

POLÍTICA DISTRITAL DE SALUD MENTAL 2022-2032

Secretaría Distrital de Salud

Sector: Salud

Sectores y entidades corresponsables

Secretaría Distrital de Integración Social
Secretaría de Educación Distrital
Secretaría Distrital de la Mujer
Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deportes
Secretaría Distrital de Movilidad
Secretaría Distrital Seguridad, Convivencia y Justicia
Secretaría General Alcaldía Mayor

ABREVIATURAS

ACP	Asociación Colombiana de Psiquiatría
APS	Atención Primaria en Salud
CDCRD	Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte
DANE	Departamento Nacional de Estadísticas
EAPB	Empresa administradora de planes de beneficio
IDRD	Instituto Distrital de Recreación y Deporte
IPS	Institución prestadora de servicios de salud
MJD	Ministerio de Justicia y del Derecho
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios
SDM	Secretaría Distrital de la Mujer
SDMov	Secretaría Distrital de Movilidad
SDP	Secretaría Distrital de Planeación
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISVECOS	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida
SIVIM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual
SPA	Sustancias Psicoactivas
VIF	Violencia Intrafamiliar
VSP	Vigilancia en Salud Pública

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO CONCEPTUAL	9
Atención Primaria en Salud y Salud Mental.....	11
Promoción de la Salud Mental	13
Prevención de Eventos en salud mental, Trastornos mentales y del comportamiento	14
Grupos de riesgo específicos	16
AFECTACIONES PARA LA SALUD MENTAL.....	18
PROBLEMAS MENTALES Y TRASTORNOS MENTALES	18
EVENTOS PRIORITARIOS DE SALUD MENTAL PARA LA SALUD PÚBLICA	18
INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA REFERENTE A LAS VARIABLES, FENÓMENOS Y EVENTOS QUE CONFIGURAN LA SITUACIÓN PARTICULAR DE LA PROBLEMÁTICA EN ESTUDIO	22
La Salud Mental en el Distrito Capital	24
Conducta Suicida.....	27
Conducta suicida no fatal.....	33
Violencias.....	40
Violencia contra la Mujer:.....	49
Salud mental de personas cuidadoras:	51
Consumo de sustancias psicoactivas:	59
Morbilidad Atendida En Salud Mental.....	62
Oferta de Servicios de Salud Mental en la Red Pública y Privada.....	68
Barreras de acceso a Servicios de Salud Mental en la Red Pública y Privada	72

RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DEL PROCESO DE PARTICIPACIÓN	83
IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS.....	102
TENDENCIAS Y/O BUENAS PRÁCTICAS	106
ANÁLISIS DE MARCO JURÍDICO	108
ABORDAJE DE ENFOQUES.....	116
IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ESTRATÉGICOS	122
OBJETIVO GENERAL DE LA POLÍTICA PÚBLICA	125
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	125
ESTRUCTURA.....	125
EJE 1. POSICIONAMIENTO DE LA SALUD MENTAL.....	125
COMPONENTE 1. PARTICIPACIÓN SOCIAL, COMUNITARIA Y CIUDADANA CON INCIDENCIA POLÍTICA	126
COMPONENTE 2. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	126
COMPONENTE 3. COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN.....	126
EJE 2. ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL	126
COMPONENTE 1. CONSOLIDACIÓN Y OFERTA DE PROGRAMAS Y SERVICIOS PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, ATENCIÓN, REHABILITACIÓN Y PALIACIÓN EN SALUD MENTAL, CON ENFOQUE DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).....	127

COMPONENTE 2. FORTALECIMIENTO DE LA RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.....	127
COMPONENTE 3. FORTALECIMIENTO DEL EQUIPO HUMANO Y DE SUS CONDICIONES OPERATIVAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA DE LA SALUD MENTAL.....	128
EJE 3. SALUD MENTAL Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	128
COMPONENTE 1. SISTEMAS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA RELACIONADOS CON EVENTOS PRIORITARIOS EN SALUD MENTAL.....	128
COMPONENTE 2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	129
BIBLIOGRAFÍA	131

Introducción

El derecho a la salud mental de ciudadanos y ciudadanas que habitan en Bogotá, ha sido una prioridad de ciudad; por ello en 2015 fue formulada la Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025, muy centrada en disponibilidad y calidad de prestación de servicios integrales de salud mental, en articulación con distintos sectores, en búsqueda de mejora de condiciones de vida, reconociendo a la comunidad como actor principal.

En aquel momento, la política fue formulada e implementada y no contó con un acto administrativo de aprobación y adopción. Hoy bajo el direccionamiento del sector líder a nivel distrital en materia de políticas públicas, la Secretaría Distrital de Planeación, y por decisiones tomadas en el Consejo de Política Económica y Social -CONPES- Distrital en un contexto de pandemia por la COVID 19, la política y su plan de acción debe ser reestructurada y aprobada vía decreto distrital.

Por lo anterior, actualmente el Distrito, a través del sector Salud, formula la Política Distrital de Salud Mental, la cual busca promover la salud mental, prevenir los daños e intervenir los problemas y trastornos de salud mental, siguiendo los lineamientos respectivos del Distrito Capital sobre formulación de políticas públicas y reconociendo la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud desde la articulación con otros sectores y con la comunidad.

La Política Distrital de Salud Mental busca promover las condiciones que protegen la salud mental, prevenir las condiciones que incrementan el riesgo de trastornos de salud mental, siguiendo los lineamientos respectivos del Distrito Capital sobre formulación de políticas públicas y reconociendo la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud desde la articulación con otros sectores y con la comunidad.

Durante este siglo, en el mundo y en Colombia, se ha buscado desarrollar políticas, planes y programas en salud mental acordes con las necesidades locales, más ahora cuando la vivencia de la pandemia por COVID19 ha colocado a la salud mental como una de las prioridades a nivel mundial y ha visibilizado la necesidad de abordarla desde un enfoque promocional, que incluya la articulación de respuestas sociales, y preventivo que se aproxime a ella de manera integral y articulada.

Es primordial establecer desde un comienzo, que la salud mental no es tan solo responsabilidad y competencia del sector salud. Más aún, su abordaje no solo es sectorial, debe ser transectorial y comunitario ya que en él tienen concurso y responsabilidad directa e indirecta todos los actores de la sociedad.

La salud mental tiene una estrecha relación con la posibilidad de la ciudadanía de ejercer sus derechos y desarrollar sus capacidades y potencialidades; en ese sentido, las acciones en salud mental no se pueden limitar a la intervención de los trastornos mentales; ante todo es muy

importante que se promueva la salud mental desde su ámbito individual y comunitario y se la vincule con la búsqueda permanente del bienestar psicosocial de todas y todos los bogotanos y el acceso estrategias y a las acciones desarrolladas para tal fin.

Debido a esto, esta Política establece en un comienzo una serie de enfoques que han surgido y alimentan la discusión actual en torno a la salud mental, tales como el modelo explicativo de la salud, el enfoque de derechos, los enfoques asociados poblacional/diferencial/de género/territorial, los cuales le permiten a la política una aproximación amplia y de vanguardia que no se limita a la intervención de los eventos y el riesgo de enfermar. En consonancia con ello, la política entiende la salud mental como un derecho de todos/as los/as sujetos/as individuales y colectivos, y como un bien que debe ser promovido y construido transectorialmente.

La Política recoge también el marco normativo nacional y distrital que ha permitido su implementación. Las dificultades suscitadas por la promulgación de la Ley 100 de 1993 para la salud mental de todo el país, así como para la atención de las personas con trastornos mentales, fueron más que evidentes para propios y extraños. Sin embargo, las últimas normativas, en particular desde el 2011, han hecho posible una discusión más humana y propicia para el desarrollo de políticas de salud mental más contextualizadas y cercanas a las necesidades de los colombianos y las colombianas.

En particular, la ley 1616 de 2013 de Salud Mental o “Ley Esperanza” definió los elementos requeridos en toda política de salud mental para el país y sentó las bases para lograr avances concretos. Cabe subrayar que varios de los enunciados más importantes de esta ley están animados por la búsqueda del bien común y la construcción concertada y pública de la política, y provienen del trabajo realizado por el Distrito Capital. De manera complementaria, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Mental mediante la resolución 4886 del 7 de noviembre de 2018, cuyos postulados se recogen también en esta política distrital; más aún en contextos como los actuales donde la vivencia de la pandemia por el virus SARS COV -2- COVID 19, ha suscitado o exacerbado riesgos psicosociales específicos en la población, que de alguna manera afectan la salud mental.

El marco conceptual delimita las concepciones y consideraciones primordiales en el desarrollo de la Política. Es relevante el énfasis en la Atención Primaria en Salud, estrategia rescatada en la Ley 1438 de 2011, de gran impacto a nivel mundial, que propende por la priorización de la salud frente a la enfermedad. Las estrategias de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos toman un papel relevante en esta Política, acorde con la legislación actual y los propósitos internacionales en esta materia. También se reconocen en este marco conceptual, las afectaciones para la salud mental como problemas o trastornos mentales o eventos prioritarios que se han considerado de mayor impacto y relevancia social en el Distrito.

Tales eventos, priorizados en las intervenciones en salud pública, y los demás trastornos mentales y del comportamiento que prevalecen en Bogotá, han sido descritos en estudios estadísticos realizados por la Secretaría Distrital de Salud, que se alimentaron de los datos obtenidos mediante la vigilancia epidemiológica, así como otras aproximaciones para el análisis derivadas del estudio tamiz de salud mental realizado en el año 2017 y otras fuentes que permiten identificar afectaciones diferenciales en grupos o segmentos de población específicos como las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes o las personas LGBTI.

El panorama presentado en el marco situacional deja ver que en Bogotá se está avanzado en la detección temprana de eventos de salud mental, así como su abordaje en diferentes grupos poblacionales y diferenciales; sin embargo, los estudios hasta ahora propuestos no evidencian factores que potencialicen otras formas de comprender la salud y la enfermedad. Tener en cuenta elementos como las capacidades desarrolladas y experiencias exitosas en estos procesos puede ayudar a resignificar en forma positiva el concepto de salud mental entre los sujetos e instituciones que la acompañan, lo cual generaría relaciones más recíprocas entre los profesionales de salud, las personas que acceden a los servicios y sus familias.

Por último, el marco metodológico presenta el proceso de construcción de la Política desde su primera aproximación en el 2005 hasta su consolidación en el documento que se presenta a continuación. Esta política es el fruto de un trabajo constante y articulado entre sectores de lo público y lo privado, actores, instituciones prestadoras de servicios de salud, ciudadanos, ciudadanas, instituciones académicas, profesionales de la salud y la Secretaría Distrital de Salud, quienes, mediante encuentros reflexivos, entrevistas y conversatorios, han aportado a la concepción de salud mental aquí presentada. Es también un signo de que las personas y los colectivos —parejas, familias, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones públicas y privadas— que habitan la ciudad están comprometidos con lograr el objetivo planteado por la política: “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”.

Para el logro de dicho objetivo, la política se convierte en el instrumento que, a través de los lineamientos y directrices para garantizar el derecho a la salud mental, impulsa acciones que aportan al desarrollo de la autonomía y procesos de promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad, atención, vigilancia y rehabilitación de trastornos mentales y del comportamiento, eventos y conductas que la afectan.

Marco Conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud - OMS, la salud mental es un componente integral y esencial de la salud. Ésta última concebida como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos mentales o problemas psicosociales. En ese sentido, la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad y en ese entendido es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2022).

En Colombia, según lo definido en la Ley 1616 de 2013, la salud mental es 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* (MSPS, 2013).

En coherencia con lo anterior, desde la política de salud mental ésta se concibe como un completo estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, en el cual no solo se reconocen los factores biológicos, sino las interacciones sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas gracias a las cuales se desarrolla la vida; y en consecuencia la salud mental contribuye al desarrollo humano y social, genera capital social, cultural, simbólico y económico, y hace posible el reconocimiento, la garantía, ejercicio y restitución de los derechos. De esta manera, la salud mental también es comprendida como una producción social, y las personas, como seres relacionales que construyen su realidad por medio de las interacciones con otros y otras dentro de contextos sociales, históricos, culturales, económicos y políticos específicos.

Es así como, en la salud mental tienen cabida la salud, la enfermedad, los problemas, las resistencias y las acomodaciones; es decir, diversas formas de bienestar o malestar emocional y de relaciones de los ciudadanos que hace parte del desarrollo humano como proceso orientado hacia el ejercicio de la autonomía y realización del proyecto vital a nivel individual y colectivo, que propende por una vida con calidad, y en este sentido incluye elementos esenciales de la vida relacional, emocional y social de las personas (MSPS & ACP, 2007).

Tradicionalmente, debido a la preponderancia del modelo epidemiológico y de la patología, la salud mental - y la salud en general - se asimila a la ausencia de problemas y trastornos mentales que deben ser tratados por personal especializado, particularmente por psicólogos y psiquiatras. Las

acciones y programas que ostentan tal concepción se dirigen prioritariamente a evitar y tratar la enfermedad, y no trabajan en la promoción integral de la salud mental.

Recientemente han sido cada vez más comunes los esfuerzos por dar una definición positiva de la salud mental, en lugar de definirla como una ausencia o carencia. Por ejemplo, para la OMS el concepto de salud mental, según el MSPS y FES (2005) reúne los conceptos de *“bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de las habilidades de realizarse intelectual y emocionalmente.”* De esta manera, entendiendo la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos, la relaciona con capacidades para afrontar las tensiones de la vida (estrés), trabajar de forma productiva y fructífera para sí y para la comunidad (OMS, 2013e).

En ese sentido en la Política Distrital de Salud Mental, el concepto de salud mental demanda ir más allá de la ausencia de enfermedad y trastorno, y tener en cuenta la vida relacional, emocional y social de las personas, así como entender el desarrollo humano como proceso orientado hacia el ejercicio de la autonomía y la realización de un proyecto vital individual y colectivo con calidad.

Desde esta perspectiva, las personas transitan por la vida individual-colectiva, son diversas, de acuerdo con su edad, pertenencia étnico-racial, sexo, identidad de género, orientación sexual, situación socioeconómica, localización geográfica, identidad campesina o rural y discapacidad; además de su pertenencia a una o más de las siguientes poblaciones: personas que realizan actividades sexuales pagadas, personas en habitabilidad de calle, víctimas del conflicto armado, personas privadas de la libertad y/o personas firmantes de paz, entre otras.

La conceptualización anterior, permite robustecer los elementos de la promoción de la salud para avanzar hacia el fortalecimiento de la convocatoria social con estrategias de acción pública que trasciendan la acción del sector salud, lo que hace de esta política un hecho vinculante para todos los sectores sociales, incluidos los gubernamentales.

La salud mental se materializa en la cotidianidad, en las relaciones que a diario las personas establecen consigo mismas y con su entorno físico y social, a través de los cuales les es posible vivir y convivir en armonía, trabajando y desarrollando sus potencialidades, respetando las normas sociales y aportando al desarrollo de la sociedad.

Esto lleva a resaltar la relación y dependencia mutua entre salud mental y los derechos, pues la garantía y ejercicio de ellos determinan las condiciones de salud mental y estas determinan a su vez el ejercicio y garantía de los derechos. La constitución de sujetos y sujetas de derecho supone la construcción de una sociedad equitativa e incluyente que garantice por igual las condiciones de una existencia digna, la participación ciudadana, el uso de bienes y servicios sociales y el acceso a los medios de producción y desarrollo.

Por otro lado, se reafirman los nexos entre la autonomía y la salud mental en la medida que ésta, tiene que ver con el ejercicio de la autonomía de individuos, individuos y colectivos. La autonomía es,

aquí, la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas. Que se cuente con tal capacidad, dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades a una buena calidad de vida (SDS, 2005). En este contexto, la autonomía puede constituirse como la capacidad que tienen las personas para diseñar su propia vida, en concordancia con un principio de justicia según el cual todas las personas tienen el derecho a elegir su modo de vida particular.

En el marco de esta Política, en tanto que las personas son entendidas como agentes activos y dinámicos (con expectativas, anhelos, necesidades, formas de ver pensar y actuar, etc), y que la salud mental es un estado que hace posible tal acción y dinamismo en la vida cotidiana, la participación constituye un eje fundamental en el ejercicio de la autonomía individual y colectiva; pues, de un lado, ella incide en las relaciones sociales que establecen las personas al construir su proyecto vital y buscar su bienestar personal y relacional, y además, su ejercicio es sólo posible en las condiciones de calidad de vida apropiadas.

Teniendo este marco, el abordaje de la salud mental en la ciudad trasciende la asistencia sanitaria de signos y síntomas específicos de enfermedades o trastornos mentales, y tiene que ver con acciones políticas y sociales de otra índole, relacionadas con la afectación de los determinantes sociales de la salud que incluyen una estructura social compleja (salud, vivienda, trabajo, educación, bienestar social, acceso a la cultura, al ocio y la recreación, etc), que inciden en la vida cotidiana de los sujetos y que determinan su estado de salud físico y mental; en este sentido, ésta política convoca la corresponsabilidad de diferentes actores y sectores para la construcción e implementación de iniciativas en las que las personas sean el centro de una actuación pública que garantiza el derecho a la salud mental y el acceso a servicios, y genera oportunidades viables dentro de su contexto; en el entendido que circunstancias socioeconómicas como la pobreza y el desempleo tienen estrecha relación con los problemas mentales, teniendo en cuenta que son factores de riesgo muy comunes en la ciudad.

A partir de allí, para la puesta en marcha de la Política Distrital de Salud Mental, se espera el fortalecimiento de la participación comunitaria, sectorial, intersectorial y transectorial, y que los diferentes actores y sectores asuman sus correspondientes responsabilidades, de modo que sea posible fortalecer las condiciones físicas, psicológicas, sociales, culturales y demás que favorecen la promoción y/o restablecimiento de la salud mental de los ciudadanos y las ciudadanas.

Atención Primaria en Salud y Salud Mental

La estrategia de Atención Primaria en Salud está íntimamente ligada con el concepto de la salud mental, pues es la estrategia sectorial e intersectorial para el desarrollo de la atención que se da a ésta, dado que atraviesa todos los ámbitos relacionales de la baja a la alta complejidad y su relación

con otros actores y sectores.

La creación de la APS se remonta a 1978, a la Conferencia Internacional de Alma, organizada por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud –en adelante OPS- y la UNICEF, patrocinada por la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, y que adoptó el lema de Salud para Todos en el año 2000 (OMS, 1978). Allí fue acogida y formulada como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías científicamente fundadas y socialmente aceptables, y puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, a un costo que la comunidad y el país pueden soportar.

Sin embargo, con el curso de los años, de acuerdo con las particularidades de países y regiones, su implementación adoptó diversas modalidades; algunas incluso la desvirtuaron totalmente. Los cambios epidemiológicos, la importancia de los determinantes sociales y los retos por cumplir con los Objetivos del Milenio (2000-2015), condujeron a una renovación de la APS.

Con la Declaración de Montevideo (OPS-OMS, 2005), los países participantes se comprometieron a integrar los principios de la APS en los sistemas de salud, apoyando su organización, gestión y financiamiento para contribuir con otros sectores al desarrollo humano integral y equitativo y otros retos.

Desde 1990 la OMS ha propuesto incluir la salud mental como un componente de la APS, propuesta reiterada en la Declaración de Caracas (OMS-OPS, 1990) y en la Conferencia de Brasilia. La OMS y la Organización Mundial de profesionales de medicina familiar, justifican su incorporación en términos de la magnitud de la carga de las enfermedades mentales, los vínculos entre salud física y salud mental y la brecha para acceder a los tratamientos de los trastornos mentales. Adicionalmente señalan que “la atención primaria de salud mental mejora el acceso, promueve el respeto de los derechos humanos, reduce al máximo la estigmatización y discriminación, es asequible y eficaz en función de los costos y genera buenos resultados sanitarios”.

Para muchos, la implementación de la APS, basada en abordajes interdisciplinarios, se constituye en una condición necesaria para emprender las reformas en salud mental propuestas en las Américas. Esta postura parte del énfasis que hace la APS en la responsabilidad social y estatal de hacer efectivos los derechos de ciudadanía social. Existen numerosas experiencias de implementación de acciones de atención primaria en salud mental en América Latina, muchas de ellas ligadas con programas enfocados desde la salud mental comunitaria (González, 1992); pero ha sido habitual, en estas experiencias, que el monitoreo del programa se efectúe de manera implícita, como actividad rutinaria, y sin evaluación formal de la situación, lo que ha hecho imposible un análisis de costo – beneficio (Espinosa, 2014).

Resulta igualmente relevante que, en la revitalización de esta estrategia, impulsada desde la OPS y la OMS, se haya introducido la noción de determinantes sociales de la salud, y se haya vuelto sobre conceptos integrales de la atención primaria, con lo que se han recuperado los postulados de

universalidad y cumplimiento de los derechos (Solitario, Garbus y Stolkiner, 2007).

Con base en la Ley 1438 de 2011, la estrategia de APS se apoya en la integración e interdependencia de los servicios de salud, la acción intersectorial - transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana; así se la entiende como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de los y las pacientes, en los distintos niveles de complejidad.

La Secretaría Distrital de Salud ha logrado importantes avances al hacer de la APS una acción colectiva, subrayando la integralidad de la atención (con servicios individuales y colectivos) y la importancia de un principio de equidad acorde con las necesidades de las personas y con sus territorios específicos. La Secretaría ha buscado la participación de las comunidades, empleando el enfoque promocional de la calidad de vida y la salud. Finalmente, para impulsarla se ha apoyado en las relaciones contractuales entre usuarios, aseguradores y prestadores, públicos y privados en el marco del SGSSS.

Promoción de la Salud Mental

La promoción de la salud mental es un proceso integral, que permite generar entornos y condiciones de vida orientados a reconocer, mantener y/o adoptar modos de vida saludable. En ese sentido las acciones desarrolladas deben estar orientadas a fomentar la salud, y en particular, la salud mental, y no solo a ocuparse de los trastornos mentales. Para esto, es fundamental incorporar la política de salud mental no solo al sector salud sino a todas aquellas instancias (públicas y privadas) relacionadas con la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o asistencia social, la policía, las fuerzas armadas etc.

El principal objetivo de la promoción de la salud mental es proteger, promover y mantener el bienestar emocional y social, así como crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo integral de las personas, pues ello potencia la salud mental; son aquí fundamentales la formación en el respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad de las personas (Jane-Llopis y Anderson, 2005). En otras palabras, la promoción busca impactar los determinantes de la salud mental para reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud y reducir la diferencia, lo anterior asociado a factores de riesgo diferencial con la población en Bogotá.

Las intervenciones en promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias orientadas a personas que no están en riesgo o que están en alto riesgo, o a individuos, familias o colectivos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con su salud. Dentro de las estrategias recomendadas por la OMS para fomentar la salud mental se encuentran las siguientes:

- Intervención en la infancia precoz
- Apoyo en programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil
- Apoyo social a las poblaciones geriátricas.
- Promoción, prevención y restitución en salud mental dirigida a grupos vulnerables, y en particular a comunidades étnicas, personas afectadas por el conflicto armado y personas afectadas por desastres.
- Intervenciones relativas a la salud mental de los trabajadores; por ejemplo, los programas de prevención del estrés.
- Políticas de mejora de vivienda.
- Programas de prevención de la violencia.
- Programas de desarrollo comunitario.
- Programas de seguridad y autonomía alimentarias.
- Acciones integrales de transformación social que articulen las políticas en salud mental con otras políticas públicas distritales, nacionales e internacionales y que articulen los diferentes sectores públicos, privados y comunitarios.

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

La prevención está orientada hacia la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección que se encuentran relacionados con los eventos, trastornos y enfermedades mentales. Tiene el objeto de reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales y el tiempo en que las personas permanecen con síntomas o en condición de riesgo de desarrollar una enfermedad mental. Busca prevenir o retardar las recurrencias y disminuir el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, las familias y la sociedad (Espinosa, 2014).

En salud pública, una clave de la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento radica en la movilización de recursos - locales, estatales, nacionales e internacionales - para resolver problemas importantes de salud que afectan a las comunidades (Detels, 2002), mediante procesos integrales, en lugar de acciones aisladas. En este sentido se entiende la prevención integral como el conjunto de prácticas orientadas a intervenir sobre el contexto social, mediante la participación activa de una comunidad asesorada y acompañada por expertos; los expertos participan apoyando la construcción de nuevas prácticas realizadas a través de ofertas y redes de soporte social (Carvajal, 1993).

Concebida de tal modo, la prevención busca, básicamente, tanto evitar que aparezcan riesgos para la

salud mental o problemas en ella como evitar que los problemas existentes se agudicen.

Según Mrazek & Haggerty (1994) los procesos de prevención están ligados a la población a la cual se encuentren dirigidos, por lo cual es posible clasificarlos de la siguiente manera:

- **Prevención Universal:** se dirige al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado como población en mayor riesgo. Para la Política los procesos de prevención universal son los dirigidos a la totalidad de población de la ciudad de Bogotá.
- **Prevención Selectiva:** se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio. En el marco de la Política la prevención selectiva se dirige a grupos con vulnerabilidad psicosocial tales como mujeres víctimas de violencias por razones de género, y niños, niñas y adolescentes víctimas de violencias, víctimas del conflicto armado, personas cuidadoras de personas que requieren cuidado y altos niveles de apoyo por diferentes condiciones o situaciones, personas mayores abandonadas, con riesgos de conducta suicida identificados, LGBTI, etc. Las acciones de prevención selectiva que se planteen son fundamentales para prevenir problemas mentales, disminuir y mitigar el impacto de las afectaciones psicosociales de las violencias sufridas, respondiendo a sus necesidades específicas.
- **Prevención Indicada:** se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos. En esta Política, va dirigida a la población a la que se le ha pronosticado un trastorno mental o se le han encontrado marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales que aún no se padecen.

En el marco de las acciones en materia de prevención de problemas psicosociales o trastornos mentales se ha de considerar grupos específicos en riesgo como las personas cuidadoras dado que a nivel nacional e internacional se han realizado estudios donde se ha evaluado el impacto psicológico, mental y físico que sufren los cuidadores de personas con trastornos mentales y del comportamiento o con condiciones crónicas. Los efectos sobre la persona cuidadora varían de un país a otro, dado que hay diferencias conceptuales y culturales que giran alrededor del tema (MSPS, 2015).

En el estudio realizado por Gómez Galindo et al (2016). Sobre “Cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá: características y condiciones” Las investigadoras detectaron *“la influencia de variables de género en el quehacer del cuidador, así como precariedad económica, fragilidad en redes de apoyo, autopercepción de alteraciones en la salud, elevada dedicación en tiempo a actividades de cuidado informal y multiplicidad de funciones a cargo. La Escala de Goldberg arrojó que un 80% de la muestra presenta rasgos de ansiedad y un 82% de depresión. La Escala de Zarit estimó que un 69 % de los cuidadores experimenta sobrecarga en su labor”. Concluyeron que “las condiciones de bienestar y salud de los cuidadores de personas con discapacidad severa evidencian alteraciones que urgen respuestas, no sólo desde el ámbito de la acción pública, sino también desde el actuar profesional a la luz del reconocimiento cultural y fortalecimiento de dicha*

labor.”

En la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 se cita: *Los estudios epidemiológicos consultados evidencian como la salud mental se puede ver afectada a la hora de realizar la labor de cuidar, labor que se le ha venido atribuyendo a las mujeres, debido a las construcciones culturales asociadas al género, por lo que se hace necesario realizar acciones para que se reconozca el cuidado familiar e informal como un trabajo, el cual le aporta a la economía de un país, de un territorio y de una familia y que por ende debe ser reconocido.*

Sumado a lo anterior, es evidente como el fuerte apoyo social influye en la calidad de vida tanto de la persona cuidadora como de la persona que requiere de cuidado, por lo que el estado debe generar políticas y programas que le apunten a la formalización del cuidado familiar e informal, brindándole formación a las personas que ejerzan dicha labor, y generando acciones en red que permitan una atención integral a estas personas para la garantía de sus derechos tanto en salud como en salud mental.

Para finalizar se debe trabajar en la eliminación del estigma frente a los trastornos mentales y/o enfermedades crónicas, brindando más información y educación en salud tanto a las personas cuidadoras como a las personas sujeto de cuidado, con el fin de que conozcan sobre la enfermedad, su identificación y manejo, así como los servicios, programas y proyectos presentes en los territorios con los que cuentan.

Para el desarrollo de este tipo de acciones es necesario hacer una distinción entre eventos prioritarios y trastornos mentales, de manera que las acciones que se planifiquen, ejecuten y evalúen respondan a las necesidades específicas de la población. A continuación, se especifican las definiciones operativas que la Política adopta a este respecto.

Grupos de riesgo específicos

Dado el análisis de diferentes factores que interfieren en la salud mental y el bienestar emocional de la población, se identifican grupos poblacionales prioritarios dentro de los cuales se contemplan:

- Niños, niñas y adolescentes: El periodo relacionado con la infancia y la adolescencia es una etapa fundamental para el desarrollo humano, dado que es allí donde se forjan las bases a nivel social, emocional, cognitivo. Para que dicha etapa sea saludable y posibilite mejores oportunidades de éxito, confluyen diversos factores que inciden en el bienestar emocional y la salud mental, como lo son una adecuada alimentación, pautas de crianza que fomenten vínculos afectivos además de entornos que sean protectores y una atención y educación que potencialice las capacidades físicas, sociales, emocionales y cognitivas. Muchas de las afectaciones que se dan en la salud mental se manifiestan en la infancia o la adolescencia. Por ejemplo, la depresión es el trastorno mental que más afecta a los jóvenes y que más discapacidad produce; y quienes están expuestos a la violencia de cualquier tipo, la desigualdad, experiencias traumáticas, condiciones familiares adversas, padres que

consumen sustancias psicoactivas, vulnerabilidad genética, entre otros; son quienes presentan mayores riesgos de desencadenar afectaciones en su salud mental (MSPS, 2018).

- **Mujeres en sus diversidades:** Las desigualdades que enfrentan las mujeres obedecen además de a las construcciones sociales de género, a otras diferenciaciones sociales, culturales, políticas y económicas, que se traducen en desigualdad y discriminación y que impiden el ejercicio pleno de los derechos como el racismo, el clasismo, la discriminación por orientación sexual e identidad de género, edad, discapacidad, identidad campesina y rural, habitabilidad en calle.
- **Población LGBTI** Con respecto a las personas de los sectores sociales LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero e intersexuales), acorde a lo descrito por la Secretaría Distrital de planeación (2020) estudios indican, que afrontan diversas formas de exclusión social que afectan su salud mental fundamentalmente porque, comparados con personas heterosexuales, presentan mayores prevalencias en consumo de alcohol y otras drogas, intentos e ideación suicida y otros desórdenes mentales. De manera complementaria, a través del proceso de levantamiento de información en el marco de actualización del plan de acción de la “política pública para la garantía plena de los derechos de las personas LGBTI y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital” se señala que la patologización de personas LGBTI se ha identificado como una situación constante en el sistema de salud. Para 2019, se encontró que el 2% de las personas de los sectores LGBTI habían sido diagnosticadas con un problema de salud mental, una diferencia de un punto porcentual por encima de la población general; así mismo se resalta el porcentaje de diagnóstico de enfermedad mental en mujeres trans (3%), que estaría dos puntos porcentuales por encima del porcentaje de diagnóstico de la población general.
- **Personas cuidadoras:** hay situaciones en las que las familias deben afrontar dificultades relacionadas a la enfermedad de una(o) de sus integrantes, lo que genera estrés e incertidumbres asociadas a enfermar y a cuidar a quien se enferma. Según Fornés Vives, citado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), una situación de enfermedad afecta no sólo a la persona que la sufre, sino también a todas aquellas que tienen algún vínculo con ella (familia, amigos e incluso profesionales). Así mismo, la persona que sufre la enfermedad, puede necesitar asistencia, generándose una dependencia funcional la cual es definida como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (MSPS, 2015)
Teniendo en cuenta lo anterior, una persona cuidadora es aquella que asiste o cuida a otra en situación de dependencia funcional, lo cual le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades básicas de la vida diaria. Pueden clasificarse en:

- Personas cuidadora familiar: tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado, y brinda cuidado de forma permanente o transitoria.
- Persona Cuidadora Informal: no tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado y no tiene formación para el cuidado, puede ser una labor remunerada o no.
- Persona Cuidadora formal: tiene vinculación laboral legal con una institución o persona natural y que tiene formación para el cuidado.

AFECTACIONES PARA LA SALUD MENTAL

Problemas mentales y trastornos mentales

Según lo establecido en la Política Nacional de Salud Mental (MSPS, 2018), la encuesta nacional de salud mental realiza la distinción entre problemas mentales y trastornos mentales.

Los problemas hacen referencia al malestar y las dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental. En ese sentido se vinculan aquí, por ejemplo, las consecuencias psicológicas de experiencias traumáticas, reacciones emocionales por pérdidas significativas, problemas de aprendizaje, comunicación o dificultades de socialización.

Por su parte, los trastornos mentales son definidos desde el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) como un “síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen a su función normal”. En ese sentido se distinguen de los problemas mentales en términos de severidad de los síntomas y la disfuncionalidad psicosocial que origina.

Eventos Prioritarios de Salud Mental para la Salud Pública

Los eventos prioritarios en salud pública son problemas que a la luz de su magnitud, trascendencia social y vulnerabilidad deben ser intervenidos con preferencia. Actualmente, en la ciudad, los eventos prioritarios son: las violencias (violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual) el consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida; si bien no corresponden a trastornos mentales pueden tener relación o ser la consecuencia de ellos.

Entre los eventos prioritarios en salud mental desde la salud pública se cuentan los siguientes:

- **Conducta suicida.** Contempla la ideación suicida y su riesgo leve, moderado o severo, la amenaza suicida y su riesgo severo, y el intento de suicidio que se divide en tentativa de suicidio o suicidio fallido y finalmente el suicidio consumado. No es considerado como un trastorno mental y

obedece a otro tipo de acontecimientos asociados a la pobreza, el desempleo, las pérdidas, las discusiones familiares o amigos, la ruptura de las relaciones y problemas legales o laborales que puedan ser factores de riesgo, especialmente para personas vulnerables emocionalmente que apelan a la autolesión como solución a una problemática de vida (Cardona, 2011). Debe tenerse en cuenta las siguientes categorías:

- Conducta suicida: manifestación del comportamiento humano que puede incluir ideación suicida, la amenaza suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado.
 - Suicidio: acto deliberado e intencional que provoca una lesión autoinfligida que termina en la muerte.
 - Ideación suicida: pensamientos acerca de suicidarse, con diversos grados de intensidad y elaboración, caracterizado por pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido o de valor de la vida o breves pensamientos de muerte, o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse, de manera que puede oscilar entre presentaciones agudas y crónicas (Sáiz, Giner & Bobes, 2011).
 - Intento de Suicidio: acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión, o determinarla, sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingestión de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.
 - Amenaza Suicida: situación en la cual un sujeto da a entender con actos y/o palabras que se quiere quitar la vida.
- *Violencias*. Entre éstas se cuentan las siguientes:
- Violencia intrafamiliar: comprende todo acto que violenta la integridad física, psicológica y emocional de alguno de los individuos que componen el ámbito familiar. Abarca las violencias que afectan la libertad, la autonomía, la dignidad y la integridad corporal, sexual, mental, espiritual y psicológica de una persona por parte de otra u otras con quienes se haya establecido una relación de tipo familiar, afectivo o de convivencia. Este tipo de violencia es el resultado de relaciones inequitativas e injustas entre miembros del grupo familiar y la expresión de las relaciones de dominación y/o subordinaciones basadas en la edad, sexo o posición de algunos de sus miembros, las cuales llevan a la afectación directa de la salud mental de quienes la sufren directa e indirectamente.

La violencia intrafamiliar se tipifica como un delito en Colombia con la creación de la Ley 294 de 1996. La tipificación de este delito busca prevenir y sancionar el maltrato que se da entre las personas que comparten de forma permanente la misma residencia o unidad doméstica, cuando de la violencia a la cual es sometida la víctima resulte en un daño para la unidad familiar (SDM).

- Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes: es considerada como la utilización de menores de edad para satisfacer sexualmente a personas adultas a cambio de algún tipo de remuneración (en dinero o especie) para los niños, niñas y adolescentes o para terceras personas. Este tipo de violencia incluye la prostitución infantil, la venta y trata de niños con fines sexuales (dentro del mismo país o entre países diferentes), el hecho de producir, promover o divulgar material pornográfico donde participen menores de edad, así como la utilización de ellos en actos sexuales públicos o privados (Unicef, 2006). Este tipo de violencia vulnera los derechos humanos, la dignidad, la igualdad, la autonomía y el bienestar físico y mental.
- Violencia contra la mujer: Por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado. Así mismo se entiende por violencia económica, cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas (MJD & MSPS, 2008).

Esta violencia contra la mujer es una manifestación de la desigualdad relacionada con el género que se ha impuesto tanto a niñas como a mujeres por su rol dentro de la sociedad; sus repercusiones ponen en peligro el desarrollo social de las familias y las comunidades (Velzeboer, 2003). Las violencias contra las mujeres además de constituir una violación a los derechos humanos y una forma de discriminación también son un problema de salud pública, en tanto afectan a un gran número de mujeres y genera múltiples y graves impactos en el corto y largo plazo para la salud física, mental, sexual y reproductiva, impactando también su expectativa y calidad de vida (OPS & OMS citado por SDM).

Dentro de los daños vinculados a la violencia contra la mujer se contemplan en el marco de la Ley 1257 de 2008 los siguientes:

- a) Daño psicológico: Consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.
- b) Daño o sufrimiento físico: Riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona.
- c) Daño o sufrimiento sexual: Consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje,

soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

d) Daño patrimonial: Pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer.

De otra parte, cuando se cometen delitos de trata de personas o ataques con agentes químicos contra las mujeres son considerados formas exacerbadas de violencias que se interrelacionan con el riesgo de feminicidio y se presentan como manifestaciones de dominación y control directo sobre los cuerpos y vidas de las mujeres (SDM, 2019). El ejercicio de estas violencias perpetúa la discriminación, dominación y subordinación de las mujeres e identidades de género femeninas que dada sus características y dinámicas tienen impactos particulares en las sobrevivientes que deben ser considerados en la atención en salud mental.

Por lo anterior, se considera importante que las estrategias y acciones que se adopten en materia de promoción de la salud mental integren como temas transversales la prevención de las violencias contra las mujeres, la promoción de relaciones de igualdad, la eliminación de estereotipos y roles de género que reproducen imaginarios que justifican y naturalizan las múltiples discriminaciones y violencias contra las mujeres

- Feminicidio: Delito autónomo para sancionar el asesinato de mujeres por su condición de mujeres. Este tipo de asesinatos contra mujeres son motivados por razones de género y discriminación hacia las mujeres, se dan bajo circunstancias de dominación, instrumentalización, subordinación y en contexto de discriminación, que impide el ejercicio de los derechos y libertades de las mujeres.
- Violencia sexual: es todo acto sexual o tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por parte de otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Dentro de la violencia sexual, se encuentran diferentes tipos o modalidades que en su mayoría constituyen delitos, en el Código Penal Colombiano estas violencias se encuentran consignadas en el TÍTULO IV “Delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales”, en subcategorías: De la violación, actos sexuales abusivos y explotación sexual.

El Acoso sexual, fue adicionado por el artículo 29 de la Ley 1257 de 2008, como un tipo de acto sexual abusivo que consiste: “el que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición

laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años”

- Violencia contra niños, niñas y adolescentes: es toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, maltrato o explotación sexual (incluidos los actos sexuales abusivos y la violación) y en general toda forma de violencia o agresión al niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, sus representantes legales o cualquier otra persona. Este tipo de maltrato causa sufrimiento en los niños y las familias, puede asociarse a trastornos del desarrollo cerebral, a la presencia de enfermedades de transmisión sexual, y en casos extremos puede alterar el sistema nervioso e inmune y aumentar la probabilidad, en la edad adulta, de que se presenten problemas conductuales físicos y mentales como el consumo de sustancias psicoactivas o tabaco, comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados o enfermedades del corazón, cáncer o suicidio.

Información cuantitativa y cualitativa referente a las variables, fenómenos y eventos que configuran la situación particular de la problemática en estudio

De acuerdo con la OMS, los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo en el año 2030, 1 de cada 4 personas tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida. Actualmente 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por un problema de salud mental que dificulta gravemente su vida y entre el 35% y el 50% no recibe ningún tratamiento o no es el adecuado. Más de 300 millones de personas en el mundo viven con una depresión, un problema de salud mental que ha aumentado un 18,4% entre 2005 y 2015 (Confederación de salud mental de España, 2022).

Es innegable que la vivencia de la pandemia generada por el virus Sars Cov 2 – COVID 19 y los cambios en la vida a nivel mundial han traído consecuencias en la salud mental y el bienestar emocional de la población, pues hay un considerable impacto conductual, afectivo, cognitivo y social representado en un incremento en la sintomatología de ansiedad y depresión reactivos al confinamiento y aislamiento vivido tras las medidas tomadas por los gobiernos para contener la propagación del virus.

De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE realizó una nota estadística sobre salud mental en Colombia y los efectos de la pandemia con base en los resultados de la Encuesta de Pulso Social que surgió en 2020. En dicho documento se resalta que en las 23 ciudades encuestadas (incluida Bogotá), el sentimiento mayormente reportado es el de “preocupación o nerviosismo”, así como el “cansancio”; con un mayor porcentaje en población en población de 10 a 24 años de edad. Concluye también que las mujeres son quienes más han presentado sentimientos de soledad, estrés, preocupación o depresión como consecuencia de la pandemia y que la población de 55 años y más es quien reporta mayor porcentaje de estos síntomas en comparación con los demás grupos etarios. Así mismo se reporta que para el año 2021 las mujeres son quienes más sobrecarga tienen en tareas domésticas y de cuidado y a su vez quienes buscan ayuda profesional en mayor medida (DANE, 2020).

De otra parte, un estudio realizado por el Colegio Colombiano de Psicólogos y la Universidad de Barcelona de corte transversal, basado en la difusión y en la administración de formularios anónimos en línea e implementado en Colombia con participación de 18.061 personas se destacan como resultado, entre otros, que el 37,0 % de las personas que participaron en el estudio reportaron dificultades para adaptarse a los cambios, con mayor afectación en personas de género no binario, personas con bajos niveles de ingresos, trabajadores no remunerados, personas sin estudios o personas adultas jóvenes (Sanabria y otros, 2021).

Las personas de género femenino reportaron mayor percepción de amenaza en el empleo y en las relaciones sociales y personas de género masculino mayor percepción de riesgo de enfermar. 63,3 % de las personas reportaron cambios negativos en la actividad laboral, el 55,2 % en los ingresos económicos, el 28,3 % en las relaciones con sus conocidos o amigos, el 24,3 % cambios en las relaciones con sus parejas o familias y el 12,7 % en las relaciones con los vecinos durante la pandemia de COVID-19 (Sanabria y otros, 2021).

El 50,1 % de las personas mostraron prevalencias de afectación en su actividad física, el 49,7 % en sus hábitos de sueño, el 26,6 % en su alimentación y el 17,5 % en sus pasatiempos durante la pandemia; siendo esta afectación significativamente mayor en personas de género femenino. Del total de personas participantes, el 35 presentaron riesgo de depresión, el 31,2 % de somatización, el 29,2 % de ansiedad, el 21,3 % de soledad y el 3,6 % de baja resiliencia durante la pandemia de COVID-19 (Sanabria y otros, 2021).

De otra parte, según la Encuesta Nacional de Salud Mental, la población de 18 a 44 años en Bogotá presenta algún grado de disfunción familiar en un 37,8 %. En Colombia, por lo menos el 44,7 % de la población infantil de 7 a 11 años requiere una evaluación formal o profesional especializada en salud mental para descartar problemas y posibles trastornos (MSPS & Colciencias, 2015).

En la población de 18 a 44 años en evaluación con SQR (Cuestionario de Auto-reporte o Self

Reporting Questionnaire)—Instrumento de medición empleado en la Encuesta Nacional de Salud Mental orientado a identificar riesgos de presencia de trastornos mentales relacionados con depresión-ansiedad, psicosis, conducta suicida o trastornos asociados al consumo de alcohol— el 52,9 % de las personas en el país presentan síntomas ansiosos. En Bogotá, el 11 % de la población de 18-44 años es positiva en SQR; el 9,8 % de la población presenta 5 o más síntomas sugestivos de ansiedad, constituyéndose en el porcentaje más alto del país; y el 5,5 % presenta siete o más síntomas de depresión, siendo también el porcentaje más alto del país.

En personas de 45 años, el 12 a 13 % positivo en SQR en Bogotá presenta 5 o más síntomas sugestivos de ansiedad con el 12,1 %, el más alto del país; con relación a la depresión, el 11,5 % presentó 5 más síntomas sugestivos, el mayor porcentaje del país para este grupo atareo. En cuanto a los trastornos de conducta alimentaria el 9,5 % de los varones y el 8,8 % de las mujeres presentó comportamiento de riesgo alimentario en la adolescencia, en tanto en la población de 18 a 44 años, el 8,7 % de los hombres y el 9,7 % de las mujeres presentaron este comportamiento. En los adultos jóvenes en Bogotá se presentan las mayores prevalencias de conductas de riesgo para trastorno de la conducta alimentaria con un 11,4 %; una alta proporción de conductas de dieta en adultos jóvenes en Bogotá con el 3,7 %.

La Salud Mental en el Distrito Capital

Bogotá no cuenta con estudios propios sobre el estado de salud mental de su población en el marco de la pandemia, cuenta con un estudio tamiz de salud mental en el Distrito Capital realizado en el 2017 en asocio con la Organización Panamericana de la Salud. Dicho estudio fue llevado a cabo a través de encuestas de hogar con una muestra de 8.000 personas que representan 6.664.393 habitantes, con edades comprendidas entre los 7 y los 69 años.

Los hallazgos más relevantes arrojados por este estudio según grupos de edad son los siguientes:

Población infantil: Casi dos terceras partes de la población infantil de Bogotá (61%) presentan uno o más síntomas indicativos de posibles trastornos mentales considerando preguntas prioritarias del RQC. Una tercera parte de niños(as) de 7 a 11 años reporta un síntoma (34,5%), una quinta parte (19,7%) reporta dos síntomas, y 6,8% reportan 3 o más síntomas. En general, son mayores las prevalencias de los síntomas en niños y niñas de estratos 1y 4. Los dos primeros síntomas reportados entre la población infantil tienen valores porcentuales bastante cercanos a las prevalencias registradas en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015: Lenguaje anormal 24,3% Vs 26,2% y ponerse nervioso(a) sin razón 20,4% vs y 17,8%. Los tres síntomas más frecuentes según datos globales, se reportan mayores prevalencias en los niños que en las niñas: lenguaje anormal (28,4% en niños y 20,1% en niñas); asustarse o ponerse nervioso(a) sin razón (22% vs. 18,8%) y problemas para fijar y mantener la atención/ concentrarse (28,1% vs. 12,1%).

Población adolescente: Los síntomas más frecuentes de posibles trastornos mentales son: dolores de cabeza frecuentes (23,1%); asustarse o ponerse nervioso(a) sin razón (18,7%); haber tenido problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (18,1%); lenguaje anormal (16,3%); comer en exceso (16,1%); jugar poco con otros(as) adolescentes (15,1%); tendencia a permanecer solo(a) (14,2%), y quejarse de dolores de estómago, extremidades, mareos, ganas de vomitar u otras dolencias (13,6%).

De todos los síntomas estudiados, los que presentan las menores tasas de prevalencia son: haber dejado de hablar por temporadas o del todo (4,4%); haber robado cosas de la casa (4,3%); haber huido de la casa frecuentemente (3%); convulsiones o caídas al suelo sin razón (2,8%); presentar comportamientos extraños como hablar solo(a), golpearse, morderse o halarse el pelo (2,3%), y orinarse o defecar en la ropa o la cama (1,3%).

Población adulta: Respecto al inventario de síntomas relativos a posibles trastornos de ansiedad y/o depresión, se encontró dolores de cabeza frecuentes (23,2%); sentirse nervioso(a), tenso(a) o aburrido(a) (19,4%); dormir mal (19,2%); asustarse con facilidad (18,6%); cansarse con facilidad (15,8%); sentirse triste (14,2%); sufrir de mala digestión (13,4%); sentirse cansado(a) todo el tiempo (12,1%), y tener sensaciones desagradables en el estómago (10,3%). Entre estos nueve síntomas más frecuentes en la población adulta, cuatro corresponden a posible trastorno de ansiedad (dolores de cabeza frecuentes; sentirse nervioso(a), tenso(a) o aburrido(a); asustarse con facilidad, mala digestión); tres síntomas corresponden a posible trastorno de depresión (sentirse triste, estar cansado todo el tiempo, sensaciones desagradables en el estómago), y dos pueden ser indicativos de ansiedad y depresión (dormir mal y cansarse con facilidad).

Población adulta mayor: Los síntomas indicativos de trastornos psicóticos presentan prevalencias ligeramente inferiores al 5% con datos muy similares a los reportados en la Encuesta Nacional de salud Mental (ENSM) -2015, con prevalencias más altas en la población mayor de 60 años que en los demás segmentos de población. Los trastornos de ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes, seguida por los trastornos depresivos y consumo abusivo de alcohol. La población con mayor número de síntomas asociados a la depresión se estima en 136.641 personas para la ciudad de Bogotá con una prevalencia de 9,0. Las localidades ubicadas en Subredes Suroccidente y Centro Oriente son las más afectadas y registran prevalencias de 3,1 cada una.

Esta mirada parcial no permite desarrollar un análisis profundo y completo de la salud mental en la ciudad, pues aún se desconocen los recursos, potencialidades y habilidades presentes en los ciudadanos que les permiten llevar vidas cotidianas armónicas.

No obstante, lo anterior, la Dirección del Observatorio y Gestión del Conocimiento Cultural de la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, ha venido recolectando información a través de

diferentes herramientas que dan luces sobre datos relacionados con la salud mental de los bogotanos y bogotanas.

La primera de ellas es el Tracking COVID 19, que desde marzo de 2020 ha indagado sobre las creencias, percepciones, emociones y comportamientos alrededor de la pandemia y que han sido la base de la toma de decisiones de política pública y estrategias de prevención de contagio en el Distrito Capital. Este Tracking desde diciembre de 2021 empezó a indagar sobre ¿qué sentimiento le produce la situación actual por COVID 19?; para el mes de marzo de 2022 se encontró que la incertidumbre (15%), la preocupación (10%) y la tristeza (8%) han sido las emociones más recurrentes durante la pandemia.

La segunda herramienta es la encuesta de calidad de vida 2021-2022, que permite la medición de las percepciones y comportamientos asociados a la calidad de vida de la ciudadanía bogotana en los años 2021 y 2022. Esta encuesta aplicada a 2.017 personas mayores de 13 años residentes en zona urbana de la ciudad de Bogotá, particularmente la zona residencial estratificada de las 19 localidades urbanas de Bogotá, permite relacionar los siguientes resultados en torno a la relación calidad de vida y salud mental (CDCRD & IDRD, 2022):

- 62% de las personas siempre tienen con quien hablar de las cosas que son importantes y el 68% considera que da y recibe cariño
- De las personas que nunca o casi nunca tienen con quien hablar de las cosas que consideran importantes (13%) presentan algunos días síntomas como sentirse preocupado (30%), dolor que interfirió en sus labores diarias (27%), estuvo cansado sin razón alguna (26%) y se sintió deprimido (25%)
- El 47% de las personas siempre se siente capaz de manejar el estrés o las tensiones de la vida, el 42% casi siempre y el 11% nunca o casi nunca.
- En la última semana, el 16% ningún día se sintió satisfecho con su trabajo o sus actividades, el 6% se sintió todos los días que andaba acelerado y el 12% ningún día se relajó y disfrutó del tiempo libre.
- Cuando se siente malestar emocional, el 74% habla con algún familiar o amigo, el 61% busca estar solo y el 9% consume alcohol. El 81% no busca ayuda de un profesional, el 39% busca ayuda espiritual, el 26% se sumerge en el trabajo y al 16% no le dan ganas de levantarse de la cama.
- Para el 51% de los encuestados, la salud mental es tener todas las comodidades y que no le falte nada. El 78% considera que es no preocuparse, no estresarse y no sufrir y el 92% la relaciona con sentirse bien, feliz y en paz consigo mismos

De manera complementaria a esta información, la ciudad dispone de sistemas de vigilancia epidemiológica de eventos prioritarios específicos que permiten hacer una lectura a partir de estos y que se convierte en información útil para un primer acercamiento al estado de la salud mental en

Bogotá. Dicho análisis situacional se desarrolla a continuación:

Conducta Suicida

La Organización Mundial de la Salud reconoce que el suicidio es una prioridad para la salud pública. A partir del año 2014 donde se publicó el primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, titulado «Prevención del suicidio: un imperativo global», con objeto de aumentar la sensibilización respecto de la relevancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, así como de otorgar la máxima prioridad a su prevención en los programas mundiales de salud pública. Además, con este informe se procuró alentar y ayudar a los países a elaborar o reforzar estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

El suicidio es también uno de los problemas que aborda prioritariamente el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), que proporciona orientación técnica basada en la evidencia para ampliar la prestación de servicios y la atención en los países a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Asimismo, los Estados Miembros de la OMS se han comprometido en virtud del Plan de acción sobre salud mental de la OMS 2013-2020 a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en una tercera parte la tasa de suicidios de aquí a 2030 (OMS, 2018).

En el mundo, cerca de 703.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Todos los casos son una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. Puede ocurrir a cualquier edad, y en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

Los suicidios no solo ocurren en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más del 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

Aun tratándose de un grave problema de salud pública, se puede prevenir mediante intervenciones oportunas, basadas en la evidencia y, a menudo, de bajo costo. Para que las iniciativas preventivas de los países sean eficaces, deben aplicar una estrategia multisectorial e integral.

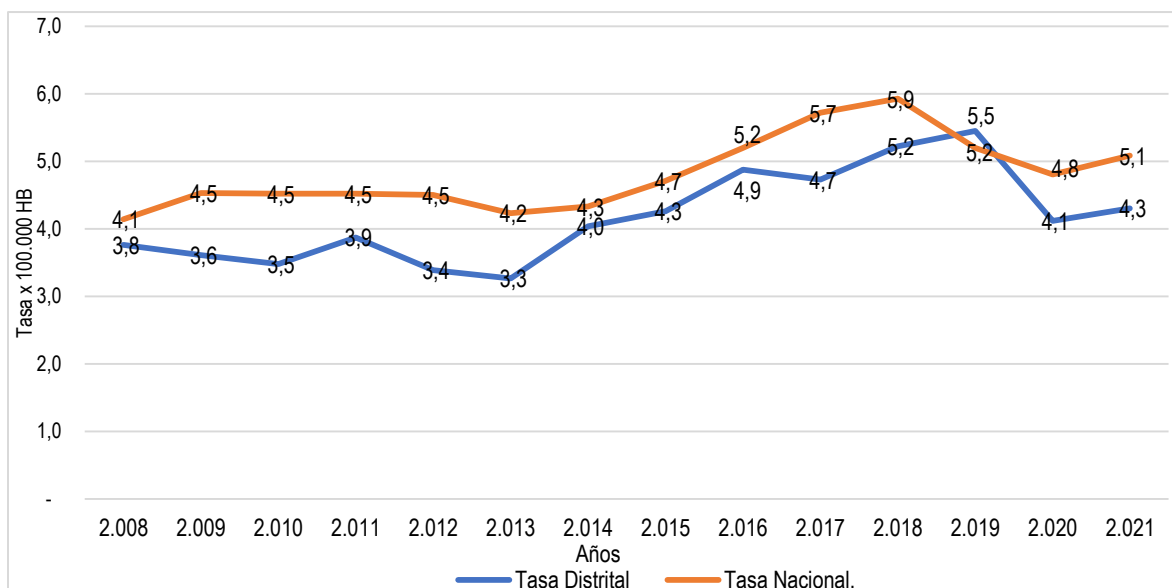
En el país, la mortalidad por suicidio durante la última década con respecto al comportamiento al año 2018 en el territorio colombiano, se presenta un aumento progresivo de la tasa de suicidio en los últimos años en Colombia, pasando de una tasa del 4,5 en el año 2012 a 5,1 por cada 100.000 habitantes en el año 2021. En los años comprendidos entre los periodos anuales 2009 al 2021, a nivel nacional hubo un total de 28.56 suicidios, con una media estimada de 2.083 casos por año según cifras reportadas en el sistema de información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias

Forenses.

Por su parte en el Distrito Capital la mortalidad por suicidio, es un evento también captado por el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida -SISVECOS-, sin embargo, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML), es considerada la fuente de información oficial para este evento, tanto a nivel Distrital como Nacional.

Ahora bien, en términos de tasa por 100.000 habitantes el suicidio consumado en Bogotá, D.C para el periodo 2012 – 2021* ha sido menor que la tasa a nivel Nacional, como se evidencia en la gráfica a continuación

Gráfico No. 1. Tasa de Suicidio Consumado en Bogotá y Colombia años 2012 – 2021*.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2008 – 2021* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización - (Consulta base: 02 de enero del 2021 - fecha de corte: 31 de diciembre del 2021).

Fuente: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018

La conducta suicida es un evento trazador para determinar la salud mental y la calidad de vida de

una población. Es suicidio es definido como el acto deliberado de quitarse la vida, tiene un origen multicausal y no es considerado un trastorno como tal.

Para la ciudad de Bogotá D.C. en los años comprendidos entre el 2012 y 2021* se presentó un total de 3.243 suicidios, con una media estimada de 324 casos por año según cifras reportadas en el sistema de información SIRDEC (Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses).

Teniendo en cuenta lo anterior, se resalta que en la ciudad de Bogotá se ha observado una tendencia al aumento sostenido en la tasa de suicidios consumados durante los últimos 10 años, entendiéndose el año 2020¹ como atípico bajo el marco de la emergencia sanitaria declarada por el Sars cov -2, debido a que se observa una reducción del 22,95 % en la ocurrencia que equivale a 95 casos, comparado con los periodos anteriores, teniendo en cuenta que durante este año se registran 319 suicidios, dicha disminución se atribuye a la restricción existente a los mecanismos de mayor uso como intoxicaciones con plaguicidas y armas corto punzante, ante las medidas de aislamiento preventivo. Para el año 2021 se han registrado 337 casos.

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, las localidades que registran las mayores frecuencias acumuladas son Kennedy (n=370), Suba (n=350), Ciudad Bolívar (n=317), Engativá (n=302) y Usaquén (n=284), en dichos periodos anuales.

Respecto a las cifras presentadas para el año 2021 se evidencia un incremento de 5,64 respecto al año inmediatamente anterior, con 337 suicidios de los cuales el 82,49% se concentran en los hombres con 278 suicidios y 59 en mujeres, ante la localidad de ocurrencia se evidencia Kennedy con valores absolutos de 40, seguido de la localidad de Engativá con 39 y Bosa con 38 suicidios.

Tabla No. 1 Número de casos de mortalidad por suicidio consumado según localidad, Bogotá D.C.
Años 2012 a 2022*.

Localidad	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*	2022*
01. Usaquén	24	18	20	26	34	26	28	43	38	27	3
02. Chapinero	11	11	6	11	12	6	22	25	10	9	2
03. Santa Fe	9	6	11	10	3	14	12	10	6	8	3
04. San Cristóbal	14	12	14	17	21	20	23	22	18	21	5
05. Usme	8	12	10	15	23	13	17	14	16	20	0
06. Tunjuelito	4	8	9	5	12	8	10	13	11	10	1
07. Bosa	19	18	18	9	17	31	32	31	31	38	5
08. Kennedy	26	32	30	29	53	33	50	45	32	40	6

¹ Base preliminar 2020, fuente Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

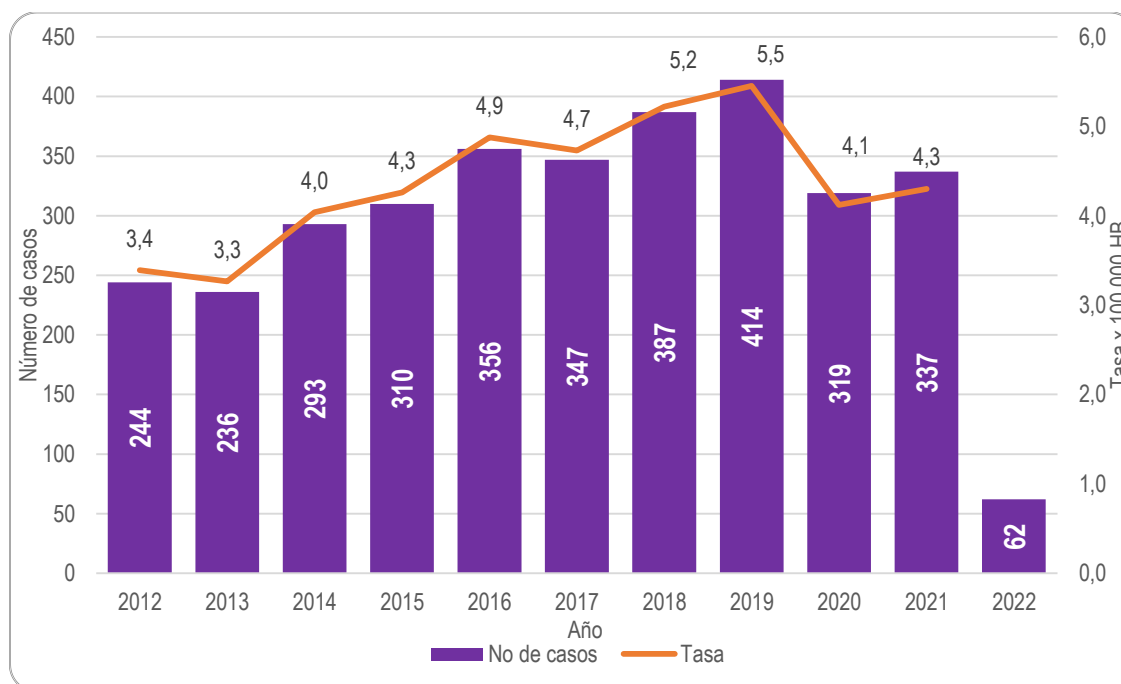
09. Fontibón	10	12	13	12	11	16	17	16	10	11	9
10. Engativá	21	18	36	36	22	28	33	40	29	39	5
11. Suba	29	20	27	41	43	36	41	47	35	31	9
12. Barrios Unidos	8	5	3	6	7	7	4	11	8	7	2
13. Teusaquillo	4	9	4	7	10	9	11	11	9	6	1
14. Los Mártires	3	2	3	4	3	11	6	10	6	4	1
15. Antonio Nariño	4	3	3	3	8	4	3	4	1	6	0
16. Puente Aranda	5	6	16	9	14	14	10	12	4	11	1
17. Candelaria	0	0	3	1	1	2	2	1	1	2	0
18. Rafael Uribe Uribe	18	6	19	19	11	17	18	20	15	13	1
19. Ciudad Bolívar	19	27	32	36	34	40	37	31	33	28	6
20. Sumapaz	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Sin Dato	8	10	15	14	17	12	11	8	6	5	2
Distrito	244	236	293	310	356	347	387	414	319	337	62

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2008 – 2022* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización - (Consulta base 2021: 02 de enero del 2021 - fecha de corte: 31 de diciembre del 2021) (Consulta base 2022: 01 de marzo de 2022 – fecha de corte 28 de febrero de 2022).

En lo que respecta al grupo de edad que presenta mayor afectación corresponde a la población joven con edades comprendidas entre los 18 y los 28 años.

La mediana de variación de casos absolutos de suicidio consumado, registrado en el periodo comprendido entre los años 2012 a 2020 es de 22 casos, para un rango de variabilidad que oscila entre 8 y 97. La tendencia global del suicidio en la ciudad de Bogotá, para el mismo periodo enunciado es de incremento. Como se evidencia en la gráfica a continuación que relaciona los casos absolutos presentados en cada uno de los periodos anuales y las tasas respectivas.

Gráfico No. 2. Número de casos de mortalidad de suicidio y tasa, Bogotá D.C. Años 2012 – 2021*



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2008 – 2022* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización - (Consulta base 2021: 02 de enero del 2021 - fecha de corte: 31 de diciembre del 2021) (Consulta base 2022: 01 de marzo de 2022 – fecha de corte 28 de febrero de 2022).

Fuente: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018.

De acuerdo con los datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INML – CF, en el año 2021² se registraron 337 casos en la ciudad lo que equivale a una tasa de 4,3 suicidios por cada 100.000 habitantes, al comparar el periodo anual inmediatamente anterior se evidencia una reducción 0,2% respecto a la tasa del año 2020, donde se registraron 319 suicidios.

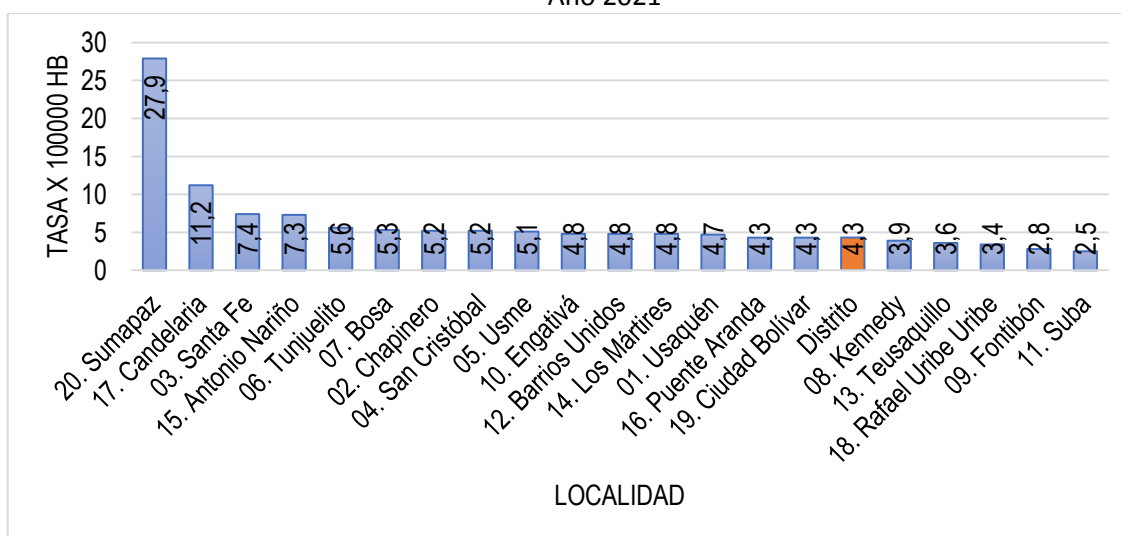
En el año 2021, se observó que el 82,49% de los casos de suicidio se presentaron en hombres (n= 278), observando que por cada mujer que se suicida, 3 hombres se quitan la vida. El 30,3 % de los casos de suicidio consumado en la ciudad de Bogotá, suceden en población joven entre los 18 y los 29 años, de igual manera se observa una alta proporción del 16,0 % (n=54) en la población mayor de 60 años.

Las localidades con mayor número de casos absolutos y por frecuencia relativa de mortalidad por suicidio en orden descendente fueron: Kennedy (n=40) con el 11,87% seguido de la localidad de

² Ibidem

Engativá (n=39) con el 11,57%, Bosa con 38 casos y el 11,28%, Suba registra el 9,2% (n=31) y Ciudad Bolívar con el 8,30% (n=28), siendo estas las primeras cinco localidades y agrupan el 52,3 % de los casos de suicidio presentados en la ciudad. El 65 % de las localidades mostraron tasas por encima de la estimada para el distrito que fue de 4,3 suicidios por cada 100.000 habitantes. Las tasas más elevadas se evidenciaron en las localidades de Sumapaz, Candelaria, Santafé, Antonio Nariño, Tunjuelito, Bosa, Chapinero, San Cristóbal, Usme, Engativá, barrios unidos y los Mártires y Usaquén valor de 27,9 y 4,7 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes respectivamente, como se puede observar en la gráfica No3.

Gráfico No. 3. Comparativo de tasa de mortalidad de suicidio según localidad y Distrito, Bogotá D.C.
Año 2021*



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2021 (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización - (Consulta base: 02 de enero del 2021 - fecha de corte: 31 de diciembre del 2021).

Fuente: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018.

Según el SISVECOS, como factor desencadenante de la conducta suicida se encuentra insuficientes redes de apoyo social y bajas capacidades de afrontamiento entre la población, baja resolución de problemas y nivel de disfrute y satisfacción en todos los ámbitos de vida de los ciudadanos, que choca con dificultades económicas, problemas familiares o de pareja, fracaso escolar, trastornos mentales no diagnosticados ni tratados. Esto se refuerza por el manejo inadecuado de la información a través de las redes sociales y los medios masivos de comunicación, que se convierte en un desencadenante del suicidio por imitación; el Bullying, la victimización por intimidación y la perpetración (encubrimiento), el acoso cibernético y el estado de minoría sexual con la ideación y los comportamientos suicidas entre los jóvenes, el no acceso oportuno a servicios de salud mental a

personas con trastorno mental, la limitada disponibilidad de servicios de escucha y apoyo emocional en situaciones de crisis, la limitada detección temprana de ideación, plan, amenaza e intento suicida, la limitada intervención y gestión del riesgo en casos detectados de ideación, plan, amenaza e intento suicida y el hecho de que el sistema de salud es reactivo frente a la conducta suicida, no se anticipa la situación.

Como consecuencia se genera una fuerte carga emocional en las familias y en la comunidad, aumento de riesgo de conducta suicida en las personas cercana, siendo una conducta altamente imitable.

La mayoría de los suicidios durante 2021 sucedieron con mayor participación en el curso de vida adultez y juventud (76,0%), no obstante, se registra el 16% (n=54) casos en víctimas de 60 años o más. En las mujeres, el envejecimiento no tiene un efecto mayor sobre las tasas de suicidio.

Predominó el suicidio en personas que no tenían establecida vida marital (59,6%), la mayoría de las cuales estaban en condición de solteras. Con respecto a la escolaridad predomina la educación secundaria, más de la mitad (50,1%) de las víctimas solo cursaron educación preescolar y básica primaria; fue escasa la participación de muertes auto infligidas en personas con formación universitaria y posgrado (1,8%). Ante el factor de vulnerabilidad se registró el 7,4%, persona adicta a una droga natural o sintética, respecto a la relación de ancestro raizal el 76,95 corresponde a mestizo.

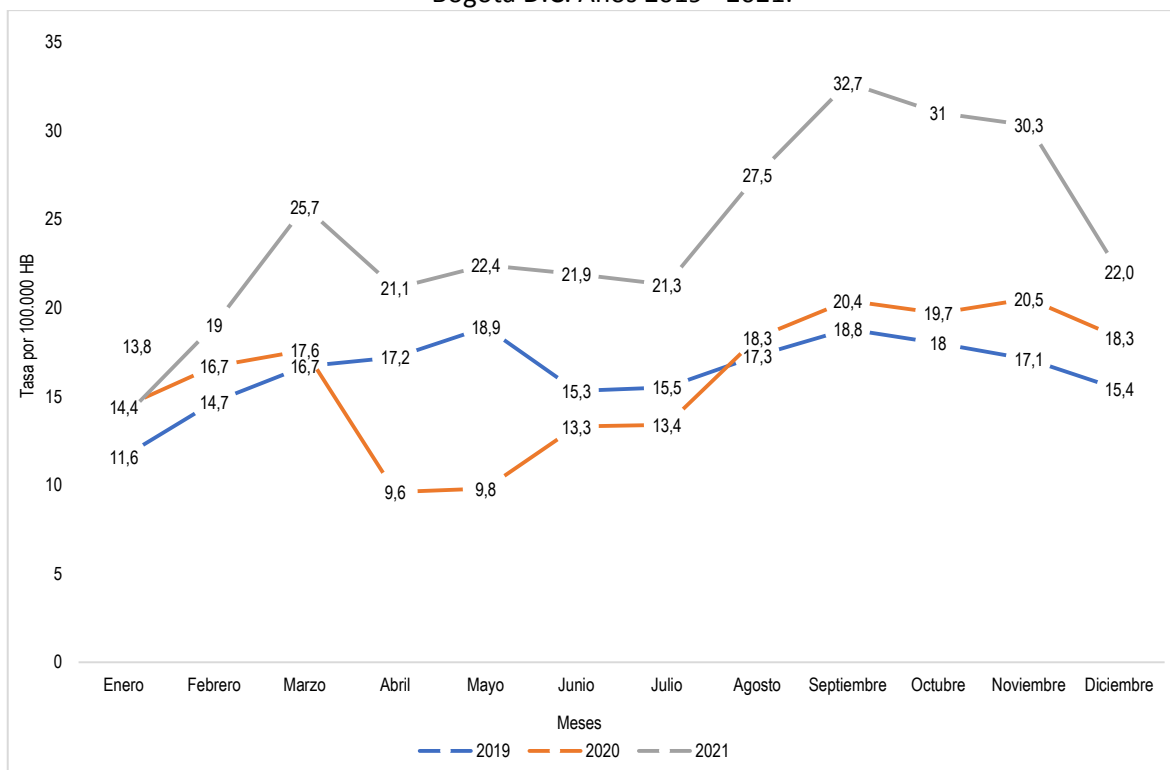
Conducta suicida no fatal

En lo que respecta a los datos de la conducta suicida en el marco de la pandemia por COVID – 19, se ha evidenciado un incremento en el año 2.021 respecto al año 2.020 del 51,20% lo que equivale a 7.653 casos notificados de conducta no fatal (ideación – amenaza – intento), siendo el grupo de edad más afectado el comprendido entre los 15 y 35 años y la tasa para el año 2.021 se registró en 288 casos de conducta no fatal por cada 100,000 habitantes.

Ante el incremento se emite la Circular 042 del 19 de agosto 2.021 en la cual, se brindan recomendaciones para la intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública, la captación, derivación y atención oportuna de la conducta suicida en el distrito capital y orientaciones que permitan garantizar la detección temprana de factores de riesgo y la atención integral a la conducta suicida a por parte de Unidades Notificadoras e Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud De Bogotá, D.C. de igual forma se continua monitoreando el comportamiento del evento de forma periódica y se continua con la alerta epidemiológica por conducta suicida.

Gráfico No. 7. Comparativo de tasa de mortalidad de conducta no fatal según mes de notificación.

Bogotá D.C. Años 2019 - 2021.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Subsecretaría de Salud Pública – Subdirección de Vigilancia en Salud pública- Subsistema de Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS), Bases 2019 – 2021.

Fuente: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018.

Ideación Suicida.

Por otro lado, la ideación suicida se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas” (MSPS, 2018b).

Respecto a este evento la ciudad ha recolectado información a través del sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS) desde el año 2012.

Para los periodos anuales comprendidos entre el 2012 a 2021 se han registrado 71.321 notificaciones de ideación suicida. Observando un incremento sostenido en el evento, el cual presenta un promedio de variación absoluta de 1.512 casos notificados por año.

A lo largo de los años se ha mantenido constante y son consistentes los hallazgos distritales respecto a la ideación; el 65,9% de esta conducta se presentó en mujeres, con una razón de sexos de 1 hombre por cada 2 mujeres. Respecto a los grupos de edad en que predomina esta conducta, los más afectados han sido los de adolescentes y jóvenes agrupando el 72,7% de los casos notificados para el periodo 2021.

La mediana de variación de casos absolutos de ideación suicida en los periodos comprendido entre los años 2012 a 2021 es de 1.070 casos, para un rango de variabilidad que oscila entre 290 y 5.052. Desde el año 2012 al 2021 se observa un incremento en la tasa de 171,8. por 100.000 habitantes.

Se observa que las localidades que registran el mayor número de proporción acumulada de ideación para el periodo 2021, se encuentran en orden descendente las localidades de Kennedy con el 14,9% (n=2.278), Suba con 13,5% (n=2.068), Bosa con 11,0% (n=1.685), Engativá con 9,6% (n=1.467) y Ciudad Bolívar 8,6%. (n=1.313).

Tabla No. 3. Número de casos de ideación suicida, según localidad. Bogotá D.C. Años 2012 a 2021.

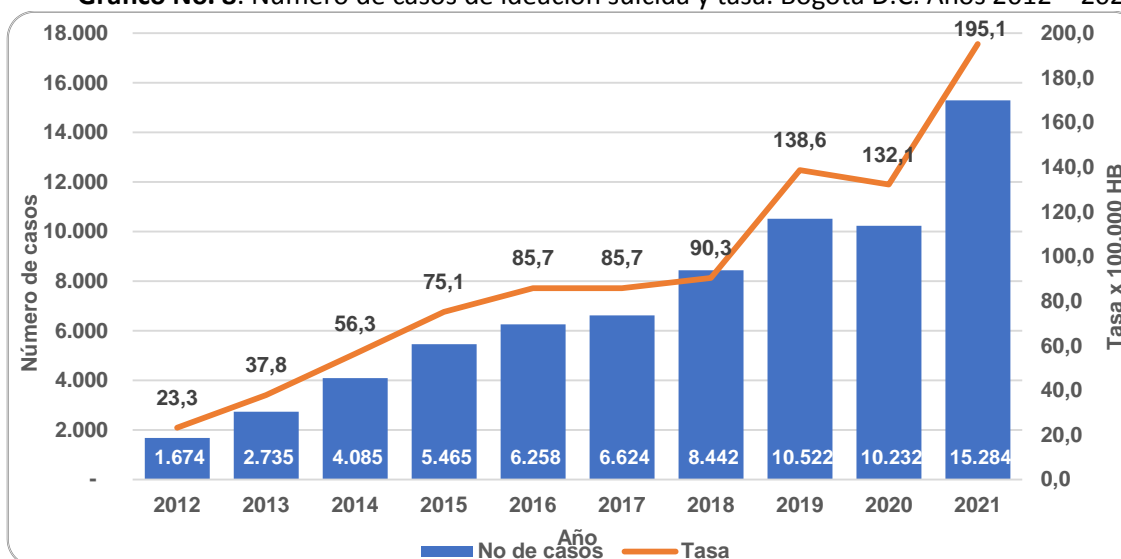
Localidad	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
01. Usaquén	67	80	106	227	232	259	313	320	466	816
02. Chapinero	8	60	42	60	63	96	101	131	139	221
03. Santa Fe	33	38	80	67	62	107	119	198	171	225
04. San Cristóbal	84	140	347	424	348	310	421	568	479	774
05. Usme	94	242	420	453	513	598	767	801	606	790
06. Tunjuelito	54	119	176	223	231	217	342	421	338	438
07. Bosa	196	396	607	594	611	912	1093	1540	1261	1685
08. Kennedy	108	238	290	501	732	845	1190	1502	1600	2278
09. Fontibón	169	197	273	371	557	405	438	567	600	876
10. Engativá	174	195	366	484	515	556	646	781	860	1467
11. Suba	208	162	322	438	513	428	633	855	1222	2068
12. Barrios Unidos	8	48	65	66	81	146	182	123	146	250
13. Teusaquillo	2	42	38	38	89	102	142	174	230	399
14. Los Mártires	31	38	70	85	75	82	78	139	145	196
15. Antonio Nariño	16	35	69	96	77	70	108	125	116	193
16. Puente Aranda	25	66	55	113	157	225	309	400	395	512
17. Candelaria	1	7	19	58	13	16	15	43	38	43

18. Rafael Uribe Uribe	148	218	286	441	434	411	509	572	468	729
19. Ciudad Bolívar	246	394	431	702	922	821	1000	1233	936	1313
20. Sumapaz	2	20	23	24	22	10	23	26	13	11
Sin Dato	0	0	0	0	11	8	13	3	3	0
Distrito	1674	2735	4085	5465	6258	6624	8442	10522	10232	15284

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida. Bases de datos: Años 2012-2021.

Así mismo la tasa de ideación suicida para el Distrito por 100.000 habitantes en el año 2012 fue de 23,3 y para el año 2021 se registro en 195,1; acentuándose aún más el incremento desde el año 2018. Como se evidencia en la gráfica a continuación.

Gráfico No. 8. Número de casos de ideación suicida y tasa. Bogotá D.C. Años 2012 – 2021.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Subsecretaría de Salud Pública – Subdirección de Vigilancia en Salud pública- Subsistema de Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS), Bases 2012 – 2021. **Fuente:** DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018.

Amenaza Suicida:

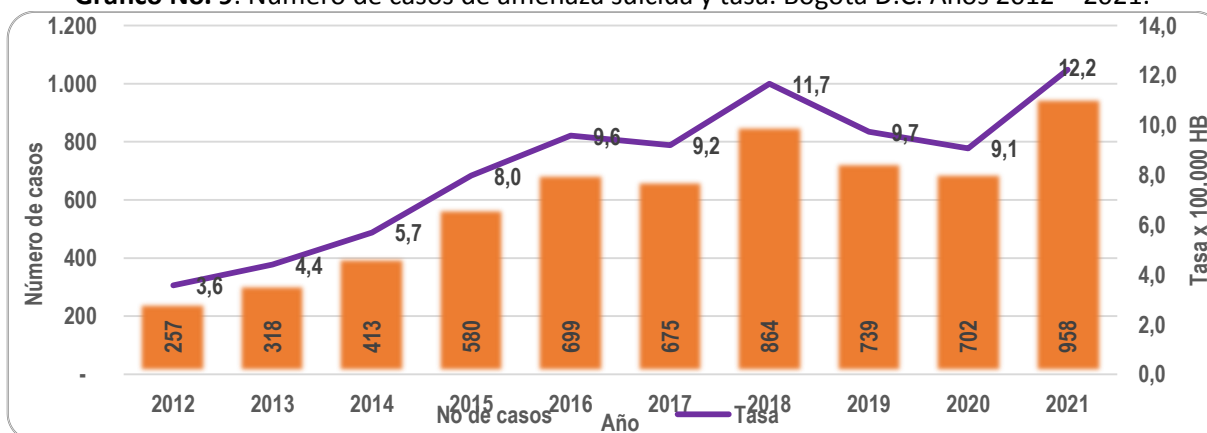
Por otra parte, la amenaza suicida es aquella conducta en la que un sujeto amenaza con quitarse la vida, ante un familiar o una persona y requiere de intervención en emergencias y de apoyo para su posible hospitalización e intervención médica. La amenaza suicida se considera como un intento suicida fallido. Desde el año 2012 se vigila esta conducta.

Respecto a los datos notificados en los periodos anuales comprendido entre 2012 y 2021, se han registrado 6.205 notificaciones de amenaza, presentándose con mayor frecuencia esta tipología en las mujeres con 3.646 registros y en los hombres con 2.559 casos. Las localidades que presentan mayor proporción de casos para el mismo periodo corresponden a Bosa con un 14,45 % (n=897), Ciudad Bolívar (n=778) que equivale al 13,54% y Kennedy con 536 reportes y un 10,38%.

Para el periodo comprendido entre 2012 -2021, se evidencia que el año 2021 presenta el mayor registro, asociado al fortalecimiento del subsistema en el proceso de notificación. En ese mismo sentido, se da continuidad a la canalización e implementación a la intervención confróntate 7, la cual fue diseñada para viabilizar procesos colectivos familiares desde el entorno hogar del plan de salud pública de intervenciones colectivas (PSPIC) para fortalecer el afrontamiento ante sucesos vitales en familias priorizadas por eventos de interés en salud mental, a través del desarrollo de acciones centradas en la solución de problemas y el manejo de emociones.

Teniendo en cuenta la tasa distrital se evidencia un incremento constante, siendo el año 2021 en el cual se presenta el registro más alto 12,2 casos de amenaza por 100.000 habitantes.

Gráfico No. 9. Número de casos de amenaza suicida y tasa. Bogotá D.C. Años 2012 – 2021.

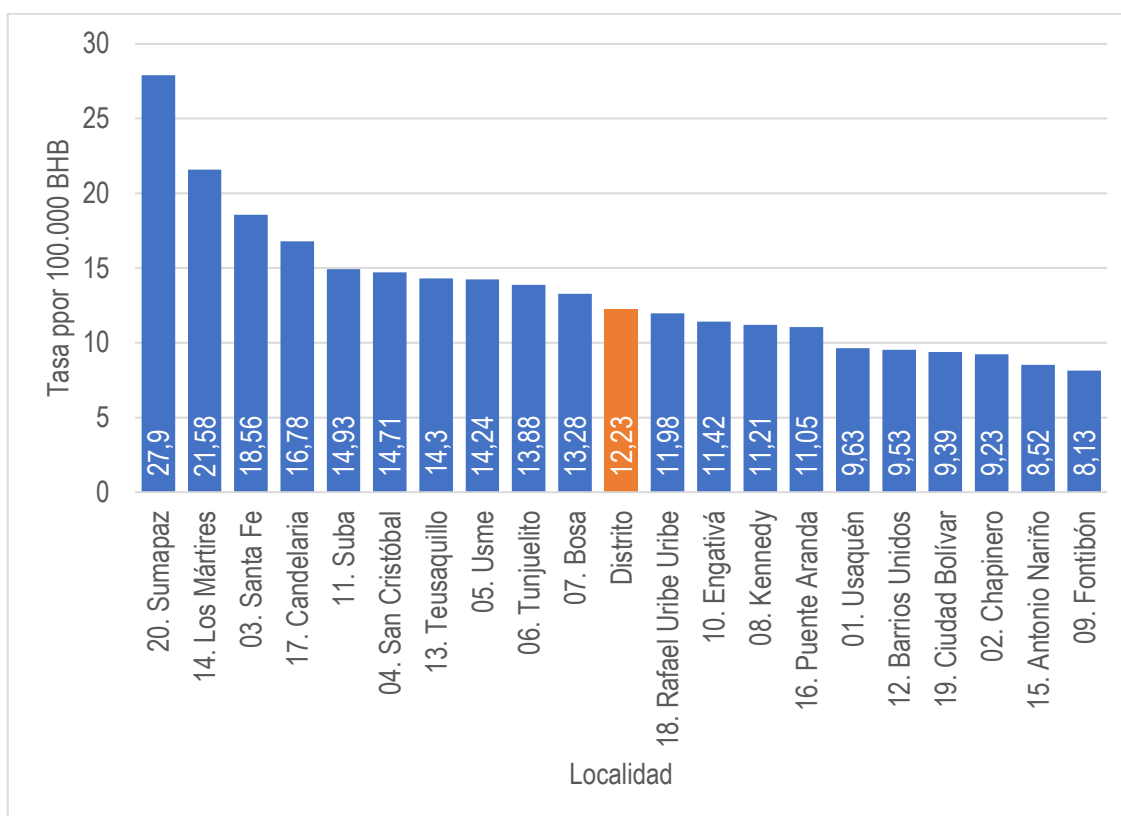


Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Subsecretaría de Salud Pública – Subdirección de Vigilancia en Salud pública- Subsistema de Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS), Bases 2012 – 2021.

Fuente: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018.

Para el periodo anual 2021 se registran 958 casos, en donde las mujeres representan el 55% (n=547) y los hombres 45% (n=376). Las localidades que presentan una mayor proporción de casos son, Suba, Kennedy y Bosa. Adicionalmente la tasa a nivel Distrital es de 12,2 por 100.000 habitantes, y las localidades que presenta una tasa superior a la Distrital son Usme 21,2 Tunjuelito 14,7 y Sumapaz 27,9, Candelaria con 16,8, Los Mártires 21,6 por 100.000 habitantes.

Gráfico No. 10. Tasas de amenaza suicida según localidad y Distrito. Bogotá D.C. Años 2012 – 2021.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Subsecretaría de Salud Pública – Subdirección de Vigilancia en Salud pública- Subsistema de Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS), Base – 2021.

Fuente: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018.

Intento Suicida

Respecto a la conducta de intento suicida es definida como una “conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (MSPS, 2016).

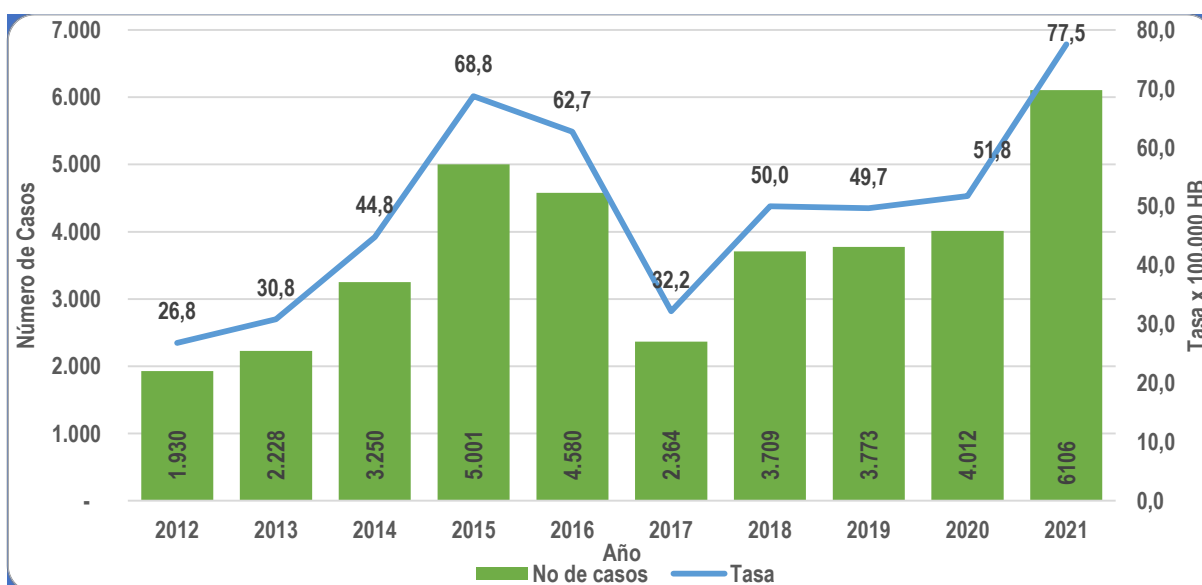
En Colombia, desde el año 2016, se hace vigilancia epidemiológica del intento de suicidio, el cual se ha encontrado que es un factor predictivo del suicidio consumado; esto se hace a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), sin embargo, desde el año 2012 se monitorea el comportamiento del evento en Bogotá a través del subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida SISVECOS.

De igual forma se vigila la mortalidad por suicidio, a través del reporte de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) tiene a su cargo el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE), el cual recopila y analiza toda la información relacionada con el ejercicio médico legal (informes técnicos periciales y clínica forense), reporta violencias, (incluyendo al suicidio), que se notifica desde sus unidades regionales, seccionales y básicas. En relación con la ideación suicida y el plan suicida, es poco lo que se conoce, “la ideación suicida suele ser una experiencia fugaz y fluctuante, no observable por otros”, ambos hacen parte de la sintomatología y esta información podría encontrarse consignada en la historia clínica del paciente, si el profesional de la salud explora su presencia, no es un diagnóstico codificado por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), como tal.

En la ciudad de Bogotá D.C, para el evento de intento suicida en el periodo comprendido entre los 2012 a 2021, se presenta en la ciudad de Bogotá 36.953 notificaciones del evento, siendo el año 2021 en el que se registran mayores frecuencias ($n=6106$), con una tasa 77,5 por 100.000 habitantes; la tasa del evento ha sido fluctuante, observándose desde el año 2012 un ascenso constante hasta el año 2015, y a partir de esta fecha se presenta un descenso del 50% para el año 2017.

Al observar las localidades que registran una mayor ocurrencia de intentos suicida en la ciudad, corresponde Kennedy con un 13% ($n=4158$), Ciudad Bolívar con el 11% ($n=3.442$) y Suba presenta el 10% ($n=3,233$).

Gráfico No. 11. Número de casos de intento suicida, según periodo anual y tasa. Bogotá D.C. Años 2012 – 2021



Fuente: Secretaría Distrital de Salud – Subsecretaría de Salud Pública – Subdirección de Vigilancia en Salud pública- Subsistema de Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS), Bases 2012 – 2021.

FUENTE: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018.

A partir de los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud, la tasa de intento suicida para el año 2021 corresponde a 57,8 intentos por 100.000 habitantes, encontrándose por encima de la tasa de incidencia Nacional (57,3) con una diferencia de 0,5. Ante estos datos es oportuno aclarar que las definiciones operativas de caso entre la Nación y Distrito presentan diferencias a lo que se atribuyen mayores registros en el Distrito.

En cuanto al intento de suicidio se presenta con mayor frecuencia en las mujeres en la etapa de la adolescencia: por cada caso entre los hombres hay 3 casos entre las mujeres. El mecanismo más utilizado para cometer los intentos es la intoxicación o envenenamiento con sustancias como medicamentos y plaguicidas, seguido del uso de armas cortopunzantes.

Violencias.

Las violencias son un problema de salud pública, que tiene repercusiones importantes en la salud y

bienestar de la población. Las mismas, contribuyen al deterioro crónico de la salud de las víctimas a lo largo del curso de la vida e inclusive pueden tener consecuencias mortales, como en los casos de los feminicidios y homicidios. Así mismo, muchas de las principales causas de muerte, como las enfermedades coronarias, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y el VIH/Sida, están estrechamente vinculadas con experiencias de violencia; en este sentido, las violencias imponen una carga pesada para los sistemas de salud, la justicia penal, los servicios de previsión y asistencia social y al tejido social y económico de las comunidades (Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia, 2014).

Las violencias son un fenómeno complejo influenciado por determinantes sociales, estructurales e intermedios, que interactúan entre sí y generan inequidades. Los Determinantes estructurales se refieren a los contextos sociales, culturales, económicos y políticos, así como a ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad como son el género, el sexo, la clase social, la etnia, la edad y el territorio, así como por orientación sexual, discapacidad, migración y ser víctima del conflicto armado, entre otros.

La violencia física y psicológica y las agresiones sexuales tienen efectos graves en la salud física, mental y en la salud sexual y reproductiva de las víctimas a corto y largo plazo; pueden causar depresión, estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intentos de suicidio. Además, los costos sociales y económicos de los diferentes tipos de violencias son enormes y tienen efectos sobre las comunidades y la sociedad en su conjunto, por cuanto obstaculizan el logro de la paz y el desarrollo de las personas, las comunidades y los países.

Estos ejes de desigualdad (género, sexo, clase social, etnia, edad y territorio) generan sistemas de discriminación y opresión que se expresan a través de discursos y prácticas machistas, sexistas, clasistas, racistas y deshumanizantes que generan violencias. Se dan así normas culturales y representaciones sociales que justifican y reproducen relaciones inequitativas de poder, substrato de las violencias que afectan los Derechos Humanos de las personas, familias y comunidades, y que inciden en el despliegue de sus recursos y potencialidades para su pleno vivir, en últimas, para el desarrollo humano y social. A su vez, existen determinantes intermedios que inciden en las violencias, los cuales corresponden a los recursos materiales relacionados con las condiciones de empleo o trabajo, ingresos económicos, labores del hogar y de cuidado, los entornos donde viven las personas, los factores psicosociales, factores conductuales y al acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, así como a los servicios de justicia y protección.

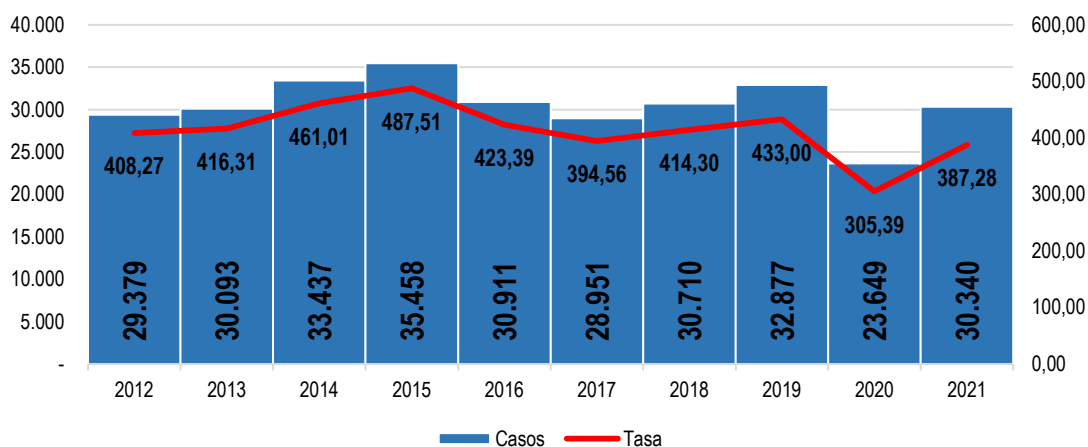
La Secretaría Distrital de Salud cuenta con el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual (SIVIM), el cual está orientado a asegurar la notificación inmediata y periódica al área de Vigilancia en Salud Pública, de casos identificados y clasificados de acuerdo con la tipología de violencia definida (emocional, física, sexual, económica, negligencia y abandono). La red que alimenta al Subsistema está conformada por Empresas

Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS-S), así como los planteles educativos a través del sistema de alertas de la Secretaría Distrital de Educación, organizaciones comunitarias, canales de atención al ciudadano (líneas y plataformas digitales) y otras entidades del nivel Distrital y Nacional. A partir de la notificación de los diferentes eventos que capta el SIVIM se adelanta la intervención epidemiológica de campo (IEC), en la que se realiza la valoración, caracterización del evento, acompañamiento y monitoreo de la ruta intersectorial en tres (3) componentes: atención integral en salud, acceso a la justicia y restablecimiento de derechos de la víctima. Es importante señalar, que los casos que ingresan al SIVIM son clasificados como sospechosos y solo las entidades con competencias judiciales tienen la potestad de confirmar el evento.

De otra parte, en la gráfica N° 12, el Subsistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIM registró en el periodo de análisis entre el 2012 al 2021 un total de 305.805 casos de violencia intrafamiliar, con tasas por cada 100.000 habitantes que varían entre 305,4 casos para el caso del año 2020 y 487,5 casos para el año 2015..

Con respecto, al sexo el 70,2% (n=214.595) de los casos la víctima fue una mujer y el 29,8% (n=91.210) el hecho notificado se presentó en un hombre.

Gráfica N° 12. Casos notificados y tasas de violencia intrafamiliar. Bogotá D.C. Años 2012 al 2021.

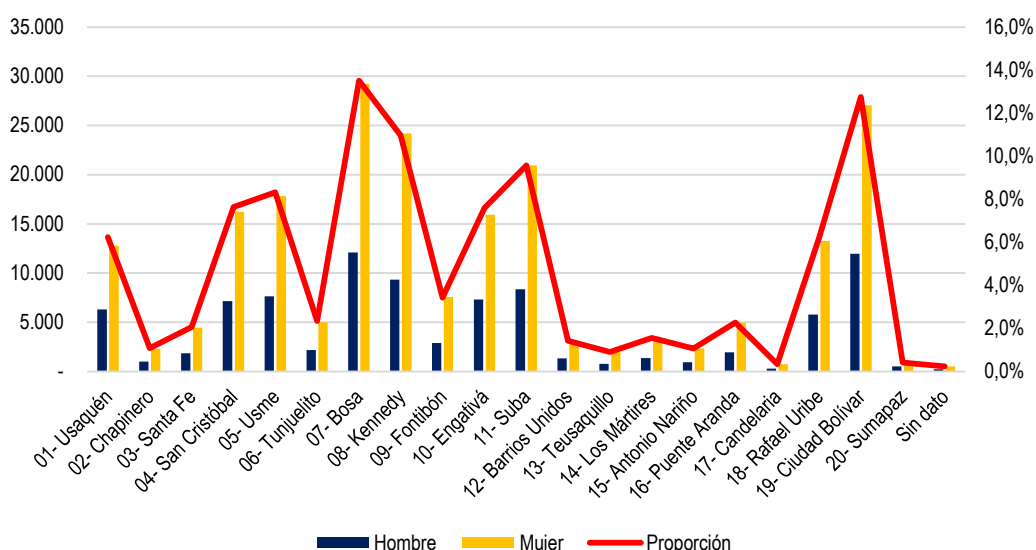


Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2012 a 2021.

Es necesario indicar, que el comportamiento de la violencia intrafamiliar está sujeta al volumen de notificación por parte de la Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) y Unidades Informadoras (UI), la sensibilidad del subsistema, la población migrante y el subregistro generado por la pandemia por COVID-19 para el año 2020

En la gráfica N° 13, se observan que las localidades con mayor proporción de casos notificados entre los años 2012 a 2021 son: Bosa con el 13,5% (n=41.326), Ciudad Bolívar con 12,8% (n=39.023), Kennedy con 11% (n=33.525), Suba con un 9,6% (n=29.277) y Usme con el 8,3% (n=25.458). Ahora bien, para el año 2021 las tasas más altas por cada 1.000 habitantes se presentaron en las localidades de: Sumapáz con 22,3 casos, Ciudad Bolívar con 6,6 casos, La Candelaria y Santa Fe con 6,1 casos cada una y Usme con 6 casos.

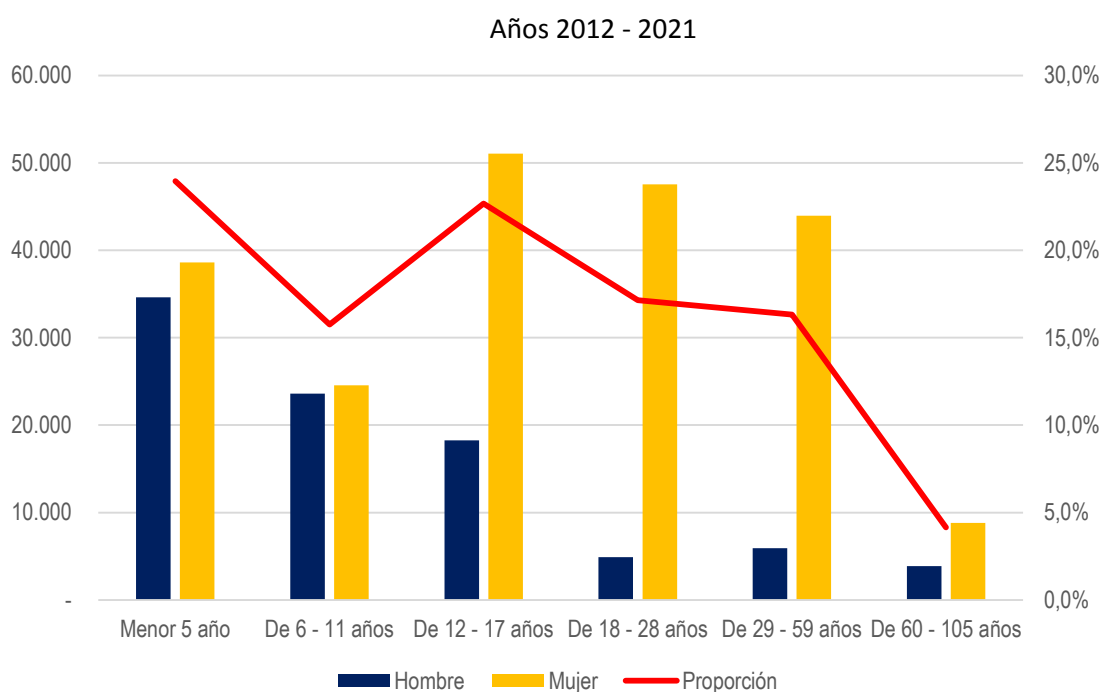
Gráfica N° 13. Casos notificados de violencia intrafamiliar según localidad y sexo de la víctima para el periodo 2012 y el 2021 Bogotá D.C.



Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2012 a 2021.

De otro lado, en la gráfica N° 14, se observa la distribución el 62,4% (n=190.745) del total casos de violencia intrafamiliar entre el año 2012 al 2021 se presentaron en niños, niñas y adolescentes. Por su parte, la razón de sexos muestra que por cada hombre víctima de violencia se presentan 2,4 casos en mujeres. Mientras que, en los menores de 18 años la razón de sexo es de 1,5 casos de niñas por un caso en un niño. Para el curso de vida juventud (entre los 18 y los 28 años) se encuentra una razón de sexo de 9,7 casos en mujeres por un caso en hombres. Entre las edades de 29 a 59 años la razón es superior a siete casos (n=7,4) en mujeres por cada caso presentado en hombres. Por último, en los adultos mayores disminuye esta razón a dos casos (n=2,4) en mujeres por un caso en hombres.

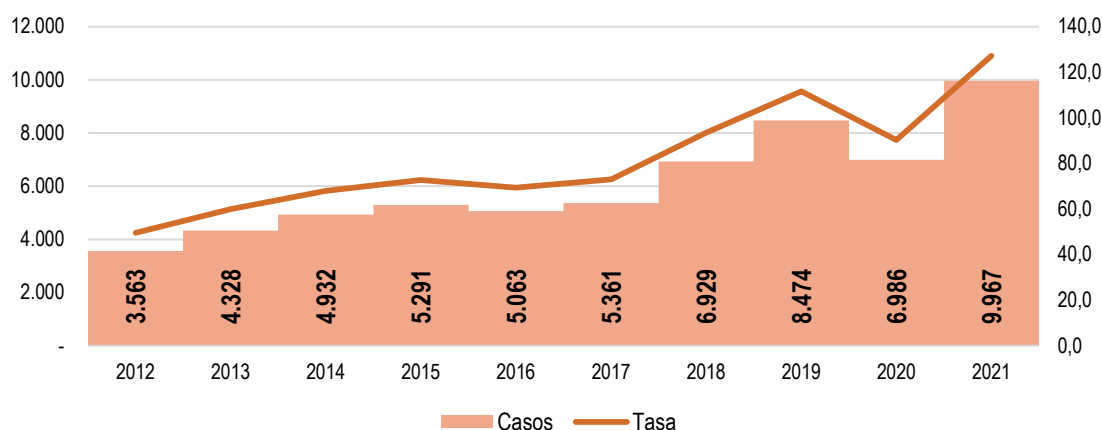
Gráfica N° 14. Casos notificados de violencia intrafamiliar según curso de vida y Bogotá D.C.



Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2012 a 2021.

Por su parte, frente a la violencia sexual en la gráfica N°. 15, se observa para el periodo de 2012 a 2021 un total de 60.894 casos, con un aumento en la tasa por cada 100.000 habitantes, pasando de 49,5 casos en el año 2012 a 127,2 casos para el 2021. Frente al sexo de la víctima el 83,1% (n=50.622) de los casos fue una mujer y el 16,9% (n=10.272) la víctima fue un hombre.

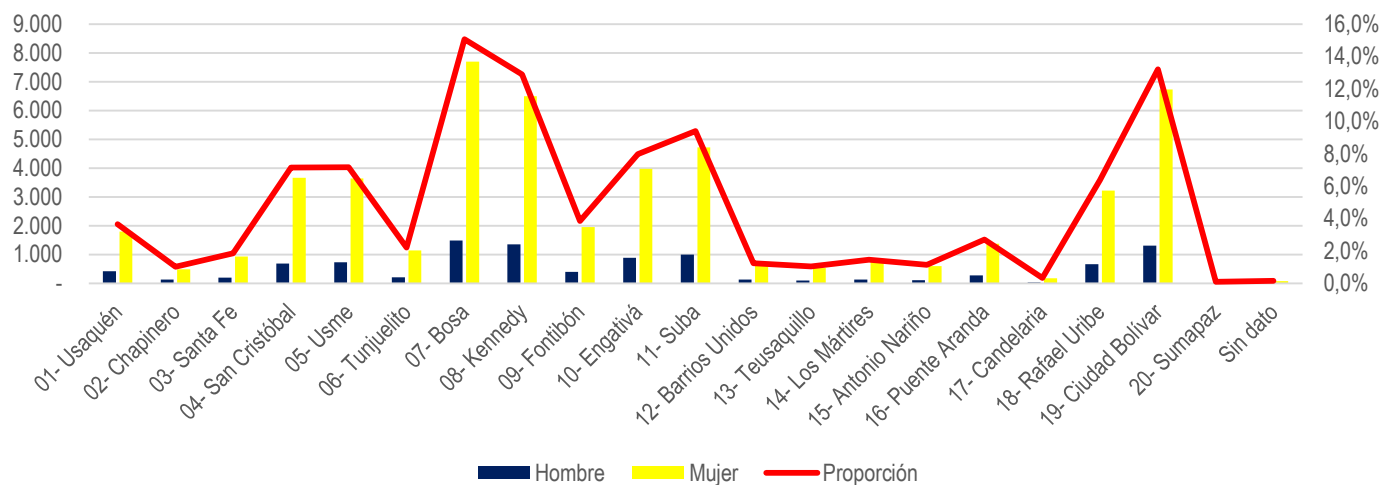
Gráfica N° 15. Casos notificados y tasas de violencia sexual para el periodo 2012 y 2021. Bogotá D.C.



Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2012 a 2021.

En la gráfica N° 16, se observa que el 58,5% (n=35.644) de los casos registrados entre el 2012 y 2021 se presentaron en las localidades de: Bosa con el 15,1% (n=9.175), Ciudad Bolívar con 13,2% (n=8.038), Kennedy con 12,9% (n=7.845) y Suba con un 9,4% (n=5.726). Por su parte, las tasas más altas para el año 2021 por cada 10.000 habitantes se presentaron en las localidades de: Sumapaz con 27,9, La Candelaria con 24,1, Ciudad Bolívar y Santa Fe con 19,9 y San Cristóbal, Usme y Los Mártires con 18 casos aproximadamente por cada 10.000 habitantes.

Gráfica N° 16. Casos notificados de violencia sexual según localidad y sexo. Bogotá D.C. 2012 - 2021.

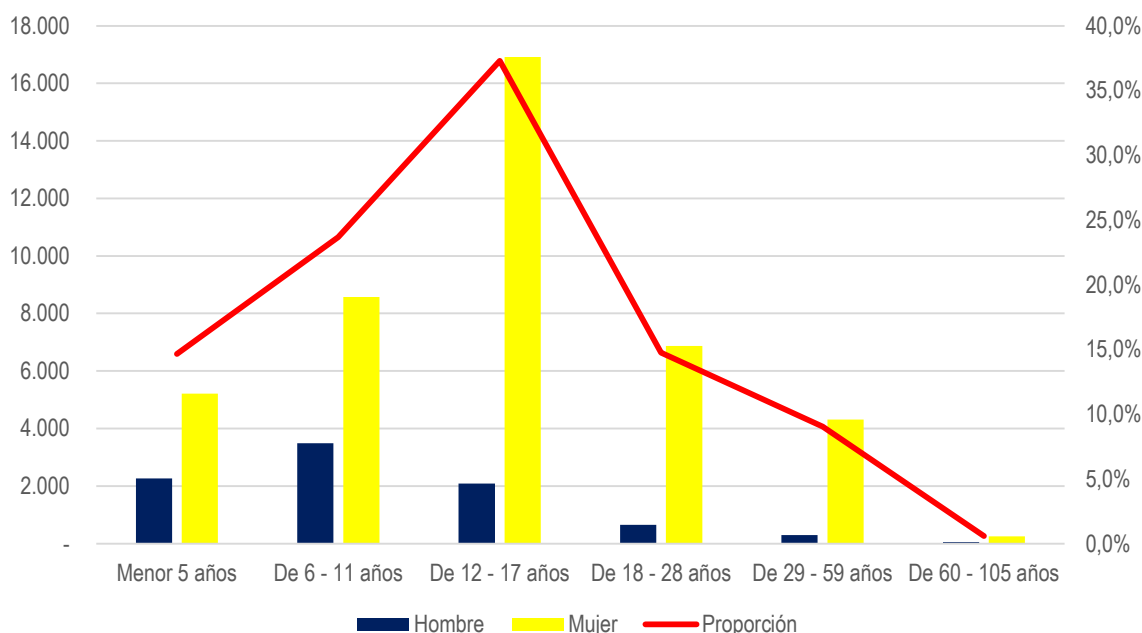


Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual. Bogotá D.C. 2012-2021.

De otro lado, en la gráfica N° 17, se evidencia la distribución de casos de violencia sexual entre los años 2012 a 2021, donde el 75,6% (n=38.529) se presentaron en niños, niñas y adolescentes. Por su

parte, la razón de sexos muestra en esta población que se presentaron 3,9 casos en niñas por un caso en niños y en particular entre las edades de 12 a 17 años esta razón se encuentra en 8,1 casos en mujeres adolescentes por un caso en hombres. A medida que va aumentando la edad de las mujeres esta razón cambia incrementalmente como se muestra entre los 18 a 28 años, donde por cada hombre víctima de violencia sexual se encuentran 10,6 casos y entre los 29 a 59 años se encuentran 14,7 casos en mujeres por uno en hombres.

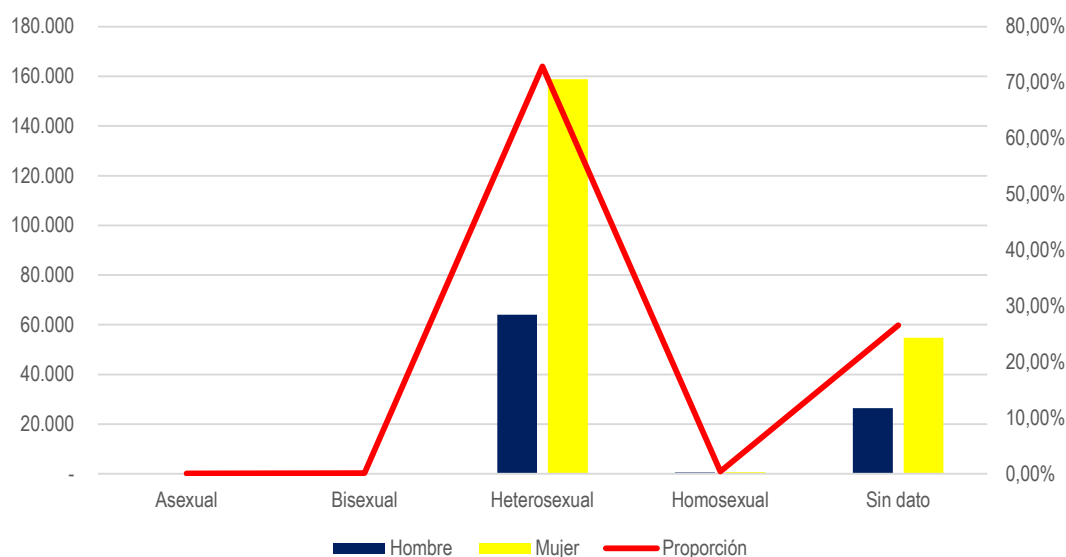
Gráfica N° 17. Casos notificados de violencia sexual según curso de vida y sexo. Bogotá D.C. Años 2012 al 2021.



Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2012 a 2021.

Con respecto, a la orientación sexual entre los periodos 2012 y 2021, como lo muestra la gráfica N°. 18, se presentaron 1.247 casos de violencia intrafamiliar en población homosexual que equivale al 0,4% del total de los casos (n=305.505), el 0,1% (n=327) de los casos se registraron en población bisexual y el 0,04% (n=134) en personas identificadas como asexuales.

Gráfica N° 18. Casos notificados de violencia intrafamiliar según orientación sexual y sexo. Bogotá D.C. Años 2012 al 2021



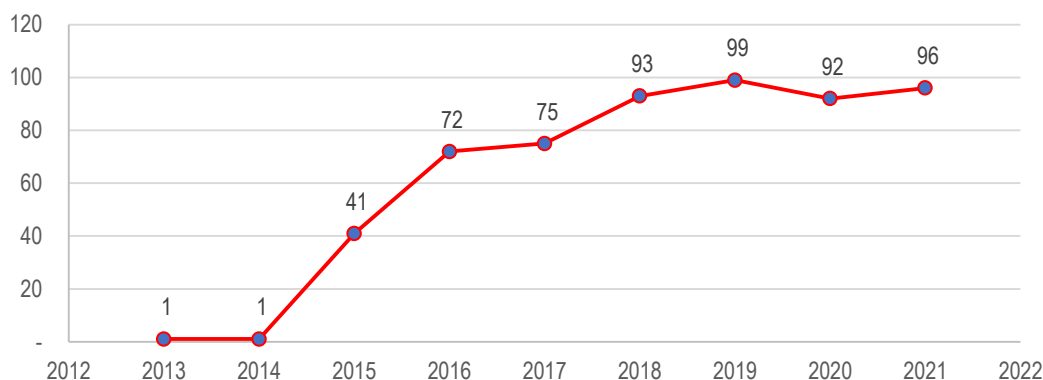
Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2012 a 2021.

De otra parte, frente al feminicidio entendido como el homicidio en la mujer por el hecho de ser mujer y que pueda ocurrir dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, en la comunidad o por parte de cualquier persona, se aclara que no es competencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses tipificar el delito, esto corresponde exclusivamente a la Fiscalía General de la Nación; no obstante, ante la necesidad de poder visibilizar este fenómeno, a partir del 2018 se creó la variable feminicidio como circunstancia del hecho perteneciente al contexto de violencia homicidios.

Es importante manifestar, que dentro del Instituto la variable se cataloga a manera de presunción de acuerdo con los criterios establecidos y es usada en aquellos casos en que el médico forense en su quehacer misional observa signos físicos en la necropsia médico legal que permitan definirlo como tal (Tomado de <http://medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4916a4-3da3-1ff0-2729-e1ff0-2779-e7b5e3962d60>)

Es importante mencionar que, al consultar a través de datos abiertos de la Fiscalía General de la Nación se muestra que por Feminicidio (Art 104A C.P) en Bogotá; en los periodos anuales de 2013 a 2021, Gráfica N° 19, se encuentran 570 casos tomando la variable de conteo de víctimas. (Tomado de: <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/gestion/estadisticas/>).

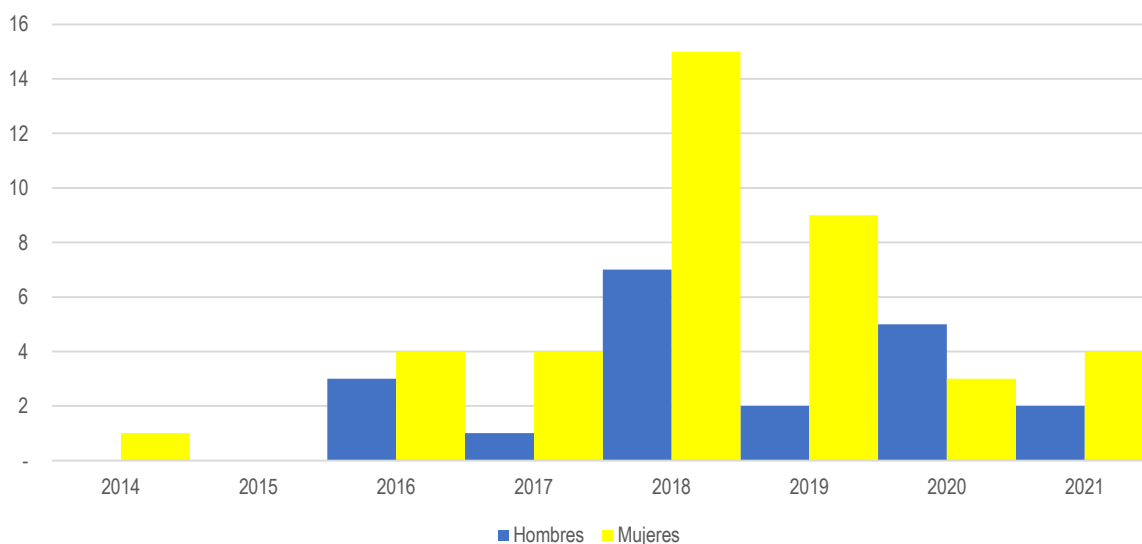
Gráfica N° 19. Número de víctimas de feminicidio en Bogotá D.C. Años 2013 a 2021



Fuente: Fiscalía General de la Nación: Sistema de información SPOA. Años 2013 a 2021 (base preliminar). Bogotá D.C.

De otra parte, las lesiones con agentes químicos con ácido y sustancias similares se consultó la base de datos abiertos de la Fiscalía General de la Nación para la seccional Bogotá y para los periodos consultados de 2014 a 2021, gráfica N° 20, se contabilizaron 60 casos (tomado de: <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/gestion/estadisticas/>). El 66,7% (n=40) la víctima fue una mujer, mientras que, el 33,3% se presentaron en hombres.

Gráfica N° 20. Número de víctimas de lesionados con agentes químicos con ácido y sustancias similares. Bogotá D.C. Años 2014 al 2021



Fuente: Fiscalía General de la Nación: Sistema de información SPOA. Años 2013 a 2021 (base preliminar). Bogotá D.C.

Víctimas de Conflicto Armado

El conflicto armado interno en Colombia ha generado consecuencias en diferentes niveles y sectores del país, afectando e involucrando a la población civil en la confrontación armada. Sujetas a medidas de asistencia y reparación. Los habitantes de las regiones donde ha habido enfrentamiento armado están en constante peligro y expuestos a graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario, lo que ha generado daños y afectaciones a la salud física, mental y psicosocial de personas, familias y comunidades. Sin embargo, esta no es la única consecuencia derivada del conflicto armado, también se ha evidenciado, en la exposición de los individuos, familias y comunidades a las manifestaciones del conflicto armado y la convivencia con las distintas afectaciones y daños genera problemas en salud, y de manera particular en la esfera de salud mental. En 2008, la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional amplió el concepto de salud hacia el ámbito psicológico y psicosomático, estableciendo una conexión entre la salud mental y el derecho fundamental a la vida digna.

Tabla 4 Demanda Población Víctima de Conflicto Armado y Desmovilizada 2016 a 2020

Población	2016	2017	2018	2019	2020
Población Desmovilizada	17.043	17.510	23.097	27.877	13.073
Víctimas del conflicto armado interno	1.613.856	1.819.512	2.537.760	3.131.438 1	1.407.768
Total general	1.630.899	1.837.022	2.560.857	27.877	1.420.841

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2021, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2021/02/10). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2020, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2020/08/31). Base de datos Población Especial - Habitantes de calle (Aseguramiento) (Corte 2021/02/10)

Violencia contra la Mujer:

Dentro de los efectos de la pandemia sobre la salud mental en Colombia con perspectiva de género, se presentó aumento y exacerbación de las violencias contra las mujeres en Bogotá, teniendo en cuenta que estas violencias además de constituir formas de discriminación y violación a los derechos humanos son también un problema de salud pública dada su prevalencia y los graves impactos que traen en la salud, expectativa y calidad de vida de las mujeres (OMS y OPS, citado en Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de la Mujer).

Acorde con los boletines sobre el tema publicados por el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género- OMEG- de la Secretaría Distrital de la Mujer, tal como el “Análisis de ciudad 25, Boletín informativo de la Secretaría Distrital de la Mujer ¿Qué pasó con las mujeres en Bogotá durante el

primer año de pandemia?” (SDM, 2020), donde llama la atención datos³ de violencias como:

- En los inicios de la pandemia y del confinamiento, las llamadas a la Línea Púrpura Distrital aumentaron en un 230%, pero en ese mismo momento las denuncias a Policía y Fiscalía no mostraron el mismo crecimiento. Entre 2017 y 2019 la violencia contra la mujer en la ciudad había tenido un aumento sistemático en especial en los delitos que más afectan a las mujeres, los delitos sexuales y la violencia intrafamiliar.
- También aumentó significativamente la atención a las mujeres por otros servicios de la Secretaría Distrital de la Mujer como la estrategia de Duplas de Atención Psicosocial en un 149% con respecto a las mujeres atendidas en 2019, y las Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres- CIOM-, mantuvieron las más de 12.000 mujeres atendidas anualmente.
- Sobre la forma en que fueron agredidas las mujeres, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en cuanto al presunto delito sexual por cada 2 hombres víctimas hay 8 mujeres víctimas, y para la violencia intrafamiliar 3 de cada 4 personas víctimas son mujeres (en estos casos 7 de cada 10 tienen como victimaria a su pareja), siendo los principales factores desencadenantes la intolerancia, el machismo, los celos, la desconfianza y la infidelidad.
- El confinamiento ocasionado por la emergencia sanitaria supuso un riesgo mayor para las mujeres respecto a las situaciones de violencia.
- En cuanto a los Feminicidio en la ciudad durante la pandemia, en el 2019 fueron asesinadas 97 mujeres y en 2020 fueron asesinadas 95 (de estos últimos, 15 casos fueron tipificados como feminicidio). Lo que demuestra que el confinamiento en los hogares no fue un factor protector para este delito

Eventos prioritarios como la violencia intrafamiliar o la violencia sexual, además de ser expresiones que afectan la salud mental se constituyen en sí mismos como un delito acorde a la normatividad colombiana; por lo cual se hace necesario armonizar acciones no solo para prevenir y combatir los efectos sobre la salud individual y colectiva sino también para la afectación de los factores socioculturales que preservan dichas prácticas. En ese sentido, cobran relevancia acciones pensadas en la prevención del delito, la promoción de la convivencia sana así como estrategias y acciones con enfoques transversales de promoción de la cultura ciudadana, género y territorial, que permiten la reducción de las problemáticas, factores de riesgo y delitos que afectan las condiciones de seguridad, convivencia y justicia consolidando entornos protectores en zonas cruciales para que los ciudadanos puedan desarrollar sus actividades cotidianas de manera segura como instituciones educativas, el

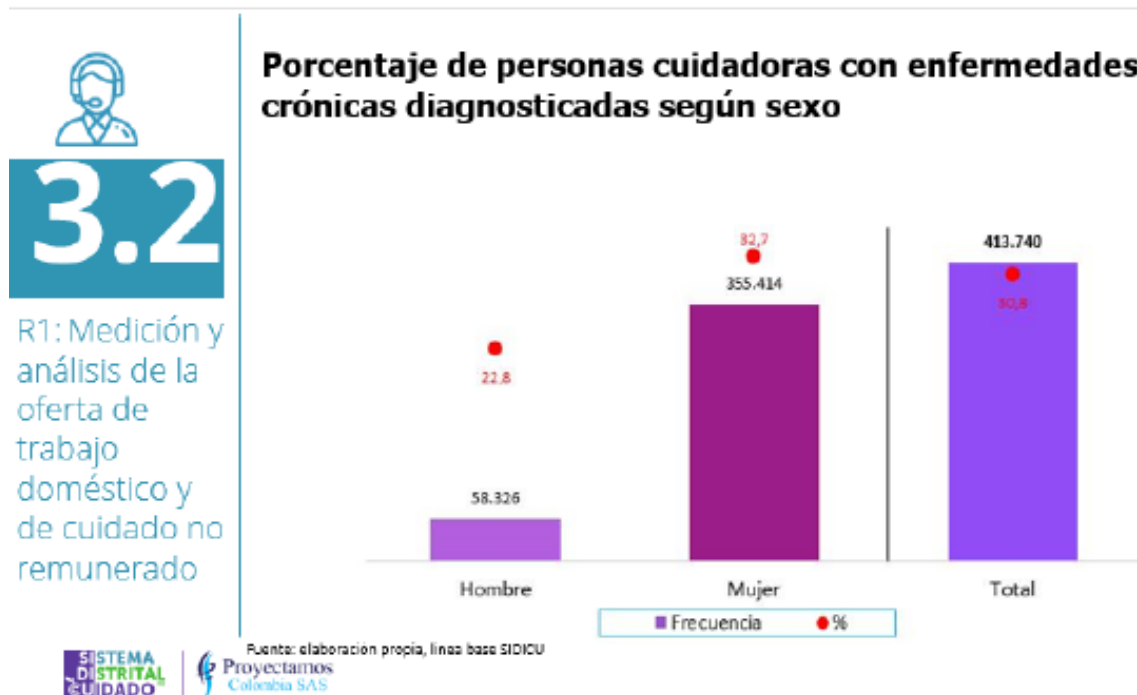
³ Se toma como fuente de información para el análisis registros propios de la Secretaría Distrital de la Mujer y las fuentes oficiales de registro de denuncias de delitos relacionados con violencias contra las mujeres del Sistema Estadístico Delincuencial y Contravencional SIEDCO-PONAL y el Instituto Nacional de medicina Legal y Ciencias Forenses- INMLCF.

sistema Integral de Transporte Público, parques, zonas de rumba y ciclorrutas. Así mismo se busca incentivar la participación y la corresponsabilidad de los habitantes de la ciudad a través del fortalecimiento de instancias de participación como frentes locales de seguridad, comités de convivencia, juntas zonales de seguridad, entre otros.

Salud mental de personas cuidadoras:

Acorde con los resultados evidenciados en la Línea Base del Sistema Distrital de Cuidado liderada por la Secretaría Distrital de la Mujer (2022), se identifica relación entre la salud mental de las personas cuidadoras y los factores sociales y culturales. El 33% de las mujeres tiene diagnósticos de enfermedades crónicas, lo que es consistente con la línea base de la PPMYEG para mujeres que realizan actividades de cuidado especialmente no remunerado.

Imagen 1: Porcentaje de personas cuidadoras con enfermedades crónicas diagnosticadas según sexo

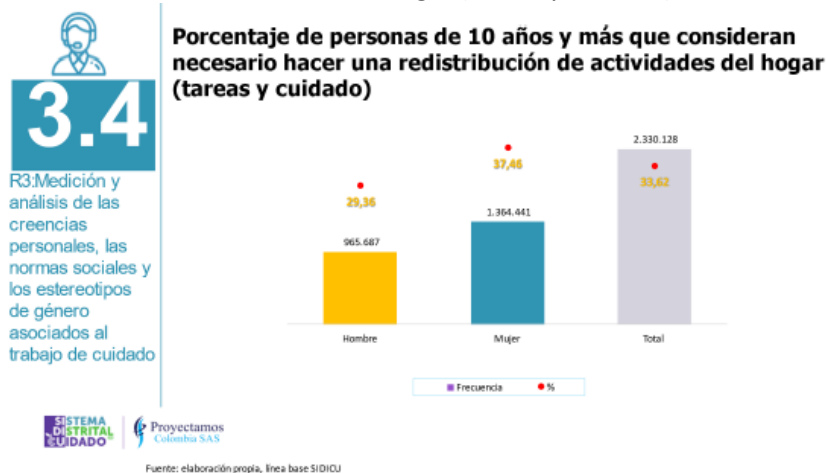


Fuente: Tomado de: Recomendaciones técnicas SDMujer a diagnóstico PP Salud Mental

Se indaga sobre creencias, actitudes y comportamientos asociados a las labores del cuidado, aspectos fundamentales para transformación de imaginarios y, por tanto, para la materialización de las 3R (Reconocimiento, Redistribución y Reducción). Se preguntó si consideran necesario hacer una

redistribución de las labores en el hogar, el 37% de las mujeres y el 29% de los hombres considera que sí, es decir, 1 de cada 3.

Imagen 2: Porcentaje de personas de 10 años y más que consideran necesario hacer redistribución de actividades del hogar (tareas y cuidado)



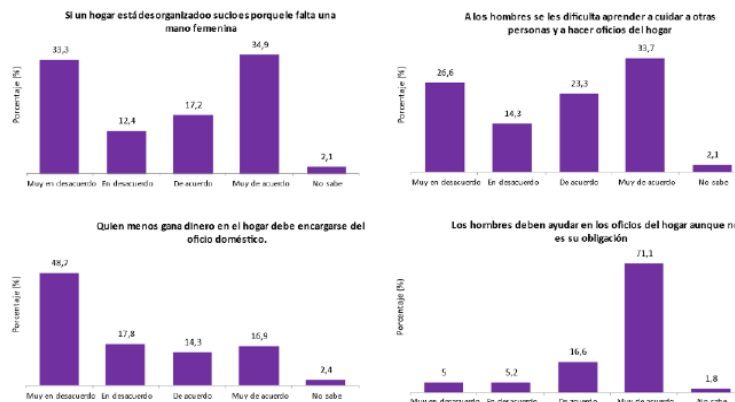
Fuente: Tomado de: Recomendaciones técnicas SDMujer a diagnóstico PP Salud Mental

Hay creencias que persisten como un hogar desordenado y la ausencia femenina (57%), dificultades de los hombres para aprender a realizar labores domésticas y de cuidado (67%), quien menos gana dinero en el hogar debe encargarse del oficio doméstico (31%), los hombres deben ayudar en los oficios del hogar, aunque no es su obligación (87%).

Imagen 3: Creencias y disposiciones en torno al cuidado

3.4
R3: Medición y análisis de las creencias personales, las normas sociales y los estereotipos de género asociados al trabajo de cuidado

Creencias y disposiciones en torno al cuidado



SISTEMA
DISTRICTAL
DE CUIDADO

Proyectamos
Colombia SAS

Fuente: elaboración propia, línea base SIDICU

Fuente: Tomado de: Recomendaciones técnicas SDMujer a diagnóstico PP Salud Mental

Persisten los sentimientos de culpa en las mujeres cuando abandonan el cuidado de hijos e hijas especialmente, lo que incide en los programas de relevos, el 67% de los hombres creen que las mujeres sienten culpa y el 72% de las mujeres expresan que se sienten culpables (7 de cada 10).

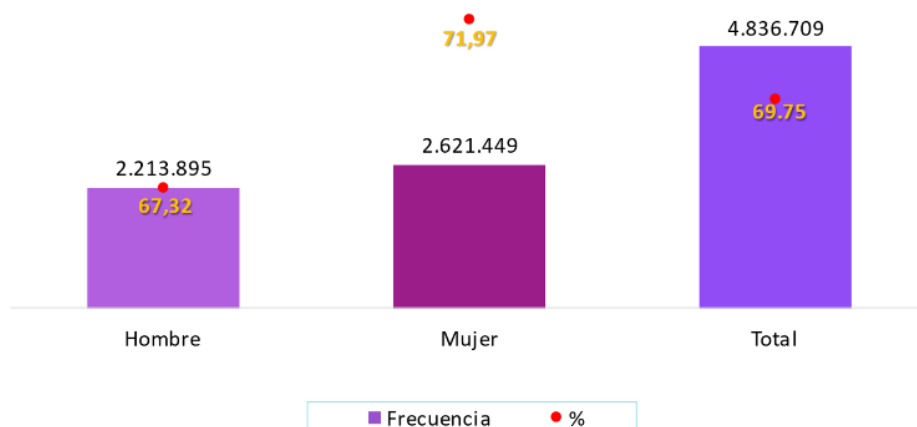
Imagen 4: Expectativas sociales frente a la culpa que sienten las mujeres por dejar de cuidar a sus hijos / as según sexo



3.4

R3: Medición y análisis de las creencias personales, las normas sociales y los estereotipos de género asociados al trabajo de cuidado

Expectativas sociales frente a la culpa que sienten las mujeres por dejar de cuidar a sus hijos/as según sexo



Fuente: elaboración propia, línea base SIDICU

Fuente: Tomado de: Recomendaciones técnicas SD Mujer a diagnóstico PP Salud Mental

El 82% de las mujeres siente ira o molestia y un 20% siente frustración (1 de cada 5) por participar en el trabajo doméstico.

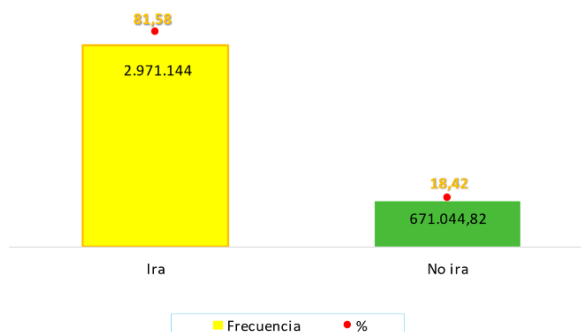
Imagen 5: Ira y mal genio que sienten las mujeres por participar en tareas de cuidado no remunerado



3.4

R3: Medición y análisis de las creencias personales, las normas sociales y los estereotipos de género asociados al trabajo de cuidado

Ira/mal genio que sienten las mujeres por participar en el TDCNR



Fuente: elaboración propia, línea base SIDICU

Fuente: Tomado de: Recomendaciones técnicas SDMujer a diagnóstico PP Salud Mental

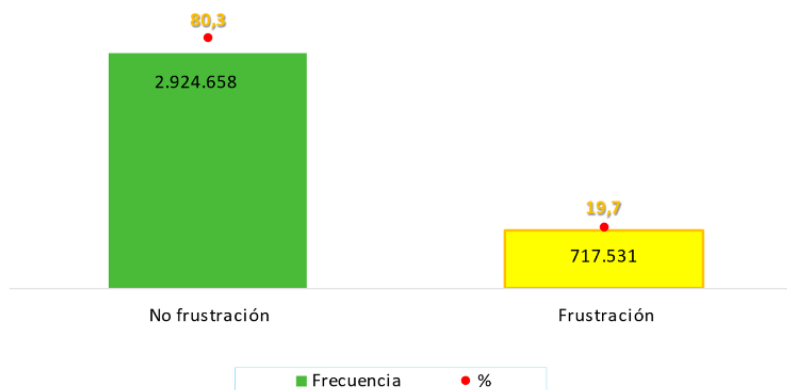
Imagen 6: Frustración que sienten las mujeres por participar en tareas de cuidado no remunerado



3.4

R3: Medición y análisis de las creencias personales, las normas sociales y los estereotipos de género asociados al trabajo de cuidado

Frustración que sienten las mujeres por participar en el TDCNR



Fuente: elaboración propia, línea base SIDICU

Fuente: Tomado de: Recomendaciones técnicas SDMujer a diagnóstico PP Salud Mental

Respecto a la satisfacción que se siente por participar en trabajos del cuidado, 48% de las mujeres y 47% de los hombres expresan que sí. Andrea resalta la importancia entonces de trabajar el cúmulo de emociones alrededor de los trabajos de cuidado, en tanto no es suficiente con la prestación de servicios.

Imagen 7: Satisfacción que se siente por participar en trabajos del cuidado no remunerado por sexo



Fuente: Tomado de: Recomendaciones técnicas SDMUJER a diagnóstico PP Salud Mental

A nivel de recomendaciones, se evidencia que hay una pobreza de tiempo asociada con precario acceso a actividades de esparcimiento, creación y deporte. Una mujer que no tiene tiempo para estas actividades está más expuesta a fenómenos de violencia. Persisten creencias y normas sobre el trabajo de cuidado no remunerado: La obligación del trabajo doméstico sigue siendo de la mujer; las mujeres son naturalmente mejores para el trabajo doméstico que los hombres; quien tiene un trabajo remunerado no tiene obligación de realizar el trabajo doméstico y de cuidado; sanciones domésticas a hombres cuidadores y que realizan trabajo doméstico (expectativas sociales tanto de hombres y mujeres).

De acuerdo con lo establecido en el documento “Bases del Sistema Distrital de Cuidado. Hacia La Construcción De Un Nuevo Contrato Social Y Sexual”, si bien la división sexual del trabajo es antigua, hoy el cuidado adopta el carácter de un problema social urgente y distintos elementos explican la tercera razón que hace inaplazable el Sistema: la crisis del cuidado. La longevidad -incluida la de las cuidadoras-, y la paulatina tasa de dependencia señala que cada vez son más las personas que

demandarán cuidado desafiando la capacidad de los hogares y en particular de las mujeres, para responder a tales demandas.

Hacen parte de esta crisis también, los efectos crónicos del cuidado sobre la propia salud de las cuidadoras y el impacto que estos efectos tienen sobre los sistemas de salud en términos de costos; la menor capacidad de ofertar cuidado debido al acceso masivo de las mujeres al mercado de trabajo, la falta de oferta estatal de servicios de cuidado, la ausencia de corresponsabilidad de otros actores, y la falta de un cambio cultural estructural que lleve a los hombres a compartir las tareas del hogar. De tal suerte que si no nos hacemos cargo del cuidado en un momento en que nuestra sociedad está envejeciendo -y con ella las cuidadoras- y en el que se carece de capacidad para “comprar” servicios, ponemos en riesgo la sostenibilidad de la vida humana.

La crisis del cuidado es entendida como “la creciente tendencia de una población dependiente de cuidados en aumento y transformación en términos de sus demandas y necesidades, y una base de cuidadoras no remuneradas que decrece, conforme se intensifica la inserción laboral de las mujeres, sin que se produzca una redistribución de ese trabajo en el seno del hogar debido a la baja participación de los hombres” (Rossel, 2016).

En el marco del memorando de entendimiento No. 665 de 2021, suscrito entre la Secretaría Distrital de la Mujer, Universidad de los Andes y la Pontificia Universidad Javeriana, se llevó a cabo una caracterización a partir del procesamiento de microdatos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2016-2017. Del análisis cualitativo sobre mujeres cuidadoras surge que su sentido de vida se ha asociado al bienestar ajeno, es decir, su principal motivación es que los “otros” y “otras” estén bien, desplazando o postergando el propio bienestar.

En cada grupo de cuidadoras se refleja como las cargas de cuidado recaen sobre las mujeres, y de acuerdo con sus culturas o condiciones se tienden a dar explicaciones sobre porqué son las mujeres quienes deben realizarlo. Se ha naturalizado el hecho de que son las mujeres quienes mejor realizan este tipo de trabajos y, por ende, deben hacerlo.

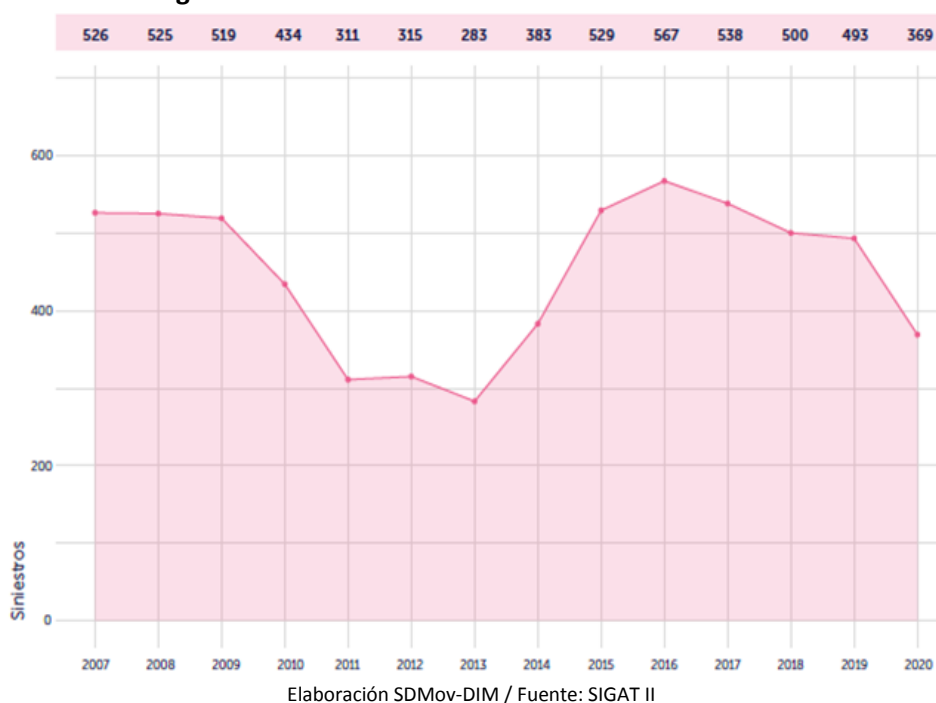
Los procesos de socialización y las normas culturales inculcan ciertas nociones sobre lo que es el amor, y las formas en que deben demostrarse. En ese sentido, históricamente las mujeres han aprendido la noción del amor como un sentimiento que requiere sacrificio, esfuerzo y paciencia; y la forma de demostrar ese amor es cuidando de las demás personas. Aunque el cuidado les genere desgaste físico y emocional, el amor y el afecto son dos emociones que subyacen a este tipo de actividades y es lo que las motiva a seguir las realizando sin cuestionar la excesiva carga de trabajo que realizan.

Víctimas de siniestros viales

La Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales han considerado la gravedad de la siniestralidad vial un problema en la salud pública. En el mundo, alrededor de 1,3 millones de personas al año fallecen a causa de lesiones ocasionadas por un siniestro vial y aproximadamente entre 20 y 50 millones de personas sufren afectaciones no mortales. Los siniestros viales dejan en las víctimas y sus familiares afectaciones con serias implicaciones a nivel económico por los costos de tratamientos y falta de productividad en casos de discapacidad por lesiones (OMS, 2009).

En Bogotá desde el año 2000 los siniestros en las vías han dejado aproximadamente 11.700 víctimas fatales; sin embargo, se destaca que hubo una reducción de víctimas fatales entre los años 2000 y 2003 y ha sido estable el número de cifras de muertes desde el año 2005, lo que representa un promedio aproximado de 510 a 570 víctimas fatales por año. En los últimos 2 años este indicador ha descendido a un total de 506 víctimas fallecidas en el 2019 y 377 en el 2020. Respecto a la cantidad de personas lesionadas en el año 2020 hubo 12870 personas lesionadas a causa de un siniestro en la vía (SDM, 2020). Estos índices de siniestralidad de víctimas fatales y personas lesionadas reflejan una necesidad que debe ser atendida de manera integral, siendo un imperativo ético no tener más víctimas mortales y lesiones graves en las vías.

Imagen 8: Siniestros con víctimas fatales Años 2007-2022



Atendiendo a la problemática identificada, la Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas, estableció entre uno los objetivos de Desarrollo Sostenible la reducción de muertes y lesiones en siniestros de tránsito en 50% para 2020, a través de la promulgación de la Década de Acción por la Seguridad Vial 2011–2020.

En el 2011 Colombia se unió a tal iniciativa a través del Plan Nacional de Seguridad Vial (PNSV 2011-2021) cuyo pilar estratégico N°3 incluye la atención y rehabilitación a víctimas orientado al restablecimiento integral no solo de las condiciones físicas sino también la inclusión social, laboral, formativa, psicosocial y en general se enfoca en que se impulse la creación del sistema integral de acompañamiento que oriente a familiares y víctimas de accidentes de tránsito.

En línea con el PNSV 2011-2021, Bogotá a través del Plan Distrital de Seguridad Vial (PDSV) 2017-2026, adoptado mediante el Decreto 813 de 2017, sigue esta hoja de ruta que permite definir y coordinar las acciones entre entidades públicas y privadas con el propósito de lograr una reducción en el número de fatalidades y lesiones graves. En el año 2017, de acuerdo con el avance de las actividades desarrolladas y los nuevos retos de la ciudad, se identificó la necesidad de ajustar su estructura y definir nuevos lineamientos a través de la reformulación de iniciativas y acciones efectivas que respondieran al llamado de la OMS. Este ajuste corresponde principalmente a la adopción de la Visión Cero como política distrital, movidos por la necesidad de generar un cambio ante la constante histórica en el número de fatalidades y heridos víctimas de siniestros viales. En este Plan la línea de acción en su eje 3 víctimas, también se enfoca en generar lineamientos para que la Ciudad de Bogotá cuente con un centro de orientación a víctimas de siniestros viales

Como se evidencia en las cifras de siniestralidad, es apremiante la implementación de acciones de atención a víctimas de siniestros viales, dadas las diferentes afectaciones que se presentan, entre estas, las asociadas a la salud mental. Para estas personas afrontar condiciones de vida a las que no están preparadas, la presencia de síntomas asociados a depresión, ansiedad, estrés agudo y estrés postraumático o altos niveles de malestar y no contar con las herramientas adecuadas para afrontarlos pueden ser un factor que conlleve a presentar más adelante problemas o trastornos psicológicos asociados al siniestro.

Teniendo en cuenta lo anterior, es deber del distrito reducir las situaciones que puedan agravar las condiciones de calidad de vida de las víctimas, reducir las brechas de acceso a servicios y con ello las probabilidades de que se den nuevas situaciones de vulnerabilidad a una población ya afectada y acorde a las recomendaciones del Plan Nacional y Distrital de Seguridad Vial generar mecanismo de atención particular a las víctimas de siniestros viales, desde el marco de la prevención

Consumo de sustancias psicoactivas:

Según el II Estudio Distrital de Consumo de SPA en Bogotá para el año 2016, se presenta una disminución del consumo de tabaco, una estabilización del consumo de alcohol y un aumento del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas. Respecto al consumo de Tabaco: El 51,3% de las personas encuestadas declara haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida (64,5% de los hombres y 39,2% de las mujeres). Solo el 20,4% ha usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días (24,8% de los hombres y 8,3% de las mujeres) y se consideran consumidores actuales. Esta cifra equivale a 943 mil fumadores en Bogotá, de los cuales el 72% son hombres y 28% mujeres. Si bien el consumo de tabaco continúa siendo preocupante, el comparativo de los estudios de los años 2009 y 2016, evidencia una disminución en la tasa de 6 puntos porcentuales para consumo actual.

Para Alcohol, el 89,5% de las personas declara haber consumido alcohol al menos alguna vez en su vida, siendo mayor el consumo entre los hombres que entre las mujeres (91,6% y 87,5% respectivamente). El porcentaje de personas que consumieron bebidas alcohólicas durante el último mes es del 36,5%. Esto significa que aproximadamente 2.1 millones de personas son consumidoras actuales de bebidas alcohólicas, de las cuales el 46,5% son hombres y un 27,5% mujeres. El uso perjudicial y dependiente de alcohol se encontró en unas 436 mil personas (un 20,6% de los consumidores de alcohol del último mes y un 7,5% de la población total de 12 a 65 años). De cuatro personas que cumplen criterios de uso perjudicial o dependencia, tres son hombres y una es mujer.

En cuanto a Sustancias Ilícitas, el 4,6% de las personas consumió alguna sustancia psicoactiva ilícita durante el último año. Las sustancias psicoactivas ilícitas con mayores prevalencias son: la marihuana con el 4,1% y la cocaína con el 0,7%. El mayor consumo reciente (último mes) de sustancias ilícitas se encuentra en el estrato 1, con el 6,2%, seguido del estrato 2, con 5,6%. Los jóvenes entre 18 y 24 años, presentan mayores prevalencias de abuso y dependencia de SPA con el 5,1%, seguidos por los adolescentes de 12 a 17 años, con casi el 5%. La edad de inicio consumo de sustancias ilícitas es de 17 años para hombres y 18 años para mujeres. Las zonas de la ciudad más afectadas por el consumo son: Centro Oriente (La Candelaria, Los Mártires, Santa Fe, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño y San Cristóbal) y Ciudad Bolívar. Los estratos 1 y 2 evidencian mayores criterios de uso problemático de sustancias psicoactivas en comparación con los estratos 3, 4 y 5.

Por otra parte, las dinámicas de la ciudad evidencian nuevas tipologías de consumo asociadas a la vulnerabilidad de grupos sociales o al consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP). Por ejemplo, el 72,7% de la población habitante de calle o en calle encuestada a través del Censo del año 2017 por la Secretaría Distrital de Integración Social, aseguró consumir basuco.

Finalmente, en Bogotá se encontró que entre el año 2008 y el año 2018 se emitieron 15 alertas para las siguientes NSP: Popper, Dick, ketamina, 2C-B, 4-APB, 6-APB, AMB-FUBINACA, 2C-C, Metilona, 25B-NBOMe, 25C-NBOMe, 5-MeO-MIPT, PMMA, mCPP y DOC. Lo anterior representa el 45.5% de las

alertas emitidas a nivel nacional (Observatorio de Drogas de Colombia, MJD, 2019).

Teniendo en cuenta que el consumo de sustancias psicoactivas obedece a un fenómeno multicausal de orden comunitario, familiar e individual, se identifican como generadores el deterioro del núcleo familiar y bajo involucramiento parental, la disponibilidad de drogas, microtráfico, permisividad social para el consumo, cultura del miedo a la denuncia; así como insuficientes recursos adaptativos comunitarios, familiares e individuales como la percepción del riesgo, lo que facilita el consumo en la población en general, aunque con diferentes tipos de riesgo, en la medida en que el consumo inicial se presenta en infancia y adolescencia, mientras que en los jóvenes, adultos y adultos mayores se puede presentar consumo problemático.

Lo anterior, se refuerza por la presencia de alteraciones en el comportamiento, otros eventos y trastornos en salud mental y barreras de acceso a servicios de salud y sociales. Además, el sistema de información es limitado, lo que influye en la debilidad en la toma de decisiones para desarrollo de otras acciones.

Como consecuencia del consumo de SPA es evidente el deterioro progresivo físico, mental y social, el incremento de la patología dual y el alto costo socio-sanitario y económico sobre la sociedad, ya que se disminuye la productividad y se incrementa la carga de morbilidad asociada. Además, el consumo a más temprana edad acelera el tránsito a consumos de mayor complejidad y por ende, se agravan las consecuencias anteriormente descritas.

Acorde a ello, según la información obtenida a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, en la Tabla 4 pueden observarse las diez primeras causas de atención por consumo de SPA durante el periodo 2017 – 2021 en Bogotá D.C., haciendo evidente la presencia del Síndrome de Dependencia a distintas sustancias psicoactivas dentro de las primeras causas.

Tabla 5: Diez primeras causas de atención por consumo de SPA 2017 – 2021 en Bogotá D.C.

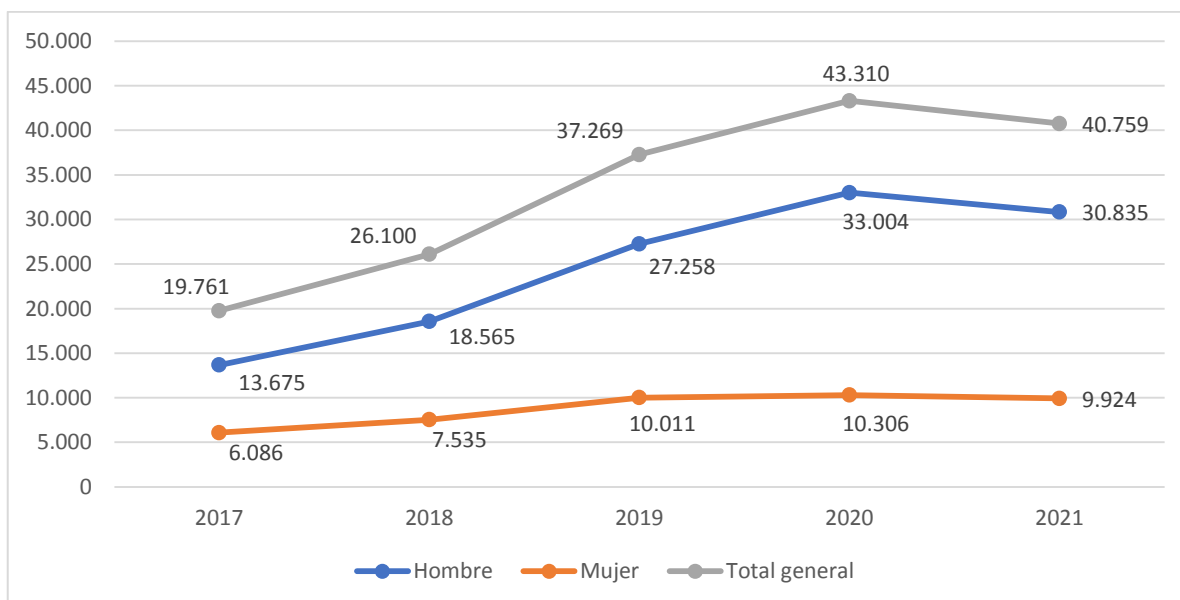
Diagnóstico	Número total de atenciones
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, síndrome de dependencia	37.854
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, síndrome de dependencia	10.131
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, síndrome de dependencia	8.449
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, trastorno mental y del comportamiento, no especificado	7.723
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, intoxicación	6.947

aguda	
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, intoxicación aguda	6.657
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, uso nocivo	6.578
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, intoxicación aguda	6.291
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, uso nocivo	5.867
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, uso nocivo	4.707

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2021, población vinculada, desplazada, atenciones no POS y particulares (Corte de recepción 2022/04/25). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2021, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2021/12/31)

Asimismo, en la Gráfica 21 es posible observar que durante el periodo mencionado se realizó un total de 167.199 atenciones por consumo de SPA, de las cuales el 73,8% estuvo dirigido a hombres y el 26,2% a mujeres, haciendo evidente un aumento progresivo con el paso de los años hasta 2020 y una reducción en 2021.

Gráfica 21: Número total de atenciones por consumo de SPA 2017 – 2021 en Bogotá D.C.

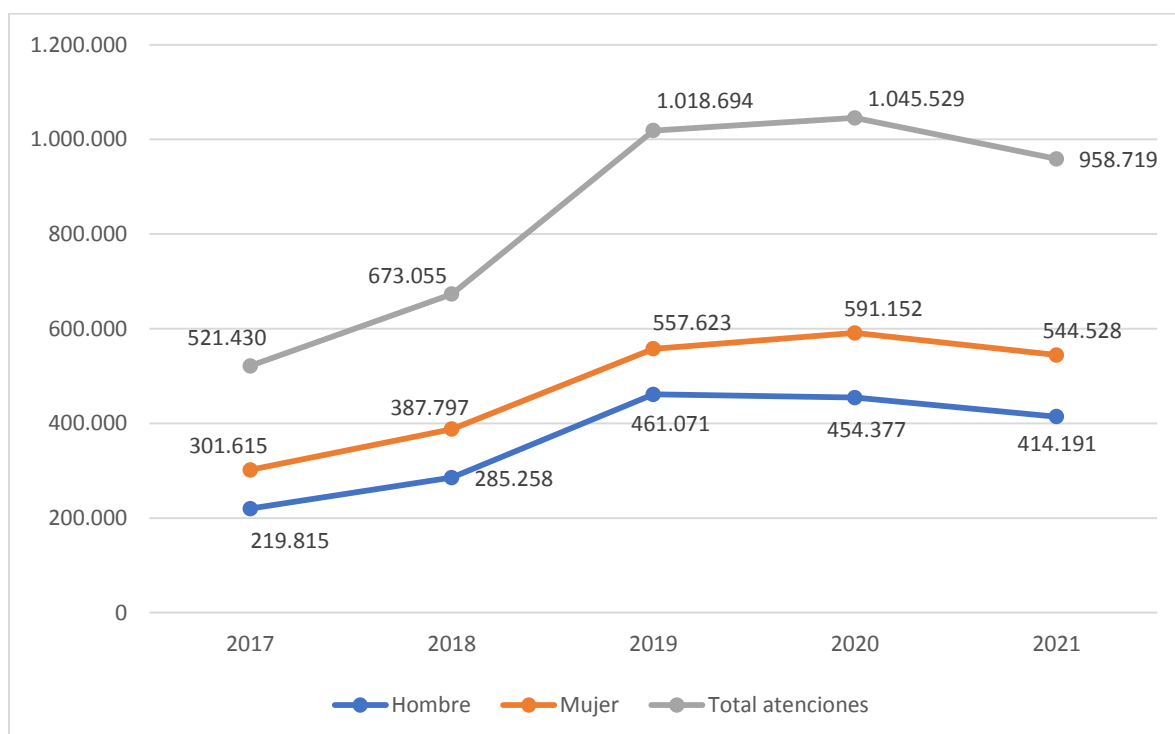


Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2021, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2022/04/25). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2021, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2021/12/31)

Morbilidad Atendida En Salud Mental

Con respecto a la atención en salud mental prestada en Bogotá D.C. y tomando como base el Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, es posible notar en la Gráfica 22, que durante el periodo 2017 – 2021, se realizaron 4.217.427 atenciones en salud mental, de las cuales el 43,5% fue para hombres y el 56,5% para mujeres, haciendo evidente un aumento progresivo con el paso de los años hasta 2020 y una leve reducción en 2021.

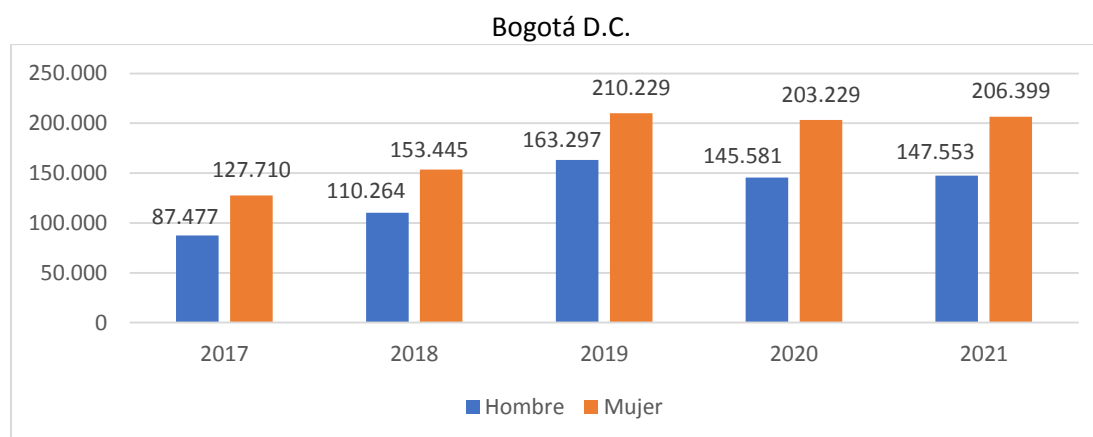
Gráfica 22. Número total de atenciones en salud mental 2017 – 2021 en Bogotá D.C.



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2021, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2022/04/25). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2021, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2021/12/31)

Asimismo, como se observa en la Gráfica 23, durante aquel periodo se atendió a un total de 1.068.125 individuos únicos por diagnósticos de salud mental, de los cuales el 42% fueron hombres y el 58% mujeres.

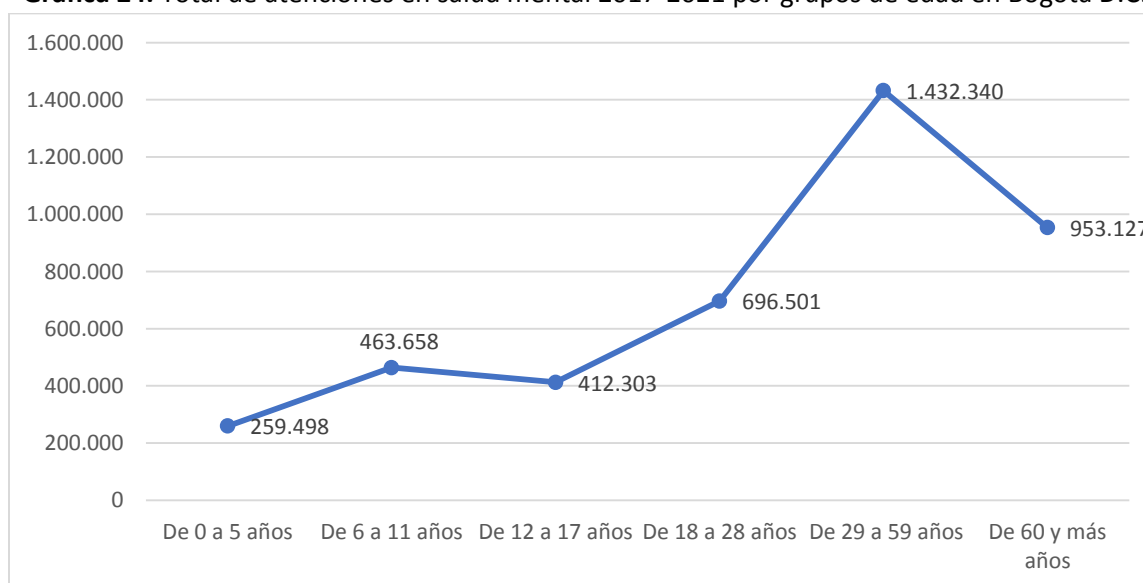
Gráfica 23. Número individuos únicos atendidos por diagnóstico en salud mental 2017 – 2021 en



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2021, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2022/04/25). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2021, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2021/12/31)

Adicionalmente, en relación a la distribución según grupo de edad se evidencia en la Gráfica 24 que durante el periodo en cuestión, la mayor cantidad de atenciones en salud mental estuvo dirigida a las personas con edades entre los 29 y 59 años, abarcando el 34% del total de atenciones, seguido de las personas con 60 años o más, quienes abarcaron el 22,6% del total de las atenciones.

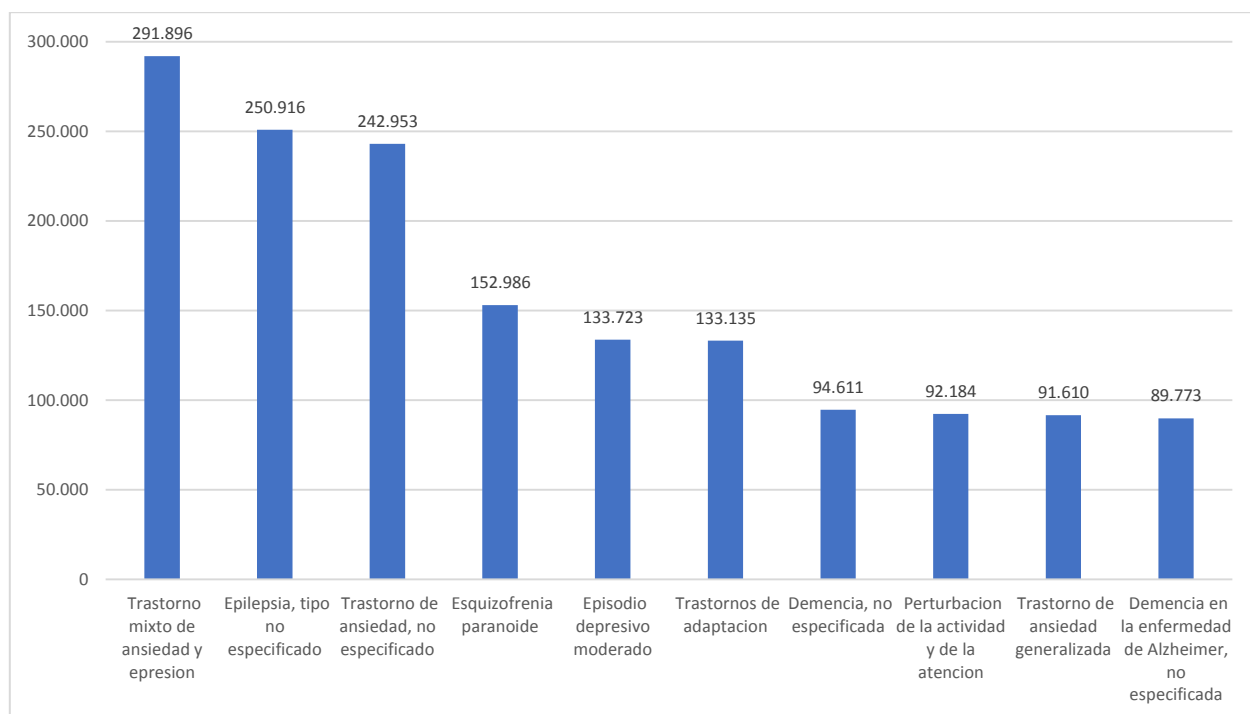
Gráfica 24. Total de atenciones en salud mental 2017-2021 por grupos de edad en Bogotá D.C.



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2021, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2022/04/25). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2021, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2021/12/31)

Por otro lado, en la Gráfica 25, es posible notar las diez primeras causas de atención en salud mental y el número total de atenciones desarrolladas frente a cada una de éstas durante el periodo 2017-2021.

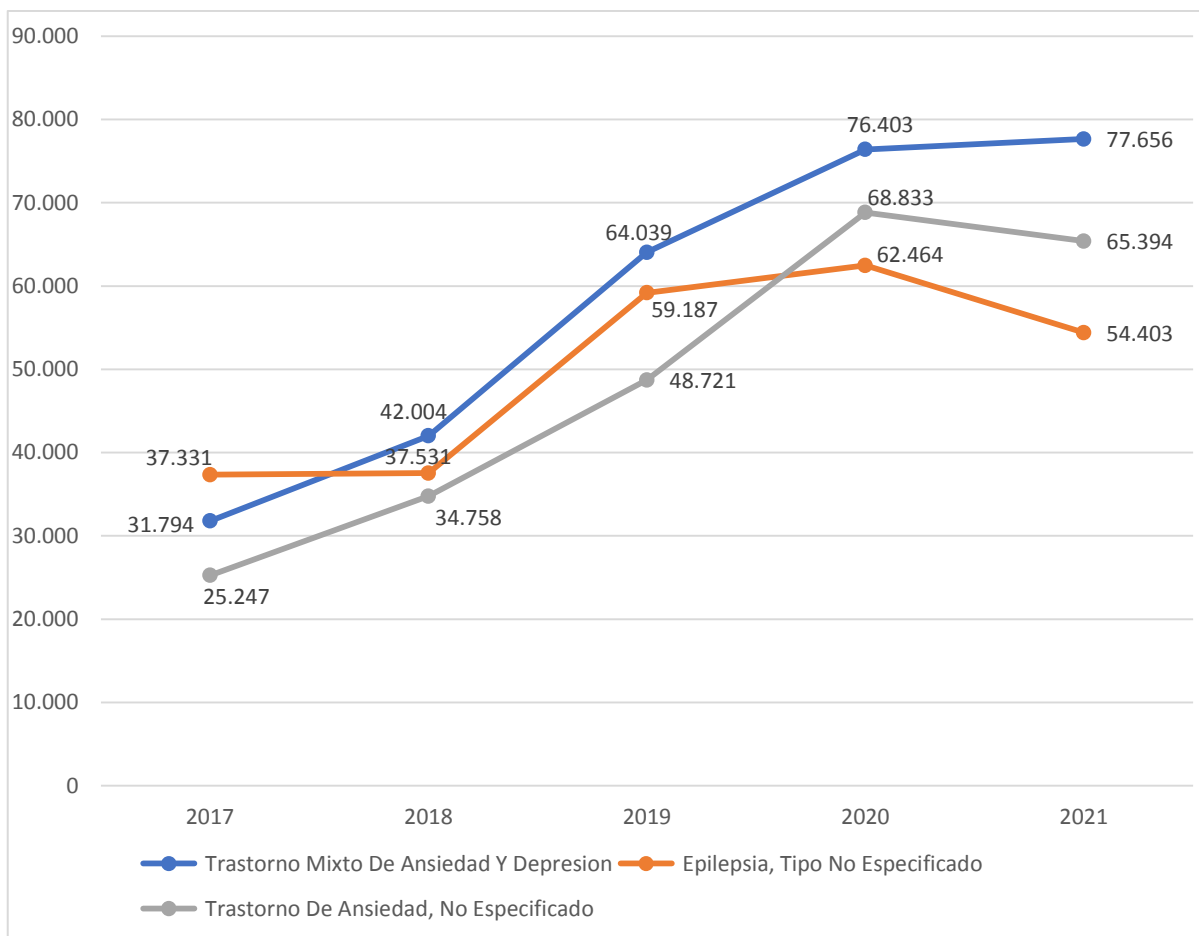
Gráfica 25: Diez primeras causas de atención en salud mental 2017-2021 en Bogotá D.C.



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2021, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2022/04/25). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2021, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2021/12/31)

Ahora bien, en la Gráfica 26 es posible observar la trazabilidad de las tres primeras causas durante el periodo mencionado, evidenciando que en Trastorno mixto de ansiedad y depresión, la primera causa, se registró un aumento progresivo del número de atenciones a través de los años. Mientras que, para la Epilepsia Tipo No Especificado, la segunda causa, se dio un aumento progresivo del número de atenciones hasta el año 2020 y en 2021 se presentó su reducción. Finalmente, para el Trastorno de Ansiedad No Especificado, la tercera causa, se registró aumento progresivo en el número de atenciones hasta el año 2020, superando la causa número dos, y una leve reducción de estas en 2021.

Gráfica 26: Trazabilidad principales causas de atención en salud mental 2017-2021 en Bogotá D.C.



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2021, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2022/04/25). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2021, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2021/12/31)

Adicionalmente, desde la mirada del enfoque de género se presentan en la Tabla 6 las diez primeras causas de atención en salud mental y las atenciones desarrolladas frente a cada una de estas durante el periodo 2017 - 2021, haciendo evidentes algunas variaciones entre hombres y mujeres.

Tabla 6: Diez primeras causas de atención en salud mental 2017-2021 según sexo

Sexo	Diagnóstico	Número total de atenciones
Hombre	Epilepsia, tipo no especificado	120.464
	Esquizofrenia paranoide	100.712
	Trastorno de ansiedad, no especificado	86.772
	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	75.884
	Perturbación de la actividad y de la atención	68.575
	Trastornos de adaptación	44.754
	Episodio depresivo moderado	37.362
	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado	34.038
	Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales complejos	33.174
	Trastorno de ansiedad generalizada	31.718
Mujer	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	216.012
	Trastorno de ansiedad, no especificado	156.181
	Epilepsia, tipo no especificado	130.452
	Episodio depresivo moderado	96.361
	Trastornos de adaptación	88.381
	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada	66.250
	Demencia, no especificada	63.063
	Trastorno de ansiedad generalizada	59.892
	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	56.899
	Episodio depresivo, no especificado	52.357

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2021, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2022/04/25). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2021, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2021/12/31)

Finalmente, en la Tabla 7 se presenta la primera causa de atención en salud mental, según cada localidad del Distrito Capital durante el periodo 2017 – 2021 y el número total de atenciones realizadas frente a éstas, haciendo evidente como la primera causa más común entre localidades la Epilepsia, tipo no especificado, seguida del Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Tabla 7: Primera causa de atención en salud mental 2017-2021 por localidad

Localidad	Diagnóstico	Número total de atenciones
Chapinero	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	50.805
Kennedy	Esquizofrenia paranoide	48.415
Usaquén	Trastorno de ansiedad, no especificado	37.040
Antonio Nariño	Esquizofrenia paranoide	32.498
Barrios Unidos	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	27.114
Teusaquillo	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	26.028
Suba	Epilepsia, tipo no especificado	24.275
Puente Aranda	Trastorno de ansiedad, no especificado	17.374
Tunjuelito	Epilepsia, tipo no especificado	16.307
Los Mártires	Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques de inicio localizado	9.717
Santa Fe	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	8.985
Fontibón	Disfunción orgásmica	8.602
Rafael Uribe Uribe	Epilepsia, tipo no especificado	7.995
Engativá	Epilepsia, tipo no especificado	7.884
Bosa	Epilepsia, tipo no especificado	4.510
San Cristóbal	Epilepsia, tipo no especificado	3.432
Ciudad Bolívar	Epilepsia, tipo no especificado	3.028
La Candelaria	Perturbación de la actividad y de la atención	2.254
Usme	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	1.290
Sumapaz	Esquizofrenia residual	84

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2021, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares (Corte de recepción 2022/04/25). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2021, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2021/12/31)

Oferta de Servicios de Salud Mental en la Red Pública y Privada

En el marco de la Resolución 2003 de 2014 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud”, y en transitoriedad la Resolución 3100/2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud”, se establecen los servicios de salud para la atención en salud mental para pacientes con alguna condición relacionada a problemas y trastornos mentales, codificados tal como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8: Servicios de salud para la atención en salud mental

Servicios: Grupo, Código y Denominación Resolución 2003 de 2014	Servicios: Grupo, Código y Denominación Resolución 3100 de 2019
Consulta Externa C.344- Psicología	Consulta Externa 344- Psicología
Consulta Externa C.345- Psiquiatría	Consulta Externa 345- Psiquiatría
Internación C.103-Psiquiatría o Unidad de Salud Mental	Internación C.131-Hospitalización en salud mental
Internación C.117 - Cuidado Agudo en Salud Mental o Psiquiatría	
Internación C.118- Cuidado intermedio en Salud Mental o Psiquiatría	
Internación C.126- Hospitalización en Unidad de Salud Mental	
Internación C.121- Atención Institucional Paciente Crónico	Grupo Internación, servicios: C.133- Hospitalización paciente crónico con ventilador. 134- Hospitalización paciente crónico sin ventilador.
Internación C.124- Internación Parcial en Hospital	Internación C.132- Hospitalización Parcial
Internación C.127- Internación Hospitalaria Consumidor de Sustancias Psicoactivas	Internación C.135- Hospitalización en consumo de Sustancias Psicoactivas
Internación C.128- Internación Parcial Consumidor de Sustancias Psicoactivas	Internación C.132- Hospitalización Parcial
Otros Servicios C.819- Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas	Grupo- Consulta Externa Códigos: 312- Enfermería 328- Medicina General 344- Psicología 345- Psiquiatría
Otros Servicios C.820- Atención Institucional No Hospitalaria al Consumidor de Sustancias Psicoactivas	Internación C. 138-Cuidado Básico del Consumo de Sustancias Psicoactivas
Urgencias C.501-Servicio de Urgencias	Atención Inmediata C.1102- Urgencias

Fuente: Lineamiento de adaptación de la ruta integral de atención en salud de la población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento en el D.C., Dirección de Provisión de Servicios de Salud, 2021.

En este sentido, los servicios de atención en salud mental habilitados en Bogotá D.C, en el marco de la ruta de atención en salud mental, se prestan tanto en el componente primario como en el

componente complementario, de acuerdo con la complejidad de su tecnología en salud mental, y se especifican en la Tabla 9.

Tabla 9 Servicios de Atención habilitados para atención en Salud Mental

OFERTA DE SERVICIOS SALUD MENTAL			
SERVICIOS	Pública	Privada	Total general
Consulta Externa	86	1866	1952
PSICOLOGÍA	61	1435	1496
PSIQUIATRÍA	25	431	456
Internación	8	44	52
CUIDADO BSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1	14	15
CUIDADO INTERMEDIO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRIA		1	1
HOSPITALIZACION EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		6	6
HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL	4	18	22
HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL	1	1	2
INTERNACION HOSPITALARIA CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		1	1
INTERNACION PARCIAL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		1	1
INTERNACION PARCIAL EN HOSPITAL	1	1	2
PSIQUIATR'O UNIDAD DE SALUD MENTAL	1	1	2
Otros Servicios		9	9
ATENCIÓN A CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		6	6
ATENCIÓN INSTITUCIONAL NO HOSPITALARIA AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		3	3
Total general	94	1919	2013
Fuente: REPS Descarga 06042022 Ministerio de Salud y Protección Social. Tabla elaborada: Dirección de Provisión de Servicios de Salud-Secretaría de Salud.			

Finalmente, en la Tabla 10 se presenta la distribución de la capacidad instalada para la atención en salud mental del paciente agudo.

Tabla 10 Distribución de capacidad instalada en internación total en salud mental

DISTRIBUCION DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN INTERNACION TOTAL EN SALUD MENTAL	
CAMAS	TOTAL
CUIDADO INTERMEDIO MENTAL	59
FARMACODEPENDENCIA	44
PSIQUIATRIA	388
SALUD MENTAL ADULTO	1.142
SALUD MENTAL PEDIATRIICO	196
SPA ADULTOS	73
SPA BASICO ADULTOS	464
SPA BASICO PEDIATRICO	44
SPA PEDIATRICO	6
Total general	2416
Fuente: REPS Descarga 06042022 Ministerio de Salud y Protección Social Tabla elaborada: Dirección de Provisión de Servicios de Salud-Secretaría de Salud.	

La anterior panorámica de la salud mental en Bogotá evidencia la necesidad de abordarla de manera integral, reconociendo no solo las afectaciones sino también los recursos y potencialidades con los que cuentan las personas.

La salud mental tiene una estrecha relación con las posibilidades de la ciudadanía para ejercer sus derechos y desarrollar sus capacidades y potencialidades, por lo cual las acciones en salud mental no se pueden limitar a la intervención de los trastornos mentales, sino que es muy importante que se promueva la salud mental y se la vincule con la búsqueda permanente del bienestar de todos y con el acceso a las estrategias necesarias para tal fin.

A través de esta política se busca dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 1616 de 2013 la cual busca 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; así como lo establecido en la Política Nacional de Salud Mental adoptada mediante la resolución 4886 de 2018, EL CONPES 3992 que contiene la estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia y lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública en la dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Barreras de acceso a Servicios de Salud Mental en la Red Pública y Privada

Las barreras de acceso se pueden clasificar de tipo económico, cultural, geográfico, administrativas, entre otras. Es decir, están relacionadas con: ingresos insuficientes para pagar los copagos y cuotas moderadoras, dificultad para el desplazamiento hasta los centros médicos y limitaciones de tiempo para acudir a las citas médicas y a exámenes debido a la sobrecarga entre actividades remuneradas y no remuneradas, creencias, mitos e imaginarios sociales. También se aluden circunstancias que impiden el ejercicio pleno del derecho a la salud, tales como demora en la asignación de citas, barreras en la autorización de exámenes diagnósticos, tratamientos, procedimientos, remisiones y en la asignación de citas médicas especializadas; así como la negación de servicios incluidos en el Plan de Beneficios.

Particularmente las mujeres identifican la necesidad de considerar en la oferta y en la atención en salud un enfoque diferencial que tenga en cuenta, por ejemplo, la cosmovisión, los usos y las costumbres de las mujeres indígenas, gitanas, negras y afrocolombianas, al igual que las necesidades particulares de acuerdo con su momento del curso de vida, su orientación sexual, su condición de discapacidad, el tipo de ocupación o trabajo que realizan, la condición de desplazamiento, así como las necesidades particulares de las mujeres transgénero. En esta vía, las últimas demandan profesionales con competencia y sensibilidad frente a sus experiencias, que contrarresten la percepción negativa que tienen muchas de ellas sobre el Sistema de Salud, así como la desconfianza y la poca credibilidad que le atribuyen a los tratamientos que les prescriben.

La identificación de estas barreras, la necesidad de vincular los resultados, productos, estrategias a implementar, con los diferentes enfoques: poblacional, diferencial entre otros, favorecerá la eliminación progresiva de ellas y mejoramiento en la calidad de los servicios de salud y la restitución de la confianza hacia el personal del sector.

En el contexto del Sistema General de Seguridad Social y Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, son las encargadas en direccionar la implementación de planes, programas y proyectos en salud a su población a cargo o afiliada a través de su red de prestadores de servicios, por lo tanto todas deben contar con una red de prestadores de servicios de salud, tanto en el componente primario (atención primaria básica y especializada) como en el componente complementario (atención especializada y supraespecializada), realizando acciones de carácter colectivo e individual, dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud que de manera articulada den respuesta a las necesidades de salud de su población afiliada o

a cargo.

A partir del año 2021 se desarrolla como estrategia, el plan rescate el cual tiene como objetivo recuperar y mejorar los indicadores en materia de salud, superar algunas dificultades y retos que se agudizaron por la pandemia en Bogotá, relacionados con salud materno perinatal, salud sexual y reproductiva, seguridad alimentaria y nutricional, enfermedades crónicas no transmisibles, el Programa Ampliado de Inmunizaciones y la salud mental.

La Salud mental es una de las prioridades de este plan de rescate y por ello se priorizaron tres condiciones, la ansiedad, la depresión y la conducta suicida que se han incrementado en la población durante la pandemia por COVID-19. En plan se ha buscado incorporar un conjunto de acciones específicas que aportan a la implementación de la Política de Salud Mental y que son realizadas de manera conjunta con otros sectores como Secretaría de Integración Social, Secretaría Distrital de la Mujer, Instituto de Recreación y Deporte, entre otros e igualmente con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud con las cuales se establecieron unas acciones que han permitido garantizar la atención integral en salud mental y mejorar la oportunidad en la atención, debido a la alta demanda en los servicios de consulta externa e internación.

Con respecto a las barreras de acceso a los servicios de salud mental, se precisa que con corte a 2021 y mayo de 2022, se evidencia que las tres (3) primeras problemáticas de servicios de salud mental ingresadas a través del Sistema Distrital de Gestión de Peticiones “Bogotá Te Escucha” y a través del correo electrónico destinado por esta Secretaría para tal fin, se registra, no oportunidad de los servicios con un 75,5%, seguido de la dificultad de accesibilidad administrativa con 9,4% y el no suministro de medicamentos con 8,5% como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 11. Problemáticas Salud Mental

Categoría Barrera	Total
Atención deshumanizada	2
Problemas recursos económicos	3
Dificultad accesibilidad administrativa	20
Negación servicios	4
No oportunidad servicios	160
No suministro medicamentos	18
Inspección vigilancia y control	5
Total general	212

Fuente: Base de datos Bogotá Te Escucha y base PQRD vía mail y radicados Dirección de Aseguramiento y Garantía del

En la línea “Salud Para Todos”, que corresponde a una estrategia de esta Secretaría, tiene como objetivo principal la disminución de barreras de acceso a los servicios de salud de los ciudadanos del Distrito Capital, se han gestionado las siguientes barreras:

Tabla 12. Barreras Salud Mental-Línea Salud Para Todos

Descripciones barreras	Cantidad
No entrega de medicamentos	10
Pacientes en remisión	24
Cita consulta externa	49
Hospitalización - información	5
Atención deshumanizada	2
Problemas económicos	1
Total	91

Fuente: Matriz de tramite diferido y de matriz control de llamadas y caracterización - Corte enero a 24 de agosto de 2022

Estrategia y proceso de Participación Ciudadana

El año 2005, la Secretaría Distrital de Salud emite los primeros lineamientos de política de salud mental que define objetivos, componentes y estrategias de implementación, orientadas hacia el desarrollo de acciones de carácter sectorial, intersectorial y comunitario, documento que orientó las acciones durante algunos años e integró aquellas que se desarrollaron a nivel local y distrital en esta materia. En este proceso se contó con participación comunitaria, así como con 300 gestores de salud mental que hacían parte del modelo de salud mental basado en la comunidad.

Entre 2009 y 2010 se inició el proceso de actualización de la política en cabeza de la Dirección de Salud Pública, de la Secretaría Distrital de Salud, hoy Subsecretaría de Salud Pública. Esta dependencia lideró y coordinó un proceso metodológico que comenzó con la revisión y el análisis documental de lo relacionado con salud mental, y que arrojó como resultado un documento inicial que sería discutido y analizado por profesionales de gestión local de salud mental, de los servicios de atención en salud mental y de los proyectos de los Fondos de Desarrollo Local - UEL. Estos profesionales desarrollaron en sus trabajos, acciones basadas en dicho documento, que se vieron reflejadas en los niveles sectorial, intersectorial y comunitario. De esta forma, participaron de

manera directa 238 profesionales⁴ y de manera indirecta aproximadamente 125.000 personas⁵ que alimentaron el proceso, aportando al análisis de situación, priorización de necesidades y movilizaciones en torno a las mismas.

De manera complementaria al proceso desarrollado con los referentes de las Empresas Sociales del Estado - ESE, hoy Subredes Integradas de Servicios de Salud, se llevó a cabo un proceso de articulación y coordinación al interior de la SDS, concretamente con 15 profesionales que hacían parte del equipo funcional de salud mental, quienes con sus conocimientos, competencias y experticia discutieron y retroalimentaron los documentos elaborados.

De dicho ejercicio resultó el documento “Propuestas de Ajuste al Lineamiento de Política de Salud Mental para Bogotá (Urrego, 2010)”, que significó el primer avance en la actualización de la política y que fue socializado en el marco del III Encuentro Distrital en Salud Mental, realizado en Bogotá en octubre de 2010, ante un auditorio de aproximadamente 106 personas. La metodología de trabajo se dio principalmente por medio de la presentación de propuesta de ajuste, grupos focales y entrevista semiestructurada.

Adicionalmente, en 2011 la Secretaría Distrital de Salud firmó el Convenio de Asociación N°1321-2011 con la Pontificia Universidad Javeriana mediante el cual se continuó el proceso. En desarrollo del mencionado convenio la Universidad retomó y trabajó el documento al que se había llegado en el 2010 y llevó a cabo un proceso que incluyó técnicas de análisis documental, intercambios con equipos y funcionarios de la SDS, así como la participación comunitaria a partir de la ejecución de eventos de concertación mediante el desarrollo de entrevistas, grupos focales y de discusión a través de modalidades de trabajo acordes con los y las participantes y con las características del encuentro, que facilitaron su trabajo. En estos grupos participaron representantes de la comunidad, las instituciones distritales (referentes de secretarías de Integración Social, Educación, Movilidad, Hábitat y Planeación), las EAPB, la academia, asociaciones científicas y profesionales del sector salud entre otros.

Se hicieron entrevistas a personas reconocidas por su conocimiento, experiencia o trayectoria en el campo de la salud mental. Las entrevistas fueron de tipo abierto, con preguntas orientadoras y se realizaron presencialmente o mediante correo electrónico. Los entrevistados y las entrevistadas fueron miembros de asociaciones científicas, de la OPS, del Departamento Nacional de Planeación,

⁴ Entre los cuales, se contaron 14 referentes de gestión local de salud mental, 112 profesionales del Plan de Intervenciones Colectivas de salud mental, 80 profesionales de las redes locales de buen trato, 22 referentes atención en salud mental y 10 profesionales de fondos de desarrollo local UEL con quienes se llevó a cabo un proceso de construcción conjunta de respuestas y lineamientos frente a la política. Estos referentes replicaron el ejercicio desarrollado con la SDS al interior de cada uno de los Hospitales incorporando de manera indirecta actores sociales e institucionales que aportaron al ejercicio.

⁵ Esta aproximación corresponde a la población con la cual se desarrollaron acciones de promoción de la salud mental y prevención de eventos y trastornos de la salud mental en los ámbitos de vida cotidiana durante vigencia 2010.

del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, de fundaciones, de la academia, psicólogos/as y psiquiatras entre otros.

En total, en desarrollo del convenio con la Universidad Javeriana, se realizaron 49 eventos de concertación, 17 grupos y 31 entrevistas, con un total de 175 participantes, (139 en los grupos y 36 en las entrevistas)⁶. Posterior al trabajo de participación social, el proceso de ajuste avanzó nuevamente, en el marco del IV Encuentro Distrital de Salud Mental realizado del 18 al 21 de octubre de 2011, en el que participaron 157 personas. Con los aportes generados, la Universidad Javeriana construyó un segundo documento de la política de salud mental, con el que incorporó el análisis de la información y la estructuración de la política en ejes.

Durante el 2013 y 2014, como fase final del proceso de construcción y validación de la Política, a través del entonces denominado Hospital Usaquén, se presentó, discutió y concertó la política con sectores que no habían participado anteriormente, se socializó a nivel territorial, sectorial y transectorial con el fin de obtener retroalimentación adicional, se elaboró una propuesta de georreferenciación de las acciones en salud mental distrital, que incluyeron diferentes ámbitos de construcción, esto a través de 10 encuentros.

En entrevistas, mediante la aplicación de un instrumento se dio la posibilidad a los y las participantes de validar, suprimir, modificar o realizar nuevas propuestas acordes con la estructura actual, siguiendo los ejes, líneas, componente y acciones que la conforman. Adicionalmente se realizaron seminarios de contextualización del documento preliminar de la política distrital.

En el 2013, la Secretaría Distrital de Salud desarrolla del V Encuentro Distrital de Salud Mental, el cual tuvieron participación de 160 personas, quienes dieron a conocer sus experiencias, revisaron nuevas formas de intervención con modelos de abordaje dirigidas al contexto social presente y se aplicó el instrumento anteriormente descrito.

En 2014 se llevaron a cabo 9 encuentros de reflexión y discusión en torno a la salud mental, los cuales tuvieron como objetivo la participación de nuevos sectores sociales, la construcción de nuevas formas de comprender salud mental, y la consolidación de un abordaje integrador de eventos en salud y el posicionamiento e integración de la mirada de la comunidad en el marco de la política en construcción.

Estos últimos encuentros contaron con la participación de 171 personas, entre las que se encontraban, sectores comunitarios, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, un grupo intersectorial, y referentes que trabajan en eventos prioritarios en salud.

En los encuentros con sectores comunitarios se empleó de la metodología de grupos de discusión,

⁶ Los resultados del proceso realizado por la Universidad Javeriana podrán ser consultados en el documento “Proceso de actualización, concertación y validación interinstitucional e intersectorial de la política distrital de salud mental de la Secretaría Distrital de Salud” se encuentran en el informe final del convenio.

siguiendo lineamientos que permitieron a los participantes abordar temas relacionados con la atención, los servicios y las dificultades que se presentan en los mismos versus las necesidades que ellos mismos identificaban con base en sus experiencias y su territorio. Ello permitió una mayor apropiación y comprensión por parte de los y las participantes, lo que generó nuevas propuestas para el proceso de actualización.

Adicionalmente, dentro del sector académico se realizaron entrevistas a docentes universitarios que han trabajado en el ámbito de la salud mental. En total participaron 335 personas en el proceso de actualización, socialización y validación del documento de la Política Distrital de Salud Mental.

Fue así como, conjuntamente con aproximadamente 126.000 personas pertenecientes a la comunidad, a las instituciones académicas y a otros sectores, la Secretaría de Salud llevó a cabo la revisión, retroalimentación y ajuste a la Política Distrital de Salud Mental para el periodo 2015-2025.

Complementario a lo anterior, para el año 2016 se llevó a cabo la publicación virtual del documento de la política y se inició el proceso de socialización y movilización a nivel local.

Para el 2017 como aporte al proceso de análisis de situación en la ciudad, se culminó el primer estudio tamiz de salud mental en Bogotá, mediante el convenio de cooperación técnica 1470/2015, suscrito con la Organización Panamericana de la Salud, el cual permitió evaluar la situación de salud mental en el Distrito, su impacto en segmentos de la población según zonas geográficas, grupos de edad, sexo y estrato socioeconómicos, para orientar las acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, plan complementario al plan de beneficios individual, denominado anteriormente Plan Obligatorio de Salud-POS.

Así mismo, para ese año la Secretaría Distrital de Planeación expide el Decreto 668, que establece las orientaciones definidas por el CONPES D.C. proceso que vincula la formulación del plan de acción, por parte de los sectores y las entidades responsables de formular políticas públicas distritales, para su aprobación.

En ese sentido para el año 2018 se incluyó dentro del Convenio de Cooperación con la Organización Panamericana de la Salud, el desarrollo de una metodología participativa y cualitativa denominada grupo focal a manera de Café del Mundo, el cual consiste en un formato de conversación, en el que se favorece la generación de ideas y la escucha de diferentes puntos de vista. Es una de las formas de los estudios cualitativos en donde se reúne un grupo de individuos seleccionados para discutir y elaborar, desde la experiencia personal y profesional, una temática o hecho que es objeto de investigación.

Para operacionalizar los planteamientos de la Política Distrital de Salud Mental, con miras a la formulación de un Plan de Acción adecuado y suficiente para su efectiva implementación, se realizaron ejercicios de recolección de información y análisis de esta, vinculando la participación incidente de los invitados y las invitadas que fueron organizados en tres grupos: Representantes de otros sectores, representantes del sector salud y academia y representantes de Asociaciones, Fundaciones y Comunidad.

El primer encuentro se realiza en agosto de 2018 con la asistencia de 29 profesionales del sector salud representantes de entidades públicas y privadas, quienes aportaron desde su experiencia y su vivencia de trabajo. Con profesionales de diversas instancias gubernamentales y representantes de la academia, se realiza un segundo encuentro en septiembre con la participación de 25 personas, donde se desarrolla el ejercicio de análisis conversacional de la política; y por último se realiza un último encuentro también en septiembre con la asistencia de 10 representantes de asociaciones de pacientes y fundaciones quienes aportaron, igualmente, desde sus experiencias y sus vivencias particulares a la recolección de insumos para el plan de acción.

Con estos valiosos insumos, la Secretaría Distrital de Salud inicia el proceso de organización y análisis de la información con base en las orientaciones generadas desde la Secretaría Distrital de Planeación, definiendo una propuesta inicial de plan de acción concertado nuevamente con diversos actores sociales e institucionales en una jornada de trabajo realizada en junio de 2019 con la participación de aproximadamente 80 personas; donde participaron delegados de las siguientes entidades:

Tabla 13: Participantes del proceso de formulación de la política de salud mental

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF Regional Bogotá	Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal IDPAC	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	Fundación Santa Fé Centro de Atención al Adulto Mayor
Instituto Distrital de Recreación y Deporte IDRD	Secretaría Distrital de Seguridad Convivencia y Justicia	COMFACUNDI	Instituto Nacional de Demencias-Emmanuel
Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud-IDIPRON	Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses	Renovar (Clínica del Sistema Nervioso)	Clínica la Inmaculada
Secretaría Distrital de Desarrollo Económico	Unidad Administrativa Especial Migración Colombia	Consejo Nacional de Trabajo Social	Clínica Retornar
Secretaría de Educación del Distrito	Secretaría Distrital de Ambiente	Federación Médica Colombiana	Clínica Monserrat
Secretaría	Ministerio de	Colegio	IPS las Américas

Distrital de Cultura, Recreación y Deporte	Salud y Protección Social	Colombiano de psicólogos	
Secretaría Distrital de Integración Social	Asociación Colombiana de Psiquiatría	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia	Clínica Nuestra Señora de la Paz
Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Pre Hospitalaria, Emergencias y Desastres	Defensoría delegada para la salud, la seguridad social y la discapacidad	Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos	CISBE - centro de investigación en salud mental y bienestar socio económico
Asociación Colombiana para la Salud Mental	FUNSABIAM (Fundación para la Salud, la Bioética y el Medio Ambiente)	Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia	Asociación Colombiana de Personas con Esquizofrenia y sus Familias ACPEF
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	Subred Integrada de Servicios de Salud sur	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente
Compensar	Cruz blanca	Ecopetrol	Famisanar
Coomeva	Fuerzas Militares	Nueva EPS	Policía Nacional
Ferrocarriles	Salud vida	Sura	SOS
Salud total	Magisterio	MEDIMAS	Sanitas
UNISALUD	Capital salud	ALIANSA SALUD	Asociación Proyecto Autismo
FUNIDEP	IPS Remy	Fundación CRESER	Clínica Santo Tomas
Clínica Campo Abierto	Asociación Colombiana de Bipolares	Asociación Colombiana contra la Depresión y el Pánico - ASODEP	Liga Colombiana de Autismo
Fundación unidos	Fundación Red	PROACTO ONG	Fundamental

contra la depresión -	Social de Antioquia		
Intellectus, centro de memoria y cognición			

Fuente: Elaboración propia equipo SDS

La documentación del proceso fue remitida a la Secretaría de Planeación Distrital la cual emite un concepto técnico en abril de 2020, en el cual realiza una serie de recomendaciones de ajuste dentro de las cuales se destaca la visibilidad de la articulación intersectorial para la intervención del problema público, así como la transversalización y la materialización los enfoques.

En ese sentido, y en aras de facilitar el proceso de articulación con los demás sectores, en el 2021 se acordó la inclusión del “pilar bienestar emocional y salud mental” en el plan de acción del Comité Intersectorial Distrital de Salud a través del cual se facilitaron los procesos de articulación y gestión transectorial. Para agosto de 2021, por directriz de la Alcaldía Mayor en sesión 02 de CONPES, se define la posibilidad de adoptar políticas públicas no solo por procedimiento CONPES, sino también por decreto distrital, por lo cual la Secretaría Distrital de Planeación emite el decreto 084 de 2022 en marzo de este año, mes a partir del cual se fortalece el proceso de articulación con los demás sectores facilitando el desarrollo de un taller el 29 de junio con representantes técnicos y de las oficinas de planeación de los diferentes sectores, donde se compartió el avance en la fase de agenda pública, la cual incluye la elaboración del documento diagnóstico y los avances en la formulación de la propuesta de plan de acción, para que fuese analizadas internamente en cada sector, buscando complementar la información y las propuestas de abordaje construidas.

Posterior a ese espacio, entre agosto y septiembre de 2022, se desarrollaron mesas de trabajo con cada sector, a través de las cuales se discutieron procesos de inclusión de aportes al diagnóstico, desde fuentes propias de cada uno de ellos, así como la articulación en torno al plan de acción, reconociendo que en el marco de la formulación de otras políticas públicas, se abordan también elementos que aportan al bienestar emocional y la promoción de salud mental o la intervención de sus determinantes sociales relacionados con ella; y en esa medida, no se incorporan de manera directa en el plan de acción de la política de salud mental, ya que se recogen en los actuales planes de acción que se vienen implementando o aquellos que se están construyendo, en el marco de otras políticas públicas distritales. Tal es el caso de las siguientes políticas:

Tabla 14: Identificación de relación de las políticas públicas con la de salud mental

POLÍTICA PÚBLICA	PROCESO, RESULTADO, ACTIVIDAD, META O PRODUCTO RELACIONADO CON EL BIENESTAR EMOCIONAL O LA SALUD MENTAL.
POLÍTICA INFANCIA Y	Incluye acciones relacionadas con la implementación de

ADOLESCENCIA	intervenciones a través de líneas, plataformas y canales, así como intervenciones educativas orientadas fortalecer habilidades y competencias protectoras de la salud mental
POLÍTICA DE JUVENTUD	Vincula resultado relacionado con jóvenes que pueden identificar y prevenir riesgos en salud mental, a través de la toma de decisiones informada.
POLÍTICA DE ADULTEZ	Contempla tanto el desarrollo de una estrategia para la generación de capacidades en los trabajadores adultos a través de acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias que promuevan el abordaje integral de los entornos laborales, así como procesos de atención psicosocial a demanda en las diferentes modalidades para la población adulta víctima de conflicto armado.
POLÍTICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ	Considera acciones colectivas centradas en información, educación, y comunicación en salud basados en el automanejo de las condiciones crónicas, donde se brindan herramientas sobre los estilos de vida saludable, que van desde la alimentación saludable, la actividad física, y salud mental, para las personas mayores del Distrito.
POLÍTICA DE FAMILIAS	Vincula diversos productos que aportan e inciden en proceso de salud mental y bienestar emocional como la mejora en el acceso a los servicios en el marco del modelo de atención integral, la reducción de la tasa de violencia intrafamiliar, fortalecimiento de redes protectoras, experiencias de promoción del buen trato y prevención de violencias en las familias, escuela de padres, madres y cuidadores en las instituciones educativas distritales; Atención Psicosocial familiar a través del PAPSIVI para víctimas del conflicto armado en Modalidad Familiar; Hogares con jefatura femenina con contrato social familiar vinculados, entre otros
POLÍTICA DE FENOMENO HABITABILIDAD EN CALLE	Contempla el desarrollo de procesos de atención a personas habitantes de calle que soliciten atención en rehabilitación integral con adicciones, campaña de prevención de la ruta de atención en servicios de salud mental y spa y caracterización de la población habitante de calle en salud
POLÍTICA DE MUJER.	La Secretaría Distrital de La Mujer como entidad líder de implementación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género, contempla los productos que contribuyen a la garantía del derecho a la salud plena de las mujeres, dentro de este la salud mental, inmersos en el plan de acción de la citada política. En ese sentido, desde la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género se desarrollan los siguientes productos que aportan a la

	salud mental pero no se vinculan al proceso de la política de salud mental: Plan de Igualdad de Oportunidades para la equidad de género implementado, atención y seguimiento psicosocial a mujeres víctimas de violencias fortalecido, a través de la implementación de las Duplas de Atención Psicosocial, Línea Púrpura Distrital con un equipo integrado a la Línea 123, estrategia de desarrollo y fortalecimiento de capacidades psicoemocionales, operación del Modelo de atención de las Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres en las 20 localidades y Estrategia de cuidado a cuidadoras
POLÍTICA LGBTI	Contempla diversos elementos con base en el enfoque de derechos, sin embargo, enuncia como necesidad la generación de un programa de salud mental para población LGBTI el cual se espera sea retomado en la presente política.
POLÍTICA ASP	Incluye acciones relacionadas con el sector salud dentro de las cuales se encuentra intrínsecamente relacionado el tema de salud mental, como por ejemplo el monitoreo a las canalizaciones de las EAPB para la atención en salud o el estudio sobre la situación asociada a la actividad y sus determinantes con enfoque de género, diferencial, poblacional y territorial.
POLÍTICA DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS - LEY 1448 DE 2011	Los productos contemplados se enfocan en la atención psicosocial y/o procesos de armonización con enfoque diferencial a través de la atención en las modalidades (individual, familiar, comunitario, colectivo y/o individual grupal) así como la orientación técnica a las EAPB e IPS priorizadas en el distrito capital para la gestión de la implementación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para la población víctima del conflicto armado, en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud de Agresiones Accidentes y Traumas -RIAS AAT-
POLÍTICA PÚBLICA DISTRICTAL AFRO Y PALENQUERO	Vincula la concertación e implementación de las adecuaciones técnicas y administrativas necesarias para la implementación de las RIAS (rutas integrales de atención en salud), con enfoque diferencial Afro en el componente de prestación de servicios de salud, la implementación de una estrategia de fortalecimiento de prácticas de cuidado de la salud a la población Afrodescendiente a través de estrategias promocionales y preventivas a partir de la valoración de riesgos de la salud pública reconociendo dinámicas de la salud urbana y cosmovisiones propias de la comunidad y la atención a familias afrodescendientes a través de acciones promocionales y preventivas para el cuidado de la salud desarrolladas en la estrategia

	"Kilombos".
POLÍTICA PÚBLICA DE DEPORTE, RECREACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, PARQUES Y ESCENARIOS	Vincula las actividades y programas que se realizan mediante estrategias para fortalecer la salud física, mental, los hábitos y estilos de vida saludable, incidiendo en la calidad de vida de los ciudadanos. Por lo anterior a la política de salud mental no se vinculan productos bajo que tengan participación de IDRD.
POLÍTICA DISTRITAL DE HÁBITAT	Incluye la distribución o mejoramiento de los equipamientos alrededor de las viviendas que podrían mejorar las condiciones de las personas en cuanto a acceso a recreación como parques o espacios para deporte, los cuales ya se encuentran con productos o estrategias en el marco de la política de hábitat y por lo tanto no se incluye la articulación del sector en la política de salud mental.

Fuente: Elaboración propia quipo SDS

Resultados de la información obtenida del proceso de participación

El amplio proceso de participación que ha tenido la formulación de la política de salud mental ha permitido identificar esas actividades, acciones o procesos que los actores han priorizado como necesarias en la ciudad. En ese sentido se destacan los siguientes aportes desarrollados en dos fases del proceso: La primera de ellas del proceso participativo de construcción de propuesta de plan en el 2015 de parte del Hospital Usaquén que retomó las bases trabajadas con la Universidad Javeriana y la segunda con la Organización Panamericana de la Salud.

En ese sentido, a continuación, se retoman los elementos principales que surgen de la participación de actores sociales, comunitarios, institucionales y académicos en relación con la política de salud mental:

Fase 1: Hospital Usaquén

Se requiere avanzar en el posicionamiento de la salud mental a través de la gestión del conocimiento, la gestión de la información y la divulgación de esta (Tabla 15). Para ello se propone:

Tabla 15: Aportes de la comunidad al eje 1 – Validación Hospital, Usaquén

COMPONENTE	LINEA DE ACCIÓN	ACCIONES PROPUESTAS
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN	Garantizar recursos académicos, financieros y humanos con entidades públicas y privadas para la formulación y desarrollo de investigaciones y proyectos en salud mental:

		Levantamiento de la línea de base de trastornos de la conducta alimentaria - Anorexia y Bulimia
		Levantamiento de la línea base de trastornos en depresión y ansiedad
		Levantamiento de la línea de base de déficit atencional e hiperactividad.
		Levantamiento de la línea base en maltrato infantil
		Formulación y socialización de experiencias demostrativas orientadas hacia la prevención universal, reducción del daño y prevención indicada del uso y abuso de sustancias psicoactivas
		Realizar estudios sobre factores de riesgo en Salud Mental
		Realizar estudios de incidencia y prevalencia de eventos y trastornos en salud mental para Bogotá, en coordinación con otros actores y sectores
		Modelos para la atención de los eventos prioritarios, bullying, esquizofrenia, trastorno de bipolaridad y depresión en el marco del sistema general de seguridad social en salud
	CREACIÓN DEL OBSERVATORIO DISTRITAL DE SALUD MENTAL	Articulación con entidades nacionales para la asesoría y asistencia técnica frente a la creación del Observatorio Distrital de Salud Mental
		Creación y reglamentación del Observatorio Distrital de Salud Mental
		Puesta en marcha del Observatorio de Salud Mental
		Seguimiento al observatorio
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	FORTALECIMIENTO DE LA RED DE VIGILANCIA EN SALUD MENTAL	Actualización de las Unidades Primarias generadoras de dato y Unidades informadoras
		Integración de la información de la vigilancia en Salud Mental
		Sistematización de la información con criterios de calidad y oportunidad definidos
		Socialización de la información
	INTERVENCIONES DE ALTO IMPACTO EN SALUD MENTAL	Creación de protocolos o rutas para intervenciones prioritarias
		Intervenciones oportunas en eventos prioritarios
	VIGILANCIA EN SERVICIOS Y ATENCIÓN	Seguimiento de alertas, canalización y seguimiento
		Seguimiento a las intervenciones en Salud Mental
COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN	DISEÑO DE ESTRATEGIAS	Fomentar escenarios de encuentro y discusión en torno a la salud Mental (Locales, Distritales)

	COMUNICATIVAS EN TORNO A LA SALUD MENTAL	Diseñar y desarrollar campañas que posicionen y promuevan la comprensión de la salud Mental en sectores públicos y privados
		Inclusión de nuevas tecnologías de la información (TIC)

Construir respuestas integrales en los territorios a través de un abordaje de la salud basado en la APS a partir de enfoque poblacional y diferencial (Tabla 16)

COMPONENTE	LINEA DE ACCION	ACCIONES PROPUESTAS
ABORDAJE TERRITORIAL DE LA SALUD MENTAL	FORTALECIMIENTO DEL ABORDAJE DE LA SALUD MENTAL EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA CIUDAD	<p>Diseñar, implementar y evaluar estrategias de Promoción de la salud mental y Prevención de eventos y trastornos de salud mental, coherentes con las necesidades en salud mental identificadas en los territorios.</p> <p>*Mesas de trabajo adecuadas a una capacitación del grupo de salud mental y así ellos sean multiplicadores</p> <p>Identificar y fortalecer alianzas estratégicas, intersectoriales y transectoriales</p> <p>*Incluir: nacional, distrital, local, internacional</p> <p>*Las alianzas intersectoriales y estrategias de otros sectores deben darse desde el conocimiento de esta.</p> <p>*Identificar y fortalecer alianzas estratégicas intersectoriales y transectoriales que permitan una articulación efectiva y respuestas integrales</p> <p>Gestionar y promover acuerdos y acciones con redes sociales y comunitarias, ONGs</p> <p>*Proyectos especiales en vigilancia por personal especializado en ello</p> <p>*Las alianzas intersectoriales y estrategias de otros sectores deben darse desde el conocimiento de la misma. Se ha visto que asisten y presan un servicio con bajo conocimiento de necesidades y no prestan la información o atención que se necesita en realidad.</p> <p>Desarrollar proyectos intersectoriales con recursos de inversión local que contribuyan a dar respuesta a las necesidades de salud mental en los territorios</p>
	ESTRATEGIAS DE ABORDAJE DIFERENCIALES QUE RECONOZCAN Y DEN RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE	<p>Identificar las necesidades en salud mental de los grupos poblacionales vulnerable</p> <p>*Las políticas de promoción y prevención no pueden ser solo para población vulnerable, se debe incluir población de bajo riesgo, ahí está la verdadera prevención.</p> <p>incluir acciones no solo enfocadas a población vulnerable sino a</p>

	GRUPOS VULNERABLE	personas afiliadas con enfoque incluyente.
		Incluir el enfoque diferencial, poblacional y de género en las estrategias de Promoción de la salud mental y Prevención de eventos y trastornos de salud mental
		Desarrollar proyectos intersectoriales con recursos de inversión local que contribuyan a dar respuesta a las necesidades en salud mental de la población vulnerable en los territorios. *Las políticas de promoción y prevención no pueden ser solo para población vulnerable, se debe incluir población de bajo riesgo.
		Diseñar e implementar estrategias de promoción y prevención para víctimas de violencia y conflicto armado.
FORTALECIMIENTO DE MOVILIZACIÓN, PARTICIPACIÓN SOCIAL, COMUNITARIA Y CIUDADANA	FOMENTO DE LA MOVILIZACIÓN, PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y CIUDADANA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD MENTAL Y EL ABORDAJE DE LAS MISMAS EN LOS TERRITORIOS	Desarrollar de manera conjunta acciones que conlleven al fortalecimiento de organizaciones sociales, al empoderamiento de la ciudadanía y al fortalecimiento del tejido social en pro de la salud mental *Se deben establecer los deberes del paciente y la comunidad. *intervenciones territoriales con estrategia de p y p con enfoque diferencial
	FORTALECIMIENTO DE LA MOVILIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL QUE FAVOREZCA LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN EN LOS TERRITORIOS DE LA CIUDAD	Socializar en los espacios de Participación Social (mesas, comités, redes, entre otros) las necesidades de salud mental en los territorios para generar acciones intersectoriales que den respuesta a las mismas *Creación de una red local de salud mental que incluya en su participación al sector privado. *Definir participación comunitaria, participación social y participación ciudadana
	APROPIACIÓN Y FORMACIÓN DE LA	Formación y capacitación a actores sociales e institucionales en torno a una comprensión y visión positiva de la salud mental

	CIUDADANÍA FRENTE A LA COMPRENSIÓN Y CONCEPCIÓN POSITIVA DE LA SALUD MENTAL	Impulsar y desarrollar procesos de sensibilización ciudadana en torno a los trastornos mentales que promuevan la inclusión social de los pacientes y sus familias
--	---	---

Fuente: Informe final acción de énfasis Hospital Usaquén.

En relación con las acciones sectoriales se propone la disposición de servicios y atención en salud mental para la población del distrito capital con base en una estrategia de APS

Tabla 17: Aportes de la comunidad al eje 2 – Validación Hospital, Usaquén

COMPONENTE	LINEA DE ACCION	ACCIONES
ACCESO A PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL	FOMENTO DE ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA APARICIÓN DE EVENTOS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DEL DISTRITO CAPITAL	<p>Identificar acciones de promoción de la salud mental y prevención de eventos que afecten la salud mental en el marco de las competencias de las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios)</p> <p>*Involucrando a las ARL</p> <p>*Realizando seguimiento y puntualizando en las estrategias de PYP en salud mental.</p> <p>*Implementando la evidencia y efectividad</p> <p>*Incluyendo el cumplimiento de logros a corto moderado y largo plazo.</p> <p>*Trabajando aspectos relacionados con manejo del estrés.</p>
		<p>Realizar rectoría a las EAPB para el cumplimiento de las acciones relacionadas con la salud mental de su población.</p> <p>* Incluye tanto eventos, como trastornos.</p> <p>* Estableciendo las acciones mínimas a desarrollar por parte de las EAPB.</p>
		<p>Generar estrategias de comunicación y divulgación de los servicios, rutas de atención a eventos en salud mental, dirigidos a la población.</p> <p>* Teniendo en cuenta el nivel socio-económico y educativo de la población para la creación de dichas estrategias</p>
		<p>Promover la garantía de la participación de las EAPB en los espacios de sectoriales e intersectoriales para la respuesta integral en salud mental de la población.</p> <p>* Estableciendo unidades puntuales que permitan generar estrategias por parte de las EAPB.</p>

		<p>* Exigiendo la participación de la EAPB en los espacios sectoriales e intersectoriales para la respuesta integral en salud mental de la población</p> <p>* Garantizando los recursos para las EAPB</p>
		<p>Diseño e implementación del programa de prevención de la conducta suicida en las IPS públicas y privadas del Distrito Capital.</p> <p>* Incluyendo en las acciones comunitarias</p> <p>* Incluyendo en el trabajo intersectorial al sector educativo</p>
		<p>Diseño e implementación del programa de detección temprana y atención del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en las IPS públicas y privadas del Distrito Capital.</p> <p>*Incluyendo en el trabajo intersectorial al sector educativo</p> <p>*Incluyendo colegios públicos y privados</p>
		<p>Implementación de Programa de salud mental comunitaria, coherente con el modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud</p> <p>* Incluyendo a las EAP</p>
	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA POBLACIÓN VULNERABLE	<p>Identificar y/o diseñar e implementar protocolos de atención diferencial para la atención de eventos y trastornos en salud mental presente para población vulnerable</p>
		<p>Diseñar, validar e implementar el programa de atención psicosocial y atención integral a las víctimas del conflicto armado.</p> <p>*Estableciendo programas con cobertura que no esté sujeta al régimen de afiliación</p> <p>* Incluyendo los recursos económicos para garantizar, cuando se necesita el tratamiento integral, intra-institucional (hospitalización, hogar de paso o consulta externa).</p> <p>*Con enfoque diferencial centrado no solo en atención inicial sino en el tratamiento integral para el paciente y su familia.</p>
		<p>Incluir el enfoque diferencial en las intervenciones dirigidas a población vulnerable.</p>
		<p>Fortalecer las alianzas sectoriales, intersectoriales y transectoriales, públicos y privados, para el abordaje integral y diferencial de las problemáticas en salud mental identificadas en población vulnerable.</p> <p>*Integrando salud al colegio con las EAPB</p> <p>* Con especial énfasis en enfoque diferencial, poblacional y de género.</p>
	ATENCIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO A LA	<p>Velar por el fortalecimiento de los servicios de atención a personas con eventos y/o trastornos mentales en las IPS públicas y privadas.</p>

	POBLACIÓN CON EVENTOS Y/O TRASTORNOS EN SALUD MENTAL	<p>*Ampliando los servicios de atención a personas con eventos o trastornos mentales en las EPS</p> <p>* Fortaleciendo los servicios de atención a eventos en salud mental, colocando solo una tarifa unificada para el paciente en todos los hospitales</p>
		Garantizar la atención a la demanda de servicios de salud mental no incluidos en el POS.
		Sensibilizar a prestadores privados para la generación e implementación de nuevas modalidades de atención en Salud Mental
		<p>*De acuerdo a las modalidades incluidas del POS y modelos de atención de las EAPB</p> <p>* Articulando con otros programas públicos, garantizando el acceso de población de régimen contributivo.</p>
	VIGILANCIA Y RECTORÍA A LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS	Desarrollar acciones de vigilancia y rectoría a EAPB para garantizar el acceso a los servicios y rehabilitación en salud mental.
		Brindar asesoría y asistencia técnica a los Aseguradores (EAPB), a las Prestadores (EPS - IPS) para el cumplimiento de la normatividad y el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud mental.
		Establecer veedurías ciudadanas para vigilar y fiscalizar la ejecución y calidad técnica en la prestación de los servicios de salud mental.
	ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD MENTAL	Formulación, adopción o adaptación de guías, rutas y protocolos en el tema de urgencias y emergencias en salud mental.
		<p>* Fortaleciendo la red de ambulancias en salud mental.</p> <p>*Estableciendo guías de protocolos de atención APH que son preferentes a la atención previa</p> <p>*Identificando el espectro suicida</p> <p>* Realizar el seguimiento en el caso de violencia y los estresores con un seguimiento continuo</p>
		Desarrollo de acciones para articulación con los sistemas de emergencia - públicos y privados - en torno a la salud mental.
FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL TALENTO	FORMACIÓN EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y EL	<p>Desarrollar procesos de capacitación a personal de salud de las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) encargados de atender y desarrollar acciones en salud mental.</p> <p>• Estableciendo asistencia técnica a EAPB</p>

HUMANO	COMPONENTE DE LA SALUD PARA LOS PROFESIONALES Y AGENTES COMUNITARIOS	Fortalecer competencias en atención primaria en salud a equipos de salud mental que operan en los territorios *Incluyendo atención, prevención, identificación, canalización y prevención SM
		Establecer convenios docentes asistenciales para promover el fortalecimiento de las competencias de talento humano en pregrado, educación continua y posgrado en salud mental.
		Desarrollar competencias a los equipos de profesionales en los eventos prioritarios de salud mental con enfoque de derechos y diferencial en el marco del proyecto Salud por el Buen Vivir.
		Identificar y formar agentes comunitarios en torno a procesos de identificación y acompañamiento a personas con eventos o trastornos de salud mental
FORTALECIMIENTO DE LA RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	ESTABLECER ALIANZAS ENTRE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO PARA FORTALECER LA RED DE SERVICIOS Y ATENDER INTEGRALMENTE A LA POBLACIÓN CON EVENTOS Y/O TRASTORNOS EN SALUD MENTAL	Definir organización de la oferta de servicios de salud mental por redes integradas.
		Desarrollar procesos orientados hacia la humanización de los servicios de salud mental.
		Identificar y coordinar acciones con tecnologías de comunicación existentes y relacionadas con salud mental en el Distrito, que fortalezcan las acciones de la Línea 106 hacia la comunidad.
		Capacitar y difundir entre los prestadores de servicios de salud mental la normatividad vigente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
		Incentivar la acreditación de los servicios de salud mental
	EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL	Generar estándares de calidad para la prestación de servicios en salud mental.
		Implementar herramientas de evaluación y monitoreo de estándares de calidad en salud mental Realizar un estudio de satisfacción de usuarios de los servicios en salud mental.

Fuente: Informe final acción de énfasis Hospital Usaquén.

Fase 2: Organización Panamericana de la Salud

Desde el Convenio suscrito con la OPS en el año 2018 se viabilizó la metodología para la formulación del plan de acción de la política de salud mental con las directrices que en su momento la Secretaría Distrital de Planeación dispuso para tal fin. Para la adecuada elaboración del plan de acción, los

lineamientos distritales recomiendan el uso de la metodología del marco lógico (ML) en tanto garantiza relaciones de coherencia entre objetivos y acciones, y define la forma como se generarán los resultados esperados a partir de la identificación de los insumos requeridos.

En ese sentido para la formulación del plan de acción de la Política Distrital de Salud Mental se propuso orientar el proceso de construcción a la luz de las siguientes directrices:

1. Empleo de la metodología de marco lógico (ML): Esta metodología permite el análisis detallado de la propuesta de acción y la sistematización de todos los elementos constitutivos de la misma en una matriz de fácil interpretación, la cual constituye el núcleo central del Plan.
2. Construcción participativa: Considerando que una buena parte de los antecedentes de construcción de la PDSM se dieron mediante procesos de participación; en reconocimiento de la importancia de este tipo de procesos, la formulación del plan de acción propendió por la vinculación activa de los principales actores claves de la PDSM.
3. Integración y armonización de perspectivas: El análisis y la sistematización de la información que se recabó mediante fuentes primarias y secundarias, propendió por articular las acciones del plan de acción de la PDSM con el ejercicio del Distrito en materia de salud mental y por fortalecer el dialogo entre la política y orientaciones publicas asociadas, tanto a nivel distrital como a nivel nacional.
4. Aprovechamiento de los recursos tecnológicos: En línea con las orientaciones anteriores y con el ánimo de facilitar la comunicación constante con los profesionales vinculados a la PDSM, para la formulación del plan de acción se propendió por construir canales de comunicación con profesionales y minimizar el impacto en sus dinámicas diarias.
5. Uso de metodologías mixtas: Se emplearon metodologías tanto cuantitativas como cualitativas para consolidar la información primaria y secundaria, para operacionalizar los diferentes aportes en la materialización de los contenidos del plan de acción.

La formulación del Plan de Acción de la Política Distrital de Salud Mental se desarrolló en el marco de un proceso participativo para lo cual se plantearon tres encuentros con tres grupos focales representantes de sectores particulares cuyos aportes son estratégicos para la elaboración de un plan de acción que responda a necesidades reales del distrito. En estos encuentros primó la conversación y construcción alrededor de la interrelación con el contexto del documento de la PDSM y de la operacionalización de esta en un plan operativo puntual, haciendo uso del instrumento de identificación de líneas de acción diseñado; simplificado para efectos del ejercicio participativo a realizar y la población con la cual se trabaja.

Con base en el análisis de los aportes de los diferentes actores vinculados al proceso de formulación de acción de la PDSM, se definieron las categorías de acción y, en función de éstas se determinaron las acciones propuestas para responder a las diversas apreciaciones y valoraciones realizadas en

torno a los ejes y componentes que estructuran la política.

Esta aproximación sintética evidencia de forma significativa la importancia del trabajo articulado entre diversos sectores, bajo el liderazgo de la SDS; así como la articulación e interdependencia de las diferentes acciones (existentes y potenciales) en el abordaje de la Salud Mental.

A continuación, la síntesis de los aportes al plan de acción de la PDSM:

Tabla 18: Aportes de la comunidad a considerar en el plan de acción de la política – Construcción OPS

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
1. Posicionamiento de la salud mental	Componente 1. Participación social, comunitaria y ciudadana con incidencia política	Fortalecer la articulación instancias nacionales, distritales y locales	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicios de articulación alrededor de las RIAS. Vinculación ampliada del sector privado, comunitario y académico a espacios locales y distritales (Consejos del Buen Trato, Comités de Seguimiento a Víctimas, Comités de Política Social, Comité Distrital de SM) para garantizar la participación. Creación/fomento de espacios específicos para el análisis de la SM y la retroalimentación del trabajo en esta materia. 	“Existen programas desde lo privado que nos pueden fortalecer en salud (...). No nos conocemos las acciones y estamos por un lado lo privado y por otro lo público” (Intersectorial y Academia)
		Incentivar la participación y la movilización social y comunitaria, y las acciones de control social	<ul style="list-style-type: none"> Existen ejercicios comunitarios alrededor de la enfermedad, por lo que es indispensable fortalecer el trabajo desde la perspectiva de salud Existen veedores y líderes comunitarios que voluntariamente acompañan acciones de salud pública, pero es necesario empoderar a los jóvenes para que participen en estos procesos Fortalecimiento de la ciudadanía para el empoderamiento a la comunidad frente a la importancia de la 	<p>“la sociedad civil no arranca a trabajar por generación espontánea, hay que ayudarle a organizarse y educarla para que trabaje (...) desde la institucionalidad” (Sector Salud)</p> <p>“Si se está construyendo un plan de acción para la política pública hay que pensar en unos mínimos de un cómo (...). Trans, es transversal en los actores, no es la institucionalidad sino las comunidades, todos los actores que están involucrados en esa problemática publica son también los llamados y los convocados a hacer parte de la solución (Intersectorial y</p>

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
			<p>participación social que dé respuesta a sus problemáticas a partir de las organizaciones comunitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visibilizar procesos de participación social de la SDS a asociaciones • Fomento de procesos desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria y RBC en Salud Mental. • Empoderamiento y agremiación de asociaciones a través de asistencia técnica de la SDS • Herramientas a la comunidad para ejercer control social 	<p>Academia)</p> <p>“podemos darnos cuenta de que si nadie ha tenido una participación activa de la Secretaria, es porque le ha hecho falta a la Secretaria más promoción en estos lugares” (Comunidad)</p>
		Fortalecer el financiamiento, la regulación y/o el desarrollo de planes de acción sectoriales y transectoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción de planes integrados de políticas públicas en lo local para gestionar recursos con Planeación Distrital • Integrar al sector privado en el trabajo comunitario, desde el componente de responsabilidad social. • Fortalecimiento y articulación de las políticas públicas en promoción y prevención 	<p>“Existen programas desde lo privado que nos pueden fortalecer en salud (...). No nos conocemos las acciones y estamos por un lado lo privado y por otro lo público” (Intersectorial y Academia)</p>
	Componente 2. Gestión del conocimiento	Generación, sistematización y/o análisis de conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Financiación de la investigación en coherencia con los planteamientos de la línea de investigación en Salud Mental de Colciencias, el Observatorio de Drogas, líneas de investigación en Universidades y organismos internacionales. 	<p>“Tiene que haber más articulación entre la academia y los sectores públicos (...) prácticamente toda universidad tiene líneas de investigación en el área (...), pero es una investigación que se ve muy limitada (...) depende de sus recursos para implementar y evaluar (...). Sin embargo, no son solo propuestas</p>

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
Integración			<ul style="list-style-type: none"> Articulación con la academia para definir enfoques investigativos, hacer validación de programas, realizar procesos de divulgación y publicación 	técnicas, son propuestas que tienen manuales, que tienen estrategias, que tienen evaluación (...). El conocimiento si esta, el asunto es que en este momento para una universidad es publicar (...), entonces no tiene uno la certeza de que llegue a las poblaciones” (Intersectorial y Academia)
	Componente 3. Comunicación y divulgación	Transformar imaginarios, representaciones y prácticas sociales	<ul style="list-style-type: none"> Campañas en medios y procesos psicoeducativos en entornos particulares sobre SM Capacitación a diferentes sectores como primer respondiente en SM Capacitación a entidades públicas y privadas la sobre la atención a personas con riesgos, eventos o problemáticas en SM Promoción del uso de servicios profesionales en SM Desestigmatización de la SM en función del medicamento 	“El hecho de llevarle a la persona los primeros auxilios en SM, es un poco transmitirle el mensaje ‘esto es como saber poner un curita’ (...). ¡El hecho de enseñarle a la comunidad primeros auxilios psicológicos (...) es transmitir un mensaje de ‘esto es tan normal! – y necesario – (...) y tan natural que todos lo necesitamos” (Comunidad)
		Gestión del conocimiento, comunicación y divulgación	<ul style="list-style-type: none"> Procesos de información, educación y comunicación sobre SM, servicios, acciones y rutas de atención Gestión del conocimiento al exterior de las universidades y organizaciones particular. Procesos de divulgación de los programas públicos y privados y su impacto en la población en medios de comunicación 	“Es importante no solo que sepamos entre las instituciones lo que hacemos, la comunidad también debe saber eso. La comunidad a veces no sabe qué impacto tienen las intervenciones de las que disponen (...), pero realmente la comunidad desconoce la oferta” (Intersectorial y Academia)
Integración	Componente 1. Consolidación y oferta de	Promoción de la salud mental, prevención de	<ul style="list-style-type: none"> Formación de talento humano para el desarrollo de acciones promocionales y 	“hay una cosa que no se hace mucho, no se trabaja para que la gente reconozca que trabajar sobre su

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
	programas y servicios en salud mental, con enfoque de atención primaria en salud (APS)	eventos y trastornos mentales comunes	<p>preventivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campañas en medios y procesos psicoeducativos sobre cuidado de la SM • Acciones colectivas de promoción y prevención universal • Acciones grupales e individual de prevención selectiva e indicada • Conformación de redes y grupos de apoyo en SM • Articular la oferta que hay en promoción y prevención • Socializar rutas de atención • Ciclo transversal para la promoción y prevención a lo largo del curso de vida en diferentes entornos teniendo en cuenta los determinantes sociales 	mente es importante (...), 'pararle bolas a la cabeza' (...), eso si seria promoción de la salud mental realmente porque todos los ejercicios que hacemos los hacemos como entre promoción y prevención, una cosa que siempre esta alrededor de una excusa (...), pero en general no promovemos que la gente tenga conciencia de su cabeza, si uno fuera consiente de su cabeza, uno solo o acompañado, trataría de trabajar mas (...), pero para enriquecer esa parte falta bastante" (Sector Salud)
		Consolidar la oferta de programas y servicios en salud mental con enfoque de APS	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia Comunitaria: Prevención bajo identificación de riesgos, cuidado a cuidadores y apoyo en comunidad en salud mental. • Tamizajes y Jornadas de SM • Atención a través de Línea 106, Línea Psicoactiva, Purpura • Formación del talento humano para mejorar diagnósticos diferenciales • Consolidación de sistemas de alertas • Conocimiento de la continuidad cuando se activan las rutas de atención y tener una articulación con las diferentes 	"así como hay un estigma hacia la salud mental hay también una preconcepción hacia lo que da la parte publica, la gente dice (...) 'yo no voy allá, no es tan bueno', tocará hacerlos más agradables y mas aceptados por la misma comunidad (...), cómo hacer para que la gente cambie la percepción hacia esos espacios y los vea realmente de utilidad, eso es más de reconocer a nivel individual la importancia precisamente de esa participación social y cómo se puede gestionar hacia actividades con el fin de que llame la atención de todos los cursos de vida" (Sector Salud)

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
			<p>entidades con el fin de tener conocimiento de los procesos en cada evento</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación del impacto y seguimiento constante. Articulación de la oferta que hay en promoción y prevención Articulación del accionar público y privado en las rutas Acciones hacia la autonomía y el equilibrio Ciclo transversal para la promoción y prevención a lo largo del curso de vida en diferentes entornos Divulgación de la oferta y rutas 	
		<p>Asegurar el cubrimiento de las necesidades de servicios en salud mental garantizando su disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tratamientos específicos y Activación de rutas Servicios de protección, rehabilitación y fortalecimiento componente comunitario importante que responda a las necesidades de las familias Articulación e integración de la oferta que hay en promoción y prevención Evaluación del impacto y seguimiento constante Ciclo transversal para la promoción y prevención a lo largo del curso de vida en diferentes entornos teniendo en cuenta determinantes sociales Divulgación de la oferta y rutas de atención 	<p>“Por el mismo modelo, la población esta segmentada por aseguradoras (...) y a través del proceso de autorización simplemente orientan al paciente hacia el prestador que menos le cueste hasta donde tenga capacidad de atención, pero realmente redes de servicio no (...). Tenemos un modelo de atención integral que choca con el modelo de aseguramiento (...). Un ente es responsable del trabajo o de la atención de promoción y prevención a través del PIC, otro es responsables de prevención y promoción con las aseguradoras y otros es el que presta de manera individual al paciente y no hay una posibilidad de brindar una atención integral al paciente porque son tres entes con enfoques</p>

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
			<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de programas desde su quehacer integral 	diferentes" (Sector Salud)
	Componente 2. Fortalecimiento de la Red de Atención en Salud Mental	Creación y/o fortalecimiento de alianzas para la ampliación de la oferta de servicios	<ul style="list-style-type: none"> Puesta en marcha y valoración de RIAS-SM Vinculación ampliada del sector privado, comunitario y académico a espacios locales y distritales (Consejos del Buen Trato, Comités de Seguimiento a Víctimas, Comités de Política Social, Comité Distrital de SM) para garantizar un uso más eficiente a los recursos Aumento de la capacidad instalada para crear procesos de atención desde la primera respuesta en SM 	"las pocas acciones de APS que se realizan son desarticuladas, cada quien hace lo que cree que debe hacer y de buena voluntad lo hace (...). Debería haber un programa que lo coordinara el ente territorial y que simplemente repartiera las actividades a los actores del sistema, si en este caso secretaria de Salud tendría dar la línea a entidades públicas y privadas y condicionar quien paga las actividades e involucrar a la comunidad" (Sector Salud)
		Adoptar modalidades de atención que permitan suplir las necesidades de atención existentes	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación al talento humano en SM Ciclo transversal para la promoción y prevención a lo largo del curso de vida en diferentes entornos Ejercicios desde la académica: Clínica-Comunidad-Institución Articulación entre lo privado y lo público Capacitación a diferentes sectores como primer respondiente en SM Capacitación a entidades públicas y privadas la sobre la atención a personas con riesgos, eventos o problemáticas en SM Articulación e integración 	"A pesar de la oferta programática (...) siempre hay un interrogante, que a pesar de lo tenemos y estamos abordando las problemáticas (...) se nos están duplicando, entonces ¿qué nos pasa?, ¿en qué estamos fallando? Si es en prevención, si nos hacen falta más líneas de articulación, o es en efectividad en la atención, o será en la corresponsabilidad familia, sociedad y estado. (...) Es que si abordamos al individuo (desde la problemática) y no lo miramos como miembro activo de la familia y de la sociedad, entonces estamos trabajando por aparte (centrados en la problemática)" (Intersectorial y Academia)

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
			<p>de la oferta que hay en promoción y prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación del impacto y seguimiento constante 	
		Fortalecer la evaluación y vigilancia de los servicios de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Criterios de habilitación auditoria más allá de las normas de habilitación que priorizan la infraestructura Apropiación de la vigilancia en SM por parte de otros sectores además del de Salud Información sobre cómo es el trabajo de SM y dar cuenta de los resultados de la gestión Formación y acompañamiento para la identificación temprana de signos y primeras en diferentes entornos 	<p>“Resulta que la información se ha vuelto un insumo esencial para la toma de decisiones políticas, pero no la información simplemente sobre la calidad, sino seamos sinceros la información sobre costos, entonces cuanto nos cuesta atender un paciente, con la calidad y con la puntualidad, y en el tiempo y con la eficiencia que deseamos o que el paciente desearía, versus cuanto nos cuesta recuperar niños maltratados en una casa (...). Ese tipo de cosas deberíamos pensárnoslas para ver como intercambiamos información entre instituciones y vemos pros y contras, cuánto cuesta la promoción y cuánto cuesta la prevención, cuánto cuesta la atención versus la promoción y la prevención, esos son tipos de cosas que no hemos tocado y que desde lo cualitativo y lo cuantitativo son muy importantes” (Intersectorial y Academia)</p>
		Rectoría sobre la atención y servicios en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Consejo Distrital de Salud Mental Empoderamiento de actores comunitarios, agremiaciones y veedurías 	<p>“para ejercicios de habilitación (...) la Secretaría hace un ejercicio punitivo, no hace un ejercicio de asesoramiento y mejoramiento, lo que hace es esperar a que sucedan los hechos pa’ caerle con todo el peso de la ley (...). El tema es de calidad, hay que tener en cuenta; en salud mental, por habilitación no hay norma específica, entonces pretender</p>

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
y vigilanc				que las instituciones que manejan salud mental cumplan con todo lo de habilitación eso es muy complejo (...). Las normas de habilitación son genéricas (...), lo ideal sería tener normas específicas para salud mental y hay temas que si son importantes en salud mental que en habilitación no están" (Sector Salud)
	Componente 3. Fortalecimiento del equipo humano y de sus condiciones operativas para la atención integral e integrada de la SM	Cualificar al recurso humano y mejorar las condiciones operativas para el desarrollo de procesos de atención integral e integrada de la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Plan programático de formación, capacitación y asistencias técnicas a profesionales en diversos sectores y diferentes niveles Programa de bienestar del talento humano que incluya al recurso humano tercerizado 	"Quien le explica a una persona con un trastorno mental que hay ajustes razonables, que hay estabilidad laboral reforzada (...), a veces el único contacto que tienen como quien le abra los ojos a la realidad de la enfermedad es el psiquiatra y el psiquiatra no tiene mucho conocimiento de eso" (Comunidad)
		Mejorar las condiciones laborales y la continuidad del recurso humano vinculado a por procesos de atención integral e integrada de la salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Lineamiento para la cualificación y permanencia del talento humano Estudio de cargas laborales, estrés y riesgo psicosocial de los trabajadores del sector salud contratados directa e indirectamente por la SDS 	"varios de los funcionarios esta por orden de prestación de servicios (...), no hay un garante de la salud mental o unos mínimos establecidos de los derechos de los trabajadores en salud mental (...). Lo otro, no solamente la forma de contratación sino los salarios, donde se nos desmejoraron muchísimo, posicionamos la salud en todas partes y nos exigen especialización, pero nos pagan como profesional (...) el problema es que la salud mental esta ignorada en el sistema (...). Eso denota la importancia que le da, no solo las EPS's, sino el país a la Salud Mental" (Sector Salud)
	Componente 1. Sistemas de	Consolidar fuentes de información	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento del equipo médico en el sistema de vigilancia 	"la misma presentación de los reportes genera estigma (...) solo se

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
	vigilancia en salud pública relacionados con eventos prioritarios en salud mental	sobre eventos prioritarios en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Consolidación de informes de prestadores, públicos y privados Alimentación de sistemas de información con informes de otras entidades (Articulación entre lo privado y lo público) Sistema de indicadores de seguimiento y de evaluación de procesos y resultados Captación de otros eventos y los relacionados con trastornos mentales con el fin de retroalimentar dicha información. 	habla de suicidios y de violencia (...). Hay que fortalecer la promoción de la salud mental, porque se está trabajando más que todo en la prevención, prevención de eventos prioritarios en salud mental que son cuatro en este momento: Trastornos de salud mental, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y violencias, pero no estamos haciendo la promoción de la salud mental (...). Eso mismo evidencia como atendemos la salud mental, desde la cronicidad y desde los eventos” (Sector Salud)
		Fortalecer el ejercicio de recolección, el análisis, la interpretación y la divulgación de información sobre eventos prioritarios en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo del Observatorio de Salud Mental para el análisis de datos sobre SM integrando diversas fuentes Análisis complejos de salud mental más allá de eventos Articulación entre lo privado y lo público Indicadores públicos para Salud Mental y evaluación de servicios Sistema para retroalimentar dicha información. Virtualización y unificación de criterios para notificación de eventos entre prestadores 	“Una parte que deja de lado los sistemas de vigilancia es si realmente si se recibe la calidad de la información que es necesaria, porque (...) mucho del personal médico que no está especializado y que es el primero personal que recibe, no necesariamente tiene ni los conocimientos ni la capacidad para identificar problemas de SM que serían subyacentes a problemas físicos. (...) Cómo se puede garantizar que si se tiene conocimiento de que es lo que se recibe cuando llega una persona (...) no es claro y al no ser claro hacen actuaciones muy generales (...), entonces el sistema de información no está recibiendo la información necesaria” (Intersectorial y Academia)
		Emplear la información sobre eventos	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento de factores asociados a los eventos para delimitar los servicios de atención y 	“una cosa tan curiosa (...) un factor tan importante y no lo conocen sino en la Secretaría, la mecánica y en la

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
		prioritarios en salud mental en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios	<p>las acciones en SM</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de retroalimentación de datos de registro, evaluación y seguimiento de los servicios en SM • Sistema para análisis de la enfermedad mental, mejorar las acciones y la toma de decisiones • Articulación con la academia para revisar estudios vigentes y plantear mecanismos de análisis • Espacios de trabajo entre las subredes y las IPS más allá de la vigilancia y control • Sistema de información compartido con criterios unificados para diferentes actores 	técnica, y solo lo entienden ustedes, cuando todos los demás actores que tenemos que ver con salud mental (...) no lo sabemos (...). Pueda que saquen los boletines pero los boletines, a nosotros (EPS) oficialmente que nos reporten no tenemos nada, ni sabemos nada" (Sector Salud)
	Componente 2. Sistemas de información en salud mental, trastornos mentales y del comportamiento	Fortalecer el conocimiento con respecto a factores de riesgo y condiciones de vulnerabilidad de los trastornos mentales y del comportamiento; condiciones de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y detección de factores de riesgo • Estandarización de herramientas y procesos de tamizajes • Trazabilidad de procesos y evolución de las problemáticas haciendo uso de los RIPS. • Articulación entre información de atención primaria y prevención • Sistema de retroalimentación de datos de registro, evaluación y seguimiento de los servicios en SM • Espacios de trabajo entre las subredes y las IPS más allá de la vigilancia y control • Sistema de información 	"es muy difícil (...) no siempre se aplica el tamizaje, entonces no hay manera de recoger información que diga si efectivamente hay un riesgo (...), empezando por medicina general a veces no hay un tamizaje elemental (...), difícilmente se van a ver eventos, a parte de los de notificación obligatoria, eventos que dejen ver realmente el diagnóstico en salud mental -o un factor de riesgo-" (Sector Salud)

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
			compartido con criterios unificados para diferentes actores	
		Analizar la información sobre eventos prioritarios en salud mental y trastornos mentales y del comportamiento, para orientar las intervenciones, la toma de decisiones y la incidencia política	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de análisis en tornos a los eventos y trastornos prioritarios • Ejercicios locales para orientar intervenciones • Capacitación para el manejo de la información de vigilancia • Espacios de trabajo intersectorial más allá de la vigilancia y control • Trabajo del Observatorio de Salud Mental para el análisis de datos sobre SM integrando diversas fuentes 	“(…) se está desperdiciando una información valiosísima (...) se está haciendo el avance (...) los ASIS tienen unas salas, la sala decisoria, sala situacional, pero se llega hasta ahí, hasta el desarrollo de esas salas pero no sale para poder hacer algún tipo de acción con eso (...). Desde fuera de la Secretaria no vemos –y dentro tampoco- (...). Toda la información debería enfocada a mejorar la prestación de los servicios” (Sector Salud)
		Monitorear la atención integral e integrada en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones diferenciales según EPS • Sistema de evaluación misional • Monitoreo continuo 	“Una parte importante es la evaluación de los programas. Cada intervención siempre debe tener una evaluación. (...) Una evaluación del impacto de la intervención en el momento siempre se debería hacer (...) tanto cualitativo como cuantitativo (...) y al mediano largo plazo. (...). Es más, de la academia y es un proceso que no se lleva con mucha regularidad en lo público el hacer seguimientos a largo plazo (...). Esos recursos se han desperdiciado al hacer estudios transversales (...), hace falta poder decir cómo (...) hay una continuidad” (Intersectorial y Academia)

Fuente: Informe final OPS

Identificación y descripción de puntos críticos

A continuación, se presentan los puntos críticos que se identifican tanto en el proceso de participación como en la revisión de fuentes bibliográficas en torno a lo que debe contemplar una política de salud mental. Para ello se tuvo en cuenta la frecuencia con que el tema sale como necesidad en los procesos de participación y las acciones institucionales existentes frente a las necesidades identificadas.

Tabla 19: Identificación de puntos críticos

PUNTOS CRÍTICOS	IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO ACTUAL
Estigma frente a la salud mental	Aun cuando la vivencia de la pandemia por COVID – 19 la salud mental como una prioridad; aún persiste estigma en torno a los problemas o trastornos mentales que implican barreras de acceso culturales.
Participación social en salud mental	Las personas con dificultades en la salud mental tienen relativamente poca participación en salud.
Instancias de articulación intersectorial y comunitaria en salud mental en la ciudad	Actualmente no se cuenta en la ciudad con espacios formales de participación en salud que vinculen aspectos relacionados con salud mental. En el 2022 se viene consolidando el Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental que facilitaría la participación de la comunidad en escenarios normativamente constituidos.
Gestión del conocimiento en salud mental	Para salud mental actualmente se cuenta con un estudio tamiz que presenta un acercamiento a la sintomatología asociada a trastornos mentales en los diferentes grupos poblacionales. Es fundamental incorporar análisis con perspectiva de género que aporten a la comprensión de las afectaciones psicosociales y en salud mental que se identifican en poblaciones en riesgo, como las mujeres víctimas de violencias.
Información y comunicación en salud mental.	Actualmente desde el sector salud se han adelantado diferentes estrategias comunicativas para sensibilizar e informar a la población en torno a una mirada de la salud mental desde el bienestar emocional, sin embargo, se requiere fortalecerlas sumando esfuerzos desde otros sectores.
Acciones intersectoriales a nivel territorial	Desde diferentes sectores que dentro de su misionalidad contemplan estrategias y acciones tendientes a la afectación de determinantes relacionados con la salud mental y el bienestar emocional se vienen desarrollando las mismas, con base en lo dispuesto en sus proyectos de inversión; sin embargo, se requiere la

	articulación de una agenda de trabajo conjunta que posibilite la articulación de acciones en el territorio con base en la identificación de necesidades propias de la población en el marco de su diversidad, para ello, es clave identificar las responsabilidades y competencias de los diferentes sectores, tener información clara sobre las rutas y servicios disponibles y los procedimientos para su activación.
Incremento de la conducta suicida	La intervención de los factores asociados a la conducta suicida requiere la articulación y armonización de acciones y procesos desde diferentes sectores, dado que en ella intervienen aspectos educativos, económicos, relacionales, emocionales, etc. Actualmente no se cuenta con un plan intersectorial construido en torno a la prevención y la atención de la conducta suicida, la cual está predominantemente presente en ciertos territorios, que tenga en cuenta la identificación de factores de riesgo y protectores asociados y poblaciones en riesgo, por ejemplo, hechos de violencia sexual contra las mujeres, niños, niñas, jóvenes, adolescentes.
Inclusión social y salud mental	Actualmente en la ciudad se implementa la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad que tradicionalmente ha tenido un énfasis en el abordaje de las personas con algún tipo de discapacidad (donde se incluye la discapacidad psicosocial) y desde 2018 se viene incidiendo en la definición de la rehabilitación basada en comunidad en salud mental. Sin embargo, aún es un proceso muy incipiente que requiere ser fortalecido con la articulación intersectorial para la inclusión de las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadoras y cuidadores, junto con los demás grupos de riesgo, mediante la participación corresponsable de organizaciones de base comunitaria.
Promoción de la salud mental y prevención de problemas y trastornos mentales	De manera directa e indirecta las acciones de promoción de la salud mental y prevención de problemas y trastornos mentales deben contribuir a la afectación de los determinantes sociales, la generación de entornos protectores de la salud mental y la promoción de los derechos humanos de las mujeres que propendan por la garantía del derecho de las mujeres, a una vida libre de violencias.
Talento humano que trabaja temas de promoción de la salud	Se ha venido avanzando en la cualificación del talento humano en salud en torno a temas trazadores contemplados en la guía MhGap, sin embargo, es necesario continuar el trabajo en fortalecimiento de

mental y prevención y atención de problemas y trastornos mentales	<p>habilidades y competencias del talento humano, estrategias para la prevención del desgaste profesional, con un enfoque de género que permita atender la dimensión psicosocial de cuidadoras y cuidadores.</p> <p>Lo anterior incluye también desarrollar competencias para identificar las manifestaciones y afectaciones de las violencias contra las mujeres y las rutas que requieren activarse. La prevención de trastornos y problemas mentales guarda relación con la prevención de las violencias.</p>
Atención en salud mental en torno a la implementación de una ruta de atención integral.	<p>Acorde a lo dispuesto en la normatividad nacional, en Bogotá se ha venido avanzando en la adopción de la ruta de atención en salud mental en un ejercicio articulado con los aseguradores y prestadores de servicios de salud. Aún así, persisten criterios de calidad de la atención que requieren énfasis y fortalecimiento para la garantía de una atención integral e integrada. Para la garantía del derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, el Distrito cuenta con la Ruta Única de Atención para Mujeres Víctimas de Violencias y en Riesgo de Femicidio de Bogotá, que fue diseñada en cumplimiento a lo dispuesto en el Acuerdo 676 de 2017 Concejo de Bogotá y en la cual se encuentra recogida información sobre el acompañamiento y los derechos de las mujeres víctimas y las entidades que confluyen para su atención y protección.</p>
Problemas y trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas.	<p>El fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas es multicausal y a su vez requiere de un trabajo conjunto a nivel intersectorial. Sin embargo, es menester reconocer la afectación en la salud mental que se deriva particularmente de los consumos problemáticos, por lo que se requiere fortalecer los procesos de integración y atención frente a esta problemática.</p>
Suficiencia en la oferta de servicios y la red de atención para problemas y trastornos mentales	<p>La vivencia de la pandemia y la sensibilidad de la población en torno a temas relacionados con su salud mental y su bienestar emocional ha implicado un incremento en la demanda de servicios de atención. En ese sentido, es requiere revisar la suficiencia de las unidades de salud mental de las IPS de la red adscrita a las EAPB, puesto que en este servicio es donde se concentra la atención del paciente agudo en salud mental.</p>
Acompañamiento e intervención psicosocial.	<p>De manera complementaria a las acciones que se contemplan en el plan de beneficios en salud las cuales incluyen procesos</p>

	<p>psicoterapéuticos de corte clínico, en el distrito se cuenta con acciones de acompañamiento o atención psicosocial que buscan orientar a la población en torno a los riesgos identificados para contener el desenlace en trastornos mentales, brindar información, fortalecer procesos de psicoeducación, entre otros. De manera específica, la Secretaría Distrital de la Mujer, de acuerdo a sus competencias institucionales, cuenta con servicios de atención psicosocial y socio jurídica, con enfoque de género, diferencial y de derechos, a través de los cuales se brinda un abordaje integral a las ciudadanas buscando fortalecer la toma de decisiones para la exigibilidad de sus derechos y garantizar el acceso a la oferta de servicios institucional en materia de garantía de derechos.</p>
--	--

Fuente: Elaboración equipo SDS

Tendencias y/o buenas prácticas

- La participación en salud mental hace especial énfasis en la necesidad de generar procesos que faciliten el desarrollo de capacidades, y que permitan adquirir conocimientos y destrezas para participar en diferentes escenarios, como la familia y la comunidad, enriqueciendo significativamente el desarrollo personal, así como motivando a otros y otras para movilizarse, para actuar y transformar. Así mismo resalta la importancia de generar, apalancar, fortalecer procesos participativos en salud mental, fomentando la autogestión, partiendo de las necesidades e intereses de las personas, familias y comunidades, con la vinculación activa y corresponsable de los diferentes sectores que las representan; lo que permite fortalecer las relaciones entre Estado y sociedad, facilitando la exigibilidad de los derechos, el liderazgo y la movilización social (MSPS, 2022).
- Es necesario estructurar procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, así como acciones de investigación facilitar la lectura contante de un territorio cambiante y así identificar las necesidades en salud mental de la población y la respuesta social e institucional el mejoramiento de la salud mental y la calidad de vida de los habitantes del territorio.
- La visión patologizante y el enfoque bio médico que tradicionalmente se ha facilitado la instauración de mitos en torno a la salud mental que resultan en procesos de estigma y discriminación que potencian barreras de acceso a los servicios dado el amplio desconocimiento sobre qué es la salud mental y la discapacidad psicosocial. Producto de ese desconocimiento se han creado prejuicios y estereotipos a acerca de los problemas mentales, que hacen que las

personas sientan miedo de relacionarse con quienes los tienen o incluso que sea motivo de temor pensar que se pueden tener (Fundación Saldarriaga Concha, 2022).

- La salud mental de cada persona está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos dentro de los cuales se encuentran los indicadores de la pobreza, el bajo nivel educativo, los cambios sociales rápidos, las condiciones de trabajo, la discriminación de género, exclusión social, modos de vida poco saludables, entre otros. También existen factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales; elementos que se deben reconocer para el despliegue de acciones de promoción, prevención y atención en salud mental.
- La promoción de la salud mental incluye la creación de entornos y condiciones de vida que permitan adoptar y mantener modos de vida saludables. Se pueden destacar acciones como la creación de ambientes de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.
- 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. Así mismo 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 (MSPS, 2013).
- En países de ingresos bajos y medianos donde los recursos y servicios son escasos y limitados para la identificación temprana, el tratamiento y el apoyo a las personas con conducta suicida sumado a la falta de intervenciones oportunas y el incremento de problemas y trastornos mentales durante la pandemia hacen del suicidio una problemática mundial de salud pública que debe abordarse de manera articulada desde diferentes sectores que participen en el desarrollo humano (MSPS, 2021).
- La Rehabilitación Basada en la Comunidad en Salud Mental implica un trabajo conjunto entre las comunidades y las instituciones involucradas en la prevención, atención y rehabilitación de los problemas y trastornos mentales, con el fin de generar procesos comunitarios de salud mental que descongestionen y complementen los servicios existentes, generando un proceso integral de salud mental capaz de responder a necesidades territoriales y locales concretas. Esto supone la movilización social mediante el fortalecimiento de redes institucionales y comunitarias a través de las cuales se dinamice la participación corresponsable de todos los actores involucrados. De tal manera, las acciones de RBC en salud mental requieren la integración de los diferentes sectores (salud, educación, justicia, cultura, recreación, deportes, trabajo, incluyendo el sector empresarial y comercial público y privado), las organizaciones sociales y comunitarias y las personas; generando equidad, igualdad de oportunidades e inclusión social para las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores. La RBC como estrategia da

herramientas que permiten a la persona y a la comunidad ejercer acciones de autocuidado, cuidado mutuo y socio cuidado que buscan disminuir la necesidad de consulta a los servicios de salud y fortalecer la base comunitaria.

- El proceso de capacitación o fortalecimiento de competencias en el talento humano no solo del sector salud sino del talento humano de los otros sectores y de la comunidad en general, permite que todos los actores cuenten con las competencias y conocimientos mínimos para adelantar la identificación de factores de riesgo, así como el abordaje inicial desde la base comunitaria. En ese sentido, cualificar al personal asistencial de otras instituciones de la administración distrital diferentes a la SDS, que tienen contacto directo con la comunidad, facilita el proceso de identificación temprana y canalización; al igual que otros actores privados y comunitarios.
- Las habilidades adaptativas son aquellas que hacen referencia a las capacidades, conductas y destrezas de las personas para adaptarse y satisfacer las exigencias de sus entornos habituales, en sus grupos de referencia y acordes a su edad, en ese sentido se refieren a cómo el sujeto afronta las experiencias de la vida cotidiana, y cómo cumplen las normas de autonomía personal según lo esperado en relación con su edad y nivel socio cultural. Las acciones de promoción de la salud mental y la prevención de eventos y trastornos mentales y de convivencia social deben reconocer las necesidades específicas de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y familias y en ese sentido propender por fortalecer en ellos las habilidades requeridas para adaptarse a las situaciones de la vida, de manera que éstas puedan ser afrontadas en el marco de la articulación de acciones de promoción y prevención.

Análisis de marco jurídico

A continuación, se dará una mirada general del desarrollo nacional y distrital del cuerpo normativo que apoya el desarrollo de la Política Distrital de la Salud Mental:

En 1991 la Constitución Política de Colombia consagró al país como un Estado Social de Derecho y estableció puntos específicos relacionados con el disfrute de la salud mental, tales como el derecho al libre desarrollo de la personalidad; la protección de la familia, de las personas con discapacidades, de las niñas y los niños; y la protección de las mujeres, niñas y niños contra algunas de las formas de violencia que más los afecta. Estableció mecanismos para garantizar la restitución de los derechos individuales y colectivos e incluyó la figura del llamado "Bloque de Constitucionalidad", por medio de la cual, cualquier convenio internacional relacionado con la salud mental, suscrito por el país, pasa a hacer parte automáticamente de nuestra normativa.

En 1993, con la Ley 100, se creó el Sistema de Seguridad Integral, como conjunto de instituciones, normas y procedimientos dispuestos para las personas y para dar cumplimiento a los planes y programas en seguridad social del Estado y la sociedad. Esta transformación del Sistema de Salud en Colombia, asociada con la reforma constitucional del 1991, trajo profundas modificaciones en la

legislación sanitaria, consecuencias intersectoriales, cambios sustanciales en las relaciones entre los prestadores de servicios y los usuarios, y la aparición de nuevos actores.

Para la primera década del siglo XXI, a pesar de los esfuerzos por precisar la problemática y las opciones para intervenir en salud mental, la normatividad en salud hacía referencia sólo a aspectos o problemas puntuales relativos a la misma, primordialmente problemas tales como el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, la depresión, el trastorno de ansiedad, la hiperactividad con déficit de atención, el suicidio y el intento de suicidio.

En el 2005, con el Acuerdo 144, se estableció el Sistema de Salud Mental en el Distrito Capital, conformado por:

... el conjunto de instituciones públicas y privadas y redes sociales de apoyo que comprende entre otras a las empresas sociales del Estado, las IPS, organizaciones sin ánimo de lucro, representantes de la comunidad organizada y universidades que realicen el control y seguimiento de las diversas expresiones de violencia, estrés y salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, suicidio, trastornos afectivos y trastornos de ansiedad etc.; para la determinación de políticas públicas, planes, programas y proyectos que tengan como objetivo la prevención, la promoción de la salud, atención, habilitación, rehabilitación, educación, orientación de la salud mental en el Distrito Capital.

Fueron promulgadas leyes como la 1257 de 2008, que establece normas para la sensibilización, la prevención y la sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, o las reformas correspondientes de los Códigos Penal, de Procedimiento Penal y de la Ley 294 de 1996.

La Ley 1438 de 2011, que reformó el SGSSS, estableció como obligatoria la estrategia de APS, la cual consta de tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial en salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. En este sentido, la APS fue definida como la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad; ello con el fin de garantizar un mayor nivel de bienestar a los usuarios y sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores de dicho Sistema.

Según la citada Ley, las acciones en el sector salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante el ofrecimiento de una atención integral que garantice la satisfacción de las necesidades en este aspecto y su atención como parte del Plan de Beneficios y de la implementación, seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.

A propósito del conflicto armado y la salud mental, la Ley 1448 de 2011, "por la cual se dictan las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones", sentó las bases para una normativa en salud enfocada en la población víctima del conflicto. Los artículos 10, 30 y 90 de esta Ley configuraron un conjunto de medidas

judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de víctimas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1 de enero de 1985, "como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno".

Dicha Ley en el artículo 135 hace referencia a la rehabilitación como medida de reparación consistente en el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidas al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas; el artículo 137 decreta la existencia de un programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas. La Ley establece la creación de mecanismos de prestación de servicios constituidos por profesionales en psicología y psiquiatría, con el apoyo de trabajadores sociales, médicos, enfermeras y promotores comunitarios, entre otros profesionales, en función de las necesidades locales y con el ánimo de garantizar la integralidad de la acción y su adecuado cumplimiento.

Por su parte, el Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011 tiene por objeto la definición, aclaración y actualización integral del POS propio de los regímenes contributivo y subsidiado, que debe ser aplicado en las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud. El POS se constituye en un instrumento para el ejercicio del derecho a la salud y la utilización en la atención de las tecnologías en salud que cada una de las entidades busca garantizar, mediante la red de prestadores, a los afiliados dentro del territorio nacional y en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

En cuanto a la cobertura del POS, en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el artículo 12 del acuerdo anota que de conformidad con la estrategia de APS, el POS cubre todas las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección específica y detección temprana adoptadas mediante las resoluciones 412 de 2000, 3442 y 1973 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Posteriormente al Acuerdo 029, la Aclaración CRES No 20123210004271, de enero 17 de 2012, ratificó los contenidos del POS en Salud Mental para pacientes con trastornos o enfermedad mental afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, menores de 18 años y de más de 60 años, en cuanto a medicamentos y con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) del régimen que corresponda.

Además, se estableció una ampliación de la cobertura, cuando se trate de mujeres víctimas de violencia y de menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, violencias sexuales, o de personas con trastornos alimentarios, uso de sustancias psicoactivas o con discapacidad.

En mayo de 2012, la CRES, mediante el Acuerdo 32, unificó los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado a nivel nacional para las personas de dieciocho

(18) a cincuenta y nueve (59) años y definió la Unidad de Pago por Capitación (UPC), del régimen subsidiado; incluyendo los servicios dirigidos a la población con enfermedad mental no contemplada en el acuerdo 29 de 2011.

En cuanto a legislación en salud mental, el 21 de enero de 2013, el Congreso de la República y el Gobierno Nacional promulgaron finalmente la Ley 1616 o Ley Esperanza. Ésta ha establecido la salud mental como prioridad nacional y la ha relacionado directamente con el bienestar general y con el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos; además ha reiterado su condición de tema prioritario para la salud pública. La política pública de salud mental, contenida en esta Ley, fue formulada con un enfoque de derechos, intersectorialidad, corresponsabilidad y equidad, y se la ha articulado con otras políticas, en interés de la población en general, incluidas la vulnerable y la afectada por trastornos mentales.

Esta Ley reconoce la salud mental como algo más que la ausencia de trastorno o enfermedad; hace énfasis en los procesos de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental; establece las responsabilidades de los entes territoriales y las empresas administradoras de planes de beneficios en la disposición de redes integrales para la prestación de servicios en salud mental; establece como preferente la atención integral en salud mental para niños, niñas y adolescentes; y subraya la importancia de los procesos de participación social en la vinculación de los sujetos y las comunidades a los procesos relacionados con salud mental, entre otros.

Otros aspectos de la Ley hacen posible una mirada más amplia de la salud mental. Se buscan garantías no solo de los derechos de las personas con trastornos mentales sino, en general, de toda la población. La Ley hace una aproximación transectorial que tiene en cuenta las intervenciones y actuaciones de los diferentes sectores y que hace especial énfasis en los espacios educativos, primordialmente. Asimismo, contempla la ampliación de los servicios según necesidad y la vigilancia continua de los eventos en salud mental, así como de las intervenciones.

Para agosto de 2014 se ha adelantado la reglamentación de la Ley 1616 en lo que se refiere a la conformación del Consejo Nacional de Salud Mental y la ampliación de servicios y modalidades de atención.

De otra parte, la Ley 1719 de 2014 ha hecho ajustes a las Leyes 599 de 2000 y 906 de 2004 y ha demandado acciones que garanticen el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial de aquella que se da con ocasión del conflicto armado.

En el 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la Política Nacional de Salud Mental a través de la Resolución 4886 de 2018, cuyos ejes son: Promoción de la convivencia y la salud mental de los entonos; Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia; Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. Tratamiento integral; Rehabilitación integral e inclusión social; Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

A nivel Distrital, la normatividad se ha desarrollado a partir de los avances y disposiciones internacionales y nacionales mencionadas previamente. El Distrito Capital se ha caracterizado por promover una mirada de la salud mental, propositiva e innovadora en el contexto nacional, la cual se ve reflejada en la normatividad y la discusión de la política en el campo de esta materia.

Por sus vínculos con la salud mental, las siguientes normas vigentes son relevantes para el Distrito:

- El Acuerdo 091 de 2003 del Concejo de Bogotá que establece y ordena la formulación y ejecución del plan de igualdad de oportunidades para la equidad de género en el Distrito Capital.
- El Acuerdo 137 de 2004 establece el Sistema Distrital de Atención Integral de Personas en Condición de Discapacidad en el Distrito Capital.
- El Acuerdo 152 de 2005 Por el cual se modifica el Acuerdo 12 de 1998 y se adoptan medidas para la atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual y crea el Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas.
- El Decreto 470 de 2007 adopta la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital.
- El Decreto 170 de 2007, dicta disposiciones en relación con la ejecución del Plan de Atención Integral al Ciudadano(a) Habitante de Calle.
- Acuerdo 383 de 2009 "Por medio del cual se implementan estrategias de difusión de la Línea 106, al alcance de los niños, las niñas y los adolescentes en Bogotá, D.C. y se dictan otras disposiciones"
- Acuerdo 437 de 2010 (Mayo 28) "por medio del cual se adopta el protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud y un equipo básico de atención a víctimas de violencia sexual en Bogotá, D.C."
- El Decreto 691 de 2011 adopta la política distrital de prevención y atención del consumo y la prevención de la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá.
- Acuerdo 795 de 2021 "Por el cual se fortalece la atención en salud mental a través del plan de salud pública de intervenciones colectivas y las funciones de inspección y vigilancia a la prestación de servicios de salud mental".

De manera complementaria, se contempla la normativa relacionada con el Derecho a la Salud Plena, de conformidad a lo establecido en el documento CONPES D.C. No. 14 de 2020 donde se priorizaron

ocho (8) derechos de las mujeres, entre los cuales se encuentra el señalado definiéndolo de la siguiente manera: “De acuerdo con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, el derecho a la salud plena se define como un estado pleno de bienestar, y no solo la ausencia de enfermedades o dolencias. En este mismo sentido, para la Organización Mundial de la Salud “El derecho a la salud implica gozar del óptimo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o malestar” (ONU Mujeres, 2017). De igual forma, la Ley Estatutaria de Salud en Colombia (Ley 1751 de 2015) se refiere al derecho a la salud como “el derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (PPMyEG, 2020, p. 119).

De igual manera se sugiere incorporar los Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial de género y no discriminación para las personas LGBTI del Fondo de Población de Naciones Unidas – UNPFA del 2019, que tiene como objetivo orientar al personal del sector salud en los procesos de atención a las personas LGBTI para avanzar en la garantía y realización de su derecho a la salud.

Finalmente, la incorporación de los lineamientos para la atención en salud de las personas trans y no binarias en Bogotá D.C, emitidos por la secretaria Distrital de Salud en el 2021, donde expone los lineamientos para garantizar el derecho a la salud, pasando por el establecimiento de mecanismos para evitar su violación, y la intervención en escenarios en pro de evitar inequidades en el acceso a los servicios de salud.

La ley 1257 de 2008 por su vínculo con la salud mental, con algunas de los marcos jurídicos para la protección y garantía de los derechos de las mujeres:

Ley 1719 de 2014: Por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones

Ley 1761 de 2015: Por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 676 de 2017: Por el cual se establecen lineamientos para prevenir la violencia basada en género y el feminicidio en Bogotá D.C.

Acuerdo 703 de 2018: Por medio del cual se actualiza el Sistema Distrital de Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia SOFIA y se dictan otras disposiciones.

Ley 985 de 2005: Por medio de la cual se adoptan medidas contra la trata de personas y normas para

la atención y protección de las víctimas de esta.

Ley 1639 de 2013: Fortalece las medidas de prevención, protección y atención integral a las víctimas de crímenes con ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano.

Acuerdo 584 de 2015: Lineamientos de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el D.C.
Acuerdo 676 de 2017: Por el cual se establecen lineamientos para prevenir la violencia basada en género y el feminicidio en Bogotá D.C.

CONPES 14 de 2020: Política Pública de Mujeres y Equidad de Género.

CONPES 11 de 2019: Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas.

Decreto 1228 del 18 de julio de 2022 “Por medio del cual se crea la Comisión Intersectorial de la Política Nacional de Cuidado y se dictan disposiciones para su funcionamiento.”.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer- Convención Belem do Pará, aprobada mediante la Ley 248 de 1995, dentro de las obligaciones de los estados, define que se deben adoptar medidas específicas y programas para “suministrar servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado” (artículo 8, literal c).

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer- CEDAW- aprobada mediante la Ley 51 de 1981, se enfoca específicamente en los derechos humanos de las mujeres y recoge una serie de obligaciones impuestas al Estado, en los ámbitos legislativo, político, judicial y cultural para prevenir, juzgar y sancionar la discriminación contra la mujer.

En relación con la referencia a la Ley 1257 de 2008, complementar indicando el papel relevante del sector salud en el abordaje de las violencias contra las mujeres, en cuanto a la prevención, detección, atención inmediata a las víctimas y la activación de rutas con otros sectores y entidades.

Esta ley junto con sus Decretos reglamentarios 4796 de 2011 y 2734 de 2012, han establecido la atención integral en salud como un derecho de las mujeres víctimas de violencias, y han definido medidas preventivas y de atención en cabeza del sector salud.

Incluir la Ley 1639 de 2013 y su Decreto reglamentario 1033 de 2014, que incluye disposiciones y medidas que refuerzan la garantía de la atención en salud para las víctimas de ataques con agentes químicos y desarrolla la ruta de atención integral para estas víctimas.

Ley estatutaria 1751 de 2015, la cual desarrolla principios importantes del SGSSS como la equidad y prevalencia de los derechos, incluye a las víctimas de violencias dentro de los sujetos de especial protección y reitera el derecho de las víctimas de violencia sexual a acceder de manera prioritaria a tratamientos psicológicos y psiquiátricos que requieran.

Complementar que la Ley 1438 de 2011, incluye normas claves sobre los cobros de la prestación de servicios de salud a las mujeres víctimas de violencia y sobre los servicios de atención en salud mental (artículo 54).

Decreto 780 de 2016, el cual compila las normas reglamentarias que rigen el sector salud y protección social, y en el capítulo de población en condiciones de vulnerabilidad incorpora las normas sobre atención integral de mujeres víctimas de violencias y víctimas de ataques con agentes químicos.

Resoluciones mediante las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social adopta protocolos, guías y modelos para la atención a mujeres víctimas de violencias: 412 de 2000 (Guía de atención de la mujer maltratada); 459 de 2012 (Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual); y 4568 de 2014 (Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos).

Acuerdo Distrital 421 de 2009 del Concejo de Bogotá “Por el cual se ordena la creación del Sistema Distrital de Protección Integral a las mujeres víctimas de violencia y se dictan otras disposiciones” (Sistema SOFIA). Esta norma establece la estrategia de articulación interinstitucional de la Administración Distrital para cumplir sus obligaciones en materia de prevención, atención y seguimiento a las violencias contra las mujeres en el espacio público y privado.

Acuerdo 703 de 2018 del Concejo de Bogotá “Por medio del cual se actualiza el Sistema Distrital de Protección Integral a las mujeres víctimas de violencias SOFIA y se dictan otras disposiciones”, en cuyo articulado se incorporan herramientas para fortalecer la coordinación interinstitucional, la implementación y el seguimiento del Sistema, así como su evaluación por parte del Concejo de Bogotá.

Resolución 473 de 2019 de la Secretaría Distrital de la Mujer, mediante la que se adoptó los Lineamientos técnicos y operativos para el funcionamiento y el seguimiento a la implementación del Sistema SOFIA.

En el marco de dichos lineamientos se establecen los componentes del Sistema SOFIA, que responden a las obligaciones del Estado consagradas en el marco internacional, nacional y distrital del derecho de las mujeres a una vida libre de violencias (artículo 3) y se adopta el Anexo de Responsabilidad Sectorial del Sistema SOFIA (artículo 6). Entre las responsabilidades del sector salud

en la implementación del SOFIA que es relevante resaltar para la garantía de atención integral, se encuentra: a. Dirigir, coordinar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas y protocolos dispuestos sobre la atención en salud física y mental de las mujeres víctimas de violencias; b. Realizar los respectivos reportes relacionados con las violencias contra las mujeres para la vigilancia en salud pública (SIVIGILA DC- SIVIM); e. Gestionar estrategias para garantizar la cualificación del personal de salud sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencias.

Acuerdo 676 de 2017 del Consejo de Bogotá que establece lineamientos para prevenir la violencia basada en género y el feminicidio en Bogotá, entre los que se encuentra como medidas de prevención a desarrollar por las entidades distritales: adoptar medidas para visibilizar el feminicidio y la identificación de los escenarios de riesgo; adelantar acciones para la divulgación de la oferta distrital; y la construcción y difusión de una Ruta Única de Atención a mujeres víctimas de violencia de género y en riesgo de feminicidio (artículo 2 y su parágrafo).

Abordaje de enfoques

En la materialización de la Política Distrital de Salud Mental confluyen distintos sectores, actores sociales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y no solo aquellos que trabajan en el sector salud. Por tal motivo, aquí se integran la sectorialidad, transectorialidad la comunidad haciendo posible su territorialización, con un trabajo de gestión y acción con el que se pueden generar alianzas.

En la Política Distrital de Salud Mental se articulan las diferentes políticas públicas distritales para hacer posible el ejercicio pleno de la ciudadanía en niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas y mayores, así como las mujeres todas las poblaciones diferenciales. Ello requiere de los aportes significativos de cada política al desarrollo humano de las personas en todas sus dimensiones, al ejercicio efectivo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, para lograr una vida con calidad y para el desarrollo del capital global.

Teniendo en cuenta lo anterior, los enfoques orientadores de esta política son:

Enfoque de Derechos

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y a los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con sus libertades y sus derechos fundamentales, o que comprometen la dignidad humana. Los derechos humanos son inalienables y universales, interdependientes e indivisibles, y no pueden ser suspendidos; imponen a los Estados determinadas obligaciones y están protegidos por la ley a nivel nacional e internacional.

En la Política Distrital de Salud Mental, el enfoque de derechos supone la adopción de un marco que promueve, protege y ayuda a hacer efectivos tales derechos. Con ello se busca la observancia de la perspectiva diferencial y la construcción de una ciudad incluyente, justa y equitativa.

La política de salud mental busca materializar los derechos humanos en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental.

La Secretaría Distrital de Salud ha venido, en los últimos años, construyendo un modelo de salud enfocado en los derechos, modelo enmarcado en la estrategia promocional de calidad de vida y salud, ubicada en la lógica de explicar las inequidades en salud a partir del análisis de los determinantes sociales de la salud, estrategia que propone, como sentido de las acciones la promoción, preservación y recuperación de autonomías de los sujetos y los colectivos, fortaleciendo el rol del Estado como garante de derecho y proponiendo una acción estratégica orientada desde la gestión social de salud, en donde la transectorialidad, la acción del Estado y la participación social son piezas fundamentales.

Modelo explicativo de determinantes sociales de la salud

Este enfoque establece que las condiciones de vida y desarrollo de las personas inciden en los procesos de salud-enfermedad de los grupos sociales; en otras palabras, viven de acuerdo con particularidades individuales y en relación con un contexto social, histórico, político, económico y cultural determinado. Estas formas cotidianas de vivir determinan los modos saludables de estar, enfermar y morir.

Existe además una gran variedad de determinantes sociales. Estos no actúan de manera aislada, sino que interactúan de acuerdo con contextos específicos, lo cual complejiza la comprensión y abordaje de los procesos de salud-enfermedad.

Dentro de los determinantes de la salud se encuentran:

- Estructurales o generales: Hacen referencia a aspectos macro como las estructuras geopolíticas y económicas del país, las políticas nacionales que determinan las formas de distribución de los recursos, las decisiones gubernamentales y las formas de establecimiento y abordaje de la agenda social.
- Intermedios o particulares: Hacen referencia a las condiciones de vida de los grupos poblacionales (entre lo individual – familiar) y sus condiciones de producción y consumo no estructurales. Caracterizan a los individuos y las relaciones que éstos establecen con el contexto, entre las cuales se cuentan el acceso y la prestación de servicios, el acceso a redes y relaciones comunitarias, a oportunidades del medio, a condiciones ambientales y a potencialidades del territorio, entre otros.

- Proximales o singulares: Hacen referencia a los estilos de vida y las condiciones del entorno en el que viven los individuos: la estructura psicosocial de cada uno, el entorno familiar, los comportamientos, hábitos y valores, los aspectos genéticos y físicos de las personas, entre otros.

Conocer a profundidad los determinantes sociales de la salud permite identificar los factores asociados a los estilos y la calidad de vida de la población, y facilita el ofrecimiento de respuestas integrales e incluyentes que preserven el estado de salud deseable, que no actúen sólo ante la manifestación de la enfermedad.

Dado que la salud mental está estrechamente relacionada con la física, estos determinantes sociales inciden tanto en una como en la otra. Así, al hacer referencia a la salud mental de cada persona se deben tener en cuenta no solo sus aspectos biológicos sino además las características que se derivan del reconocimiento de su etapa de ciclo vital, sus condiciones sociales, su historia de vida, su condición laboral, y financiera, su alimentación, su educación, su acceso a servicios de salud, su desarrollo, el uso de su tiempo libre, su entorno físico y cultural, entre otros; todo lo cual incide en la preservación, el deterioro o la recuperación de la salud mental tanto individual como colectiva.

Enfoques Diferencial, de Género y Poblacional

El enfoque diferencial pone de relieve particularidades de los individuos y colectivos por su ciclo vital, sexo, su orientación sexual e identidad de género, la pertenencia a un grupo o una población, lo cual conlleva condiciones y situaciones diversas para estos individuos, al igual que la determinación mutua y dinámica entre las personas y su entorno.

El enfoque diferencial en una política permite el diseño y articulación de respuestas integrales a características y vulnerabilidades particulares; adicionalmente, abre la puerta para el reconocimiento, la restitución y la garantía de los derechos de las poblaciones más vulneradas históricamente y acciones afirmativas para reducir la discriminación y transformar estructuralmente condiciones sociales y culturales.

El enfoque poblacional actúa como marco integrador de los conceptos y enfoques priorizados en la Política Distrital de la Salud Mental, ya que permite visualizar la dimensión de los problemas a abordar y las intervenciones. En este sentido, permite una observación analítica que hace posible reconocer al ser humano individual y colectivo desde su integralidad.

El enfoque diferencial se refiere a una postura de análisis que permite profundizar en la comprensión de la realidad social de las personas a partir de las diferencias y particularidades que en un contexto determinado generan exclusión, discriminación y vulneración de derechos. Al respecto de este enfoque los *Lineamientos distritales para la aplicación del enfoque diferencial* reconocen “la diferencia como punto de partida para implementar políticas públicas orientadas a la garantía de los derechos de la población” (Comisión Intersectorial Poblacional del Distrito Capital, 2013).

En consecuencia, el análisis diferencial permite identificar las necesidades y particulares situaciones de desigualdad e inequidad que enfrentan las personas, debido a su edad, sexo, género, orientación sexual, pertenencia étnica, condiciones y/o situaciones. A partir de estas diferencias se configuran “las categorías de análisis del enfoque diferencial” que permiten la definición y orientación de acciones, estrategias y políticas públicas.

La categoría ***momento del curso de vida-ciclo vital***, vincula el desarrollo individual desde sus diferentes facetas (físico, cognoscitivo, emocional y social) con los procesos de cambio y adaptación permanente al contexto; enfatizando en el análisis de las desigualdades y exclusiones ocurridas debido a la edad y el desarrollo biopsicosocial en las diferentes etapas del desarrollo.

La categoría de ***identidad o pertenencia étnica*** atribuida a la presencia de factores comunes, valores, tradiciones o creencias que confieren un sentido de pertenencia individual o colectivo entran en relación con lo distintivo y lo diverso. La categoría étnica “orienta la actuación estatal a partir del análisis de las prácticas de subordinación y exclusión vividas por las personas y pueblos Indígenas, Raizal, Rrom, Palenqueros y Afrodescendientes.

Otros factores diferenciales y categorías identitarias incluyen:

- Ubicación geográfica e identidad cultural: Esta categoría hace referencia al espacio geográfico en el que las mujeres desarrollan su vida y su relación con una identidad cultural. En Bogotá, la diferencia más importante en términos geográficos tiene que ver con el posicionamiento dentro del espacio urbano o rural.
- Situación geopolítica: La situación geopolítica es una categoría contingente que se encuentra enmarcada por los escenarios de conflicto, desplazamiento y migración. En este sentido, es una categoría que se adquiere como resultado de una experiencia específica que tiene como consecuencia el ser población vulnerable. En el contexto actual de Bogotá, esta situación se encuentra relacionada con el desplazamiento forzado interno, la condición de refugiado y la migración interna e internacional.
- Actividades Sexuales Pagadas (ASP): La Política Pública de Actividades Sexuales Pagadas 2020-2029 reconoce que estas son actividades económicas complejas, que involucran la interacción de diferentes actores y generan problemáticas específicas. La Corte Constitucional ha reconocido que las mujeres en actividades sexuales pagadas han sido marginadas y viven en un contexto social de exclusión y subordinación, por lo que cuentan

con una especial protección constitucional (Corte Constitucional, sentencias T-629 de 2010; T-736 de 2015; T-594-2016).

La categoría de orientaciones sexuales e identidades de género analiza, reconoce y comprende la discriminación, exclusión, y vulneraciones que enfrentan las personas con orientaciones sexuales diversas e identidades de género no hegemónicas; de manera que se diseñen y focalicen “acciones de política pública hacia personas de los sectores sociales LGBTI, sus familias y redes de apoyo” (SDP, 2017)

La categoría referida a condición de discapacidad aborda los diferentes ámbitos de discriminación, las limitaciones y barreras que enfrentan las personas con necesidades o características particulares asociadas a la discapacidad. Por su parte, la categoría de situación de víctimas del conflicto armado, hace referencia a las “atenciones diferenciales por parte del Estado para reestablecer la garantía de los derechos” de aquellas personas que han sido víctimas de manera individual o colectiva de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o graves violaciones de los Derechos Humanos en el marco del conflicto armado colombiano.

El enfoque de género se refiere al análisis de las desigualdades en las relaciones entre hombres y mujeres; y la manera como estas afectan el desarrollo y ejercicio de sus derechos. Esta desigualdad surge de la diferenciación por sexo, a partir de la cual se asignan características, roles y responsabilidades a unas y otros, que ubican a las mujeres en situación de desventaja en relación con los hombres, consolidando estereotipos de género que se naturalizan a través de normas sociales que regulan el comportamiento; por ejemplo:

- La distribución desigual de tareas productivas y reproductivas
- La delimitación simbólica entre lo público y lo privado.
- Los imaginarios simbólicos negativo asociados arbitrariamente a la feminidad.
- El lenguaje y sus estructuras sexistas.
- Los impactos y efectos del continuum de las violencias contra las mujeres

Avanzar en el análisis desde el enfoque de género y evidenciar las desigualdades en el ejercicio de derechos en la ciudad, se constituye en uno de los propósitos de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género del Distrito Capital. Desde este enfoque se reconocen las causas de las desigualdades y se identifican las diferencias y relaciones determinadas culturalmente, pero comprendiendo que son susceptibles de ser transformadas. De manera que se asume la opción política de eliminar las discriminaciones por razones asociadas al sistema sexo/género, para promover la igualdad real y el ejercicio de derechos, favoreciendo el acceso a las oportunidades, los recursos y el reconocimiento social de quienes han sido excluidas y discriminadas. Tal como se plantea en el artículo segundo del Acuerdo Distrital 584 de 2015, el enfoque de género implica el: “reconocimiento y transformación de las relaciones de poder jerarquizadas que subordinan a las

mujeres, producen discriminación y desigualdad de género, lo cual debe eliminarse” (pág. 1).” Asumir el enfoque de género en el acompañamiento y las acciones de prevención, promoción y atención de la salud mental, implica generar estrategias de intervención que no sean autoritarias en las que se busque la transformación de las relaciones de desigualdad y poder a razón del sexo/género.

Así mismo, en el marco del Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024, se establece género como uno de los enfoques orientadores, entendido como la comprensión de las relaciones desiguales de poder desde una perspectiva de interseccionalidad “que se reproducen a través de imaginarios, creencias, roles y estereotipos que afianzan las brechas de desigualdad e impiden el goce efectivo de los derechos de las mujeres a lo largo del curso de su vida en las diferentes dimensiones del desarrollo y la vida social y comunitaria. Su fin es promover la igualdad de género y el goce efectivo de sus derechos” (Alcaldía Mayor, 2020)

Por tal razón, para esta política es primordial destacar las masivas disparidades en las historias y lugares de hombres y mujeres en nuestra sociedad que se traducen en posibilidades o limitaciones de actuar y en la valoración o no de sus capacidades, derechos y deberes. Las consecuencias asociadas a dichas disparidades resultan evidentes en fenómenos de violencia cotidiana en el Distrito y a nivel nacional y por ende en la salud mental de la ciudadanía.

Enfoque Interseccional

Permite comprender las relaciones de poder y desigualdad desde una perspectiva de interseccionalidad que por razones de género existen entre mujeres y hombres y que se reproducen a través de imaginarios, creencias, roles y estereotipos que afianzan las brechas de desigualdad e impiden el goce efectivo de los derechos de las mujeres a lo largo del curso de su vida, en las diferentes dimensiones del desarrollo y la vida social y comunitaria. Su fin es promover la igualdad de género y el goce efectivo de sus derechos (Art. 6 Acuerdo 761 de 2020)” ...

Enfoque Territorial

El concepto de territorio permite ampliar la comprensión de lo rural como opuesto a lo urbano en un esquema dicotómico rígido que desconoce las interacciones, y como un ámbito estrictamente sectorial vinculado a lo agrícola, lo cual exige la coordinación de distintos actores, visiones y acciones, requiriendo una perspectiva multisectorial y multidisciplinaria (Fernandez, Fernandez y Sologa, 2019).

Según Schejtman y Berdegúe (citado por Fernandez, Fernandez y Sologa, 2019) el territorio “es un conjunto de relaciones sociales que dan origen y a la vez expresan una identidad y un sentido de propósito compartidos”, es decir, es una construcción social en el cual son los actores quienes configuran sus relaciones y el significado de un determinado espacio físico y social; en ese sentido se vinculan allí comprensiones alrededor de la salud mental que no han de ser desconocidas en el marco de esta política. Teniendo en cuenta que se viene formulando la política de ruralidad que avanza de una comprensión territorial específica, se buscará articular estos procesos para vincular lo relacionado con el abordaje integral de la salud mental.

Identificación de factores estratégicos

Tabla 18: Identificación de factores estratégicos

FACTOR ESTRATÉGICO	RESULTADO ESPERADO
Escasos procesos de incidencia y participación de la ciudadanía en torno a la implementación de la Política Distrital de Salud Mental relacionado con el estigma que socialmente se ha instaurado, la baja capacitados en procesos relacionados con participación social en Salud y la ausencia de instancias locales y distritales que posibiliten la participación de asociaciones de pacientes, sus familiares o cuidadores de patologías en salud mental y organizaciones sociales y comunitarias	Aumentar los ciudadanos que inciden en la implementación de la Política Distrital de Salud Mental, a través de ejercicios de participación, organización y movilización social en salud.
La ciudad no cuenta con estudios propios que den cuenta del estado de la salud mental de la población que oriente la toma de decisiones desde su comprensión integral de bienestar y salud y no desde la patología.	Gestión del conocimiento en salud mental desde un concepto positivo en el Distrito Capital.
En la actualidad aún persiste la concepción de la salud mental desde la mirada de la enfermedad y la patología que es socialmente asociada con “locura” o desviación” que implica una atención exclusiva de profesionales del sector	Incrementar el número de personas con comprensión positiva de la salud mental

<p>salud (muchas veces especializados), por ello es necesarios avanzar en posicionarla desde su visión positiva e integral como un elemento fundamental para el desarrollo humano y la vida relacional y cotidiana de las personas.</p>	
<p>La afectación de determinantes sociales relacionados con la salud mental y el bienestar emocional requiere la armonización de estrategias desde diferentes sectores y actores, así como de la disposición de mecanismos que posibiliten la coordinación y complementariedad de las acciones a desarrollar a nivel territorial desde los enfoques poblacional, diferencia y de género. En ese sentido es necesaria la concreción de una agenda de trabajo conjunta que posibilite la articulación de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental en el territorio con base en la identificación de necesidades propias de la población en el marco de su diversidad, para ello, es clave identificar las responsabilidades y competencias de los diferentes sectores, tener información clara sobre las rutas y servicios disponibles y los procedimientos para su activación.</p> <p>Estas acciones deben contemplar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer procesos educativos individuales, grupales y colectivos para promover la salud mental de las mujeres en sus diferencias y diversidades y la equidad de género, dirigidos a hombres, mujeres, comunidades y talento humano en salud, a fin de promover el goce efectivo de la salud plena y la autonomía de las mujeres - Establecer mecanismos accesibles, ágiles, adecuados, pertinentes y efectivos para que las mujeres denuncien hechos de violencia en la atención en salud integral, especialmente en la atención del embarazo, parto y puerperio, que permitan garantizar el derecho a la salud plena para las mujeres. 	<p>Incrementar las canalizaciones efectivas con base en la articulación de las acciones de promoción de la salud mental y prevención de eventos prioritarios y trastornos mentales y del comportamiento con enfoque de APS y poblacional, diferencial y de género</p>
<p>En Bogotá se ha avanzado en la adopción de la ruta de atención integral en salud mental que contempla acciones dirigidas a los problemas psicosociales, trastornos mentales y epilepsia y que tienen la responsabilidad de gestionar y</p>	<p>Mejorar Acceso a servicios de salud integrales e integrados en salud mental de personas con problemas y trastornos mentales, sus familias</p>

<p>garantizar las Empresas Administradoras de Planea de Beneficio. En el marco de la implementación de la política de salud mental, se requiere ahondar en estos esfuerzos para facilitar el acceso de los servicios y que éstos cumplan con los criterios de calidad y los mecanismos necesarios para la articulación de acciones colectivas e individuales que abarquen todas las modalidades de atención desde la promoción haya la rehabilitación.</p>	<p>y cuidadores.</p>
<p>Fortalecer las capacidades del talento humano en salud en especial los que brindan atención en salud mental, en dos momentos y escenarios: el primero, la incorporación de valores, actitudes, conocimientos y prácticas de cuidado de la salud de la mujer en sus diferencias y diversidades y garantía de sus derechos humanos en los currículos de enseñanza en las facultades y escuelas de ciencias de la salud y otras áreas de conocimiento relacionadas con la atención integral de la salud mental de las mujeres en el Distrito Capital.</p> <p>El segundo, la formación continua del talento humano encargado de la atención integral en salud en especial de la salud mental para las mujeres en sus diferencia y diversidades en Bogotá, fortaleciendo sus capacidades y sensibilidad frente a las experiencias de las mujeres en sus diversidades y promoviendo acciones que transformen las relaciones de género y eliminen prejuicios y prácticas discriminatorias hacia las mujeres que acceden a los servicios de salud. A cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud y sus redes de prestación de servicios de salud, en coordinación con la Secretaría Distrital de Salud.</p>	<p>Incrementar el talento humano fortalecido con capacidades y condiciones para la prestación de servicios en salud mental</p>
<p>En coherencia con un concepto integral de salud mental, durante la implementación de la presente política se requiere diseñar, implementar y fortalecer sistemas de información y vigilancia dinámicos que se adapten al cambio constante de las relaciones humanas para, a partir de ahí, llevar a cabo una lectura contextual, así como el análisis de la información, la orientación de las intervenciones, la toma de decisiones y la incidencia política.</p>	<p>Monitoreo y seguimiento oportuno de eventos en poblaciones prioritarias, para orientar la toma de decisiones en política pública, planes y programas en salud mental</p>

Fuente: Elaboración equipo SDS

Propuesta preliminar de estructura de la política pública

Objetivo general de la política pública

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, que abarcan acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación, 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 de promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación, 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

La política pública de salud mental, está constituida por tres ejes: Posicionamiento de la salud mental, Atención integral e integrada en salud mental, Salud mental y vigilancia en salud pública; y ocho componentes, los cuales dan respuesta a la situación de salud mental en la ciudad soportada y analizada estadísticamente y que recogen la voz de la comunidad que participó en su formulación. Estos se desarrollan a continuación.

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.

A través de este eje se busca posicionar y visibilizar la salud mental como un derecho de los ciudadanos y no solo como ausencia del trastorno mental o del comportamiento, en esa medida se hace necesario desarrollar procesos de participación social, comunitaria y ciudadana con incidencia política, gestión del conocimiento, comunicación y divulgación, que permitan la transformación de imaginarios, representaciones y prácticas sociales establecidas en torno a la salud mental.

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.

Componente 2. Gestión del conocimiento

Es necesario fomentar el desarrollo de procesos que permitan la generación, sistematización y análisis de conocimiento, orientado a construir nuevas comprensiones de la realidad de las personas, a partir de la lectura de cada contexto, de acuerdo con cómo se va dando la vida relacional en la cotidianidad, comprendiendo los intereses, las motivaciones que giran en torno a la salud mental y que oriente las formas de abordar los procesos en salud mental.

Componente 3. Comunicación y divulgación

Este componente gira en torno al posicionamiento en la opinión pública y en la cultura de una comprensión positiva y dinámica de la salud mental, que transforme imaginarios, representaciones y prácticas sociales, e incluya las dimensiones del desarrollo humano, el bienestar y la calidad de vida y que no se reduzca a la enfermedad mental ni a su tratamiento.

Eje 2. Atención integral e integrada en salud mental

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

Componente 1. Consolidación y oferta de programas y servicios promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación en salud mental, con enfoque de atención primaria en salud (APS)

Busca articular y fortalecer los servicios integrados de promoción de la salud mental y prevención de eventos y trastornos mentales y del comportamiento, así como el cubrimiento de las necesidades de atención y rehabilitación en salud mental con base en la estrategia de APS y la materialización de sus tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción sectorial y transectorial en salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

Componente 2. Fortalecimiento de la Red de Atención en Salud Mental

Actualmente la Red de Atención en Salud Mental de la ciudad es insuficiente para atender la demanda de los eventos y trastornos mentales y del comportamiento que se presentan. Si bien la estrategia de APS parte de un enfoque integral que conlleva a abordar la salud mental de un modo más comunitario y menos institucionalizado, es necesario contar con una red de atención fortalecida para los casos que lo precisen. Para ello se requiere la creación de alianzas con otros actores y sectores que permitan ampliar la oferta de servicios, adoptar modalidades de atención que suplan necesidades identificadas, fortalecer la evaluación y vigilancia de los servicios de salud mental, así como ejercer la rectoría de los mismos.

Componente 3. Fortalecimiento del equipo humano y de sus condiciones operativas para la atención integral e integrada de la salud mental

El equipo humano en salud mental incluye profesionales, técnicos, agentes comunitarios, ciudadanos y ciudadanas que ejercen un rol en la garantía del derecho a la salud mental. Dado lo anterior, este componente busca fortalecer sus capacidades, competencias y habilidades orientadas a la cualificación y al mejoramiento de las condiciones operativas para el desarrollo de procesos de promoción, prevención integral, detección temprana, evaluación, diagnóstico, intervenciones clínicas y terapéuticas, rehabilitación, seguimiento e inclusión social.

Eje 3. Salud mental y vigilancia en salud pública

La vigilancia de la salud pública en el Distrito capital tiene como propósito generar de manera permanente y sistemática el conocimiento sobre la situación de salud de la población en el contexto, tradicionalmente en salud mental se ha centrado en eventos de interés en salud pública, incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida. Sin embargo, y en coherencia con un concepto integral de salud mental, durante la implementación de la presente política se requiere diseñar, implementar y fortalecer sistemas de información y vigilancia dinámicos que se adapten al cambio constante de las relaciones humanas para, a partir de ahí, llevar a cabo una lectura contextual, así como el análisis de la información, la orientación de las intervenciones, la toma de decisiones y la incidencia política.

Igualmente, y entendiendo que la vigilancia en salud pública permite conocer la magnitud y la tendencia de los eventos de salud, los factores de riesgo y la población afectada (Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia, 2005) para materializar este eje, se hace necesario abordar tanto los sistemas de vigilancia en salud pública relacionados con eventos prioritarios en salud mental, como los sistemas de información en salud mental, trastornos mentales y del comportamiento.

Componente 1. Sistemas de vigilancia en salud pública relacionados con eventos prioritarios en salud mental

Que el Distrito cuente con una mirada de la salud mental más contextualizada y cercana a las necesidades de la población hace necesario disponer y fortalecer un proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información sobre eventos en salud pública de salud mental, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación.

Componente 2. Sistemas de información en salud mental, trastornos mentales y del comportamiento

La ciudad requiere contar sistemas de información de trastornos mentales y del comportamiento, que incluyan factores de riesgo, condiciones de vulnerabilidad de poblaciones de mayor riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, acceso, cobertura y calidad de servicios de salud mental, y así contar con procesos sistemáticos que coadyuven en el monitoreo y fortalecimiento de la atención integral e integrada.

Nota: En noviembre de 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social emite de la Resolución 4886 por medio de la cual adopta la política nacional de salud mental. Reconociendo los avances en materia de formulación de política que ha tenido el distrito, se armonizan los ejes y líneas estratégicas de ésta política nacional en el plan de acción de la política distrital de salud mental.

Análisis de Actores Relevantes

En la Política Distrital de Salud Mental se articulan las diferentes políticas públicas distritales para hacer posible el ejercicio pleno de la ciudadanía en niñas, niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas y mayores, así como todas las poblaciones diferenciales. Ello requiere de los aportes significativos de cada política al desarrollo humano de las personas en todas sus dimensiones, al ejercicio efectivo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, para lograr una vida con calidad y para el desarrollo del capital global.

En el marco del proceso de formulación de la política de salud mental se identifican como actores clave desde la administración distrital las siguientes entidades:

- Secretaría de Integración Social: Responsable de la formulación e implementación de políticas públicas poblacionales orientadas al ejercicio de derechos, ofrece servicios sociales y promueve de forma articulada la inclusión social, el desarrollo de capacidades y la mejora en la calidad de vida de la población en mayor condición de vulnerabilidad, con un enfoque territorial.
- Secretaría Distrital de Educación: Promueve la oferta educativa en la ciudad para garantizar el acceso y la permanencia de los niños, niñas y jóvenes en el sistema educativo, en sus distintas formas, niveles y modalidades; la calidad y pertinencia de la educación, con el

propósito de formar individuos capaces de vivir productiva, creativa y responsablemente en comunidad.

- Secretaría de la Mujer: Lidera, orienta y coordina la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género, así como la transversalización de los enfoques de derechos de las mujeres, de género y diferencial, en los planes, programas, proyectos y políticas públicas distritales, para la protección, garantía y materialización de los derechos humanos de las mujeres en las diferencias y diversidades que las constituyen, promoviendo su autonomía y el ejercicio pleno de su ciudadanía en el Distrito Capital
- Secretaría de Cultura, Recreación y Deportes: Lidera la formulación e implementación concertada de políticas públicas en arte, cultura, patrimonio, recreación y deporte, así como la transformación y sostenibilidad cultural y deportiva de la ciudad, garantizando los derechos culturales, reconociendo a los habitantes de Bogotá como creadores, agentes de cambio y el cede todas nuestras acciones en la construcción de una ciudad creadora, cuidadora, consciente e incluyente
- Secretaria Distrital de Planeación: Planear y orientar la transformación territorial, económica, social y ambiental del distrito capital para mejorar el bienestar colectivo y la competitividad de nuestra ciudad región incluyente, cuidadora, equitativa y solidaria, a través de las políticas públicas, la participación ciudadana y una gestión pública efectiva, digital e innovadora.
- Organizaciones, asociaciones y fundaciones: constituyen un tejido básico de participación ciudadana a través del cual las personas toman decisiones en la elaboración de proyectos y programas, como mecanismos que les permite generar capital social y desarrollo comunitario que impacta de manera positiva tanto a las familias, individuos y población.
- Ministerio de Salud y Protección Social: Encargado de conocer, dirigir, evaluar y orientar el sistema de seguridad social en salud, mediante la formulación de políticas, planes y programas, la coordinación intersectorial y la articulación de actores de salud con el fin de mejorar la calidad, oportunidad, accesibilidad de los servicios de salud y sostenibilidad del sistema, incrementando los niveles de satisfacción de los pacientes, familias, comunidades y habitantes del territorio nacional.
- Secretaria Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia: Encargado de diseñar e implementar estrategias y acciones con enfoques transversales de promoción de la cultura ciudadana, género, población vulnerada y territorial, que permitan la reducción de las problemáticas, factores de riesgo y delitos que afectan las condiciones de seguridad, convivencia y justicia en Bogotá.

Bibliografía

Alcaldía Mayor de Bogotá, (2020) Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Publicas del Distrito Capital 2020-2024. Artículo 6.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de la Mujer. (s.f.). Guía técnica “El derecho de

las mujeres a una vida libre de violencias: Herramientas prácticas para su reconocimiento y garantía”.

-Anuario de Siniestralidad Vial 2020, Secretaria Distrital de Movilidad (2020), (<https://datos.movilidadbogota.gov.co/documents/movilidadbogota::anuario-de-siniestralidad-vial-de-bogota-2020/explore>)

Cardona, P. (2011). Lineamiento SISVECOS. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud pública. Área de Vigilancia Epidemiológica

Carvajal C. y Restrepo, L. (1993). ¿Qué es Prevención Integral? Bogotá, D. C.: Guadalupe. Comisión Intersectorial Poblacional del Distrito Capital (2013) Lineamientos distritales para la aplicación de enfoque diferencial.. Pág.19

Confederación de salud mental de España 2022 disponible en <https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#mundo>
Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2021, Nota estadística Salud Mental en Colombia: Un análisis de los efectos de la pandemia

Detels, R. (2002). Libro de texto Oxford de salud pública (3° ed.). Oxford: Oxford University Press

Espinosa, G. (2014). Comentarios al resumen ejecutivo de “Política Distrital de Salud Mental-2014”. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud

Fernandez, Fernandez y Sologa, 2019. Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: alcance y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas CEPAL

Fundación Saldarriaga Concha - Mitos y realidades sobre la salud mental. Tomado de <https://www.saldarriagaconcha.org/11-mitos-sobre-salud-mental%E1%BB%BF/>

Gómez-Galindo, Ana M, Peñas-Felizzola, Olga L, & Parra-Esquivel, Eliana I. (2016). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. Revista de Salud Pública , 18 (3), 367-378. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n3.53048>

González, R. (1992). Salud mental en la comunidad en América Latina. Ejemplo de Programas. En Levav I. (ed.). Temas de Salud Mental en la Comunidad. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial: es hora de pasar a la acción. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009)

Jane-Llopis, E. y Anderson, P. (2005). Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe. Recuperado de: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a01_16_en.pdf

Ministerio de la Protección Social y Asociación Colombiana de Psiquiatría (2007) Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento propuesta para discusión y acuerdos Pgs 15s.

Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2005) Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia. Pgs 19s.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013), Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones

Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Manual cuidado a cuidadores con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-cuidado-al-cuidador.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2018), Boletín de salud mental Salud mental en niños, niñas y adolescentes

Ministerio de Salud y Protección Social (2018b) Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/concertacion-intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2018b) Resolución 4886 de 2018 a través de la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental

Ministerio de Salud y Protección Social (2021) Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Participación social en salud mental y en la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas

Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015, Encuesta Nacional de Salud Mental

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Intento de suicidio. Bogotá, 2016

Ministerio del Interior y de Justicia y Ministerio de Salud y Protección Social (2008)
Mrázek, P. J. y Haggerty, R. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press

Organización Mundial de la Salud (2022) Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un%20estado%20de%20bienestar%20en%20el,de%20contribuir%20a%20su%20comunidad.>

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), Consecuencias para la salud. En: Hojas informativas para comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Citado de Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de la Mujer. (s.f.). Guía técnica “El derecho de las mujeres a una vida libre de violencias: Herramientas prácticas para su reconocimiento y garantía”.

Organización Mundial de la Salud. (1978) Declaración de Alma-Ata.

Organización Mundial de la Salud. (2013) Salud Mental. Guía del promotor comunitario

Organización Mundial de la Salud. Suicidio. [En línea] Salud, Organización Mundial de la Salud, 24 de agosto de 2018. [Citado el: 28 de abril de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2005) Declaración de Montevideo.

Plan Distrital de Seguridad Vial 2017-2026, Secretaría Distrital de Movilidad.
https://www.movilidadbogota.gov.co/web/sites/default/files/Paginas/23-09-2021/plan_distrital_de_seguridad_vial_2017-2026.pdf

Plan Nacional de Seguridad Vial (2011-2021) Ministerio de transporte)
<https://www.mintransporte.gov.co/publicaciones/3239/plan-nacional-de-seguridad-vial/>
Política pública de mujer y equidad de género

Rossel, C (2016). Asuntos de género: Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas. Publicación de las Naciones Unidas ISSN 1564-4170
Sáiz, J.; Giner, J. y Bobes, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Triacastela.

Sanabria-Mazo, J. P., Useche-Aldana, B., Ochoa, P. P., Rojas-Gualdrón, D. F. y Sanz, A. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia. Editorial CES.

Secretaria de Cultura, Recreación y Deporte y el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, 2022, encuesta calidad de vida 2021-2022, disponible en
<https://culturaciudadana.gov.co/sites/default/files/2022-05/Resultados%20encuesta%20calidad%20de%20vida%202021%20publicar.pdf>

Secretaría Distrital de la Mujer (2019). Manual de Atención con Enfoque Psicosocial. Bogotá D.C.

Secretaría Distrital de la Mujer (2020). Análisis de ciudad 25, Boletín informativo de la Secretaría Distrital de la Mujer ¿Qué pasó con las mujeres en Bogotá durante el primer año de pandemia? Recuperado de
<https://omeg.sdmujer.gov.co/index.php/mediciones/publicaciones/boletin>

Secretaria Distrital de Planeación (2017) Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del Distrito. Secretaría Distrital de Planeación.

Secretaria Distrital de Planeación (2020) concepto unificado sobre el plan de acción de la Política Pública de Salud Mental 2015- 2025, radicado 2-2020-17208 del 01/04/2020

Secretaría Distrital de Salud (2005). Por el derecho al desarrollo de la autonomía: Política Distrital de Salud Mental. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Solitario, R.; Garbus, P. y Stolkiner, A. (2007). Atención Primaria en Salud e Interdisciplina: dos componentes clave para las reformas en salud mental. En Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca 17(3):63-7

UNICEF (2006). Aúnan esfuerzos para frenar la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes. En La niñez es noticia 4(7).

Velzeboer, m (2003) La violencia contra las mujeres, responde el sector salud. Publicación ocasional N° 12 OIPS