



ANALES DEL CONCEJO DE BOGOTÁ, D.C. PROYECTOS DE ACUERDO

AÑO III N°. 3417 DIRECTOR (E): CARLOS ARTURO DUARTE CUADROS AGOSTO 14 DEL AÑO 2022

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

PROYECTO DE ACUERDO N° 434 DE 2022 PRIMER DEBATE “POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”	9568
--	------

PROYECTO DE ACUERDO N° 434 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

1. OBJETO DEL PROYECTO DE ACUERDO:

Establecer lineamientos psicosociales en materia de prevención del suicidio en el Distrito Capital.

2. SUSTENTO JURÍDICO DE LA INICIATIVA.

De orden Constitucional

Artículo 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción,

protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.”

De orden Legal.

Ley 1616 de 2013. “POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

“ARTÍCULO 1o. OBJETO. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

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

ARTÍCULO 2o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que

haga sus veces, las empresas administradoras de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.

Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

ARTÍCULO 3o. SALUD MENTAL. *La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.*

La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

ARTÍCULO 4o. GARANTÍA EN SALUD MENTAL. *El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.*

El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.”

Resolución 3280 de 2018 – “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y

la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”

Acuerdo Distrital 761 de 2020 – Plan de Desarrollo Distrital.

3. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE CONVENIENCIA DE LA INICIATIVA

Es importante destacar aspectos relevantes que soportan la presentación de la presente iniciativa:

“Los desarrollos de política pública en materia de salud mental en el país obedecen a recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde insta a los Estados Miembros a aumentar las inversiones en salud mental y exhorta además que el desarrollo, atención y garantías en salud mental deben tener un enfoque en derechos humanos¹.

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

- 1. En 1998, con la expedición por parte del Ministerio de Salud de la Resolución 2358, se formuló la Política de Salud Mental, cuyo objetivo se orientó a promover la salud mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental, así como mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases, a través de la cual se establecieron las relaciones entre la salud mental desde una perspectiva integral y se definieron las atenciones para las personas con padecimientos mentales.*
- 2. En 2005, el entonces Ministerio de la Protección Social, en conjunto con la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social -FES, elaboraron los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia con “...el propósito de facilitar el debate público sobre la*

¹ Estrategias y Planes de Acción sobre Salud Mental 2013-2021, OMS.

situación de la salud mental de los colombianos, sus necesidades y los enfoques posibles para su abordaje en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema de la Protección Social, para la formulación y desarrollo de una Política Nacional...”.

3. *En 2007, el Ministerio de la Protección Social, en conjunto con la Asociación Colombiana de Psiquiatría – ACP, formularon el documento “Política Pública del Campo de la Salud Mental, Propuesta para la discusión y acuerdos”, el cual enfatizó la gestión integral de la salud mental y los aspectos relacionados con el enfoque de determinantes de sociales de la salud y el deterioro de esta.*
4. *En 2013, con la Resolución 1841, se publicó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que integra la dimensión transversal “Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables” y acoge lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011 en su componente “Víctimas de Conflicto Armado Interno” y estableciendo como parte de sus dimensiones, la de Convivencia y Salud Mental, como eje prioritario dentro de la cual propone la meta f del Componente de Promoción de la convivencia social y de la salud mental, que “a 2021 el 100% de Departamentos y municipios del país adopten y adapten la Política Pública Nacional de Salud Mental acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social”.*
5. *En 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con la Universidad Nacional de Colombia, construyeron el documento “Propuesta de Ajuste a la Política Pública de Salud Mental 2014 y su respectivo Plan de Acción 2014 – 2021”, que hizo énfasis en “... garantizar plenamente el disfrute efectivo del derecho a la salud mental mediante su posicionamiento en la agenda pública y la generación de **acciones transectoriales de protección y promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación integral de los problemas y trastornos relacionados con la salud mental...**”.*

6. *Mediante Resolución 4886 de 2018 el Ministerio de Salud adopta la Política Nacional de Salud Mental que deroga la resolución 2358 de 1998 la cual dispone de las siguientes acciones: 1). Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos; 2). Control de los trastornos psiquiátricos; 3). Aspectos psicosociales de salud y desarrollo humano; 4). Vigilancia epidemiológica.”*

Ahora bien, “el Distrito es el responsable y garante de las políticas de salud en la ciudad, sin embargo en todo proceso de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas es fundamental la participación de otros actores fundamentales de la sociedad como lo son las instituciones privadas y de la sociedad civil y comunitarias para garantizar calidad y cobertura en la prestación de los servicios en la salud y más específicamente salud mental como bien lo han mostrado estudios que reconocen la promoción de la salud mental y la rehabilitación, mediante servicios basados en la comunidad y su integración en la atención sanitaria general. 2 Alcanzar la prevención de las distintas afectaciones a la salud mental y su promoción efectiva debe estar acompañado del fortalecimiento a las capacidades de los actores clave para este proceso.”

“Entre los resultados no deseados de afectaciones a la salud mental tenemos la conducta suicida definido como “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”³. El intento de suicidio tiene un carácter multifactorial, sin embargo, diversos estudios han identificado factores asociados importantes como los trastornos psicológicos, (depresión, trastornos de la

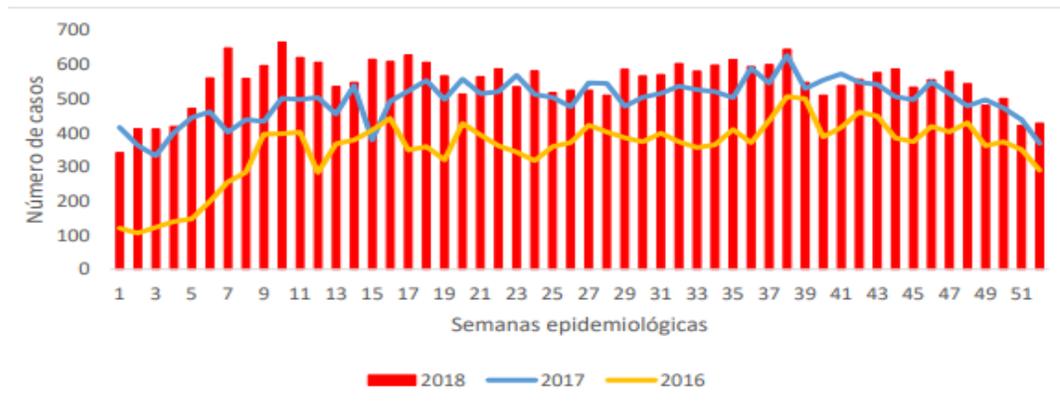
² FAYDI Edwige, et al. An assessment of mental health policy in Ghana, South Africa, Uganda and Zambia [en línea]. Send to Health Res Policy Syst. 2011 Apr 8; 9:17. doi:10.1186/1478-4505-9-17. Disponible en Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477285>

³ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), 2015 [en línea]. Bogotá, 2016. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>

personalidad, esquizofrenia, consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas). Estudios afirman que aproximadamente el 40 % de quienes han intentado suicidarse han realizado intentos previos y entre el 10 % y el 14 % finalmente termina en un suicidio consumado⁴.

“El Sistema de Salud Pública (SIVIGILA) tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública. En 2018 se registró 28.615 casos con un incremento de 10.9% respecto al año 2017 con una incidencia nacional de intento de suicidio de 56,8 casos por 100.000 habitantes.

Figura 1. Casos notificados de intento de suicidio, Colombia, 2018



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018

De estos 28.615 casos reportados de intento de suicidio, el 63,4 % corresponden al sexo femenino y el 36.6% corresponden al sexo masculino y el 73,5 % de los casos se encuentra entre los 10 y los 29 años de edad. Los grupos poblacionales que presentaron mayor porcentaje de casos de intento de suicidio fueron la población de centros psiquiátricos, la población privada

⁴ García J, Palacio C, Arias S, Ocampo M, Calle J, Restrepo D, Vargas G, Lopez C. Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2007; 36(4): 610-627

de la libertad, y las gestantes, que en su conjunto sumaron el 4,8 % del total de los casos. En el 69,7 % del total de los casos de intento de suicidio, los factores desencadenantes fueron en su orden: el conflicto con la pareja o expareja, los problemas económicos, el maltrato físico psicológico o sexual, y los problemas del entorno escolar o educativo”.

Tabla 2. Casos de intento de suicidio por grupos poblacionales, Colombia, 2018

Grupos poblacionales	Casos	%
Centros psiquiátricos	728	2,5
Gestantes	286	1,0
Carcelarios	346	1,2
Desplazados	227	0,8
Población infantil a cargo de ICBF	154	0,5
Victima de violencia	102	0,4
Migrantes	132	0,5
Discapacitados	92	0,3
Indigentes	65	0,2
Desmovilizados	8	0,0
Madres comunitarias	5	0,0
Sin especificar	26470	92,5
Total	28615	100,0

Fuente: SIVIGILA. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento intento de suicidio, 2018.

“El factor de riesgo más común del intento de suicidio es el trastorno depresivo (23,2 %), seguido por el plan organizado de suicidio (7,2 %), y el antecedente familiar de conducta suicida (5,9 %).

Tabla 4. Factores de riesgo identificados en los intentos de suicidio, Colombia, 2018.

Factores de riesgo	Casos	%
Trastorno depresivo	6643	23,2
Plan organizado de suicidio	2067	7,2
Antecedente familiar de conducta suicida	1689	5,9
Antecedente de violencia o abuso	1481	5,2
Abuso de alcohol	1416	4,9
Trastorno bipolar	815	2,8
Trastorno de personalidad	769	2,7
Esquizofrenia	493	1,7
Sin especificar	13242	46,3
Total	28615	100,0

Fuente: SIVIGILA. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento intento de suicidio, 2018.

Además de los intentos de suicidio tenemos el consumo de sustancias psicoactivas relacionadas a los factores de riesgo a afectaciones a la salud mental de la población cuyas causas pueden ser múltiples y se relacionan a factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales, de orden individual, familiar y comunitario siendo un riesgo importante para la salud lo cual se refleja principalmente en la pérdida de años vividos sin salud, en la mortalidad asociada a eventos como la violencia, enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C) y crónicas como cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras, con efectos desproporcionados en poblaciones específicas como gestantes, habitantes de calle, personas privadas de la libertad y personas que se inyectan drogas⁵.

“Así mismo, los factores relacionados a la violencia (interpersonal e intrafamiliar) y convivencia social tienen incidencia en la salud especialmente de las mujeres y sus hijos. Donde Perú y Colombia cuentan con las tasas más altas de violencia física (aproximadamente 40%), mientras en los demás países este indicador registra un menos del 20%⁶. Razones por las cuales se priorizaron estos factores en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental.”

“Es así como se viene reconociendo la importancia de la atención y el fortalecimiento de programas y estrategias integrales e integradas para la Salud Mental. “En Colombia se estima que hay 2 psiquiatras por cada 100000 habitantes, en relación con otros profesionales, existe insuficiente información, por ejemplo, sobre el número de profesionales de apoyo como enfermeras, profesores, y trabajadores sociales entrenados en salud mental”⁷. Esta deficiencia en recursos humanos tiene una clara incidencia en las fallas para la detección temprana aumentando la probabilidad de aumento en el número de personas con factores de riesgo a padecer problemas o trastornos mentales.

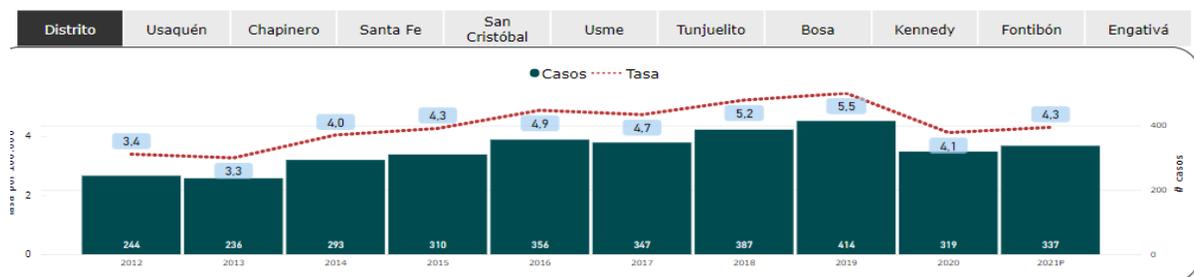
⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO. Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, 2018 [en línea]. Disponible en Internet: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052018_lineamientos_nacional_prevenccion_spa.pdf

⁶ POL PUB NACIONAL

⁷ POL PUB NAL

En el mismo sentido y en reconocimiento al compromiso adquirido del estado colombiano con los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) por la OMS, con la agenda coordinada del 2030, es de carácter pertinente cumplir en materia de salud mental con el ODS 3 “Salud y bienestar”, en la meta 3.4, la cual se ha provisto de mayores retos en su aplicación, debido a la crisis sanitaria generada a causa del COVID-19, la cual potencializó significativamente, los casos reportados en ansiedad, depresión e intento suicida a nivel distrital y nacional, razón por la cual, el presente proyecto de acuerdo contempla la necesidad de constituir un protocolo para la prevención del suicidio, con el cual, se atienda las necesidades poblacionales según enfoque diferencial, características sociodemográficas, ciclos vitales del desarrollo, entre otras características (DANE, 2021).

Tabla 5. Tasa de suicidio en Bogotá D.C., 2021



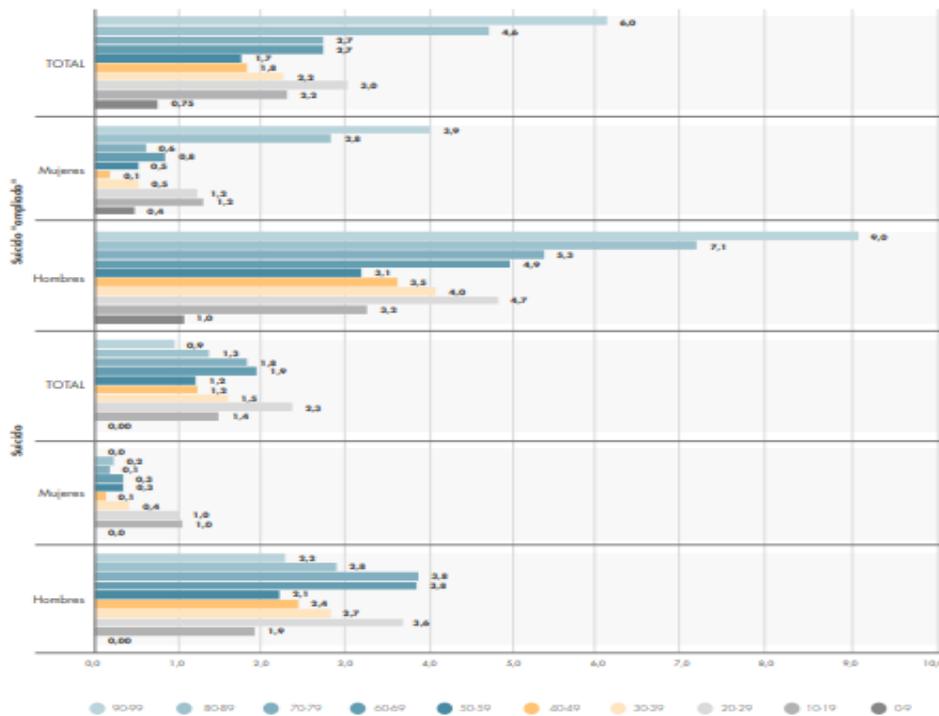
Fuente. Saludata. Datos de salud mental. 2021.

Según Saludata:

- En el año 2021, se incrementó un 0,5% la tasa de suicidios con respecto al año anterior, además, se registraron 337 suicidios en la capital, contado con una tasa de mortalidad de 4,3 por cada 100.000 habitantes.
- En Bogotá se reportan 43,9% de casos de suicidio distribuidos por localidad de la siguiente forma: localidades como Kennedy cuentan con el 11,9 % (n=40), seguido de Engativá con el 11,6% (n=39), Bosa 11,35% (n=38) y Suba con el 9,2% (n=31).

- Los grupos que representan mayor vulnerabilidad en torno a la mortalidad por suicidio se encuentran en los rangos de edades de 20 a 24 años con 57 casos (16,91 %), seguido del grupo de 25 a 29 años con 38 casos (13,35 %) y el grupo de 30 a 34 años cuenta con 37 casos (10,98 %).

Tabla 6. Tasa de suicidio y Tasa de suicidio “ampliado” por cien mil habitantes según sexo y rangos decenales de edad



Fuente: DANE- Estadísticas vitales y CNPV 2018 y proyecciones de la población.

“En concordancia con el objetivo general de la política distrital de salud mental 2015-2025, la cual recalca que se debe garantizar el derecho a la salud mental en la población del distrito capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia, el cual debe tener enfoques en atención primaria, secundaria y terciaria, fortaleciendo a nivel la promoción y la prevención de la salud mental en los diversos escenarios de la cotidianidad de la población

del distrito capital, por lo cual se debe posicionar nuevas cosmovisiones, partiendo del concepto positivo que permita la deconstrucción de imaginarios, representaciones y prácticas sociales instauradas en el esquema de la salud mental, supeditado a la enfermedad y el trastorno” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., 2015).

Debido a esto, en el presente proyecto de acuerdo se contempla que las razones por las cuales se desarrolla riesgo suicida en un persona, puede tener causas multifactoriales, por lo cual, abordar de forma preventiva a la familia, pares, comunidad y área laboral es de carácter pertinente, para conllevar a la construcción de una red de apoyo donde se desmitifiquen las creencias erradas frente al acto suicida y además, pueda proveerse a la persona insumos necesarios para conocer la oferta institucional vigente con la respectiva subred y secretaria de salud, además de sensibilizar a la población frente a los factores de riesgo y rutas de atención a nivel distrital (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., 2015).

Por otro lado, en lo que respecta a atención en servicios, el nuevo Atlas de Salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ilustra el fracaso mundial que han tenido las naciones al momento de prestar los servicios en torno a este campo justo en el momento en el que el COVID-19 puso de manifiesto la creciente necesidad en apoyo cuando se trata del individuo y sus diferentes factores mentales. El Atlas incluye a 171 países e indica que el incremento de las demandas en servicios de salud mental, no se ha visto representado en una ampliación de los servicios de atención que se ajuste a las necesidades (2021).

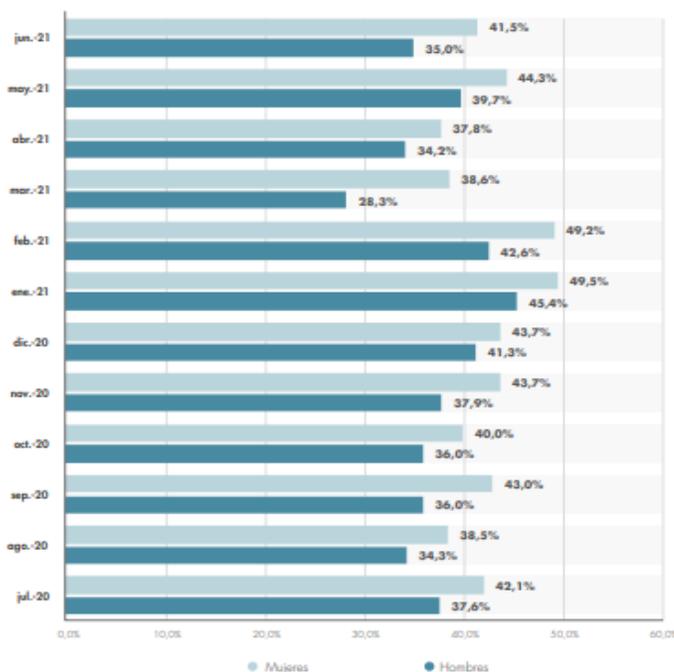
Tabla 7. Inversión de gobiernos en salud mental per cápita

	Median government expenditure on mental health per capita (US\$)			Mental health expenditure as percentage of GGHE-D* per capita
	2014 (N=40)	2017 (N=80)	2020 (N=67)	2020 (N=67)
Global	**	2.50	7.49	2.13%
WHO region				
AFR	**	0.10 (n=10)	0.46 (n=8)	2.10%
AMR	**	11.80 (n=18)	7.81 (n=14)	1.80%
EMR	**	2.00 (n=4)	12.08 (n=4)	1.30%
EUR	**	21.70 (n=31)	46.49 (n=22)	3.60%
SEAR	**	0.10 (n=5)	0.10 (n=7)	0.50%
WPR	**	1.10 (n=12)	5.81 (n=12)	1.60%

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Atlas de Salud Mental, 2021.

Según Minsalud, en Colombia la pandemia deterioró considerablemente la salud mental de las personas, derivando en altos índices de nerviosismo o preocupación, lo cual fue confirmado de acuerdo con la encuesta del Departamento Administrativo nacional de estadística (DANE), donde casi la mitad de personas encuestadas el (jefe o su cónyuge) reportaron estas afectaciones, por lo que se ha observado un aumento del 30% en las consultas a las líneas territoriales, principalmente por casos relacionados con ansiedad, depresión y violencia intrafamiliar.

Tabla 8. Porcentaje de jefes/as de hogar y cónyuges que dicen haber sentido preocupación o nerviosismo en los últimos 7 días, según sexo.



Fuente: DANE- Encuesta de pulso social (EPS).

A nivel distrital opera el modelo de atención en salud y el modelo de acción integral territorial (MAITE), el cual se centra en el individuo, la familia y la comunidad.

A nivel de prevención en términos de salud mental se encuentran acciones tanto poblacionales como colectivas, orientadas a desarrollar las siguientes estrategias: “fortalecer habilidades de afrontamiento y competencias protectoras de la salud mental en los diferentes contextos que se desarrolla el individuo, prevención de violencias, priorización en eventos de riesgo en torno al cuidado emocional de las personas a nivel individual y comunitario, pautas de crianza positivas y demás prácticas en torno al cuidado de la salud” (Elemento preliminar documento técnico, 2022).

Teniendo en cuenta esta información, se reconoce que existen estrategias y rutas consolidadas a nivel distrital para realizar un abordaje integral en salud mental, no obstante, pese a contar

con una ruta nacional en salud mental, no existen protocolos a nivel distrital que se enfoquen en la conducta suicida, la cual se debe contemplar con mayor profundidad a la misma consumación del acto, puesto que en Colombia, por normatividad del Ministerio de Salud y Protección Social, el registro individual de prestación de servicios de salud, debe hacerse a la luz de las categorías diagnósticas del CIE10.

Por otro lado, es oportuno referenciar lo relacionado con la **“Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0**, según la cual, “los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) son muy frecuentes y representan una gran carga de enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Subsiste una amplia brecha entre la capacidad de los sistemas de salud y los recursos disponibles, entre lo que se necesita urgentemente y lo que está disponible para reducir la carga. Aproximadamente 1 de cada 10 personas sufre un trastorno de salud mental, pero solo 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental. Los trastornos MNS interfieren de forma sustancial con la capacidad de los niños para aprender y la capacidad de los adultos para funcionar adecuadamente en la familia, en el trabajo y en la sociedad en general. Reconociendo el imperativo de prestar servicios a las personas con trastornos MNS y sus cuidadores, y de reducir la brecha entre los recursos disponibles y la gran necesidad de esos servicios, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS puso en marcha en el año 2008 el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por su siglas en inglés). Los objetivos principales del mhGAP son fortalecer el compromiso de los gobiernos, los organismos internacionales y otros interesados directos de aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de los trastornos MNS y lograr una cobertura mucho mayor con intervenciones clave en los países de ingresos medianos y bajos. Con estos objetivos, el mhGAP proporciona orientación y herramientas basadas en la evidencia con el fin de avanzar hacia las metas del Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [...] La GI-mhGAP versión 1.0 se usa en más de 90 países en todas las regiones de la OMS y los materiales mhGAP se han traducido a más de 20 idiomas, incluidos los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas. Cinco años después de la publicación inicial de la

guía, se actualizaron las directrices mhGAP sobre la base de la bibliografía emergente y en el 2015 se publicó una versión revisada de las directrices mhGAP” (OPS)

En concordancia con lo mencionado previamente y el presente Proyecto de acuerdo, es imperativo emplear estadísticas actualizadas de SISVECOS, las cuales provean información detallada por delimitación geográfica y características sociodemográficas, enfoque diferencial, elementos con los que se buscó llegar a la consumación del acto suicida, de la población residente en el distrito capital, puesto que según las estadísticas arrojadas por Saludata, los hombres son los que más se suicidan en la ciudad, sin tener en cuenta que las mujeres son las que más lo intentan; que el consumo de SPA es uno de los factores de riesgo que más incide en la población con riesgo suicida, un posible TEPT por parte de la población víctima del conflicto armado que derive es riesgo a su propia vida o inclusive grado de escolaridad o estado civil, puesto que las personas solteras cuentan con mayor prevalencia en amenaza, ideación, planificación, intento o consumación del acto suicida, como lo representa la siguiente estadística en la localidad 11 del distrito capital (Suba).

Tabla 9. Comportamiento de la conducta suicida, localidad Suba

COMPORTAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA, LOCALIDAD SUBA
PERIODO 2018 – ABRIL 2022.

GRUPO POBLACIONAL_POBL DIFERENCIAL	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL							
CONSUMIDOR DE SPA	64	64	130	220	90	568	CARCELARIO	0	0	0	2	0	2
LGTTBI	20	38	63	165	53	339	CONSUMIDOR SPA	0	0	0	1	1	2
GESTANTE	62	11	9	18	6	106	CONSUMIDOR SPA_MIGRANTE	0	0	0	1	1	2
MADRE CABEZA DE HOGAR	4	22	22	39	15	102	EN PROTECCION_DISCAPACIDAD	1	0	0	1	0	2
DISCAPACIDAD	4	13	16	13	7	53	GESTANTE_CONSUMIDOR DE SPA	2	0	0	0	0	2
MIGRANTE	0	9	8	10	16	43	GESTANTE_CONSUMIDOR DE SPA	1	0	0	0	1	2
DESPLAZADOS	11	11	8	5	0	35	MENOR ABANDONADO	0	0	0	0	0	2
EN PROTECCION	1	6	9	8	6	30	REINCORPORADO	2	0	0	0	0	2
SERVIDOR PUBLICO	14	10	1	3	2	30	VICTIMA						
TRABAJADOR INFORMAL	3	7	7	7	5	29	VIOLENCIA_DESPLAZADOS	0	2	0	0	0	2
CENTRO PSIQUIATRICO	3	2	3	13	1	22	DESPLAZADOS_CONSUMIDOR DE SPA	0	0	0	1	0	1
VICTIMA VIOLENCIA	2	3	2	2		9	DISCAPACIDAD_CONSUMIDOR DE SPA	0	0	0	1	0	1
CONSUMIDOR SPA_INDIGENTE	0	0	0	2	4	6	EN PROTECCION_DESPLAZADOS	0	0	1	0	0	1
LGTTBI_MIGRANTE	0	0	1	2	3	6	GESTANTE_MIGRANTE	0	0	0	0	1	1
EN PROTECCION_CONSUMIDOR DE SPA	1	2	2	0	0	5	LGTTBI_DESPLAZADOS	0	0	0	1	0	1
INDIGENTE	0	2	2	1	0	5	TRABAJADOR INFORMAL_MIGRANTE	0	0	1	0	0	1
MADRE COMUNITARIA	1	2	0	1	0	4	OTRO	835	995	1537	2823	1257	7447
							TOTAL	1031	1199	1822	3340	1471	8863

FUENTE: Base de datos Subsistema SISVECOS, Subred Norte E.S.E. 2018 –Abril 2022.

COMPORTAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA, LOCALIDAD SUBA PERIODO 2018 – ABRIL 2022.

AÑO	ADOLESCENCIA	ADULTEZ	INFANCIA	JUVENTUD	PRIMERA INFANCIA	VEJEZ
2018	360	260	95	281	1	34
2019	368	301	161	343	2	24
2020	439	581	78	659	1	64
2021	924	980	146	1185	2	103
2022	482	379	100	470	0	40
TOTAL	2573	2501	580	2938	6	265

FUENTE: Base de datos Subsistema SISVECOS, Subred Norte E.S.E. 2018 –Abril 2022.

AÑO	CASADO	DIVORCIADO	SEPARADO	SOLTERO	UNIÓN LIBRE	VIUDO
2018	58	2	41	826	98	6
2019	53	8	59	981	91	7
2020	84	16	102	1433	179	8
2021	139	10	125	2835	214	17
2022	54	3	49	1260	93	12
TOTAL	388	39	376	7326	675	50

FUENTE: Base de datos Subsistema SISVECOS, Subred Norte E.S.E. 2018 –Abril 2022.



SECRETARÍA DE
SALUD



COMPORTAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA, LOCALIDAD SUBA PERIODO 2018 – ABRIL 2022.

AÑO	GUAYMARAL	SAN JOSE DE BAVARIA	BRITALIA	EL PRADO	LA ALHAMBRA	CASA BLANCA SUBA	NIZA	LA FLORESTA	SUBA	EL RINCON	TIBABUYES	SIN DATO
	3	17	18	19	20	23	24	25	27	28	71	
2018	0	33	50	73	20	48	70	43	169	237	250	38
2019	1	38	65	84	22	40	51	30	170	330	319	49
2020	0	78	109	135	56	80	97	62	284	449	394	80
2021	1	139	187	247	93	183	178	104	558	863	719	68
2022	0	56	93	132	38	66	88	54	260	358	289	37
TOTAL	2	342	504	671	229	417	484	293	1441	2237	1971	272

FUENTE: Base de datos Subsistema SISVECOS, Subred Norte E.S.E. 2018 –Abril 2022.

Fuente: SISVECOS, Subred Norte, 2018-2022.

Referencias

- Trilleras, M., Cortés, J. (2021). Tasa de suicidio en Bogotá D.C. Bogotá: Secretaría de Salud. Recuperado de: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-mental/suicidio/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental. Comunicado de Prensa: OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
- Moya, A., Vargas, J., Cabra, M. (2021). ¿Cómo se relaciona la pandemia del COVID-19 con la salud mental de los colombianos? Resumen de políticas según la iniciativa Respuestas Efectivas contra el COVID-19 (RECOVR). Bogotá: Departamento Nacional de Planeación. Recuperado de: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Notas_politica_publica_SALUD%20MENTAL_22_04_21_V7.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Salud mental, uno de los principales retos de la pandemia. Boletín de prensa No. 237. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-uno-de-los-principales-retos-de-la-pandemia.aspx>
- Hopley, K. (2020). Mental Health Atlas 2020. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: <https://www.siiis.net/documentos/ficha/567706.pdf>
- 8

4. MARCO JURÍDICO Y COMPETENCIA DEL CONCEJO DE BOGOTA

El Concejo de Bogotá es competente para estudiar y aprobar o improbar el presente proyecto de acuerdo en virtud de lo establecido en el Artículo 12 del Decreto ley 1421 de 1993, principalmente en el numeral 1 que faculta al a Corporación para dictar normas así:

⁸ Colaboran en la preparación del presente Proyecto de Acuerdo:

Miguel Angel Clavijo Obando. Psicólogo, cursa especialización en Psicología Clínica. Consejero Local y Distrital de Juventud y Activista en torno a las problemáticas de salud mental.

Carlos Enrique Garavito Ariza. Psicólogo. Representante del campo de psicología clínica en el Colegio Colombiano de Psicólogos. Docente investigador y representante del comité permanente de políticas públicas de salud mental para el Colegio Colombiano de Psicólogos.

DECRETO LEY 1421 de 1993 “Estatuto Orgánico de Bogotá”.

Art. 12. Atribuciones. *Corresponde al Concejo Distrital, de conformidad con la Constitución y la ley: (...)*

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

5. IMPACTO FISCAL

De conformidad con el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, la presente iniciativa no genera un impacto fiscal que implique una modificación en el marco fiscal de mediano plazo, toda vez, que no se incrementará el presupuesto del Distrito, ni ocasionará la creación de una nueva fuente de financiación. Las medidas a adoptar deberán ser financiadas con el presupuesto de las entidades pertinentes.

El Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, estableció:

“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”

Es relevante mencionar, para el caso en concreto, que no obstante lo anterior, la Corte Constitucional en Sentencia C-911 de 2007, puntualizó que el impacto fiscal de las normas, no

puede convertirse en obstáculo para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa, afirmando:

“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”.

“(…) Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda”.

6. TÍTULO – ATRIBUCIONES - CONSIDERANDOS

PROYECTO DE ACUERDO N° 434 DE 2022

PRIMER DEBATE

“POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN LINEAMIENTOS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL DISTRITO CAPITAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONCEJO DE BOGOTÁ, D. C.,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial conferida por el artículo 12 numeral 1 del Decreto Ley 1421 de 1993,

7. ARTICULADO

ACUERDA:

ARTÍCULO 1. OBJETO. La Administración Distrital, a través de la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de Educación implementarán acciones para detectar, prevenir e intervenir conductas suicidas que afectan a los habitantes de Bogotá.

ARTÍCULO 2. LINEAMIENTOS. A efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 1 del presente acuerdo se definen los siguientes lineamientos:

Lineamiento No. 1: Comprendiendo la prevención primaria como aquella estrategia en salud que va dirigida a una población en general, la cual se encamina a evitar o disminuir la aparición de una enfermedad específica, se promoverán la realización de:

- a) Cátedras en Educación Psicoemocional
- b) Acciones alternativas en resolución de conflictos en entornos escolares
- c) Talleres de promoción y prevención de la salud mental dirigidos a miembros de la comunidad educativa de las instituciones de educación del Distrito.
- d) Capacitación a primeros intervinientes en Primeros auxilios psicológicos.
- e) Promoción de material de autoayuda para aquellas personas que se encuentren con riesgo suicida
- f) Priorización de acciones de intervención en UPZ"s más afectadas por índices suicidas según cifras del Subsistema de Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida – SISVECOS.

g) Atención prioritaria a través de unidades fijas y móviles a la población objetivo.

Lineamiento No. 2: Definir las rutas y ofertas existentes en salud mental a nivel distrital, contando con una detección temprana de problemáticas en salud mental por parte de trabajadores del sistema de salud capacitados en la Guía de intervención mhGAP 2.0 emitida por la Organización Panamericana de la Salud para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Lo anterior, con el fin de obtener diagnósticos tempranos y tratamiento adecuado.

Parágrafo 1. La formulación, implementación y ejecución de las acciones objeto del presente acuerdo operarán bajo el marco de lo establecido en la ley 1616 del 2013.

Parágrafo 2. Las pruebas psicométricas como herramientas implementadas para diagnosticar problemáticas en salud mental a la población objetivo de este proyecto de acuerdo, tendrán soporte científico, altos índices de confiabilidad y validez bajo criterios de adaptación a población colombiana.

ARTÍCULO 3. RED DE APOYO. Promover la conformación de una red de apoyo con la concurrencia de instituciones privadas, públicas y de la sociedad civil, con énfasis en la prevención y atención de factores asociados con las conductas suicidas.

ARTÍCULO 4º: RUTAS DE ATENCIÓN. Las instituciones educativas oficiales garantizarán la activación de rutas de atención y protección para los estudiantes con el fin de asegurar el acompañamiento Psicosocial a la población estudiantil en el marco del objeto del presente acuerdo.

ARTÍCULO 5. INFORME – La Administración Distrital, presentará un informe anual al Concejo de Bogotá D.C que de cuenta de las acciones ejecutadas y del avance en la implementación del presente acuerdo.

ARTÍCULO 6. VIGENCIA – El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Cordialmente,

JULIÁN ESPINOSA ORTIZ
Concejal de Bogotá - Autor
Partido Alianza Verde