y definitivamente es urgente el cambio en la mentalidad de la dimensión en la perspectiva de la salud mental. Indica que el trabajo debe ser realizado en conjunto con IPS y que la personería cuenta con área de transparencia que da respuesta a quejas por la atención en salud, pero es evidente que en reunión de gerentes se evidencia que no hay coordinación con la clínica y la administración. Continúa diciendo que la salud no debería ser valorada por el costo.

Manifiesta que en los últimos meses se ha venido presentando por las EPS que atienden el magisterio quejas por acoso laboral y que se necesita buscar una estrategia de abordarlo mediante diálogos participativos con la comunidad respetando su autonomía e independencia. Los actores implicados en esta problemática se encuentran como algunos de ellos: la familia, el educador, los rectores, los coordinadores y los estudiantes, recalca que es muy importante entender que los educadores están formando ciudadanos, es por este motivo es importante acompañar a los estudiantes y a los profesores en el mantenimiento de su salud mental. Se ha detectado maltrato estudiantil y los resultados de la investigación de lo sucedido se ha identificado que corresponde a educadores en situaciones difíciles.

Comenta el ponente sobre la necesidad de tener en cuenta los internos de Villa Hermosa que en

muchos de ellos se ha detectado componentes psiquiátricos y no pueden convivir con los demás a falta de tratamientos oportunos adicionalmente a esto se encuentran los consumidores. Actualmente se encuentra en proceso un convenio con la ESE Centro, pero enfatiza en la necesidad de tener en cuenta la población nombrada en el desarrollo de la política.

Aclara que el estado somos todos y la importancia de legitimar la participación comunitaria y actualmente el país se encuentra en un sufrimiento social.

Se aclara por parte de la señora Maritza que la idea que el trabajo que se desarrolla con la imagen Jovita se refiere efectivamente a la necesidad del trabajo de eliminar el estigma y que ZOE busca apoyar las instituciones educativas en lugar de tener una psicóloga. Es necesario la construcción de validaciones para las personas sin daño.

Continúa el foro la Señora Tania Fernandez Presidente del concejo Municipal comentando la necesidad de la intervención a las madres que trabajan y que igualmente debe incluirse desde una perspectiva de comunidad, informa que en los CAI sería importante contar con una psicóloga que haga un acompañamiento en la ruta para atención a violencia porque en este momento no se cuenta con ello y que la información llegue a quién realmente le interesa. Es reiterativa en el apoyo incondicional a esta serie de iniciativas y se compromete a trabajar porque la asignación de recurso para estas actividades sea mayor. Interviene el Dr. José Malaver especialista del grupo de salud mental y convivencia de la Secretaria de Salud Pública Municipal indicando que este tipo de conexiones son de vital importancia para que la respuesta llegue de forma adecuada a la política a construir.

4. Conversatorio con la comunidad asistente

Intervención del señor Julio César Veedor adicionando al foro diciendo que es de vital importancia que estos espacios de intercambio sean realizados anualmente igualmente continua cuestionado a la señora Tania ¿por qué el trabajo en equipo no es claro entre concejo, secretaria, comisaria y policía? Y en la

importancia de promocionar el trabajo equipo buscando unos concejos más operativos en el abordaje de estos temas; hace una observación con respecto al tema de reducciones de presupuesto después de ser asignados y terminan finalmente las secretarías con presupuestos bajos y solicita enérgicamente acciones claras de las articulaciones necesarias y que sean implementadas desde la base de la sociedad que es la comunidad, dice también que se alegra que el concejo en cabeza de la señora Tania se encuentre comprometido con estas acciones.

El coordinador de LGBT pregunta: ¿qué si la continuidad a los programas de la secretaria se seguirán ejecutando?

Se une al conversatorio la Representante de la Mesa Territorial Rural preguntando si el apoyo técnico de secretaria continuará?

La señora Tania indica que la idea es integrar más sectores en la política pública y adicionar más presupuesto a partir de ahora la Dra Maritza indica igualmente que se va fortalecer al operador y que para la secretaría es muy importante gestionar dichos recursos y la idea es exigir la ejecución de los presupuestos desde las comunidades, que la contratación será desde las secretarías. Adicionalmente informa que 23 comunas solicitaron proyectos de salud mental. Y se debe seguir incentivando las propuestas de la comunidad, las secretarías hacen el acompañamiento con la continuidad de la política y permitir que sea medida la gestión.

Igualmente informa sobre los Centros de Escucha a 10 años y que se acaba de acreditar la secretaria por consiguiente, están pendientes de medir resultados a 4 años con indicadores de impacto que darán respuestas reales a la comunidad. El Dr. Malaver solicita al concejo dar continuidad a los procesos de salud mental. La Dra Martiza comenta que a partir del 2007 se repiensa el Plan de Salud Pública y esperan aumente la recolección de datos y de esta manera mejorar las respuestas comunitarias.

Inicia intervención la Coordinadora de la Mesa Intersectorial de Salud Comuna 18 agradeciendo a Maritza por su voluntad para la política pública y a la Dra Tania le dice que espera que se implemente la política y las rutas y solicita que el evento sea realizado anualmente para informar las acciones ejecutadas.

La operadora ZOE de Nuevo Latir indica que la ruta de seguridad y justicia es demorada y la forma de guiar las víctimas es inadecuada. Resalta la voluntad de los dispositivos de comunidad en continuar

trabajando para seguir las rutas de atención. Solicita mejor orientación en la IPS para jóvenes consumidores porque la ruta de atención también es demorada y se pierde el proceso que hasta allí se ejecuta.

María Fernanda Tobar, Coordinadora de extensión y Proyección Social de la Universidad del Valle manifiesta ser una defensora de la acción pública y su función en los procesos de salud mental desde la academia y como ciudadana, dice que lo que más se debe trabajar son las situaciones exógenas evaluando las tomas de decisiones que hagan un pueblo más feliz desde la prosperidad, el congreso y el concejo. Aún no es claro que se siga concibiendo un sistema donde salud es igual a enfermedad y riesgo es igual a daño debe ser repensado este punto.

Habla a continuación la Sra Angélica Profesional de Apoyo del Centro de Escucha del El Vergel Corporación Viviendo y dice que apoya la sostenibilidad al proceso y que debe hacerse investigación en Comuna 13 y Buitrera.

Los líderes en general hablan de la importancia de la sostenibilidad y que han perdido la credibilidad en las instituciones igual que en la de los políticos. Es importante el tema de los recursos ya que hay personas que organizan los procesos pero no pueden impactar por falta de presupuesto. Los líderes comunitarios deben ser incentivados para dejar de ser llamados "Líderes Invisibles". Solicita que en Oriente se refuerce porque hay más líderes. Indica que las barreras son sobrepasadas fácilmente cuando hay apoyo institucional y la gran ayuda que prestan los chalecos. Recalca la importancia de agilizar el proceso de las rutas para que puedan ser utilizadas.

La Dra Maritza contesta que estos procesos son vitales y apoya profundamente la intención de que sean realizados en sentido a la felicidad y con el talento humano buscar la manera de hacer presencia en terreno. Se debe continuar y fundamentar el proceso.

La señora Tania interviene nuevamente y dice que es muy importante complementar la acción del concejo y que deberá unirse al trabajo con la política, de debe organizar una lista técnica para empezar a trabajar en Marzo, sobre el tema de continuidad que pregunta la señora Angélica dice que la asignación de recurso será para mayo. Informa la señora Tania que el 2 de enero deberán estar listos los procesos y la política para poder adjudicar los recursos, adiciona que para lograr la continuidad y poder socializar los

procesos ella estará apoyando desde el concejo independiente del partido político lo importante es el trabajo social que se ejecute.

La Dra. Maritza retoma diciendo que el Proyecto de Convivencia será un capítulo de la política porque unirlos y hacerle frente a la política de convivencia y mantener la salud dan fuerza a los proyectos de salud mental. El Dr Malaver complementa que el proceso de política cristaliza un trabajo de años pero la ley de salud mental queda vacía sino se implementa. Toda la red son ejecución de la Ley 1616 y la política es la llegada. La política social es diferente a la politiquería en la primera es liderar beneficios comunitarios y la segunda para beneficio personal.

Concluye la Sra Maritza que el respaldo real es la comunidad y el Estado y el Sr Jesús comenta que los temas tratados no distan del modelo en los seminarios y es de gran interés para la convivencia integral, todas las participaciones son importantes y son insumos para la construcción de la política y es de vital importancia hacer llegar el proceso al concejo.

Se finaliza la actividad con un ejercicio simbólico de bienestar.

Elaboró	Nombre: Sonia Hoyos Ossa	Aprobó	Nombre:
	Firma:		Firma:

Anexo H. Acta Reunión con Actores Académicos.

	E vento:	Reunión Equipo Salud Mental	o:	Págin as	1
	L ugar:	Oficina de Extensión y Proyección Social Facultad de Salud Pública Universidad del Valle	Fe cha:	18/0 1/2018	ora Inicio: 8:00 pm ora Final 12:00 m

Objetivos: Socializar los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social con representantes de Universidades de la Ciudad en aras de obtener aportes significativos, así como generar proceso de validación de su contenido.

Asistentes		I/NO	Asistentes		I/NO
.	Equipo de proyecto Univalle.	I	.	Equipo de Salud Mental de la Secretaria	I
.	Representantes de Academia	I			

Agenda			
.	Palabras de bienvenida a cargo de Maritza Isaza	.	Presentación de la Construcción de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social
.	Discusión y aportes a la Política	.	

Desarrollo de la Reunión:**1. Palabras de bienvenida a cargo de Maritza Isaza:**

Se da inicio con palabras por parte de la encargada del grupo de Salud Mental de la Secretaria de Salud Pública Municipal Maritza Isaza, en el cual hace una contextualización acerca de lo que se ha trabajado en la ciudad sobre Salud Mental y la importancia de enmarcar todo ello en una Política Pública con la cual se pueda materializar una Salud Mental de orden comunitario, obviamente sin desconocer la prestación de servicios.

2. Presentación de la Construcción de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social:

Se enseña a los participantes, representantes de las diferentes Universidades de la Ciudad el proceso de construcción de la Política de Salud Mental, allí se tuvieron aspectos fundamentales tales como:

- Construcción de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social, donde se utilizaron estrategias consultivas y participativas como: seminario a la comunidad, entrevistas, grupos de discusión, talleres consultivos, encuestas, foro de Política Pública y espacios de la semana de la Salud Mental.
- Situación de Salud Mental en Santiago de Cali, allí se enseña cuáles son las situaciones y problemas

sociales que causan impacto en la cotidianidad, dentro de ellos está el consumo de sustancias Psicoactivas, violencias, suicidios, trastornos mentales y sufrimiento psicosocial. Elementos que influyen en la Salud Mental, de igual forma se muestran algunas estadísticas relevantes de casos de violencia, acoso sexual, feminicidios, consumo de SPA. Los datos entregados son públicos y se puede acceder a ellos. Con estos datos se han encontrado barreras en lo que tiene que ver con los servicios:

- Barreras actitudinales
- Barreras estructurales y financieras

Esto da paso a que en el sistema, en primer nivel no se quiere atender situaciones de Salud Mental, por lo que todo llega al nivel complementario.

- Marco normativo, en el cual se contempla toda la normatividad existente frente a los temas que son susceptibles como: ley 1751, ley 1616, salud mental, deporte y cultura, consumo de SPA, riesgos laborales, género y mujer, infancia, adulto mayor, juventud, habitante de calle, población en situación de desplazamiento.
- Marco conceptual-antecedentes, se hace un rastreo teórico en el cual se tienen en cuenta elementos que se puedan considerar dentro de la Política, pero lo que se busco fue tener una noción propia que tuviera en cuenta la visión de territorio, dentro de los antecedentes conceptuales que se tuvieron en cuenta están: OMS, declaración de Alma Ata, congreso de la República de Colombia, modelo Médico Hegemónico, Stolkiner, Morales-Borrero, Dimenstein y colaboradores. Luego de ello, se precisa en cuanto a la definición que se ha construido de Salud Mental:

-Definición de Salud Mental para Santiago de Cali:

“se reconoce a la salud mental como un proceso en determinación por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos, psicológicos, entre otros, que permite a las personas desplegar recursos en la cotidianidad a través de dinámicas relacionales y configuradas en diferentes espacios de construcción de la subjetividad y colectividad, teniendo como elemento clave al territorio; su preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción y transformación política y social vinculada a la concreción de los derechos que sustentan la vida”.

Esta definición trae consigo una postura política, se está construyendo una apuesta real en la ciudad que tenga en cuenta la diversidad, historias, la municipalidad y ruralidad y todo lo que pasa en Cali, por tanto la respuesta no solo es de salud sino de todos.

-Modelo comunitario de Salud Mental:

Este modelo con el cual se pretende materializar la Política “Supone un cambio en la organización de los servicios, de esquemas de relación entre las disciplinas que operan en él...obliga a crear una red de recursos y prestaciones en el territorio, en la comunidad Esta nueva perspectiva rompe con el imaginario de la intervención psiquiátrica exclusiva como único referente de mejoría y plantea la composición de equipos

interdisciplinarios de salud mental”.

La apuesta del modelo comunitario permite trabajar desde lo territorial y construir en el ejercicio con el otro y dentro de este entramado la Academia es fundamental en este proceso de construcción y tener respuesta en la cual se pueda organizar la ciudad.

- Marco analítico, en la materialización de la Política Municipal de Salud Mental y Convivencia Social de Santiago de Cali (2017-2027), confluyen distintos sectores, actores sociales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y no solo aquellos que trabajan en el sector salud. Por tal motivo, aquí se integran la sectorialidad y la transectorialidad a la comunidad, haciendo posible su territorialización, con un trabajo de articulación, gestión y acción para generar alianzas. Esto se tiene pensado desde un enfoque territorial, de determinación social de la salud, derechos, psicosocial, diferencial, étnico y género.
- Objetivo general de la Política: Garantizar plenamente el disfrute efectivo del derecho a la salud mental para todos los individuos, colectividades y territorios del municipio mediante su posicionamiento en la agenda pública y la generación de acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias de promoción de la vida, la salud mental y la convivencia social, así como la prevención y atención/intervención integral de las situaciones/eventos relacionados con el estigma social, el uso de psicoactivos, los trastornos mentales y sufrimiento psicosocial, y las violencias.
- Estructura de la Política, se propone un cambio en la forma tradicional de estructurar una Política y para este ejercicio de construcción se trabaja con la metáfora de la red en la cual todos los actores tendrán la posibilidad de enriquecerla y retroalimentarla y la cual conciba el entramado de relaciones que se dan dentro de un territorio. Existe un trabajo en red que se está tratando de dar fuerza, por tanto se traen las metáforas de la red dentro de la Política:
 - Trama: hace referencia a la Política como tal. Sistema amplio de relaciones que se establecen entre los individuos.
 - Nodos: hace referencia a los ejes. Nudos centrales que permitirán movilizar los vínculos para transformar dinámicas.
 - Lazos: hace referencia a las líneas. Son los vínculos que se establecen entre las personas para producir Salud Mental y Convivencia Social.
 - Estrategias para la acción: hace referencia a las acciones puntuales. Mecanismos de acción sugeridos para operativizar la Política.

En este sentido, se muestran los cuatro nodos que conformaran la Política Pública de Salud Mental:

1. Ciudadanía para la promoción de la vida y la convivencia
2. Redes transectoriales de respuesta institucional y comunitaria en Salud Mental
3. Gobernanza, dirección y rectoría en Salud Mental
4. Conocimiento y dialogo de saberes.

3. Discusión y aportes a la Política:

Maritza Isaza jefe del grupo de Salud Mental de la Secretaria inicia el espacio de discusión con dos preguntas:

- I. ¿Cómo se sienten y que piensan con respecto a la Política Pública de Salud Mental?
- II. ¿Estarían dispuestos a armar redes de trabajo desde las universidades para hablar de los temas de Salud Mental?

Desde el grupo de la formulación de la Política Pública, la doctora María Adelaida Arboleda propine

dos líneas de discusión:

- I. La interacción que como universidades se tiene desde el tema de salud, es decir, desde lo asistencial y los programas de formación que se tienen allí, practicantes en algunas áreas y en otros casos programas estructurados que de alguna manera tendrán que modificarse en la medida que se adopte y adapte todo lo relacionado con la Política
- II. Las características de la formación que se están teniendo en los profesionales

Frente a las líneas de discusión propuestas los participantes del espacio hacen sus aportes con respecto a lo visto sobre la Política y con respecto a sus puntos de vista y experiencia:

-Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, la formación es hospital céntrica, son dos años de formación de residentes de psiquiatría apuntándole a una asistencia que se centra en la enfermedad y esta apuesta de ciudad pone en entre dicho el curriculum que se tiene y de alguna manera obliga a repensar la manera como se está educando a los médicos. Una reforma curricular no es fácil, se demora varios años para que el ministerio apruebe cualquier cosa, es algo que no se va hacer en un mes, dos meses pero si se puede tener una propuesta a dos años que de alguna manera soporte el modelo porque si se siguen sacando psiquiatras expertos en manejo de trastorno mental severo en hospitalización y no con experiencia en un área comunitaria, obviamente no van a poder trabajar.

-La postura epistemológica de esta idea invita a repensarse y no solamente pensar que el estudiante va a salir atender y desde las prácticas se puede empezar desde otra manera. Hay una materia que se llama problemáticas contemporáneas, allí se podrá sugerir algo.

-En diciembre hubo una reunión de Universidades y allí se llegaba a la conclusión de que todos hablaban de violencia.

-En temas de violencia la Universidad del Valle tiene el Instituto Cisalva, pero las personas no saben que existe, además los estudiantes no saben que pueden hacer sus pasantías allí, por eso se pensó en que las personas y los estudiantes se enteren de lo que ocurre, ya que no se puede tener un banco de información tan valioso y no estén enterados de qué eso sucede en su ciudad. En este sentido, el llamado es a que si se hace una red de académica se empiece con esta clase de bancos de excelente calidad que se tiene en las diferentes Universidades y que es información d la ciudad. En el tema de violencias por ejemplo el Instituto Cisalva tiene la información sería bueno para estudiantes de pregrado y posgrado que conozcan lo que está ocurriendo y en ese orden de ideas, se pueda tener directrices de intervención desde las Universidades dando respuesta a esas necesidades reales.

Luego de los aportes realizados por los y las participantes Maritza Isaza jefe del grupo de Salud Mental de la Secretaria hace una nueva pregunta para ser debatida:

¿Qué piensan de esta propuesta? Teniendo en cuenta que es un poco transgresor, no es hacer más de lo mismo ¿Cómo piensan que se podría hacer cuando ya se tienen unas formas muy definidas de cómo hacer?

-La academia debe formar futuros profesionales que se piensen en la prevención antes de pensar en que es lo que se va hacer después de la intervención, en esa mirada es pensar como desde la academia se pueden brindar herramientas para los profesionales. Es algo complejo pero se debe hacer algo por ejemplo con las personas que tienen una enfermedad mental y con sus familias que también deben pasar por muchas situaciones.

-La academia puede ofrecer a la ciudad y a aquellos profesionales que está formando unos estándares de lo que se está necesitando ofrecer, se podrían hacer reuniones en las cuales se llegue a consenso que

es lo que se necesita y para ello se puede tener ayuda de la tecnología, por ejemplo cursos virtuales, diplomaturas y ponerse de acuerdo en cuál es el currículo que se debe tener para poder certificar personas que quieran hacer ese cambio de paradigma ya que es una elección.

-Aterrizar esta propuesta a un cambio no es fácil y mucho menos llevarlo a un cambio curricular, pero esto no quiere decir que sea imposible. Es necesario involucrar a los actores directos desde las Universidades Para que hagan parte, sería importante convocar a una reunión de docentes del área de la Salud Mental de las diferentes Universidades ya que el modelo educativo es un modelo vertical, es decir, que el estudiante aprende mucho de lo que ve de sus profesores, el enfoque de los profesores, no solo de la teoría. Si los profesores de Salud Mental como los Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales que hacen parte de toda esa transmisión de conocimiento, información y construcción no hacen parte de esto, pues se quedaría en el aire y quedaría como una intención, por tanto es importante una reunión y unificar discursos y saberes.

-Los psiquiatras deben rotar por los Centros para la Vida ya que este es un espacio por excelencia para nutrir a los profesionales en el tema comunitario, hay que ver como desde la Universidades este espacio puede convertirse en un campo de práctica profesional.

-La participación de la familia en un modelo de estos es fundamental, ya que los problemas de Salud Mental son más psicosociales que orgánicos y tiene que ver con la forma en que se están teniendo recambios en las familias, que obliga a la revisión de esos cambios y a su abordaje (tipologías de familia).

-Es importante saber cómo se va a reintegrar a una persona que sufra de violencias o de consumo de SPA, esto es importante ya que se deben tener estrategias para que la propuesta o el modelo se pueda dar.

-Las tres visiones clásicas que tienen las Universidades que son: docencia, investigación y extensión, allí se pueden articular varias cosas en torno a lo que es la Academia. Como academia que manera habría de articularse con el ente territorial para hacer investigación y poder conseguir recursos, que la municipalidad vea a las Universidades en términos de investigación.

-Podría pensarse en la formación de agentes comunitarios, y no solo en profesionales, esto teniendo en cuenta que la comunidad va a tener un papel fundamental dentro de este modelo.

- Para esta propuesta se necesita un cambio de pensamiento gigante, es necesario que desde las Universidades no se forme solo en patologizar a las personas ya que a nivel de Salud Mental hay muchos campos por trabajar. En este sentido, desde la Universidad San Buenaventura se le apuesta a esta forma de hacer.

-Las universidades si tienen la responsabilizar de formar y que desde su práctica profesional puedan aportar a un nuevo modelo, pero es importante que en función de la red se tengan claridad con respecto a para qué están hechas la Universidades, también es importante saber que se les va a entregar a las Universidades para trabajar por la ciudad, más allá de que se tenga una responsabilidad social como academia, de modo que eso permita tener una red de intereses.

-La ciudad está en mora con lo que se hace desde las comunidades, por tanto es una propuesta que no es transgresora, así mismo desde la Universidad del Valle en el área de Psicología hay un espacio de servicios de atención, se propone una forma en la cual se pueda extender estos servicios a la comunidad, pero para ello se necesitaría capacitación constante y conocer la forma en que se puedan remitir algunos casos ya que no se tendría la capacidad de atender todas las demandas y esta sería una forma de retribuir a

la comunidad ya que las Universidades también tienen una deuda.

Finalmente se propone un próximo encuentro en el cual se tenga claridad de qué es lo que se va hacer y sobre qué se va a conversar, desde el equipo de Salud Menta se propone trabajar en un plan de acción con unas preguntas claves:

- ✓ ¿Qué haríamos juntos respecto a esta propuesta como academia?
- ✓ ¿Qué haríamos en la docencia, la investigación y la formación?
- ✓ ¿Cómo organizar los Centros para la Vida con las prácticas profesionales?
- ✓ ¿Qué se espera de los profesionales que se están formando en este modelo?

-Próximo encuentro dentro de un mes: jueves 22 de febrero de 2017.

-Representantes de la academia en la Mesa Municipal: Universidad San Martín y Universidad del Valle.

Elaboró	Nombre: Maira Alejandra Alcalde Ruiz	Copias	1.	Aprobó	Nombre:
	Firma:		2.		Firma:

Anexo I. Acta de Reunión con Actores Comunitarios.

 Universidad del Valle	E vento:	Validación de los lineamientos de Política Pública con comunidad	o:	Págin as	1
	L ugar:	Auditorio Hospital Geriátrico y Ancianato San Miguel	Fe cha:	23/0 1/2018	ora Inicio: 2:30 pm ora Final 5:30 m

Objetivos: Socializar los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social con la comunidad en aras de obtener aportes significativos, así como generar proceso de validación de su contenido.

Asistentes		I/NO	S	Asistentes		I/NO	S
.	Equipo de proyecto Univalle.	I	S	.	Equipo de Salud Mental de la Secretaria	I	S
.	Representante asociación de usuarios ESE Centro	I	S	.	Líderes comunales	I	S
.	Representantes adulto mayor	I	S	.	Representantes Veedurías	I	S

Agenda

.	Presentación de la Construcción de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social
.	Discusión y aportes a la Política

Desarrollo de la Reunión:

1. Presentación de la Construcción de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social:

Se inicia este ejercicio de validación con la comunidad con una breve contextualización de la construcción de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social, refiriendo que será una Política para toda la población caleña y no solo para una población en específico ya que esta pretende ser incluyente y con capacidad de abordar todas las situaciones que tengan que ver con la Salud Mental de los caleños. Se hace énfasis en que la Salud Mental no tiene nada que ver con la enfermedad mental pues desde el enfoque que se le está dando a esta Política se busca promocionar la vida.

Luego se da paso a mostrar el proceso de construcción y finalmente los lineamientos de la Política Pública:

- Construcción de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social
- Situación de Salud Mental en Santiago de Cali
- Marco normativo
- Marco conceptual-antecedentes: en esta parte se hace énfasis con los asistentes ya que habla de la forma en que se va a trabajar y llevar a cabo cada una de las acciones que están relacionadas con la Salud Mental y se precisa acerca de:

- Definición de Salud Mental para Santiago de Cali: “se reconoce a la salud mental como un proceso

en determinación por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos, psicológicos, entre otros, que permite a las personas desplegar recursos en la cotidianidad a través de dinámicas relacionales y configuradas en diferentes espacios de construcción de la subjetividad y colectividad, teniendo como elemento clave al territorio; su preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción y transformación política y social vinculada a la concreción de los derechos que sustentan la vida”.

Esta definición trae consigo una postura política, se está construyendo una apuesta real en la ciudad que tenga en cuenta la diversidad, historias, la municipalidad y ruralidad y todo lo que pasa en Cali, por tanto la respuesta no solo es de salud sino de todos.

- Modelo comunitario de Salud Mental: Este modelo con el cual se pretende materializar la Política “Supone un cambio en la organización de los servicios, de esquemas de relación entre las disciplinas que operan en él...obliga a crear una red de recursos y prestaciones en el territorio, en la comunidad Esta nueva perspectiva rompe con el imaginario de la intervención psiquiátrica exclusiva como único referente de mejoría y plantea la composición de equipos interdisciplinarios de salud mental”.

La apuesta del modelo comunitario permite trabajar desde lo territorial y construir en el ejercicio con el otro y dentro de este entramado la Academia es fundamental en este proceso de construcción y tener respuesta en la cual se pueda organizar la ciudad.

- Marco analítico

-Objetivo general de la Política

-Estructura de la Política, se propone un cambio en la forma tradicional de estructurar una Política y para este ejercicio de construcción se trabaja con la metáfora de la red en la cual todos los actores tendrán la posibilidad de enriquecerla y retroalimentarla y la cual conciba el entramado de relaciones que se dan dentro de un territorio. Existe un trabajo en red que se está tratando de dar fuerza, por tanto se traen las metáforas de la red dentro de la Política:

-Trama: hace referencia a la Política como tal. Sistema amplio de relaciones que se establecen entre los individuos.

-Nodos: hace referencia a los ejes. Nudos centrales que permitirán movilizar los vínculos para transformar dinámicas.

-Lazos: hace referencia a las líneas. Son los vínculos que se establecen entre las personas para producir Salud Mental y Convivencia Social.

-Estrategias para la acción: hace referencia a las acciones puntuales. Mecanismos de acción sugeridos para operativizar la Política.

En este sentido, se muestran los cuatro nodos que conformaran la Política Pública de Salud Mental:

5. Ciudadanía para la promoción de la vida y la convivencia
6. Redes transectoriales de respuesta institucional y comunitaria en Salud Mental
7. Gobernanza, dirección y rectoría en Salud Mental
8. Conocimiento y dialogo de saberes.

2. Discusión y aportes a la Política:

Se abre un espacio en el cual las personas asistentes a la socialización de los lineamientos de la Política Pública brindan sus aportes y comentarios respecto a lo escuchado, entre dichos aportes se encuentran los siguientes:

-Operador comunitario, refiere que la Política está muy bien planteada pero hace falta un modelo de enlace entre los funcionarios y las comunidades, es algo que se debe implementar porque no se puede pretender que los funcionarios lleguen a la comunidad sabiendo que es un espacio que no conocen, por tanto un modelo de enlace permite tener una relación más cercana con el entorno. Esto lo plantea ya que los lideres u operadores saben y conocen cómo trabajar en los sectores, qué trabajar y qué no. Continúa

planteando que desde su perspectiva no sería un operador por comuna ya que una comuna es muy grande, tiene muchos barrios y es ilógico que un operador los conozca todos y tendría una sobre carga de trabajo, sería ideal un operador por barrio.

Desde el Grupo de Salud Mental de la Secretaria se le responde que es una buena propuesta teniendo en cuenta que se debe trabajar con la comunidad. Desde un principio de realidad no podría ser uno por barrio ya que los recursos no alcanzan, pero se tendrá en cuenta en una mirada de Política porque esta sería una forma de dinamizar la Política.

-Asociación de usuarios ESE Centro, expresa que anteriormente existía una figura que se llamaban gestores comunitarios y funcionaban en los proyectos que hacia la Secretaria. Adicional a ello, refiere que las personas debe tener participación en los diferentes proyectos y espacios que surgen dentro de la comunidad. En este sentido, comenta que en su comuna se ha detectado que hay más de 300 personas con discapacidad y a raíz de ello el comenzó un proyecto que se denomina “Escuelita Beethoven”, allí hay 25 adultos, 13 niños con discapacidad y se les enseña matemáticas y a leer y escribir, muchos de esos niños ya han entrado a la escuela regular, lo que se ve es que estos niños tienen pocas posibilidades de entrar al sistema educativo. Esto permite la comunidad tenga una mejor convivencia y estilo de vida.

Secretaria de Salud responde que el equipo de la Secretaria como los Centros para la Vida tienen que reconocer la oferta existente en el territorio en asocio con la oficina de participación de la Secretaria y poder pensar en acompañarlos con ofertas comunitarias que son necesarias y tienen un sentido en la medida que si se comprende como los jóvenes tienen la posibilidad de mejorar escolarmente pueden entrar a la escuela y si entrar a la escuela no estarán en situación de exclusión. Se hará un plan de trabajo para saber hasta dónde se puede llegar y como algunas situaciones se convierten en plan de trabajo.

- Líder comunitario, refiere que sería bueno que el ejercicio que se hace lo hagan también desde otras secretarías, como por ejemplo: Secretaria de deporte, Secretaria de vivienda. Porque son ellos quienes tienen que ver con situaciones que se dan en la comunidad. Es necesario que en altos de Santa Elena se haga un seguimiento a personas que están viviendo situaciones difíciles, es necesario que los otros sectores tengan en cuenta que esto no es algo solamente de Secretaria de Salud.

A esta situación desde Secretaria de Salud se le responde que se tendrá una reunión con gestores deportivos de la Secretaría de deporte ya que se está buscando generar los enlaces con cada sector, buscar como ellos también trabajan en la lógica de Salud Mental y entender que conexión tienen cultura, educación, la Policía. Articularse es un proceso a largo plazo ya que es entender como lo que hacen tiene que ver con Salud Mental y no solo es poner Psicólogos en cada barrio. Se está trabajando también en la construcción de un sistema de vigilancia comunitaria, situaciones que los líderes identifiquen en los territorios lo puedan hacer llegar de manera efectiva a las Instituciones que tienen que atender y todos los sectores puedan hacer efectivo un proceso. Por eso es tan efectivo que el equipo de Salud Mental de la Secretaria trabaje en territorio y no en una oficina a donde no llegan las situaciones reales, hay que ir al territorio a construir soluciones reales.

-Veedor salud, retoma palabras con las cuales Maritza Isaza Responsable del Grupo de Salud Mental de la Secretaria definió la Salud Mental, citando lo siguiente: “La Salud Mental interpretada en el qué necesitamos, buscando el bien común para vivir feliz”, hace esta referencia ya que escuchando a lo expresado por los otros asistentes se siente identificado. Expresa como hay dos grandes retos: primero, en este momento se está soñando y ese sueño hay que aterrizarlo, pero esto solo se va a dar cuando ante el consejo municipal se tenga la Política. Hay que apropiarse del sueño para defenderlo y sostenerlo, se habla a diez años porque es una meta decenal pero se espera que sea algo que se mantenga, este sueño solo

puede ser realidad si la comunidad trabaja de manera conjunta.

-Coordinadora Centro para la Vida San Miguel, retoma la palabra bisagra para ponerle un “apellido” y nombrarlo como bisagra avivadora ya que para el personal de Centro para la Vida es muy importante el ejercicio de conectar, pero en ese ejercicio se quiere que este la palabra de la persona, la voluntad el pedido, por eso el ejercicio consultivo y por eso es importante saber que necesita Cali y que necesita la comunidad de esta Política, esa voz se necesita, por tanto no es una bisagra que va a organizar la sociedad y los recursos para sino con y como bisagra avivadora hay que avivar el interés de las personas a que hagan parte de estos procesos. Muchas personas no tienen el deseo de hacer algo, por eso es tan importante abrir espacios en los cuales se conecte a las personas con lo que necesita en la vida y en este ejercicio se necesita de la calle, las esquinas, los barrios y de los espacios en los cuales se mueva la emotividad.

-Comunicador social Centros para la Vida San Miguel y Centro, expresa que las instituciones dependen de la base que es la comunidad y muchas veces se tiene más responsabilidad ya que si el estado no llega la comunidad debe ver como lo resuelve. Hay que tener en cuenta las particularidades de cada territorio. Hoy en día existen dos lados que se deben juntar para trabajar juntos, por un lado la comunidad con sus capacidades y por el otro, la institucionalidad con su voluntad de trabajo y eso se debe aprovechar.

Finalmente, desde el grupo de Salud Mental se concluye que la veeduría es muy importante, los recursos son de las personas y a eso hay que hacerle seguimiento pues los recursos deben ser invertidos como deben ser. La única forma de cambiar es construyendo juntos y desde saberes distintos. Como comunidad hay que luchar para que mantener los recursos existentes.

Elaboró	Nombre: Maira Alejandra Alcalde Ruiz	Copias	1.	Aprobó	Nombre:
	Firma:		2.		Firma:

Anexo J. Acta Instalación Mesa Municipal de Salud Mental y Convivencia Social de Santiago de Cali - Diversos Actores Sociales, Comunitarios, Académicos, Políticos e Institucionales.

	Dependencia	Comité: MESA DE SALUD MENTAL Y CONVIVENCIA SOCIAL	No: 1	Páginas 8
		Lugar: Universidad del Valle. Campus San Fernando. Edificio Salud Pública. Salón 1.	Fecha: 22 de Enero de 2018	Hora Inicio 09: 00 Am :

Objetivo:

Presentar y validar Política Pública Salud Mental, Modelo de Salud Mental Comunitaria y Rutas Integrada de Salud Mental Comunitaria.

	Asistentes	SI/NO		Asistentes	I/N O
.	ESE NORTE. Nancy Rosero Riascos.	SI	6	SSPM. Alejandra Cortez	I
.	COLPSIC. Lina Maria Quintero	SI	7	SSPM. Damaris Hurtado	I
.	COLPSIC. Herney Bolaños Pazos	SI	8	SSPM. Adriana Millán.	I
.	SECRETARIA EDUCACION. (Sub-secretaria pedagógica) Elizabeth Caicedo del Corral.	SI	9	PROMOCION SOCIAL SSPM. Edgar Grueso.	I
	VEERSALUD. Orlando Orejuela.	SI	0	ICBF. María del Pilar Peña	I
	VEERSALUD. Julio Cesar	SI		SSPM. Jose Malaver.	

	Mesa.			1		I
	CAMARA DE RIESGOS. ARL EQUIDAD. Amy Sofia Barreto	SI		2	SSPM. Mariluz Angulo Meza	I
	CAMARA DE RIESGOS ARL SEGUROS ALFA. Ana Maria Osorio	SI		3	SSPM. Elcias Varela.	I
	PAPSIVIC. Ernestina Contreras Cruz	SI		4	SSPM. Diana García.	I
0	PERSONERIA. Sonia Guerrero Brand	SI		5	SECRETARIA EDUCACION. COMCE. Luz Helena López Rodríguez	I
1	SSPM. Carolina Vidal Vélez	SI		6	HDPUV. Sandra Viviana Rios.	I
2	SSPM. Graciela Abouchar	SI		7	SSPM. Maritza Isaza	I
3	SSPM. Gisele Viviana Osorio.	SI				
4	SSPM. Ayda Ruth Carpintero	SI				
5	SSPM. Liliana Otalvaro	SI				

Agenda

.	1. Encuadre Actividad Coordinador del proyecto. 2. Presentación de Lineamientos de Política Salud Mental y Presentación de RISMC	
---	---	--

DESARROLLO

1. Encuadre de actividad.

2. Presentación de Lineamientos de Política Salud Mental y Presentación de RISMC

- Palabras de Maritza Isaza. Refiere con claridad que se presentan lineamientos de la política pública en la que la esencia es la comunidad, que vive en los territorios, no es una política de prestación de servicios. Se realiza desde una perspectiva de la Determinación Social en una apuesta por el “buen vivir”.
- Se referencia, por Maritza Isaza, al público como fue el proceso de construcción de la política, que en esencia se realiza de modo participativo y responde a dinámicas comunitarias. Explicita como se construyó la Política Pública de salud mental y convivencia social, recogiendo saberes comunitarios de todas las divisiones territoriales administrativas de salud.
- Refiere que la mesa será el espacio por excelencia de la política de salud mental.
- Se refiere por Maritza Isaza. Son cerca de 125 mil consultas de salud mental en la red pública de Cali.
- Se refiere por Maritza Isaza. Igualmente se referencia que las cifras de salud mental sobre consumo de SPA en el municipio son menores por que solo este año inyectables de consumo. Y poco se diagnostica en el tema de consumo, pues hay resistencia a ello.
- Se interviene y se referencia que el HPUV aporta unas cifras de SIVIGILA que no se visibilizan pues rinden informe al Departamento, por Dra. María Adelaida Arboleda. Dra. Ríos referencia que son cerca de 20 son del HPUV.
- Importante evidenciar las frecuencias de uso.
- Se refiere por Maritza Isaza y se presenta barreras actitudinales (ver en las diapositivas). Se recomienda por público. Clarificar sobre las barreras actitudinales cuales serían esas barreras en las personas?

- Se referencia por publico que existen otras barreras que son las administrativas, que se involucra dentro de las barreras de servicios. Son barreras institucionales, que son diferentes a las actitudinales que son de tipo personal.
- Se refiere por Maritza Isaza que se propone un modelo que no es más de lo mismo, que busca no solo desde el tema atención, no será más servicios y servicios, y se proponen nuevas cosas. Debe abordarse las situaciones de salud mental desde la perspectiva caleña.
- Se refiere, Dr Abelardo, hablar de un marco institucional de otros sectores, donde se ocuparan terrenos de otras secretarias, donde se les trasgrede sus límites usuales de labor, pero que se relacionan con la salud mental desde su sector de trabajo. Y se orientara como se debe proceder en sus terrenos sectoriales sobre la salud mental. Esto sirve para observar la viabilidad política de la misma y sus resistencias que puedan presentarse en el sector respectivo.
- Dra. Ríos refiere, No individualizar los problemas transectoriales públicos, pues hay situaciones problemáticas que abordan desde diversos sectores. Sino comprenderlos como corresponsabilidad de diversos sectores.
- Se refiere por Maritza Isaza que la norma como debe abordarse pero no se queda con solamente lo que dice la norma, no se limita por lo que dice la norma sino que la trasciende. Trascender sobre la salud mental que debe abordarse desde diferentes sectores. El propósito es tratar de reorganizar el sistema para que se aborde desde la perspectiva caleña.
- Se refiere por Maritza Isaza. Se refiere sobre la Definición de la salud mental (ver diapositivas). Se complejiza su campo de acción con la definición prestación de servicios, en sufrimiento psicosocial, satisfacción psicosocial, acciones comunitarias, potencialidades, no se sitúa desde el panorama de enfermedad sino de construcción de su desarrollo. Se referencia Maritza Isaza que debe entenderse la política para todos, y se ejecute como red y la salud mental como un entramado de muchas cosas,

históricas, biológicas, individuales, etc. Y mostraran sobre lo que se necesita para Cali en salud mental, no solo desde el sector salud, sino otros sectores

- El publico referencia que se observa muy incluyente por que reconoce un componente histórico y relacional, no solo tener en cuenta la salud mental individual sino incluir al resto.
- Dra Ríos, sugiere que se exprese con mas claridad en que es la salud mental?. Es difícil para los que no conocen la salud mental comprender esto sino se define el que es? Sobre todo para los que son de otros sectores que no están familiarizados.
- Dr. Malaver refiere, Que se ha concebido la salud mental desde lo que se espera en lo ideal de sujeto sano, y se rechaza cualquier cosa que atente contra ese ideal, sin reconocer sujetos que difieran del ideal, por lo que se requiere una definición que recoja como parte de ella lo imperfecto (lo no ideal), como parte de la Proceso de la acción política abierto de transformación continuo de individuo y sociedad en el que se construye la ciudadanía de modo conjunto.
- Se refiere por el público que es importante una definición de lo real de la transformación y no lo ideal a lo que se aspira a llegar, como usualmente se ha comprendido.
- Refiere el Dr. Malaver que debe entenderse “la político”, no “lo político” ser capaz de transformar las condiciones y representaciones sociales de una sociedad para generar mejores instituciones que persigan el bien común, no realizado por los políticos sino por la sociedad, como transformadora.
- .Coordinador proyecto. Refiere que debe transformarse para dar mayor claridad, y es pertinente comprender la Salud mental desde la lógica de la complejidad, donde se articulan múltiples aspectos, que tiene unas características fundamentales que están a amarradas a cosmovisiones amplias e incluyentes, que se concentre en lo que significa el buen vivir para los sujetos.

- Referencia Maritza Isaza, sobre, Modelo comunitario de salud mental, es el materializador de la política, pensándolo desde otra forma, ver a los sujetos como posibles de transformación y de la comunidad, integrado a su entorno.. . Se presenta modelo (ver diapositivas). Basado fundamentalmente de funcionamiento en Red.
- Dra. Maria Adelaida Arboleda, refiere que debe pensarse que el sujeto no solo se aborda desde la perspectiva medica, y que permite otras intervenciones de la comunidad, incluso no formales, que no solo interviene con el individuo enfermo sino con el que no pero sufre, que involucre las intervenciones integradoras de las diferencias.
- Referencia Maritza Isaza, que ministerio mando a realizar cuatro rutas especificas, pero se procede a realizar una sola la “caleña” pero que responda a otras situaciones de salud no contempladas en las cuatro iniciales. Desde una perspectiva no fragmentada sino integrada, pues un sujeto el drama de una problemática por la cual ingresa este a una ruta, sino que puede contener varias problemáticas, las cuales no necesita que se le especifique otra rutas para los otros problemas fragmentadamente, sino que se le interviene integralmente.
- Dra. María Adelaida Arboleda, presenta Ruta Integrada de Salud Mental Comunitaria, en la cual no se habla solo de una oferta de servicios de salud, sino que hay otra oferta de elementos que se incluyen en la ruta, otros recursos que no son la red primaria de salud, y que harían parte integral de la misma. Como lo que hacen las comunidades con sus situaciones de vida. Que se agrupara en algo que se llama Unidad de Salud Mental Comunitaria que contiene dispositivos comunitarios y dispositivos de salud en el territorio y que pueden servir de puerta de entrada al sistema. Involucra que los sujetos vivencian Situaciones de salud mental (buena o malas) que se relacionaran con los recursos disponibles (dispositivos, etc) y que el sujeto busca modificar, y se les dará salida a esas situaciones, no necesariamente involucrando al sector salud, sino a los otros recursos, canalizados a través de los Centros para la Vida que sería la unidad funcional, que funciona como equipo

psicosocial, valorando integralmente a la persona, y sus redes relacionales, y como conseguir su integración, luego de eso podría derivarse a la atención del prestador primario, si lo requiere en algunas situaciones, de allí pasar a un complementario. **Es importante concebir que la persona con una situación de salud mental NO es un consultante de salud es un consultante de todos los otros sectores (culturales, deportivos, etc).**

- Refiere Maritza Isaza que es importante comprender el sistema y organizar una respuesta que responda a la realidad pero desde la perspectiva de Modelo de Comunitario de Salud Mental. Por eso se constituye esta RISMIC.
- Dra. Ríos. Resalta la importancia de construir dispositivos incluyentes amigables, y que no generen exclusiones, del mismo grupo, que no permitan se excluyan los que reciben intervención diferenciada en Guetos. Que existe el reto de no generar dispositivos diferenciales que atiendan guetos poblacionales, sino que atiendan la diversidad.
- Publico pregunta sobre procesos de humanización, cuidado al cuidador.
- Coordinador del proyecto clarifica que se está presentando los tres niveles política, modelo y rutas.
- Refiere Maritza Isaza. Resalta la importancia de construir respuestas al día a día de las comunidades en las situaciones de salud mental.
- Veersalud. Cuestiona y solicita claridad, si Centro para la vida es una estrategia o un dispositivo, a lo que la Dra Arboleda le responde que viene a ser un dispositivo para dar respuesta a las comunidades, que tiene un equipo interdisciplinarios. Dispositivo que acobia estrategias para clientes externos e internos.
- Publico. Se pregunta sobre si se incluyen los Reintegrados. Se responde por el coordinador del proyecto que si se involucran Estrategias. Karla Paz referencia que la política responde a muchos sectores diversos desde una perspectiva incluyente

- Refiere Maritza Isaza. La metáfora de la red para pensar la política, desde el mismo lenguaje, para hacer irrupción que intervenga desde el cambio en los lenguajes. Se trabajara en la Trama de relaciones sociales(o tejido social donde pasa todo), a través de la forma de hacer en Nodos (ejes de política), lazos (vínculos de las personas), líneas y estrategias de acción (ver diapositivas).
- Se presenta por Maritza Isaza la política pública. Ver diapositivas. Refiere intervenciones como que se esta resignificando la salud mental. **No necesita psiquiatras y servicios sino respuestas que permitan a la comunidad desarrollar su proyecto de buen vivir.**
- Refiere Karla Paz. Resalta la importancia de diferenciar la gobernanza en salud de la gobernanza en salud mental, como se propone en la política.
- Se continua presenta por Maritza Isaza la política pública en el cuarto nodo. Se resalta la importancia de poner a dialogar los sistemas de información de las diversas instituciones para pensar mejor la investigación en salud mental y en la evaluación de la salud mental.
- Refiere el Dr. Tejada. Le preocupa la subjetividad de las personas al aplicar el modelo, pues allí es donde radica que se aplique de mejor manera. Se observa que se percibe falta de equidad, en el reconocimiento la OPS y OMS, en lo relativo a los aportes realizados por ellos en la construcción de este modelo.
- Refiere Maritza Isaza. Que no es por desconocer lo de la OPS y la OMS, sino que si se debe tener mirada crítica. Y se reconoce la importancia de estos organismos para poder posicionar este tipo de perspectivas. De igual modo la Dra. Arboleda referencia la importancia de distanciarse de esos modelos, cuando se requieren miradas mas cercanas al contexto. Karla Paz refiere que requiere reconfigurar las relaciones de los profesionales que van a aplicar el modelo, pues los roles no son claros, al ser nuevos campos de acción en este modelo, y se pone el reto de construir estos con la academia, para formar desde la academia.

- Se presenta por Maritza Isaza. La nueva organización estructural del equipo de salud mental, con 35 personas del equipo. Un sector de Planificación estratégica con Responsable de Grupo y asesores. También Ejes misionales en propositivo Promoción de la Convivencia Social y Abordaje de las Violencias, Promoción de la Inclusión Social Abordaje del Consumo de SPA y otras Dependencias y Promoción de la Vida y Abordaje del Sufrimiento Psicosocial. Asi mismo, las Líneas Operativas en Reducción de Riesgos y Daños, Reorientación y Calidad de la APS, Gestión Comunitaria, Gestión del Conocimiento y Red de Dispositivos y Estrategias SMC; desde la gestión territorial, en esferas comunitarias social, familiar, institucional, escolar- universitario y laboral.
- Se propone por parte de Maritza Isaza unos términos para la Siguiete Mesa de Salud Mental. Se concilia que la siguiente se hará a la siguiente semana después de semana santa.

Compromisos Iniciar con un Verbo		Responsable	Fecha Programada	Fecha Ejecutada
.	Realizar Mesa de Salud Mental en semana siguiente a la semana santa.	Grupo Salud Mental	Semana del 19 de abril al 23 de marzo de	

			2018	
--	--	--	------	--

Elaboró	Nombre: Rodrigo Corral
----------------	---------------------------