


|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

## Proyecto de Acuerdo No. \_\_\_\_ de 2020

### **“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL ‘PROGRAMA MANILLAS SALVAVIDAS’ DIRIGIDO A LAS PERSONAS MAYORES EN EL DISTRITO CAPITAL DIAGNOSTICADAS CON DEMENCIA, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

## **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**


### **1. Objetivo del Proyecto**

Créase el “Programa Manillas Salvavidas” como mecanismo oficial de búsqueda e identificación de personas mayores diagnosticadas con demencia en el Distrito Capital.

El Programa consiste en la creación y dotación de una pulsera o manilla que contenga la información básica de las personas mayores que sufran algún tipo de patología relacionada con trastornos neurocognitivos mayores o demencia, con la finalidad de que se posibilite su identificación y ubicación en caso de desorientación o extravío.

### **2. Justificación**

En las últimas décadas se ha invertido la pirámide poblacional como consecuencia del aumento en la esperanza de vida y la disminución en la tasa de reproducción de la población, lo que ha generado un fenómeno acelerado de envejecimiento demográfico. Según cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2015 y 2050 la población de personas mayores de 60 años casi se duplicará

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

pasando de 12% a 22%; en números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2000 millones. Ante esta realidad, no se puede ignorar que, en algunos casos, el envejecimiento trae consigo problemas físicos y mentales que provocan graves alteraciones a nivel funcional y pérdida de algunas capacidades.


Por ejemplo, más del 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufre de algún trastorno mental, mientras que el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario, se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población mayor un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este sector poblacional.

En este sentido, las personas mayores son más propensas a sufrir un deterioro en su salud (física y mental) debido a procesos biológicos, psicológicos y/o sociales. Son múltiples los factores que dan lugar a las enfermedades mentales, pues, aparte de los procesos normales del envejecimiento, se encuentran la concurrencia de enfermedades médicas diversas, eventos traumáticos, la jubilación o la discapacidad.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la *salud mental* como un estado de bienestar de la persona que le permite afrontar el estrés cotidiano, trabajar productivamente y contribuir a su comunidad. Al igual que la concepción de salud, va más allá de la ausencia de enfermedad y está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos, ambientales y culturales.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Tania Tello-RodríguezRenato, D AlarcónDarwin & Vizcarra-Escobar. “Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño.” Tomado de: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2211/2165>

<sup>2</sup> OMS (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>


|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br>CONCEJO DE<br>BOGOTÁ, D.C. | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

Particularmente en Colombia, la Ley 1616 define la salud mental como un estado que se manifiesta en la vida cotidiana a través del comportamiento y las relaciones, donde los individuos y colectivos utilizan sus recursos emocionales y cognitivos con el fin de construir relaciones significativas y contribuir a su comunidad.<sup>3</sup> A su vez, la mencionada Ley define el trastorno mental como *una alteración a nivel cognitivo y afectivo que se manifiesta en trastornos del razonamiento y/o del comportamiento que dificulta la adaptación al contexto*. La norma referida también contempla los problemas psicosociales como acontecimientos vitales de carácter negativo, dificultades o deficiencias en el entorno, situaciones adversas a nivel familiar o interpersonal y cualquier otro problema relacionado con el contexto donde hayan emergido las alteraciones del sujeto.

En este orden de ideas, **existe una amplia diferencia entre alteración y trastorno mental, siendo este último clínicamente significativo por afectar el funcionamiento de la persona en su vida cotidiana**. Los problemas o *alteraciones mentales* afectan la forma en que la persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero sus manifestaciones no son suficientes para que se incluya dentro de algún trastorno específico, conforme a los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5). Las alteraciones mentales se consideran más comunes, menos severas y menos persistentes en el tiempo, además no provocan un deterioro significativo en la vida

---

<sup>3</sup> Congreso de Colombia (2013). Ley 1616 de Salud Mental. Recuperada de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

social, laboral o en otras áreas de la vida cotidiana, sin embargo, sí son objeto de atención clínica dado que pueden derivar en trastornos mentales.<sup>4</sup>

Cabe señalar que el enfoque actual para comprender la salud mental se basa en que los determinantes de la salud mental y de los trastornos no sólo dependen de características del individuo (capacidad de gestionar pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones) sino que también obedecen a factores familiares, sociales, culturales, políticos y económicos.


Dependiendo del contexto, algunas personas y grupos sociales pueden tener un riesgo significativamente mayor de tener problemas de salud mental. Entre ellos se encuentran personas que viven en condición de pobreza, aquellas con problemas de salud crónicos, niños expuestos a maltrato o abandono, adolescentes expuestos a abuso de sustancias, grupos minoritarios, poblaciones indígenas, personas mayores, población LGBTI, personas sometidas a violación de derechos humanos y aquellas expuestas a desastres naturales u otras emergencias.<sup>5</sup>

## **2.1. Trastornos cognitivos en las personas mayores**

Los trastornos cognitivos son un síndrome -generalmente de naturaleza crónica o progresiva- que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (capacidad de procesar el pensamiento) afectando la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el aprendizaje, la comprensión, la orientación y el juicio -la conciencia no se ve afectada-.

<sup>4</sup> Ministerio de Salud y Colciencias (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

<sup>5</sup> OMS (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)


|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

Ahora bien, los trastornos cognitivos enmarcados en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) se clasifican de la siguiente manera: 1) Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNMA) cuando se refiere a la *demencia*; y, 2) Trastorno Neurocognitivo Menor (TNME) cuando se trata de deterioro cognitivo leve. Estos trastornos hacen parte de las patologías más comunes que sufren las personas mayores. La característica común entre estos tipos de trastornos es el deterioro cognitivo (DC), definido como el conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social y comportamental.<sup>6</sup>

La diferencia entre ellos consiste en que, mientras los TNMA (que afecta las esferas neurocognitiva, afectiva y onírica) provocan limitación funcional y restan capacidad para realizar las actividades cotidianas, generando una gran dependencia y de un intenso cuidado cercano; los TNME no alteran la capacidad funcional para la realización de dichas actividades.

---

<sup>6</sup> Leiva, A. (2016). Factores relacionados con deterioro cognitivo y pérdida de autonomía en una población mayor de 64 años. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=58856>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

*Tabla 1 Diferencias entre trastorno neurocognitivo menor y mayor propuestas en el DSM-5.*

|  | Trastorno neurocognitivo menor                                 | Trastorno neurocognitivo mayor   |
|--|--|--|
| Preocupación del paciente u otros por su cognición | Declive modesto en las funciones cognitivas                    | Declinar sustancial en las funciones cognitivas                                    |
| Rendimiento en tests neuropsicológicos             | De una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado | Dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado                        |
| Autonomía  | La alteración es insuficiente para afectar la autonomía        | La alteración es suficiente para afectar las actividades instrumentales habituales |


Fuente: J. López-Álvarez “Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer”

Aunque la edad es el principal factor de riesgo para los trastornos cognitivos mayores o demencia, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, y por el contrario es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan el cerebro de forma primaria o secundaria, como el Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares.<sup>7</sup>

***La demencia se constituye en una de las principales causas de discapacidad y dependencia en las personas mayores a nivel mundial.*** Afecta a unos 50 millones de personas en el mundo, de las cuales, cerca del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que entre el 5% y el 8% de la población de 60 años o más en el mundo sufre demencia en un determinado momento de su vida.

*“Según la décima edición de la CIE, la última publicada [10], la demencia es un síndrome debido a una enfermedad cerebral, de*

<sup>7</sup> OMS (2019). Demencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |


*naturaleza crónica o progresiva, con déficits de múltiples funciones superiores (memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio, entre otras) y conciencia clara. En esta clasificación, el déficit se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación, produciendo un deterioro intelectual apreciable que repercute en las actividades cotidianas (asearse, vestirse, comer o funciones excretoras), con una duración del cuadro no inferior a seis meses y habiéndose obtenido la información de la exploración del paciente y de la anamnesis a una tercera persona.”<sup>8</sup>*

*Estos criterios se basan en el deterioro de la memoria y el pensamiento suficiente para interferir en la vida cotidiana como requisito primordial para el diagnóstico, pero trascendiendo los límites de una dismnesia al afectar a otras funciones cognitivas.*

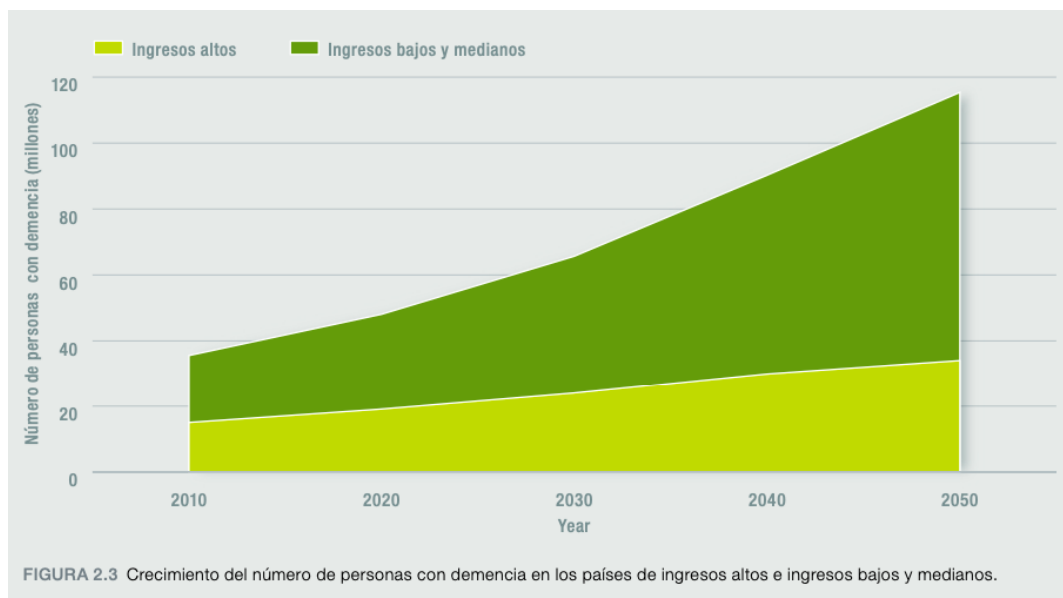
Se estima que el número total de personas con demencia podría alcanzar los 82 millones en 2013 y 152 millones en 2050. Gran parte de ese incremento tiene que ver con el hecho de que en los países de ingresos bajos y medios la cifra aumentará cada vez más (ver ilustración 1). Según la OMS, *el Alzheimer es la forma más común de demencia, se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos.* Sin embargo, los límites entre las distintas formas de demencia son difusos y de manera frecuente coexisten formas mixtas.

---

<sup>8</sup> J. López-Álvarez “Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer”. Recuperado de [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501\\_0003\\_0014.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf)

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

*Ilustración 1. Aumento personas con demencia a nivel mundial a 2050*




Fuente: OMS, 2013

La demencia lleva aparejados problemas sociales y económicos de envergadura por lo que toca a los costos de la asistencia médica, social e informal que impone. Por otra parte, las presiones físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal.

### **Signos y síntomas de la demencia**

- a. Etapa temprana: Puede pasar desapercibida pues el inicio es paulatino. Los síntomas incluyen tendencia al olvido, pérdida de la noción del tiempo y desubicación especial, incluso en lugares conocidos.
- b. Etapa intermedia: Los síntomas se vuelven más evidentes y limitantes. Las personas empiezan a olvidar acontecimientos recientes y nombres de las personas, se desubican en su propio hogar, tienen dificultad para



|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

comunicarse, requieren más ayuda con la higiene personal y sufren cambios de comportamiento.

- c. Etapa tardía: La dependencia y la inactividad son casi totales. Los síntomas más frecuentes son una creciente desubicación en tiempo y espacio, dificultad para reconocer a familiares y amigos, mayor necesidad de ayuda para el cuidado personal, dificultad para caminar y alteración del comportamiento que puede desembocar en agresiones<sup>9</sup>.


### *Ilustración 2. Síntomas de la demencia*

| SÍNTOMAS COMUNMENTE EXPERIMENTADOS POR PERSONAS CON SÍNDROME DE DEMENCIA   |   |   |
|--|---|---|
| Fase temprana  | Fase media  | Fase avanzada   |
| <p>La fase temprana tiende a ser ignorada. Familiares y amigos (y a veces también profesionales) lo ven solo como "vejez", tan solo un componente normal del proceso de envejecimiento. Ya que el inicio de la enfermedad es gradual, es difícil saber con exactitud cuándo comienza.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se torna olvidadizo, especialmente con cosas que acaban de suceder.</li> <li>• Puede tener dificultad en su comunicación, tal como para encontrar las palabras adecuadas.</li> <li>• Se pierde en lugares que le son conocidos.</li> <li>• Pierde la noción del tiempo, incluyendo hora del día, mes, año, estaciones.</li> <li>• Puede tener dificultad en la toma de decisiones y el manejo de sus finanzas.</li> <li>• Puede tener dificultad para realizar tareas complejas en el hogar.</li> <li>• Ánimo y comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede tornarse menos activo y estar menos motivado, o perder el interés en sus actividades y pasatiempos.</li> <li>- Puede mostrar cambios en el estado de ánimo, incluyendo depresión y ansiedad.</li> <li>- En ciertas ocasiones, puede reaccionar de una manera inusualmente furiosa o agresiva.</li> </ul> </li> </ul> | <p>A medida que la enfermedad avanza, los problemas se vuelven más obvios y limitantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se torna muy olvidadizo, especialmente sobre eventos recientes y nombres de personas.</li> <li>• Puede tener dificultad para comprender el tiempo, fechas, lugares y eventos; podría perderse tanto en el hogar como en la comunidad.</li> <li>• Puede aumentar su dificultad de comunicación (en el habla y la comprensión).</li> <li>• Puede necesitar ayuda con el cuidado personal (v.g. aseo, bañarse y vestirse).</li> <li>• No puede preparar la comida con éxito, ni limpiar o ir de compras.</li> <li>• Es incapaz de vivir solo de manera segura, sin un apoyo considerable.</li> <li>• Los cambios en el comportamiento pueden incluir: deambular, gritar, aferrarse, perturbaciones del sueño, alucinaciones (escuchar o ver cosas que no están ahí).</li> <li>• Puede demostrar un comportamiento inapropiado en el hogar o la comunidad (v.g. desinhibición o agresión)</li> </ul> | <p>La fase final es de casi total dependencia e inactividad. Las alteraciones de la memoria son más serias y el lado físico de la enfermedad se torna más obvio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usualmente no está al tanto de la fecha o el lugar donde se encuentra.</li> <li>• Tiene dificultad para comprender lo que sucede a su alrededor.</li> <li>• No reconoce a familiares, amigos u objetos conocidos.</li> <li>• Tiene dificultad para comer sin ayuda, podría tener dificultad para tragar.</li> <li>• Tiene una necesidad cada vez mayor de recibir asistencia para el autocuidado (v.g. aseo personal y bañarse).</li> <li>• Puede sufrir de incontinencia renal e intestinal.</li> <li>• Cambios en su movilidad: puede no ser capaz de caminar o estar confinado a una silla de ruedas o cama.</li> <li>• Se pueden intensificar los cambios de comportamiento e incluir agresión hacia su cuidador(a), agitación no verbal ( patear, golpear, gritar o gemir).</li> <li>• Puede perderse dentro del hogar.</li> </ul> |

Fuente: OMS 2013.

## Factores de riesgo y prevención

<sup>9</sup> OMS (2019). Demencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

La edad es el principal factor de riesgo para las demencias o TNMA, pero ello no indica que todas las personas mayores vayan a sufrir de demencia. Se puede reducir el riesgo de padecerla mediante el ejercicio con regularidad, evitando el uso nocivo de alcohol y tabaco, controlando el peso, manteniendo una alimentación saludable, así como una tensión arterial baja y concentraciones sanguíneas adecuadas de colesterol y glucosa. Otro factor de riesgo importante es la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva.


En la mayoría de los países existe una falta de comprensión acerca de la demencia, y es erróneamente considerada como algo propio del envejecimiento y una condición para la que no se puede hacer nada. Esto se constituye en barreras para un diagnóstico oportuno como para acceder a atención médica y social, lo que da lugar a una gran brecha de tratamiento.

**Para el propósito del presente Proyecto de Acuerdo, nos enfocaremos en el Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNMA) -es decir la demencia- dado su alto impacto en el bienestar de las personas mayores por las consecuencias que genera, en especial, porque una de sus características es la desorientación, confusión generalizada y extravío, lo cual conlleva a que las personas pierdan el sentido de ubicación, llevándolas a situaciones en las que se pone en riesgo su bienestar y hasta la vida misma.**

Tras estas consideraciones, cabe señalar que las principales características del TNMA son las alteraciones a nivel cognitivo-conductual, que se enumeran a continuación:

#### DÉFICIT COGNITIVOS

- Desorientación personal

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

- Desorientación temporal y espacial
- Alteración de los procesos atencionales simples
- Alteración de la capacidad de aprendizaje

#### ALTERACIONES CONDUCTUALES

- Severa fatiga psíquica y física
- Agitación psicomotora
- Signos de liberación frontal
- Alteraciones del pensamiento (delirios y alucinaciones)<sup>10</sup>

#### **El Alzheimer: La forma de demencia más común**


Aunque las limitaciones más comunes en la persona mayor tienen que ver con la movilidad y la fragilidad, una de las advertencias más preocupantes de la OMS es el aumento de las enfermedades mentales como la demencia y el Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es una de las formas más prevalentes de demencia a nivel mundial (representa entre el 60% y el 70% de los casos de demencia). Tiene la característica de ser degenerativa, irreversible e incurable; en forma lenta y progresiva destruye las células del cerebro ocasionando pérdida de la memoria y de otras funciones mentales.

Aunque su incidencia es mayor en personas de más de 60 años, se han registrado también casos en personas de 40 años o menos, lo que nos indica que nadie esta

---

<sup>10</sup> Trastorno neurocognitivo mayor grave: Definición y pautas neuropsicológicas (2018). Recuperado de <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/trastorno-neurocognitivo-mayor-grave-definicion-y-pautas-neuropsicologicas/>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

exento de padecerla. Cualquier persona sin distinción de raza, sexo, nivel educativo y/o sociocultural puede llegar a desarrollar dicha enfermedad.

### Señales de alarma


- Olvida cada vez con mayor frecuencia las palabras, los nombres, donde dejó las cosas, afectando no solo su desempeño en el trabajo sino las actividades de la vida diaria.
- No se da cuenta que ha hecho varias veces la misma pregunta o repetido el mismo evento en un corto espacio de tiempo.
- No recuerda en qué día, fecha o año se encuentra y se desorienta en lugares conocidos.
- Reacciona de manera exagerada e inusual ante la menor contrariedad.
- Parece no gustarle o llamarle la atención nada. Se muestra apático, deprimido, falto de iniciativa.
- Tiene dificultad con el manejo del dinero, se ha vuelto inseguro y desconfiado.
- Le cuesta trabajo organizar y planear tareas. Su capacidad en la toma de decisión no es la misma.<sup>11</sup>

Este tipo de demencia se da por múltiples factores genéticos, ambientales, nutricionales y enfermedades crónicas, que resultan en unas ‘placas seniles’ en el cerebro constituidas por la acumulación anormal de alguna proteína en el mismo. Esa sustancia destruye lo que hay a su alrededor causando la muerte de células, deteriorando la conexión neuronal y disminuyendo la masa cerebral.<sup>12</sup>

No solo la memoria resulta afectada, sino otras funciones mentales superiores, como la inteligencia, el lenguaje y la capacidad de entender y aprender. Una vez las

<sup>11</sup> Recuperado de <https://www.Alzheimercolombia.org/enfermedad.htm>

<sup>12</sup> El Tiempo (2020). ¿Por qué deberíamos conocer más del alzhéimer?

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

funciones cerebrales se ven afectadas, se presenta disfunción en las actividades de la vida diaria de la persona. Antes de presentar signos de olvido, podrían presentarse síntomas de depresión, alteraciones en el sueño o agresividad.


Según el último censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2018, el 9,2% de la población **a nivel nacional** son personas mayores, lo cual evidencia un crecimiento rápido de este segmento poblacional, pues 30 años atrás era de apenas de 3,98%. Esto se traduce en un aumento de la expectativa de vida y, por tanto, en un mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. Además, según la OMS 8 de cada 10 personas mayores presentan diagnósticos de alguna enfermedad neurodegenerativa, siendo el Alzheimer la más común.

## **2.2. Enfermedades mentales en Personas Mayores en el Distrito Capital**

Bogotá no cuenta con estudios propios sobre el estado de salud mental de su población; la información disponible se encuentra en los estudios nacionales en esta materia<sup>13</sup>. Sin embargo, en el último estudio del 2015, se dividieron los grupos etarios en niños, adolescentes, adultos jóvenes (18 a 44 años) y adultos de 45 años y más, de manera que no se abordó específicamente la vejez, pues se le incluyó en un solo grupo de adultos. Esto es un limitante para comprender a fondo los problemas y trastornos de salud mental más prevalentes en las personas mayores de 60 años, tanto hombres como mujeres.

No obstante, la capital, en cabeza de la Secretaría Distrital de Salud, dispone de sistemas de vigilancia e información específicos para determinados eventos en salud mental que resultan prioritarios para la salud pública: ideación y conducta suicida, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia sexual y consumo de

<sup>13</sup> Alcaldía Mayor de Bogotá (2016). Política Distrital de Salud Mental, 2015- 2025. Recuperado de [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3\\_Politica\\_de\\_Salud\\_Mental.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3_Politica_de_Salud_Mental.pdf)

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

sustancias psicoactivas. Si bien los casos los tienen desagregados por sexo y edad y se puede inferir la cantidad de personas mayores con estos problemas, nuevamente, como a nivel nacional, no se le ha dado prioridad al tema de los TNMA como las demencias y el Alzheimer, aún cuando año tras año la población de personas mayores está incrementándose.


En el caso concreto del Distrito Capital, el último censo poblacional demostró que, al igual que la tendencia mundial, la población bogotana se está envejeciendo. Según la información reportada, Bogotá tiene hoy 53 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, lo cual se traduce en 1 persona mayor por cada 2 jóvenes. En los últimos 13 años, los menores de 15 años pasaron de ser el 27% de la población al 19%, y se calcula que para 2050 habrá 2 personas mayores por cada joven.<sup>14</sup>

Lamentablemente, el contexto de la población mayor de 60 años en Bogotá es preocupante, pues, según información reportada por el Distrito, de 1'097.995 de personas mayores que viven en la Ciudad Capital, más del 60% presentan enfermedades crónicas de larga duración y prolongados tratamientos. A esto se le suma que unas 95.000 presentan discapacidad y requieren cuidado permanente, y de ellas, el 10%, cerca de 9.500 personas, no tiene quien las cuide.

En cuanto a las enfermedades mentales, la Secretaría Distrital de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en el mes de octubre de 2017 hicieron públicos los resultados del primer estudio de salud mental en Bogotá, que estableció que los principales trastornos que sufre la población son la ansiedad y la depresión.

---

<sup>14</sup> Semana (2019). ¿Cuáles son los retos para una Bogotá que se envejece? Recuperado de <https://www.semana.com/nacion/articulo/bogota-tiene-cada-vez-mas-adultos-mayores-de-60-anos/621265>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

Los hallazgos esenciales del estudio probabilístico refieren al trastorno de ansiedad como el problema de salud mental que más afecta a los ciudadanos, tanto en hombres como en mujeres, en todos los grupos etarios y en todos los estratos socioeconómicos. La población adulta, de entre 60 y 69 años, es la más vulnerable a este tipo de trastornos, que equivaldría a 233.469 personas mayores.

Le sigue el trastorno depresivo, que padecen principalmente las mujeres entre los 18 y 69 años de edad, representado en una población de 320.287 mujeres.


Otro de los trastornos identificados y que afecta en tercer lugar la salud mental de la población es el del abuso de alcohol, el cual se presenta en mayor proporción en hombres entre los 18 y 28 años, en estratos socioeconómicos 3 y 4, con aproximadamente 66.473 afectados.

La conducta suicida también fue identificada en el estudio, con una prevalencia equivalente al 4,1% que correspondería a 85.000 jóvenes entre los 18 y 28 años de edad. Este trastorno es más frecuente en el género femenino, representado en 2 mujeres por cada hombre. En el nivel nacional la tasa de suicidio es de 5.2% por 100.000 habitantes, en Bogotá 3.7% por 100.000 habitantes.

Ahora bien, según información suministrada por las entidades de salud, en el Distrito Capital fueron atendidas 12.062 personas por Alzheimer entre el 2018 y septiembre de 2019, de las cuales el 74% son mujeres y el 26%, hombres, la mayoría, mayores de 60 años. Asimismo, es relevante señalar que las localidades que tienen mayor proporción de atenciones son Suba, con 16,25%; Barrios Unidos, con un 14,41%, y Chapinero, con 12,21%.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> El Tiempo (2019). El drama de las familias de los abuelos que se pierden. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/bogota/Alzheimer-y-abuelos-perdidos-en-bogota-414770>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

## Comportamiento del fenómeno de la desaparición Colombia, año 2018


“La desaparición -voluntaria e involuntaria- de personas en nuestro país es un fenómeno complejo que obedece a múltiples dinámicas y contextos entre los cuales la desaparición forzada en el marco del prolongado conflicto armado ha dominado las estadísticas y, por ende, los análisis especializados invisibilizando, en cierta medida, aquellas desapariciones que no obedecen a este contexto.”<sup>16</sup>

### Tipos de Desapariciones

La criminóloga Carlota Barrios hace una división persuasiva del fenómeno de desaparición, clasificándolo según etiología por un lado, y a las víctimas del delito por tipo de desaparición (5). Así, en cuanto a la etiología de la desaparición, la autora los clasifica en dos tipos, a) desapariciones voluntarias y b) desapariciones involuntarias o forzosas las cuales, a su vez, se dividirían entre desapariciones accidentales por un lado, y criminales por el otro. Con respecto a las voluntarias, la autora refiere que estas son “Aquellas donde la persona quiere ‘desaparecer’, y por ejemplo deja una nota a la familia y se marcha donde nadie pueda encontrarlo. Estas desapariciones pueden ser investigadas por un detective privado, pero no por un criminólogo (no existe delito)”. Ahora bien, con respecto a las de etiología criminal, pertenecen al grupo de las desapariciones forzosas, que implican que la persona no quiere desaparecer voluntariamente, sino que sufre algún percance que es lo que genera su desaparición. Las desapariciones forzosas pueden ser, según la autora, de dos tipos: A) De etiología accidental: La persona desaparecida ha sido víctima de una catástrofe o accidente. Este tipo de desapariciones son provocadas por un fenómeno natural, producto de una enfermedad mental o un accidente, sin

<sup>16</sup> Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses



|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

la intervención directa (dolo), de una tercera o terceras personas. B) De etiología criminal: Son aquellas en las que una persona desaparece en contra de su voluntad, interviniendo para ello una tercera persona (o varias), que tiene una actitud dolosa (puede que desde un primer momento quiera hacer desaparecer a la víctima, o puede que a consecuencia de un homicidio, decida deshacerse del cuerpo para que el crimen no se descubra).

Para el año 2018 el grupo de edad con el mayor número de registros de desaparición fue el de 15 a 17 años, seguido de 10 a 14 años, donde el 56,75 % de los casos (3.615) continúan desaparecidos, la zona urbana continúa predominando como lugar de desaparición en un 91,30 % de los casos. Según la clasificación de la desaparición, de los 177 casos en los que se obtuvo registro para esta variable, 155 casos corresponden a desaparición presuntamente forzada. Bogotá sigue encabezando tanto en la tasa más alta 38,75 por 100.000 habitantes como en el mayor número de casos (3.170) en todo el territorio colombiano.<sup>17</sup>

### **Personas desaparecidas por enfermedades mentales**

Cada vez es más frecuente encontrarse con avisos pegados en los muros de la ciudad, en las redes sociales o las denuncias a la policía por las personas mayores que sufren de demencia y se pierden al salir de sus casas. Los riesgos que corren estas personas son grandes, pues se exponen a la delincuencia común, a los embates del clima, a los accidentes de tránsito, entre otros peligros. Como si fuera poco, un buen número de estas personas terminan en condición de habitantes de calle. El VII Censo de habitantes de la calle 2017, que registró a una población total de 9.538; en Bogotá hay 781 personas mayores de 60 años en condición de habitabilidad en la calle: 720 hombres y 61 mujeres.

---

<sup>17</sup> Medicina Legal


|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

Tabla 2 Personas reportadas como desaparecidas según tipo de aparición y sexo. Colombia, año 2018.

| Tipo de aparición               | Hombre       |            | Mujer        |            | Total        |            |
|---------------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
|                                 | Casos        | %          | Casos        | %          | Casos        | %          |
| Continua desaparecido           | 2.234        | 60,94      | 1.381        | 51,07      | 3.615        | 56,75      |
| Ausencia voluntaria             | 1.108        | 30,22      | 1.220        | 45,12      | 2.328        | 36,55      |
| Involuntaria                    | 131          | 3,57       | 41           | 1,52       | 172          | 2,70       |
| Fallecimiento de la persona     | 113          | 3,08       | 17           | 0,63       | 130          | 2,04       |
| Involuntaria (trastorno mental) | 80           | 2,18       | 45           | 1,66       | 125          | 1,96       |
| <b>Total</b>                    | <b>3.666</b> | <b>100</b> | <b>2.704</b> | <b>100</b> | <b>6.370</b> | <b>100</b> |


Fuente: INMLCF / GCRNV / SIRDEC

Nota: se excluyen 27 casos sin información (21 hombres y 6 mujeres)

Una investigación presentada por el periódico El Tiempo, reveló que de 1'097.995 personas mayores que viven en Bogotá, más del 60 % presentan enfermedades crónicas de larga duración y prolongados tratamientos. Es decir, *“cerca de medio millón de personas mayores de la ciudad tienen este tipo de enfermedades. A esto se le suma que unas 95.000 personas mayores presentan discapacidad y requieren cuidado permanente, y de ellas, el 10 %, cerca de 9.500 personas, no tienen quien las cuide.”*

Aunado a lo anterior, es de advertir que Bogotá no cuenta con un mecanismo oficial de búsqueda de personas que sufren Trastornos Neurológicos Mayores o demencia. Así lo afirmó Claudia Varón, presidenta de Acción Familiar Alzheimer Colombia, quien sostuvo que los únicos medios para localizar a las personas mayores extraviadas son los medios de comunicación, las redes sociales y el accionar de la Policía. *“En otras ciudades del mundo, la gente porta manillas de identificación, los buses reportan en pantallas la foto de los ciudadanos perdidos. Aquí hay que trabajar en pedagogía. Enseñarle a la gente cómo ayudar a un adulto mayor perdido a causa del alzhéimer”*.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Recuperado de <http://www.subrednorte.gov.co/?q=noticias/primer-estudio-salud-mental-bogot%C3%A1-revela-los-trastornos-m%C3%A1s-que-afectan-la-poblaci%C3%B3n-son-la>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |


La desaparición es una problemática en la cual se desconoce el paradero de una persona, bien porque ésta haya sido retenida y oculta en contra de su voluntad o producto de motivaciones de otra índole.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses se compromete con la búsqueda de personas desaparecidas en cumplimiento del Artículo 9 de la Ley 589 de 2000. La entidad administra y coordina el Registro Nacional de Desaparecidos (RND), que es el único registro oficial de datos suministrados por distintas entidades el cual permite orientar la búsqueda de personas reportadas como desaparecidas y la identificación de cadáveres. Su finalidad es dotar, tanto a las autoridades públicas como a las organizaciones de víctimas, de información para el diseño de políticas de prevención y control del delito de desaparición forzada.

Ahora bien, las desapariciones no asociadas a hechos de violencia son complejas en tanto que este fenómeno abarca varios hechos, pues comprende todos los casos de personas de quienes se desconoce su paradero -hecho que no es consecuencia de una conducta delictiva- tales como ausencias voluntarias, conflictos de custodia de menores, problemáticas familiares, desastres naturales o extravío de personas con discapacidad cognitiva.

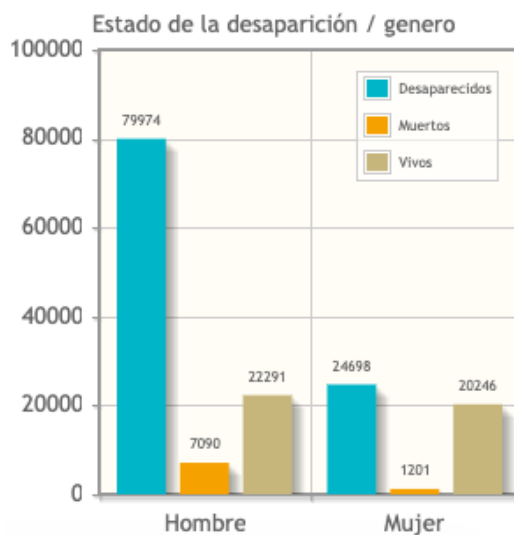
Para efectos del registro de los datos, los casos clasificados ‘sin información’ son aquellos en los cuales el contexto de los hechos no permite establecer que la desaparición se dio en contra de la voluntad de la persona o como consecuencia de una conducta delictiva.

Al 2015, de los 110.833 casos de personas desaparecidas, 87.392 (78,85%) se encuentran clasificados como sin información. Para estos casos, el porcentaje de

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

personas que continúan desaparecidas es de 65,24%, mientras que el 30,26% fueron localizados con vida y el 4,5% hallados muertos.

*Ilustración 3 Total personas desaparecidas en el país a 2020*



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal

Para el año 2020, el RND arroja que en Bogotá hay 45.358 personas desaparecidas, de las cuales, 44.764 son personas desaparecidas sin clasificar, o sea, que se presume que no se trató de una desaparición forzada. Sin embargo, en esta información de acceso público no se determinan ni muestran otras variables como edad.


|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

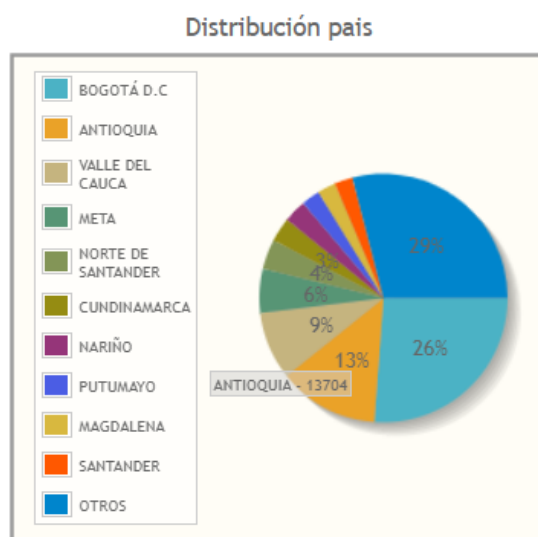
Tabla 3 Desaparecidos en Bogotá por estado, tipo y género.

Fuente: SIRDEC. 2020-07-21 03:55.


| BOGOTÁ D.C                               | Estado                         | Genero |       |       |
|--|--------------------------------|--------|-------|-------|
|  |                                | Hombre | Mujer | Total |
| Desaparecidos por estado de desaparición | Continua desaparecido          | 16071  | 11335 | 27406 |
|  | Aparecio vivo                  | 8071   | 8354  | 16425 |
|  | Aparecio muerto                | 1264   | 281   | 1545  |
| Total desaparecidos                      |                                | 25406  | 19970 | 45376 |
| Desaparecidos por tipo de desaparición   | Presuntamente forzada          | 408    | 145   | 553   |
|  | Presunto secuestro             | 9      | 4     | 13    |
|  | Presunto trata de personas     | 2      | 18    | 20    |
|  | Desastre natural               | 0      | 0     | 0     |
|  | Presunto reclutamiento ilícito | 6      | 2     | 8     |
|  | Sin clasificar                 | 24981  | 19801 | 44782 |

En la siguiente gráfica, podemos ver que Bogotá es la entidad territorial con mayor porcentaje de personas desaparecidas en el país, seguida por Antioquia y Valle del Cauca.

Ilustración 4 Distribución de desaparecidos en Colombia por departamento.

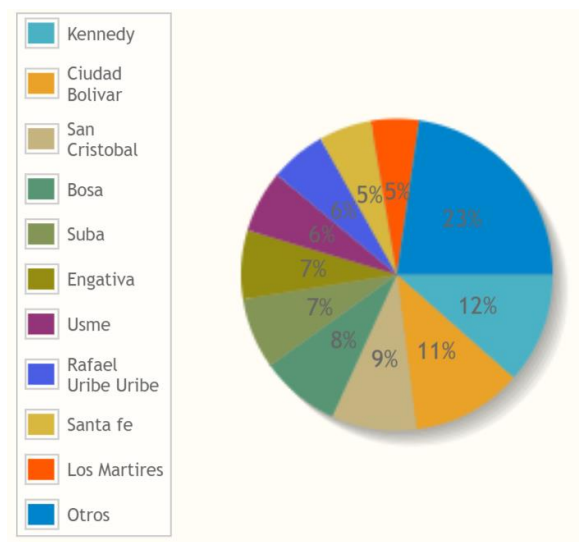


Fuente: Life – Localización de Información Forense Estadística

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

En la siguiente gráfica se muestra que la localidad más afectada por desapariciones es la localidad de Kennedy, con el 23%, seguida por la localidad de Ciudad Bolívar, con el 12% y San Cristóbal con el 9% de casos reportados

*Ilustración 5 Porcentaje de personas desaparecidas en Bogotá, por localidad*




Fuente: Life – Localización de Información Forense Estadística

## Causas de la desaparición

Del informe de Medicina Legal también se desprende que la mayoría de las personas que fueron encontradas luego de haber sido reportadas como desaparecidas en 2018, 2.328 (es decir, el 83 por ciento de los casos) se habían ido de manera voluntaria.

En otros 297 casos, la desaparición se dio de manera involuntaria; y de estos, 125 fueron por algún tipo de trastorno mental que padecía la persona. En 11 de los casos reportados en 2018 la desaparición tuvo que ver con un secuestro y en otros 11,

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

con trata de personas. Solo en 27 de los reportes del año pasado se pudo establecer con certeza que se trató de una desaparición forzada.

Hasta mayo de este año se han reportado 12 desapariciones forzadas. De los casos que han sido reportados, 727 personas habían abandonado sus lugares de vivienda de manera voluntaria; en otros 47, su desaparición se dio en contra de su voluntad y en 42 reportes se debió a razones relacionadas con algún trastorno mental.

Tras realizar esta investigación, se pudo constatar que el Distrito Capital no cuenta con un registro personalizado de personas mayores diagnosticadas con trastornos neurológicos mayores o demencia, razón por la cual, en la iniciativa que estamos presentando se propone la creación de un sistema de información en la cual repose la información de las personas diagnosticadas con este padecimiento y que se encuentre en riesgo de desaparición.


### 2.3. Salud Mental en el Mundo y en Latinoamérica

La OMS afirma que, a nivel mundial, casi 1 de cada 10 personas tiene algún trastorno mental, sin embargo solo el 1% del personal de salud presta servicios en esta esfera. Alrededor de la mitad de la población mundial vive en países donde hay menos de un psiquiatra por 100.000 habitantes. Esto indica que *hay grandes desigualdades geográficas en lo que respecta al acceso a los servicios de salud mental*.<sup>19</sup>

De igual forma, el gasto mundial anual en salud mental es escaso; la cifra se sitúa en menos de 2 dólares por habitante en los países de ingresos bajos y medianos, y más de 50 dólares en países de ingresos altos. Gran parte de los recursos se

---

<sup>19</sup> OMS (2015). A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2015/finances-mental-health/es/>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

destinan a hospitales psiquiátricos donde se presta atención a una pequeña proporción de personas que lo necesitan. Los países desarrollados tienen un número mayor de camas en dichos hospitales y tasas de hospitalización más elevadas, 42 camas y 142 hospitalizaciones por cada 100000 habitantes.

Señala el mismo documento que los países han ido avanzando en la formulación de políticas, planes y leyes sobre salud mental, que se constituyen en insumos para una adecuada gobernanza y la prestación de los servicios. Pese a estos avances, las políticas y leyes en su mayoría tienen una aplicación deficiente y la comunidad (personas con trastornos mentales así como sus familias) no participa del todo en su elaboración.

### **2.3.1. Situación región de las Américas**


De acuerdo a información del Proyecto Atlas de Salud Mental del 2017, como la fuente más completa sobre la situación de la salud mental a nivel mundial, los recursos en la región América (Norte, Centro y Sur) son insuficientes para abordar la creciente carga de la enfermedad mental y se requiere una transformación que permita mejorar la cobertura y el acceso a la atención en salud mental.<sup>20</sup>

En toda América, hay 10,3 trabajadores de salud mental por cada 100.000 habitantes o 1 por cada 10.000 personas. Respecto a la composición del personal, la mayoría son psicólogos (47%), seguido por enfermeros (34%), psiquiatras (12%), trabajadores sociales (2,2%). *Los psiquiatras siguen siendo un recurso escaso, con una mediana regional de 1,4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, cifra similar al promedio mundial (1,3 por 100.000 habitantes).*

---

<sup>20</sup> Organización Panamericana de la Salud (2018). Atlas de salud mental de las Américas.




|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

Respecto a la atención hospitalaria, que se compone de hospitales psiquiátricos y de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, en América existen 16,7 camas por 100.000 habitantes en hospitales psiquiátricos. Cifra que es alta teniendo en cuenta la transición de la Región hacia servicios de cuidado residenciales basados en comunidad y la atención psiquiátrica en hospitales generales.

Ahora bien, referente a la duración de la estadía en hospitales psiquiátricos, la mayoría de los pacientes hospitalizados en la región son dados de alta a lo largo de un (1) año (74%), mientras que un 20% tiene una estadía mediana mayor de 5 años. *Esta tendencia es contraria a los datos mundiales, donde en países de mayor ingreso, el porcentaje de hospitalización de larga estadía en hospitales psiquiátricos es menor. Las Américas es la región con el porcentaje más alto de hospitalizaciones mayores a 5 años en hospitales psiquiátricos.*

En hospitales generales donde se presta servicio de hospitalización de psiquiatría, solo se dispone de 2,9 camas por cada 100.000 habitantes. Pero ello está cercano al promedio mundial (2.0 por 100.000 habitantes).

Por último, en cuanto a la atención ambulatoria, ésta está integrada por los departamentos de consulta externa de los hospitales, servicios ambulatorios de salud mental, centros de salud mental comunitarios y los establecimientos de salud mental de base comunitaria. Los dispositivos residenciales no hospitalarios basados en la comunidad, proporcionan servicios de residencia nocturna para personas relativamente estables que no requieren intervención médica intensiva y que necesitan un manejo social y clínico de sus problemas de salud mental. La tasa de estos dispositivos es la más alta entre todas las regiones con una tasa mediana de 1,4 por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, la disponibilidad de camas es 12 veces menor que la de hospitales psiquiátricos.

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

### 2.3.2. Epidemiología de la Salud Mental en Colombia


Se llevó a cabo un estudio en Colombia sobre Salud Mental durante el 2003 y el 2004 como respuesta a las falencias en dicha área y a la falta de información sobre la prevalencia de trastornos mentales en el país. Se tomó como muestra a una población de 4544 adultos de 60 municipios de 25 departamentos del país. El propósito fue dar a conocer la situación de la salud mental en el país estimando la prevalencia de personas que sufren trastornos mentales (de 18 a 65 años), dar cuenta del inicio de la enfermedad, de su curso, recaídas y recuperación y por último de los factores protectores y de riesgo<sup>21</sup>.

Los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental muestran de acuerdo a clasificación del DSM-4 (en esa época) y el CIE 10 que *el 40,1% de la población colombiana presentó algún trastorno en su vida, 16,0% lo presentó en los últimos 12 meses y el 7,4% lo reportó durante los últimos 30 días. O sea que 8 de cada 20 colombianos presentó trastornos mentales alguna vez en la vida; 3 de cada 20 en el último año y 1 de cada 20 en el último mes.*

Los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad (19,3% alguna vez), en segundo lugar los del estado de ánimo (15%) y por último los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10,6%). Los hombres tienen prevalencias globales más altas en cualquier trastorno alguna vez en la vida pero las mujeres presentan prevalencias un poco más elevadas para cualquier trastorno en el último año y en el último mes.

---

<sup>21</sup> Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Recuperado de [http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030\\_EstudioNacionalSM2003.pdf](http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf).

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |


Respecto a las diferencias por sexo, los principales trastornos para las mujeres fueron: episodio depresivo mayor, fobia específica y trastorno de ansiedad de separación del adulto. Mientras que para los hombres fueron: abuso de alcohol, fobia específica y trastorno de conducta.

Otro aspecto relevante que toma en cuenta el estudio es la prevalencia de acuerdo al régimen de seguridad social en salud. Los resultados señalan que *hay mayor prevalencia de trastornos mentales en personas afiliadas al régimen subsidiado (39,4%); mientras que para los diagnósticos de trastorno del estado de ánimo y por consumo de sustancias psicoactivas se encontró el porcentaje más alto en población sin régimen de seguridad social, con un 17,5% y 12,3% respectivamente.*

En esa misma línea se observa que la frecuencia de uso de servicios de salud, ya sea medicina general, medicina especialista, alternativa, psiquiatra o servicios sociales es muy baja, está entre un 5% para trastornos de consumo de SPA y alcanza el 14,2 para trastornos del estado de ánimo. Esto demuestra que *aproximadamente entre un 85.5% y un 94.7% de población con trastornos mentales no están accediendo a ningún servicio de salud.*<sup>22</sup>

Los autores del estudio concluyen que el inicio de un trastorno mental a edad temprana sugiere que la población está en condición de vulnerabilidad, está expuesta a factores de riesgo y seguramente tiene un bajo acceso a servicios de salud. Frente a esto cobran importancia las acciones de promoción y prevención. Además en comparación a los demás países, *Colombia está entre aquellos que*

<sup>22</sup> Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Recuperado de [http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030\\_EstudioNacionalSM2003.pdf](http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf).

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

*tienen mayor prevalencia de trastornos mentales y a su vez menor proporción en el uso de los servicios.*

- **Encuesta Nacional de Salud Mental 2015<sup>23</sup>**


Es la cuarta encuesta poblacional de salud mental, luego de las realizadas en 1993, 1997 y 2003. Allí se hacen visibles por primera vez los *problemas mentales*, es decir, aquellos síntomas o conductas que no constituyen un trastorno mental diagnosticado. El estudio fue de corte transversal, representativo a nivel regional y nacional tomando una muestra que incluyó a 15351 residentes en 13200 hogares en zonas urbanas y rurales. Incluye los grupos etarios desde 7 a 96 años. El objetivo que se planteó fue brindar información actualizada de la salud mental teniendo en cuenta el enfoque de los determinantes sociales y de la equidad.

Para la población de 7 a 11 años se tuvieron en cuenta: depresión mayor, ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de la conducta. Para la población adolescente de 12 a 17 años se incluyen: trastorno depresivo mayor, menor y distimia, trastorno afectivo bipolar I y II, trastornos de ansiedad generalizada, pánico y fobia social y por último, conducta suicida. Para el grupo adulto, se abordan los mismos trastornos que los adolescentes y la conducta suicida.<sup>24</sup>

*Respecto a los resultados de los trastornos mentales en el grupo de adultos, se observa una prevalencia en el país de 9,1% para los trastornos mentales siendo de 8,2% en hombres y de 10,1% en*

<sup>23</sup> Ministerio de Salud y Colciencias (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.


<sup>24</sup> Ministerio de Salud y Protección social (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Recuperado de <https://tinyurl.com/y7lumsxh>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

*mujeres. Para los últimos 12 meses la prevalencia es de 4% (3,2% para hombres y 4,8% para mujeres) y para los últimos 30 días es de 1,6% (1,1% en hombres y 2,1% en mujeres). La prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad son similares (2,1% y 2,4% respectivamente), además las prevalencias en las mujeres suelen ser mayores que en los varones, siendo el trastorno que ocupa el primer lugar el depresivo con un 1,6%, seguido de la fobia social. Al discriminar los resultados por grupo etario, los adultos entre 18 y 44 años presentan mayor prevalencia en los tres periodos (toda la vida, últimos 12 meses y últimos 3 meses).*

Respecto a las regiones, la Pacífica tiene mayor prevalencia con 5,6% en los últimos 12 meses y en toda la vida, sigue Bogotá con 12,9% seguida por la Pacífica con 11%; asimismo la prevalencia de vida es mayor en las zonas urbanas (6,0%) que en las rurales (3,3%). Bogotá es la ciudad con prevalencia más alta para toda la vida con un 9,4% y la más baja es la región Atlántica con 2,2%. Por último, hay diferencias en la medición de los últimos 12 meses en relación con la pobreza: más alta la prevalencia en adultos en condición de pobreza (2,4%) en comparación con los que no están en esa situación (1,9%).

En términos generales, en adultos (18 años y más) 1 de cada 25 personas tiene alguno de los trastornos mentales evaluados en los últimos 12 meses y 9 de cada 100 ha padecido alguno en el transcurso de su vida. *Teniendo en cuenta que la encuesta contempló solo algunos trastornos mentales, de los evaluados los más prevalentes en adultos son el trastorno depresivo mayor y la fobia social. Los*

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

*trastornos afectivo y de ansiedad fueron más frecuentes en mujeres adultas que en hombres.<sup>25</sup>*

## 2.4. Planes, Programas y Estrategias de Salud Mental


### 2.4.1. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental Mundial 2013-2020<sup>26</sup>

Frente a las problemáticas evidenciadas a nivel mundial, la OMS en el año 2013 implementa el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 para generar mejoras en la gobernanza en el ámbito de los servicios de salud mental y asistencia en entornos comunitarios, en las estrategias de promoción y prevención en este campo y en los sistemas de información e investigaciones. El alcance es mundial y tiene por objeto brindar orientaciones para los planes de acción nacional.

De acuerdo a este Plan, *la salud mental, al igual que otros aspectos de la salud, puede verse afectada por diversos factores que deben ser abordados a través de estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que involucren a todos los gobiernos.* La visión que contempla el plan es que se fomente y se proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales y quienes son afectados por ellos ejerzan sus derechos y accedan de forma oportuna a los servicios sanitarios logrando el mayor nivel de salud y participación en la sociedad y el ámbito laboral sin lugar a estigmatizaciones ni discriminaciones.

<sup>25</sup> Ministerio de Salud y Colciencias (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

<sup>26</sup> OMS (2013). Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |


Sin embargo, no se evidencia una respuesta adecuada por parte de los sistemas de salud, hay gran divergencia entre la necesidad y la prestación de servicios. *En países de ingresos bajos y medios (Colombia se encuentra entre los de ingresos medios-altos), entre un 76% y un 85% de sujetos con algún trastorno mental grave no reciben ningún tratamiento; mientras que en los países de ingresos altos la cifra está entre un 35% y un 50%.* El panorama se oscurece más por la escasa calidad en la atención. Esto puede deberse a escasez de recursos en los países para responder a las necesidades y a la distribución inequitativa así como el uso poco eficiente de los recursos. Si se reorientara la financiación hacia servicios comunitarios y programas en salud materna, sexual, reproductiva e infantil, VIH y enfermedades no transmisibles, más personas accederían a intervenciones costoefectivas y de mejor calidad.

La legislación es escasa en países de ingresos bajos y medios, con un porcentaje de 36%. Esto quiere decir que sólo este porcentaje de personas están amparadas por políticas de salud mental en comparación con el 92% de países desarrollados. En segundo lugar, la disponibilidad de medicamentos básicos en la atención primaria para trastornos mentales es baja si se compara con otras enfermedades infecciosas e incluso las no transmisibles; otro obstáculo es la ausencia de personal cualificado para ofrecer tratamiento no farmacológico.

Tabla 3. Objetivos y Metas del Plan de Acción 2013-2020<sup>27</sup>

| <b>PLAN ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL 2013-2020</b> |                                 |  |
|---|---------------------------------|--|
| <b>Objetivos plan de acción</b>                 | <b>Metas del plan de acción</b> | <b>Valores de referencia para 2013</b> |


<sup>27</sup> OMS (2013). Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
|  <p><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b></p> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

|  |  |   |
|--|--|---|
| OBJETIVO 1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.   | Meta 1.1: El 80% de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas y planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (para el año 2020).                        | Ochenta y ocho países, es decir, el 56% de los países que respondieron al cuestionario y el 45% de los Estados Miembros de la OMS. El valor se basa en una autoevaluación mediante la verificación de una lista de parámetros (véase el apartado 2,1 del informe).  |
|  | Meta 1.2: El 50% de los países habrán elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.   | Sesenta y cinco países, es decir, el 42% de los países que respondieron al cuestionario y el 34% de los Estados Miembros de la OMS. El valor se basa en una autoevaluación mediante la verificación de una lista de parámetros (véase el apartado 2.1 del informe).   |
| OBJETIVO 2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta. | Meta 2: La cobertura de servicios para los trastornos mentales graves habrá aumentado en un 20% (para el año 2020).  | No puede calcularse a partir de datos del Atlas de 2014 pero, de acuerdo con los estudios realizados sobre los déficits de tratamiento y la población tratada en los servicios sanitarios, se estima que el porcentaje es inferior al 25%.  |
| OBJETIVO 3. Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental.  | Meta 3.1: El 80% de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental (para el año 2020):  | Ochenta países, es decir, el 48% de los países que respondieron al cuestionario y el 41% de los Estados Miembros de la OMS. El valor se basa en inventarios cumplimentados por los países sobre sus programas actuales (véase el apartado 4 del informe).   |
|  | Meta 3.2: Se habrá reducido en un 10% la tasa de suicidios en los países (para el año 2020).   | 11,4 por cada 100.000 habitantes. El valor se basa en un cálculo normalizado según la edad a nivel mundial (véase el informe de la OMS de 2014 sobre el suicidio).  |
| OBJETIVO 4. Reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.                                      | Meta 4: El 80% de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social (para el año 2020). | Sesenta y cuatro países, es decir, el 42% de los países que respondieron al cuestionario y el 33% de los Estados Miembros de la OMS. El valor se basa en una autoevaluación de la capacidad para recopilar periódicamente datos sobre salud mental correspondientes, al menos, al sector público (véase el apartado 1 del informe). |

## 2.4.2. Políticas de salud mental en Colombia



|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |


- **Ley 1616 “Por medio de la cual se expide la ley nacional de salud mental y se dictan otras disposiciones”**

La ley 1616, expedida en el 2013, tuvo como propósito garantizar el derecho a la salud mental de la población, estableciendo como prioridad a niños, niñas y adolescentes. Concibe la salud mental como un elemento esencial del bienestar y la calidad de vida de la población. *Otorga por tanto al Estado la responsabilidad de garantizar dicho derecho mediante: la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental, atención integral para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación<sup>28</sup>.*

Asimismo plantea la promoción de la salud mental como una estrategia intersectorial que está orientada a transformar los determinantes de la salud mental, mientras que se concibe la prevención como aquellas intervenciones dirigidas a impactar en los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales y en detectar factores protectores. Las acciones de promoción incluyen la inclusión social, eliminar la discriminación, el buen trato y prevención de violencias, del suicidio y del consumo de SPA; participación social, etc.

Otro elemento clave que plantea la ley 1616 es que la atención en salud mental adoptará el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) en sus protocolos y guías de atención, se deberá contar con la participación ciudadana de las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y otros actores importantes. Esto incluye acciones complementarias al tratamiento como la integración familiar, social, laboral y educativa para lo cual se requiere la incorporación de diferentes sectores

<sup>28</sup> Congreso de Colombia (2013). Ley 1616 de Salud Mental. Recuperada de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

-además del sector salud- para el diseño, la implementación y evaluación de la atención integral en salud.


- **Plan Nacional de Salud Mental<sup>29</sup>**

Este plan retoma los objetivos, metas y estrategias propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Dentro de sus componentes prioritarios, están: acciones promocionales de la salud mental, acciones de prevención del trastorno mental y acciones de atención integral en salud mental. Para las problemáticas prioritarias, éstas son las que aparecen definidas en la Política Nacional de Salud Mental 1998, el Estudio Nacional de Salud Mental del 2003 y los planes de salud pública, entre otros. Dichas problemáticas son: violencia y convivencia, trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) y abuso y dependencia de sustancias.

Cabe mencionar que el enfoque retomado en el Plan es el de *determinantes sociales*, el cual contempla que son factores importantes en la génesis, el desarrollo y la presencia de problemas de salud mental, que generan efectos negativos e impactan en la salud, siendo estos efectos susceptibles de ser prevenidos e intervenidos para minimizarlos. Uno de los que más se destacan es la condición socioeconómica. En segundo lugar, el Plan hace énfasis en la promoción mediante el fortalecimiento de factores protectores (por ejemplo, el apoyo social) y la prevención mediante la mitigación de factores de riesgo como la pobreza, la violencia, entre otros. Por último, se establece que es preferible intervenir sobre factores protectores y de riesgos generales en vez de específicos, por generales se refiere a aquellos factores cuyos efectos se relacionan al tiempo con varias condiciones.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Ministerio de Salud y Protección Social y OMS (2015). Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021.

<sup>30</sup> Ministerio de Salud y Protección Social y OMS (2015). Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021.

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |


Dentro de las áreas prioritarias mencionadas anteriormente, está en primer lugar la violencia y convivencia, donde se cuenta con 4 estrategias: entornos favorables para la convivencia (promoviendo la interacción en espacios públicos como parques y zonas de recreación bajo responsabilidad de los gobiernos municipales); redes socio-institucionales (promoviendo la convivencia social, fortalecimiento del tejido social, capital social y redes de apoyo); movilización social y comunitaria (el objetivo es fortalecer la participación social para combatir el estigma de los trastornos mentales lo cual será responsabilidad e los gobiernos municipales y de las EPS implementando estrategias de promoción de la salud mental); y por último, la gestión de conocimiento en salud mental (fomento de investigación aplicada para promover el conocimiento sobre actividades efectivas en salud mental a cargo de COLCIENCIAS y sus proyectos financiados).

### **Objetivo General del Plan Nacional de Salud Mental:**

Promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.

### **Objetivos específicos:**

1. Desarrollar acciones promocionales para el cuidado de la salud mental de las personas, familias y comunidades.
2. Orientar acciones para la prevención de los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.
3. Promover la integralidad de las atenciones en salud para los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

4. Implementar acciones de rehabilitación basada en comunidad para la inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales, epilepsia y victimas de violencias interpersonales.
5. Fortalecer los procesos sectoriales e intersectoriales de gestión de la salud publica en salud mental.


### **Ejes de la política nacional de salud mental**

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


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

26


**La propuesta que presentamos en el presente Proyecto de Acuerdo, se enmarca en los siguientes Ejes y Estrategias de la Política Nacional de Salud Mental:**

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |


| EJE   | DEFINICIÓN Y ALCANCE  | OBJETIVO   | ESTRATEGIAS   |
|---|---|--|---|
| Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos                               | <p>Agrupar todas aquellas acciones intersectoriales orientadas al desarrollo de capacidades individuales, colectivas y poblacionales que reconozcan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía vivenciar una salud mental para afrontar los desafíos de la vida, trabajar y establecer relaciones significativas y contribuir a un tejido comunitario basado en relaciones de poder equitativas, dignas y justas para todas y todos.</p> <p>Lo anterior implica comprender la salud mental como un proceso histórico, dinámico y contextualizado, en el que se pone en juego la capacidad de agencia de las personas, el tejido de relaciones humanas que se construyen y el conjunto de potencialidades individuales y colectivas que se desarrollan cuando se decide libre y conscientemente relacionarse con otros y otras.</p> | Crear las condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social.             | <p>Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental:</p> <p>El desarrollo de este eje desde el sector salud se dará a través de la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Curso de Vida; con la participación de los demás sectores según su competencia. Esta ruta, de carácter individual y colectivo, promueve la salud mental, previene los riesgos asociados a los trastornos mentales y genera cultura del cuidado de la salud mental en las personas, familias y comunidades e incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica, y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.</p> |
| Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral) | Se refiere a la organización y complementariedad de las acciones de los actores de sistema de salud para responder a las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades. Según la Política Integral de Atención en Salud, la integralidad en la atención   | Disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales, violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades, aumentando la | <p><i>Desarrollo de redes integrales, con enfoque de atención primaria, para la atención en salud mental y epilepsia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mejorar los servicios de baja complejidad que faciliten el acceso y la atención integral en salud mental y epilepsia</li> </ul>  |

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
|  <p><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b></p> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  | comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad. Para su desarrollo requiere adicionalmente de la integración exitosa de la salud mental a la atención primaria de salud mental que promueve el respeto de los derechos humanos. | oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la continuidad y la oferta de servicios de salud mental.  | <p>de las personas en el territorio, vinculando a gestores comunitarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar el desarrollo de los servicios especializados en salud mental y epilepsia que se requieran.</li> <li>• Promover la creación de unidades funcionales de prestadores de servicios que garanticen el manejo integral en salud mental y epilepsia, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de hospitalización parcial.</li> <li>• Realizar los procesos de gestión necesarios para el funcionamiento de las redes integrales de atención, tales como la formación continua y suficiencia del talento humano, habilitación y acreditación, definición de procesos y procedimientos de atención, definición de mecanismos de contratación y pago, adaptación intercultural participativa de los servicios en salud mental y epilepsia para la atención de población étnica.</li> </ul> |
| Fortalecer el sistema de información para el seguimiento y monitoreo de la provisión de servicios.<br><br>Este eje se desarrollará a | Es el proceso continuo y coordinado, tendiente a obtener la restauración máxima en los aspectos funcionales físicos, psicológicos, educativos, sociales, y ocupacionales, con el fin de lograr equiparación de oportunidades e integración social de todas   | Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política y cultural), de las personas con problemas y trastornos | <p>Ampliar la cobertura y cualificar la implementación de la Rehabilitación Basada en Co- munidad en Salud Mental:</p> <p><b>a.</b> Identificar y caracterizar a las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y comunidad de</p>   |

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
|  <p><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b></p> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <p>través de las Rutas Integrales de Atención en Salud que aborden riesgos en salud mental; con intervenciones individuales y colectivas dirigidas tanto a evitar la aparición de condiciones específicas en salud mental como a realizar el diagnóstico y la remisión oportuna para el tratamiento.</p> | <p>las personas con discapacidad. Incluye la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud local. La rehabilitación integral en salud mental se implementa a través de esfuerzos combinados de las propias personas con discapacidad, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes, enfocándose en las necesidades de las personas con problemas, trastornos mentales y epilepsia. Implica de esta manera, la articulación permanente entre los servicios sociales y de salud, y de otros sectores, así como la agencia de las personas y las comunidades para el abordaje de la discapacidad mental o psicosocial, y la superación del estigma y la discriminación.</p> | <p>mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario e institucional), hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros.</p> | <p>referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>b.</b> Remitir oportunamente los casos detectados a los servicios de salud y a otros sectores, y realizar seguimiento con la familia y la comunidad.</li> <li><b>c.</b> Apoyar y acompañar a las familias y cuidadores de personas con trastornos mentales incluyendo el fortalecimiento de capacidades para el manejo del trastorno mental.</li> <li><b>d.</b> Conformar grupos de apoyo y de ayuda mutua.</li> <li><b>e.</b> Fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social.</li> <li><b>f.</b> Fortalecer redes socio-institucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas, recreación y cultura para las personas con trastornos mentales.</li> <li><b>g.</b> Fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.</li> </ul> <p>El desarrollo de este eje se dará mediante la implementación Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el Curso de Vida y las</p> |
|--|---|--|---|

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  | Rutas Integrales de Atención en Salud que aborden riesgos en salud mental. |
|--|--|--|--|


- **Plan Decenal de Salud Pública**

En el *Plan Decenal de Salud Pública*, el objetivo general de la dimensión de salud mental es crear espacios que contribuyan al desarrollo individual y colectivo, gestionar de manera integral los riesgos asociados a la salud mental y por último disminuir la carga de la enfermedad mental. En otras palabras, busca no sólo impactar en la salud mental individual sino también en el entorno familiar, educativo, comunitario y laboral.

Existen dos dimensiones explícitas asociadas a la salud mental: en primer lugar la convivencia, entendida como el desarrollo de relaciones basadas en el respeto, la tolerancia por la diferencia y la participación para construir consensos. Los objetivos del componente de la convivencia son fomentar el autocuidado, incidir en los imaginarios culturales, promover factores protectores e impactar en los determinantes psicosociales de la salud. Para alcanzar dichas metas, se propusieron entornos protectores de la salud mental; entornos favorables para la convivencia mediante la resolución adecuada de conflictos, la comunicación asertiva, entre otros; redes sociales e institucionales; información y educación a partir de acciones pedagógicas y movilización social y comunitaria para garantizar el derecho de la atención psicosocial.

El segundo componente dentro del Plan Decenal de Salud Pública, tiene que ver con la prevención y atención de problemas y trastornos mentales temporales o permanentes detectados por el sujeto o por otras personas que puedan poner en riesgo el bienestar de la persona y su relación con la comunidad y el entorno. Se



|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

debe hacer énfasis en estados de alto impacto y costo emocional, social y económico. Por ello establece como objetivos la intervención de factores de riesgo; fortalecer la gestión institucional y comunitaria; identificar necesidades que requieren atención psicosocial, sectorial y transectorial, entre otros.

Respecto a las estrategias del componente, prioriza igualmente la participación comunitaria como la estrategia Rehabilitación en Salud Mental Basada en Comunidad; educación para la prevención de violencia; políticas públicas para disminuir el porte y uso de armas; estrategia nacional frente al consumo de alcohol.


En cuanto a la legislación durante el último siglo y el siglo pasado se han logrado avances en el país en la normatividad de la salud. A grandes rasgos, a partir de la Constitución, la ley 100 y las reformas al sistema de salud se le ha otorgado la responsabilidad al Estado mediante la adopción de políticas públicas para grupos según su ciclo vital o la vulnerabilidad para garantizar los derechos de la población y contribuir con ello directa o indirectamente a la salud mental. Crear políticas no garantiza los resultados, pues se dan dificultades en su implementación, en el proceso de evaluación y la articulación intersectorial. Asimismo, la normatividad en salud de 1960-2012 no es específica para la salud mental.<sup>31</sup>

- **Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS**

Las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS- definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a

---

<sup>31</sup> Ardón, N. y Cubillos, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Gerencia y Políticas de Salud* 11, 23. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4456>

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.<sup>32</sup>


El objetivo de las RIAS es garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción del usuario y la optimización del uso de los recursos.<sup>33</sup>

Las RIAS están constituidas por tres tramos: 1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores. 2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo

---

<sup>32</sup> Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

<sup>33</sup> Ibid.

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

y su intervención, ya sea para —evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

## **COMPONENTES DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD – RIAS**


En este capítulo se presentan los elementos que ordenan las RIAS, las acciones / intervenciones que garantizan el continuo de la atención integral en salud, los hitos, los desenlaces esperados o resultados en salud, la gobernanza en salud, la búsqueda de la evidencia científica, las categorías de atención, y las formas de presentación de las RIAS.

### **Ordenadores de las rutas integrales de atención en salud**

#### **– Momentos del curso de vida**

De acuerdo con el documento de apropiación del enfoque de curso de vida del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) del 2014 este enfoque aborda a las personas en los diferentes momentos del continuo de la vida reconociendo las características y los cambios que, desde la particularidad de cada uno, potencian el desarrollo y la salud de las personas, constituyéndose en una aproximación transversal para facilitar la medición y monitoreo, sin perder de vista que se trata de un continuo, evitando caer en el error de analizar segmentos aislados.

Para abordar los momentos vitales se tendrá en cuenta que la edad debe ser considerada como un valor social más que cronológico, ya que se constituye en una construcción social e histórica al interactuar con los roles sociales, marcando


|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, la historia y el contexto social, político y económico de cada persona.

**Vejez:** Hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos; poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto de situaciones que afecten su presente y su futuro, y contribuir en espacios familiares, sociales e intergeneracionales en los sistemas sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de los que hacen parte.

**Grupos de riesgo:** El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido como grupo de riesgo a un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten: i) La historia natural de la enfermedad, ii) Factores de riesgo relacionados, iii) Desenlaces clínicos y iv) Formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

Son dieciséis (16) grupos de riesgo priorizados para la elaboración de rutas integrales de atención en salud:

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

*Ilustración 6. Grupos de riesgo priorizados para las RIAS*




Fuente: Ministerio de Salud (2014)

Los grupos de riesgo serán tenidos en cuenta por las entidades territoriales de acuerdo al análisis de la situación en salud, para la realización de acciones de promoción de la salud e intervenciones sectoriales e intersectoriales, así como para realizar las interfaces con los aseguradores para orientar las intervenciones individuales y colectivas que conlleven a los resultados esperados en salud en su jurisdicción.

**Para efectos de este proyecto de acuerdo, los grupos de riesgo priorizados están en aquellos con problemas de salud mental y aquellos con trastornos degenerativos y neuropatías.**

### 2.4.3. Política Distrital de Salud Mental

“La Política Distrital de Salud Mental 2015-2025 ha sido desarrollada para garantizar el derecho a la salud mental como una prioridad de la población del Distrito capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida.”<sup>34</sup>

### **Objetivo general**

Garantizar el derecho a la salud mental como una prioridad de la población del Distrito capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida.


### **Objetivos específicos**

1. Posicionar nuevas comprensiones de la salud mental en el Distrito capital desde un concepto positivo que permita la transformación de imaginarios, representaciones y prácticas sociales instauradas frente a la salud mental asociada a la enfermedad y el trastorno.
2. Garantizar la atención integral, integrada y de calidad en salud mental, desarrollando y fortaleciendo programas y servicios y consolidando la red de atención en salud mental en el Distrito capital.
3. Desarrollar y fortalecer sistemas de información y vigilancia de los eventos, trastornos mentales y del comportamiento, encaminados al análisis, la orientación de las intervenciones, la toma de decisiones y la incidencia política.

### **Estructura de la Política Distrital de Salud Mental**

---

<sup>34</sup> Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

### **Eje 1. Posicionamiento de la salud mental**


El Estado y la sociedad en general deben reconocer que la salud mental es esencial para el desarrollo integral y que se materializa en la vida cotidiana a través de las relaciones que se establecen en el contexto. Debe subrayarse que la salud mental posibilita el ejercicio pleno de la ciudadanía, el cual requiere del desarrollo humano, del goce efectivo de los derechos y de la calidad de vida; de igual forma, es un factor fundamental para la interacción, la convivencia, la equidad y el desarrollo económico y social.

Componente 1. Participación social, comunitaria y ciudadana con incidencia política. El posicionamiento de la salud mental requiere acciones progresivas y constantes que fortalezcan y sostengan la articulación de instancias nacionales, distritales y locales que incentiven la participación y la movilización social y comunitaria, orientadas a la incidencia en el financiamiento, regulación y desarrollo de planes de acción sectoriales y transectoriales, a través del ejercicio de control social.

### **Eje 2. Atención integral e integrada en salud mental**

De acuerdo a la Ley 1616 de 2013, la atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

A través de este eje se busca materializar el derecho a la salud mental en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales. Para ello se requiere consolidar la oferta de programas y

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

servicios en salud mental, así como fortalecer tanto la red de atención como el equipo humano y sus condiciones operativas.

- **RIA Distrital**

De los dieciséis (16) grupos de riesgo priorizados por el MSPS para la elaboración de rutas integrales de atención en salud, el que nos compete es la **RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento y epilepsia**

Esta RIA busca “Brindar Atención Integral e Integrada en Salud Mental a toda la población de Bogotá, en el marco del modelo integral de atención en salud y de su operacionalización a través de la RIAS, mediante el desarrollo de estrategias específicas, dirigidas a la promoción y el mantenimiento de la salud mental, a la identificación y gestión del riesgo colectivo e individual y a la alta resolutivez en el abordaje de los problemas, trastornos mentales y eventos psicosociales de alta prioridad en salud pública, con pertinencia, oportunidad, accesibilidad, eficacia, eficiencia y efectividad.”




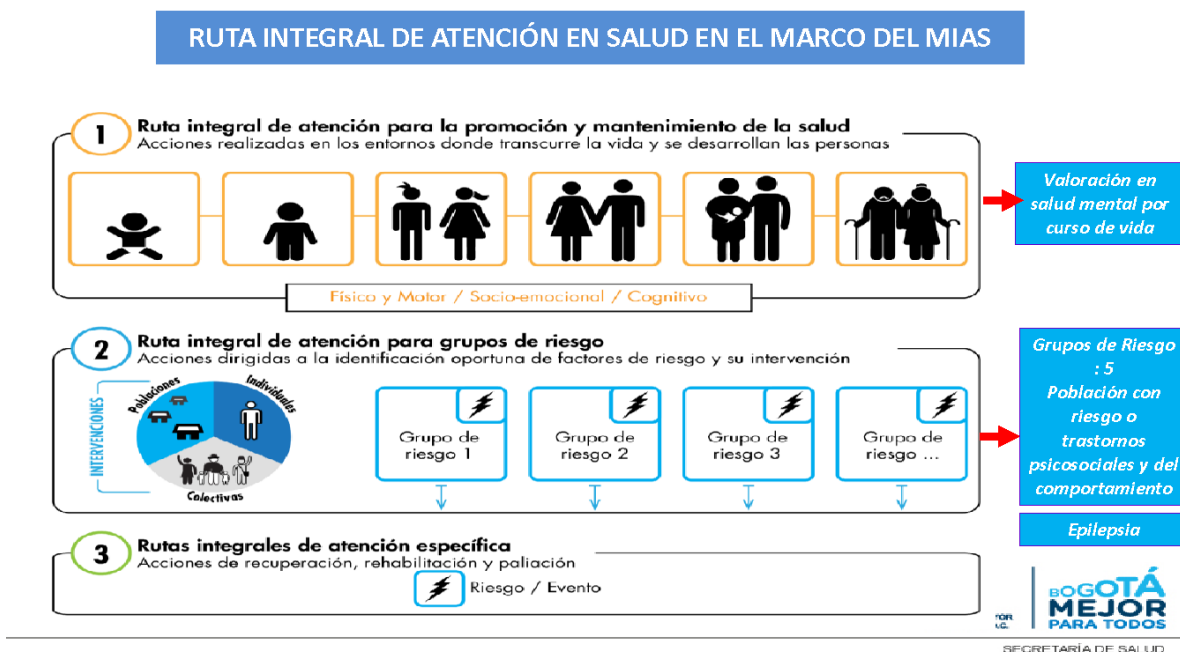

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
|  <p><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b></p> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

Ilustración 7. Ruta Integral de Atención en Salud Distrito



Fuente: Secretaría Distrital de Salud


|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
|  <p><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b></p> | <b>PROCESO GESTIÓN NORMATIVA</b>             | <b>CÓDIGO: GNV-FO-001</b> |
|   | <b>PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br/>ACUERDO</b> | <b>VERSIÓN: 02</b>        |
|   |  | <b>FECHA: 14-Nov-2019</b> |

| RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN<br>INTERVENCIONES TRAMO TRASTORNOS MENTALES                      |  |   |  |              |  |   |
|--|--|---|--|--------------|--|---|
| OBJETIVO   | ACTIVIDADES MINIMAS  |   | FRECUENCIA MINIMA<br>ANUAL   | HERRAMIENTAS | RESPONSABLE  | RESULTADO ESPERADO  |
|  | Actividad  | Descripción   |  |              |  |   |
| Fortalecer capacidades de afrontamiento del individuo y la familia ante estresores vitales | Consulta enfermería  | Valoración y apoyo para el mejoramiento del estilo de vida hacia condiciones saludables, con énfasis en 4 x 4 y promoción de convivencia sana   | 2  |              | Enfermera entrenada  | El individuo modifica estilos de vida hacia prácticas saludables                                      |
|  | Sesión grupal Enfermera Auxiliar<br>Terapeuta ocupacional<br>Gestor comunitario<br>Cuidador<br>Otros | Aplicación de metodología de grupo de apoyo para el mejoramiento de estilos de vida   | 2  |              | Enfermera Auxiliar<br>Terapeuta ocupacional<br>Gestor comunitario<br>Cuidador<br>Otros | El individuo y la familia fortalecen sus capacidades de afrontamiento en la interacción con el grupo. |
| Garantizar el manejo oportuno, integral e integrado de trastornos y patologías mentales    | Consulta médico general  | Atención individual para el manejo clínico según guías y protocolos   | 6  |              | Médico general entrenado   |   |
|  | Consulta médico especialista   | Atención individual para el manejo clínico según guías y protocolos   | 2  |              | Psiquiatra   |   |
|  | Sesión de Psicoterapia individual o familiar   | Atención individual para el manejo clínico según guías y protocolos   | Según necesidad y plan de manejo establecido   |              | Psiquiatra o Psicólogo   |   |
|  | Consulta de Psicología   | Evaluación individual y familiar  | 2  |              | Psicólogo  |   |
|  | Laboratorio Clínico  | Cuadro Hemático, GOT, GPT, TSH, vitamina B12, ácido fólico, HUN, Creatinina, electrolitos, VDRL, perfil lipídico, Elassa VIH, EKS. La solicitud de estas dependerá del criterio médico y lo definido por GPC. (Pruebas especiales: niveles séricos de lído, AVP o GR2* según necesidad clínica. | Según criterio del tratante y lo establecido por las GPC (mínimo 1 previo a inicio de psicofármacos) |              | Laboratorio Clínico  | Control de la evolución de la enfermedad y estabilización del paciente.                               |
|  | Imagenología   | TAC craneo simple y Contrastado   | Según criterio del tratante y lo establecido por las GPC   | GPC          | Imagenología   | Prevención de progresión de lesiones no detectadas. Control y adherencia al tratamiento establecido   |
|  | Consulta terapeuta   | Valoración ocupacional/física e implementación de plan de manejo según necesidad  | 1  |              | Terapeuta físico / ocupacional   |   |
|  | Consulta nutrición   | Valoración nutricional de pacientes con riesgo para desarrollo de patologías cardiovasculares y/o riesgo cardiovascular   | 1  |              | Nutricionista  |   |
|  | Consulta Químico farmacéutico  | Valoración adherencia y educación en manejo farmacológico, control de reacciones o efectos adversos   | 2  |              | Químico Farmacéutico   |   |
|  | Consulta fonoaudiología  | Pacientes con trastornos de lenguaje y en caso de déficit cognitivo durante desarrollo premonstr  | según cada caso y a criterio de tratante   |              | Fonoaudiólogo  |   |

| RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN<br>INTERVENCIONES TRAMO TRASTORNOS MENTALES  |                         |   |                            |              |   |   |
|--|-------------------------|---|----------------------------|--------------|---|---|
| OBJETIVO   | ACTIVIDADES MINIMAS     |   | FRECUENCIA MINIMA<br>ANUAL | HERRAMIENTAS | RESPONSABLE   | RESULTADO ESPERADO  |
|  | Actividad               | Descripción   |                            |              |   |   |
| Mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la funcionalidad de las personas con problemas y trastornos mentales y sus familias | Consulta trabajo social | Identificación de redes de apoyo familiar y social, necesidad de asistencia social, situación laboral/ocupacional, educativa y tiempo libre. Valoración individual y familiar y seguimiento a: Evaluación y análisis de riesgos, en salud mental. b. Definición de curso de acción con el usuario y la familia (Plan de gestión de los riesgos identificados). Identificación de roles, concepción de responsabilidades y acciones a desarrollar por parte de cada miembro de la familia.     | 4                          |              | Trabajador social entrenado   | Diagnóstico psicosocial. El usuario y la familia reconocen los riesgos asociados a su condición de salud mental y emprenden un curso de acción para gestionarlos desde sus propios recursos   |
|  | Psicopedagogía          | Evaluar habilidades para la inclusión escolar y diseño de programas de inclusión adaptados al perfil del paciente   | Según necesidad            |              | Psicopedagogo<br>Educativo<br>Educativo Especial<br>Psicólogo<br>Terapeuta ocupacional<br>Terapeuta de lenguaje | Incluir en ámbito escolar a los niños niñas y adolescentes con epilepsia  |
|  | Sesión grupal           | Actividades grupales con usuarios y familiares para fortalecer capacidades en relación con los problemas y trastornos mentales. Su tratamiento psicofarmacológico, farmacológico y manejo en casa, riesgos en salud mental para el cuidador y la forma de prevenirlos. Debenas y derechos en salud. Información sobre programas de promoción y prevención existentes en el territorio a los cuales pueden acceder. ONGs, otros centros de atención, grupos de apoyo mutuo, asociaciones, etc. | 2                          |              | Trabajador social   | Los usuarios y familiares adoptan comportamientos para el cuidado de su salud mental  |
|  | Visita domiciliaria     | Seguimiento al plan de gestión de riesgos con el usuario y la familia, identificación de dificultades y acompañamiento en la búsqueda de soluciones. (Revisión o actualización del plan de gestión de riesgos)  | 4                          |              | Trabajador social<br>Auxiliar en salud pública<br>Agente comunitario  | El individuo y la familia concertan soluciones a las dificultades encontradas para la reducción de los riesgos identificados. Se fortalece la adherencia al tratamiento y la utilización para acceder a programas y servicios de salud y de otros sectores. |

Fuente: Secretaría Distrital de Salud

Este recorrido por las políticas, planes y programas dirigidos a la salud mental nos permitió evidenciar que normativamente existe el andamiaje necesario que soporta


|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

la iniciativa puesta a consideración en este documento. En este orden de ideas, se puede establecer que el Programa Manillas Salvavidas busca materializar las políticas, planes y programas de salud mental, ya que mediante éste se garantiza el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población que reside en el Distrito Capital. Así mismo, la iniciativa pretende responder a las necesidades de salud mental de la población, en sus componentes de tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

### 3. Fundamento Jurídico

#### Legislación internacional

- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS- PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (1982, 2002)
  - Artículo 11 Derecho a un nivel de vida adecuado.
  - Artículo 12 Derecho a la salud física y mental.
- CONVENCIÓN AMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (1969)
- CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES
- PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS EN FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD (1991)
- PROCLAMACIÓN SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (1992)
- ESTRATEGIA REGIONAL DE IMPLEMENTACIÓN PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE EL ENVEJECIMIENTO (2003)
- DECLARACIÓN DE LA SEGUNDA CONFERENCIA INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DECLARACIÓN DE BRASILIA (2007)

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

- PLAN DE ACCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES, INCLUIDO EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE (2009)
- CARTA DE SAN JOSÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2012)


### **Marco Constitucional**

#### **Constitución Política de Colombia**

- **ARTÍCULO 2.** Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares”.

- **ARTÍCULO 13.** Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. **El Estado protegerá especialmente a aquellas personas**

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |


**que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta** y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

- **ARTÍCULO 46.** El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las **personas de la tercera edad** y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.
- **ARTÍCULO 47.** El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran

### **Legislación Colombiana**

- **LEY 100 DE 1993.** Congreso de la República Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, entre ellas el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- **LEY 1251 DE 2008,** Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.

**ARTÍCULO 1.** Objeto. La presente ley tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |


de 1982, Deberes del Hombre de 1948, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.

**ARTÍCULO 7. OBJETIVOS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO VEJEZ.** <Título artículo modificado por el artículo 8 de

la Ley 1850 de 2017> El Estado, en cumplimiento de los fines sociales, es responsable de la planificación, coordinación, ejecución y seguimiento de las acciones encaminadas al desarrollo integral del adulto mayor, para lo cual deberá elaborar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, teniendo en cuenta los siguientes objetivos: Numeral 1: Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores como miembros de la sociedad, de manera preferente la de aquellos más pobres y vulnerables y numeral 7: Exigir una prestación de servicios con calidad al adulto mayor en todos sus ámbitos.

**ARTÍCULO 17. AREAS DE INTERVENCIÓN.** En la elaboración del Plan Nacional se tendrán en cuenta las siguientes áreas de intervención: Numeral 1: Protección a la salud y bienestar social. Los adultos mayores tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad. El Ministerio de la Protección Social atenderá las necesidades de salud y de bienestar social de este grupo poblacional mediante la formulación de políticas y directrices en materia de salud y bienestar social, a fin de que se presten servicios integrados con calidad.

**ARTÍCULO 20. REQUISITOS ESENCIALES.** Para su funcionamiento, las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor deberán acreditar: g) **Salud mental.** Garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental que respondan a las necesidades de los adultos mayores e involucren a su grupo familiar.

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

- **LEY 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"**

**Artículo 11. Sujetos de especial protección.** La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado.


- **LEY 1850 DE 2017 - Medidas de protección al adulto mayor en Colombia.**

Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 599 de 2000, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.

**Artículo 8.** Inclúyase en el artículo 7° de la Ley 1251 de 2008 (Objetivos de la Política Nacional de Envejecimiento Vejez), el siguiente numeral: 10. Incluir medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales que hay en los hogares para atender a sus familiares adultos mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental.

### **Normas de Orden Nacional**

- **Resolución 2358 de 1998. Política Nacional en Salud Mental.** Establece factores condicionantes de salud de diversa índole: biológica, ambiental, comportamental, social, política, económica, cultural. Asimismo estableció mediciones del nivel de salud a través de la estructura de la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad específicas por grupo etario y por género.
- **Resolución 4886 de 2018 "Por la cual se adopta la Política Nacional de salud mental"**

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

- **Resolución 1378 DE 2015.** “Por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del “Día del Colombiano”
- **Decreto 345 de 2010 “Por medio del cual se adopta la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital”**  
**ARTÍCULO 9°. Dimensiones, ejes y líneas.** La Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital se estructura a partir de las siguientes dimensiones: Vivir como se quiere en la vejez, vivir bien en la vejez, vivir sin humillaciones en la vejez, Cambiando para mejorar y envejecer juntos y juntas.

### **Jurisprudencia**

**Sentencia: T-252/2017** Los adultos mayores son un grupo vulnerable, por ello han sido catalogados como sujetos de especial protección constitucional en múltiples sentencias de esta Corporación. Desde el punto de vista teórico, esto puede obedecer a los tipos de opresión, maltrato o abandono a los que puede llegar a estar sometida la población mayor, dadas las condiciones, físicas, económicas o sociológicas, que la diferencian de los otros tipos de colectivos o sujetos.


## **4. Competencia**

- **Decreto Ley 1421 de 1993.**

El Concejo Distrital de Bogotá D.C. es competente de conformidad con el artículo 12:

Artículo 12°. Atribuciones. Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y a la ley:



|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

1. Dictar las normas necesarias para garantizar el adecuado cumplimiento de las funciones y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito.

(...)

25. Cumplir las demás funciones que le asignen las disposiciones vigentes.

(...)”

- **Acuerdo 741 de 2019**

Artículo 65.- INICIATIVA.


Los proyectos de acuerdo pueden ser presentados por los Concejales individualmente a través de las Bancadas de manera integrada con otros Concejales o Bancadas y por el Alcalde Mayor, por medio de sus Secretarios, Jefes de Departamento Administrativo o Representantes Legales de las Entidades Descentralizadas.

(...)

## 5. Consideraciones finales

A lo largo de la justificación del presente Proyecto de Acuerdo se ha evidenciado que no solo nos enfrentamos a un acelerado envejecimiento demográfico a nivel mundial, sino a un aumento de las enfermedades mentales como la demencia, entre estas, el Alzheimer en las personas mayores.

Se trata de una problemática que afecta a las personas mayores que genera consecuencias negativas, no solo al sujeto, sino también, a su familia y a la sociedad en su conjunto. Las presiones físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal.


|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

Las enfermedades mentales en las personas mayores son un problema de salud pública que requiere una oportuna y eficaz solución por parte de las autoridades de salud, en especial, en un contexto en el que se ha demostrado que la pirámide poblacional sufre una transformación.

Si bien los trastornos afectivos y del estado del ánimo (como la depresión), así como la ansiedad y el consumo y abuso de sustancias psicoactivas han sido los más prevalentes en la población del país en todos los grupos etarios conforme a las encuestas nacionales de salud mental, la demencia sigue siendo una de las principales causas de discapacidad y dependencia de las personas mayores de 60 años a nivel mundial y se da en mayor medida en países de ingresos bajos y de ingresos medios como Colombia.

Pero no solo las personas mayores de 60 años están dentro del grupo social con un riesgo significativamente mayor de tener problemas y/o alteraciones de salud mental que puedan derivar en un trastorno mental, sino además aquellas personas mayores que viven en condición de pobreza, abandono, maltrato y que tienen problemas de salud crónicos. Otro importante factor de riesgo para enfermedades mentales como la demencia son la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social e inactividad cognitiva.

Los pocos estudios de salud mental a nivel nacional no contemplaron los TNMA para los adultos y personas mayores de 60 años, por lo que no se sabe a ciencia cierta cuál es la prevalencia de estos trastornos en el país y en la capital, ya que no siempre los diagnósticos son oportunos, y no siempre los ciudadanos acceden a los servicios de salud. Esto lo confirma la OMS cuando reporta que, en países de ingresos medios como Colombia, entre un 76% y un 85% de sujetos con algún

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

trastorno mental grave no reciben ningún tratamiento; mientras que en los países de ingresos altos la cifra está entre un 35% y un 50%.

Debe subrayarse que la salud mental posibilita el ejercicio pleno de la ciudadanía, el cual requiere del desarrollo humano, del goce efectivo de los derechos y de la calidad de vida; de igual forma, es un factor fundamental para la interacción, la convivencia, la equidad y el desarrollo económico y social.


Asimismo, se ha evidenciado la **ausencia de un mecanismo oficial de búsqueda e identificación de Personas Mayores diagnosticadas con Trastorno Neurocognitivo Mayor en el Distrito Capital.**

En este contexto, es necesario adoptar mecanismos encaminados a garantizar el bienestar de las personas que hacen parte de este grupo poblacional, lo cual implica adoptar medidas para salvaguardar su vida y bienestar, así como el de sus familias.

En la exposición de motivos del proyecto de acuerdo puesto a consideración del Concejo de Bogotá y de la Administración Distrital en esta ocasión, se ha demostrado que uno de los principales problemas que enfrenta la población de personas mayores tiene que ver con su salud mental, en especial, con los trastornos cognitivos.

Lamentablemente esta patología, en la mayoría de los casos, es irreversible, presentando síntomas como la pérdida de la memoria y la desorientación, que conllevan a que un gran número de estas personas se extravíen y terminen en condición de habitantes de calle, o en el peor de los casos, en la muerte.

Basados en los argumentos expuestos, el espíritu del presente proyecto de acuerdo gira en torno a la garantía del derecho a la vida, el bienestar y la salud mental de

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

las personas mayores en el Distrito Capital que padecen algún tipo de Trastorno Neurológico Mayor.

En este orden de ideas, la iniciativa consiste en **implementar un mecanismo oficial de identificación de las Personas Mayores diagnosticadas con demencia en el Distrito Capital, mediante la implementación de una manilla o pulsera que permita la identificación y ubicación de las personas mayores en su lugar de residencia en caso de desorientación o extravío.**

## 6. Impacto fiscal


Ley 819 de 2003 ordena lo siguiente:

"Artículo 7º. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

"Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo".

## 7. Conclusión

En la exposición de motivos que acabamos de presentar pusimos en evidencia la carencia en el Distrito Capital de un sistema de información en el que se disponga de los datos de las personas mayores diagnosticadas con demencia. Tampoco

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |


existe un mecanismo oficial de identificación y búsqueda de estas personas, por lo cual, muchas de éstas no aparecen o son encontradas tras varios días después de haber padecido la inclemencia de las calles capitalinas. Por tal razón, ponemos a consideración del Concejo Distrital esta iniciativa que busca dar una solución a un problema que cada vez cobra mayor relevancia en el contexto de las políticas dirigidas al sector salud, como es la salud mental, en una sociedad cuya población se está envejeciendo.

Cordialmente,



**Armando Gutiérrez González**

Concejal de Bogotá – Partido Liberal Colombiano

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

**Proyecto de Acuerdo No. \_\_\_\_ de 2020**

**“POR MEDIO DEL CUAL SE CREA EL ‘PROGRAMA MANILLAS SALVAVIDAS’  
DIRIGIDO A LAS PERSONAS MAYORES EN EL DISTRITO CAPITAL  
DIAGNOSTICADAS CON DEMENCIA, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

**EL CONCEJO DE BOGOTÁ D.C.**


En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las otorgadas en la Constitución Política y en el Artículo 12, numeral 1 del Decreto Ley 1421 de 1993.

**ACUERDA:**

**Artículo 1. Objetivo.** Créase el “Programa Manillas Salvavidas” como mecanismo oficial de búsqueda e identificación de personas mayores diagnosticadas con demencia en el Distrito Capital.

**Artículo 2. Naturaleza.** El ‘Programa Manillas Salvavidas’ consiste en la creación y dotación de una pulsera o manilla que contenga la información básica de las personas mayores diagnosticadas con algún tipo de patología relacionada con trastornos neurocognitivos mayores o demencia, con la finalidad de que se posibilite su identificación y ubicación en caso de desorientación o extravío.

**Artículo 3. Sistema de Información.** Créase un Sistema de Información que consolide los datos de las personas mayores diagnosticadas con algún tipo de patología relacionada con trastornos neurocognitivos mayores o demencia y que sean beneficiadas con el “Programa Manillas Salvavidas”.

|   |                                      |                    |
|---|--------------------------------------|--------------------|
| <br><b>CONCEJO DE<br/>BOGOTÁ, D.C.</b> | PROCESO GESTIÓN NORMATIVA            | CÓDIGO: GNV-FO-001 |
|   | PRESENTACIÓN PROYECTOS DE<br>ACUERDO | VERSIÓN: 02        |
|   |                                      | FECHA: 14-Nov-2019 |

**Artículo 3. Competencia.** para el diseño e implementación del ‘Programa Manillas Salvavidas’, la Secretaría Distrital de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 85 del Acuerdo 257 de 2006, orientará y liderará la formulación, adaptación, adopción e implementación del ‘Programa Manilla Salvavidas’, junto con las estrategias conducentes a garantizar la implementación del mismo.

**Artículo 4. Implementación.** Cada persona mayor que sea diagnosticada con demencia será dotada con una manilla o pulsera que contará, como mínimo, con la siguiente información:

- Nombre completo.
- Edad.
- Dirección de residencia.
- Número de contacto de familiar o persona responsable.

**Artículo 5. Cobertura.** El ‘Programa Manillas Salvavidas’ será implementado en el casco urbano y en el sector rural de Bogotá D.C. beneficiando a las personas mayores que sean diagnosticadas con demencia.

**Artículo 6. Vigencia.** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

## PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

**Presidente**

**Secretario General de Organismo de Control**

**Alcaldesa de Bogotá**