

Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

SECRETARÍA DE SALUD

Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025

Enrique Peñalosa Londoño
Alcalde Mayor de Bogotá

Luis Gonzalo Morales Sánchez
Secretario Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

Patricia Arce Guzmán
Subsecretaria de Salud Pública (E)

Libia Esperanza Forero
Directora de Salud Colectiva

Luz Adriana Zuluaga
Directora (E) Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas en Salud Colectiva

Luz Mery Vargas Gómez
Subdirectora de Determinantes en Salud

EQUIPO LÍDER DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL

Luz Helena Rúa Martínez
Gina Paola Rangel Medina
Jorge Yecid Leyva Roa
Nilda Carolina Torres Gutiérrez
Subdirección de Determinantes en Salud

EQUIPO TÉCNICO DE SALUD MENTAL QUE APORTÓ AL DOCUMENTO FINAL DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL

Henry Alejo Alejo
Gloria Elvira Bustamante Osorio
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública

Ana Milena Moreno Quiroga
Dirección de Provisión de Servicios de Salud

Ronald Ramírez López
Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud

Adriana Paola Forero Ospina
Corrección de estilo

Juan Carlos Vera
Diseño y diagramación

Bogotá, D.C., enero de 2016

Contenido

Introducción	5
¿Qué encontrarás en este documento?	5
Agradecimientos	7
¿Quiénes participaron en la construcción de la Política Pública de Salud Mental?	7
Secretaría Distrital de Salud	7
Pontificia Universidad Javeriana	7
Hospital Usaquén	7
Marco ético	8
¿Cuáles valores y principios orientan esta política?	8
Marco analítico	10
¿Desde dónde abordamos la salud mental en esta política?	10
Enfoque de derechos	10
Enfoque de determinantes sociales de la salud	11
Enfoques: diferencial, de género y poblacional	11
Marco normativo	13
¿Cuál es nuestro sustento legal o normativo?	13
Marco conceptual	18
¿Cómo comprendemos la salud mental en esta política?	18
Definición de salud mental en la Política Distrital de Salud Mental, Bogotá, D.C., 2015-2025	18
Atención primaria en salud y en salud mental	20
Promoción de la salud mental	20
Prevención de eventos en salud mental, trastornos mentales y del comportamiento	21
Eventos prioritarios de salud mental para la salud pública	22
Marco situacional	23
¿Cómo está la salud mental de la ciudad?	23
La salud mental en el Distrito capital	23

Comportamiento del suicidio e intento de suicidio, Bogotá, D. C., 2008 a 2014	25
Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual en Bogotá	30
Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá	33
Comparativo sobre consumo reciente de bebidas alcohólicas y tabaco en Bogotá	34
Atención en salud mental en el Distrito capital y Plan Obligatorio de Salud	36
Marco metodológico	38
¿Cómo se construyó la política de salud mental?	38
Finalidad de la Política Distrital de Salud Mental	38
Objetivo general	39
Objetivos específicos	39
Estructura de la Política Distrital de Salud Mental	40
Eje 1. Posicionamiento de la salud mental	40
Componente 1. Participación social, comunitaria y ciudadana con incidencia política	40
Componente 2. Gestión del conocimiento	41
Componente 3. Comunicación y divulgación	41
Eje 2. Atención integral e integrada en salud mental	41
Componente 1. Consolidación y oferta de programas y servicios en salud mental, con enfoque de atención primaria en salud (APS)	42
Componente 2. Fortalecimiento de la Red de Atención en Salud Mental	42
Componente 3. Fortalecimiento del equipo humano y de sus condiciones operativas para la atención integral e integrada de la salud mental	42
Eje 3. Salud mental y vigilancia en salud pública	43
Componente 1. Sistemas de vigilancia en salud pública relacionados con eventos prioritarios en salud mental	43
Componente 2. Sistemas de información en salud mental, trastornos mentales y del comportamiento	43
Instancias de decisión y operación	44
Referencias	45

Introducción

¿Qué encontrarás en este documento?

La Política Distrital de Salud Mental 2015-2025 ha sido desarrollada para garantizar el derecho a la salud mental como una prioridad de la población del Distrito capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida.

Es primordial establecer que la salud mental no es tan solo un ámbito del sector salud. Más aún, su abordaje no solo es sectorial sino también transectorial y comunitario, en él tienen concurso y responsabilidad todos los actores interesados de la sociedad.

La salud mental tiene una estrecha relación con las posibilidades de la ciudadanía para ejercer sus derechos y desarrollar sus capacidades y potencialidades; es decir, de hacerse con sus capitales en sentido global.

Por lo anterior, las acciones en salud mental no se pueden limitar a la intervención de los trastornos mentales, 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.

Esta política entiende la salud mental como un derecho de todos los sujetos individuales y colectivos, y como un bien que debe ser promovido y construido transectorialmente; que además identifica las acciones locales que se llevan a cabo en salud mental; y que aspira a establecer las acciones que se requiere desarrollar.

La política recoge el marco normativo nacional y distrital que ha permitido su desarrollo, en particular desde el año 2011. Las últimas normativas han hecho posible una discusión más propicia para el desarrollo de políticas de salud mental más contextualizadas y cercanas a las necesidades de los colombianos.

En particular, la Ley 1616 de 2013 de Salud Mental o Ley Esperanza definió los elementos requeridos en toda política de salud mental para el país y sentó las bases para lograr avances concretos en esta materia. Cabe subrayar que varios de los enunciados más importantes de la ley están animados por la búsqueda del bien común y la construcción concertada y pública de la política, y provienen del trabajo realizado por el Distrito capital. La política aquí presentada, justamente, continúa dicha búsqueda.

El marco conceptual delimita los conceptos que se consideran primordiales en el desarrollo de la política. Es relevante el énfasis en la Atención Primaria en Salud, estrategia rescatada en la Ley 1448 de 2011, de gran impacto 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 con los propósitos internacionales en salud mental.

Esta política es el fruto de un trabajo constante y articulado entre sectores, actores, empresas prestadoras de servicios de salud, ciudadanos, 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 los objetivos y la finalidad planteada en la política, a saber: mejorar la calidad de vida de las personas habitantes del Distrito capital, favoreciendo su salud mental, entendida como un estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, en el que se reconocen los factores biológicos y los procesos de interacción que se dan entre las condiciones de vida sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas.

Para el logro de tal alcance, la política se convierte en los lineamientos y directrices para garantizar el derecho a la salud mental, armonizando procesos sectoriales, transsectoriales y comunitarios que impulsan acciones que aportan al desarrollo de la autonomía y de los procesos de promoción de la salud mental, prevención, atención, vigilancia y rehabilitación de trastornos mentales y del comportamiento, eventos y conductas que la afectan. Las acciones planteadas aquí requieren de abordajes integrales y articulados, y por tanto del compromiso del sector salud, de las entidades del Distrito y de una ciudadanía activa y decidida.

A continuación se presenta el documento ejecutivo de la Política Distrital de Salud Mental. Cabe aclarar que también existe un documento marco de esta política que profundiza técnica, metodológica y operativamente el proceso de formulación de la misma, el cual se encuentra disponible en la Secretaría Distrital de Salud para consulta.

Agradecimientos

¿Quiénes participaron en la construcción de la Política Pública de Salud Mental?

La Política Distrital de Salud Mental es el resultado del trabajo colectivo de la Secretaría Distrital de Salud, la Pontificia Universidad Javeriana y el hospital Usaquéen.

Los agradecimientos se extienden a todas las personas que con su compromiso y sus conocimientos hicieron posible la definición de este documento de política pública:

Secretaría Distrital de Salud

Luz Mery Vargas Gómez, Luz Helena Rúa Martínez, Gina Paola Rangel Medina, Jorge Yecid Leyva Roa, Nilda Carolina Torres Gutiérrez, Henry Alejo Alejo, Adriana Melissa Moncada Muñoz, Luisa Fernanda Ruiz Eslava, Gloria Elvira Bustamante Osorio, Gladys Espinosa de Gutiérrez, Ana Milena Moreno Quiroga, Ivonne Arévalo Moreno, Mónica Liliana Granados Rodríguez, Nubia Stella González Moreno, Adalgiza Lucía Reyes López, Amanda Siachoque Rodríguez.

Pontificia Universidad Javeriana

Nelson Ardón Centeno, Andrés Cubillos Novella, Diana Carolina Hernández Forero, Mónica María Novoa Gómez, Maribel Pinilla Alarcón, Cecilia de Santacruz.

Hospital Usaquéen

Carlos Iván Molina Bulla, José Napoleón Villarreal Sánchez, Angélica Rodríguez Cardona, Antonio Rodríguez Gómez, Claudia Fabiola Rey Sarmiento, Ángela María López Cano.

La gratitud también se extiende a todas las personas del sector salud y de otros sectores que participaron en los eventos de socialización, validación y ajuste del documento, en las entrevistas, grupos focales y de discusión, revisiones documentales y mesas de trabajo.

Marco ético

¿Cuáles valores y principios orientan esta política?

La política define una filosofía para el futuro, ayuda a establecer un modelo de actuación y estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación con otras políticas sanitarias y sociales (OMS, 2005, p. 12). Siguiendo este lineamiento, la Política Distrital de Salud Mental estará orientada por los siguientes principios:

Universalidad: deberán garantizarse acciones de promoción y restitución de la salud mental y la prevención y atención oportunas de los problemas y trastornos mentales a toda la población del Distrito capital, con eficiencia, calidad y equidad.

Equidad: se deberá buscar que los bogotanos, las bogotanas y los residentes en la capital puedan beneficiarse con los distintos capitales que conforman el capital global —cultural, simbólico, social y económico—, de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas. Es preciso adoptar enfoques redistributivos y solidarios que permitan superar las disparidades (Ministerio de Protección Social y Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2007, p. 31).

Acceso: los ciudadanos podrán aprovechar las oportunidades y hacer uso de los servicios en salud mental. Para ello se deberán disponer acciones y mecanismos que eliminen barreras en todos los órdenes y se deberá facilitar el acceso oportuno y equitativo de los sujetos individuales y colectivos a aquellas redes, dirigidas a toda la población, de servicios sociales y de salud con énfasis en salud mental.

Calidad: los espacios de participación social y promoción de la salud mental y los servicios preventivos y resolutivos en salud mental deberán ser pertinentes, oportunos, suficientes, eficaces, eficientes y efectivos.

Participación social: promover la participación social de toda la ciudadanía —incluyendo pacientes y familiares de pacientes con eventos y/o trastornos mentales y del comportamiento— en la toma de decisiones sobre la política pública y en su construcción e implementación; para tal fin resulta útil la conformación de redes comunitarias de apoyo y de gestión. Se entiende aquí que la participación social de los ciudadanos es una acción organizada que los empodera en la transformación y gestión de sus propios modos de vida.

Evidencia científica y contextual: tanto la información como las comprensiones y acciones que se deriven de la política mantendrán una orientación basada en sopor-

tes y argumentos derivados de la validación científica y del contexto distrital y local. Es deseable una gestión del conocimiento situada y adaptada a las condiciones del territorio y a los colectivos.

Transectorialidad: es necesario articular los alcances y las acciones de cada uno de los sectores de la organización política y distrital alrededor de propósitos comunes. Una política distrital promueve disposiciones estructurales y permanentes que trascienden lo coyuntural y las intervenciones centradas exclusivamente en eventos: conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas, violencias entre otras. El trabajo que ha de hacerse en el Distrito capital en torno a la salud mental supera con creces las posibilidades del sector salud o de las organizaciones sociales directamente interesadas y desborda los límites temporales de un gobierno, las normas y las políticas de áreas específicas. Es por esto por lo que la transectorialidad demanda que se aborden de manera integral las necesidades en salud mental de los sujetos individuales y colectivos de derecho. Ella implica concertar respuestas sectoriales, transectoriales y comunitarias que tengan en cuenta los avances históricos y contextuales de la salud mental y las posturas que permiten su desarrollo.



Marco analítico

¿Desde dónde abordamos la salud mental en esta política?

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 y la transectorialidad a la comunidad, haciendo posible su territorialización, con un trabajo de gestión y acción para 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 en 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 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.

Enfoque de determinantes sociales de la salud

Este enfoque establece que las condiciones de vida y desarrollo de las personas inciden en los procesos de salud-enfermedad de los grupos sociales; 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.

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

Dado que la salud mental está estrechamente relacionada con la salud física, los determinantes sociales inciden tanto en una como en la otra. Así, al hacer referencia a la salud mental de cada persona es preciso tener en cuenta tanto sus aspectos biológicos como las características que se derivan del reconocimiento de su etapa de ciclo vital: sus condiciones sociales, historia de vida, situación laboral y financiera, alimentación, educación, acceso a servicios de salud, desarrollo, uso del 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.¹

Enfoques: diferencial, de género y poblacional

El *enfoque diferencial* pone de relieve particularidades de los individuos y colectivos en su ciclo vital, tales como la pertenencia a un género, 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 la articulación de respuestas integrales con características y vulnerabilidades particulares; adicionalmente, abre la puerta para el reconocimiento, la restitución y la garantía de los derechos de las poblaciones más vulneradas y acciones positivas para reducir la discriminación y transformar estructuralmente las condiciones sociales y culturales.

El enfoque poblacional actúa como marco integrador de los conceptos y enfoques privilegiados en la Política Distrital de Salud Mental ya que permite visualizar la dimensión de los problemas y las intervenciones. En este sentido, admite una observación analítica que hace posible reconocer al ser humano individual y colectivo desde su integralidad (Secretaría Distrital de Salud, 2011b).

¹ En Latinoamérica, la corriente "Determinación Social de la Salud" ha planteado análisis amplios de carácter contextual que vale la pena tener en cuenta.

Asimismo, el enfoque poblacional centra su atención en las personas y en las características de cada una de las etapas del ciclo vital —niñez, juventud, adultez, vejez—; en los procesos de identidad-diversidad —etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado—; en las condiciones y situaciones —ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, habitabilidad de calle, discapacidad, privación de la libertad, conflicto armado, grupos en reinserción—; y, en el género como una categoría transversal. Esto en un contexto social, cultural, económico y político de los grupos e individuos.

Marco normativo

¿Cuál es nuestro sustento legal o normativo?

A continuación se ofrece una mirada general del desarrollo nacional y distrital del cuerpo normativo que apoya el desarrollo de la Política Distrital de Salud Mental sobre derechos y salud, incluida la relativa a personas que requieren protección especial:

Norma	Entidad generadora	Asunto
Nacional		
Constitución Política de Colombia	Presidencia de la República	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 del cual, cualquier convenio internacional relacionado con la salud mental, suscrito por el país, pasa a hacer parte de nuestra normativa.
Ley 100 de 1993	Congreso de la República	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, entre ellas el Sistema de Seguridad Social en Salud.
Política Nacional en Salud Mental, Resolución 2358 de 1998	Ministerio de Salud y Protección Social	Establece factores condicionantes de salud de diversa índole: biológica, ambiental, comportamental, social, política, económica, cultural. Asimismo estableció mediciones del nivel de salud a través de la estructura de la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad específicas por grupo etario y por género.
Resolución 412 de 2000	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Decreto 250 del 7 de febrero de 2005	Ministerio del Interior y de Justicia	Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia. Incluye otras disposiciones.
Ley 1098 de 2006	Congreso de la República	Por la cual se expide el Código de la Infancia y de la Adolescencia.
Ley 1122 de 2007	Congreso de la República	Ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.
Ley 1146 de 2007	Congreso de la República	Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
Decreto 3039 de 2007	Ministerio de Salud y Protección Social	Adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010.
Ley 1257 de 2008	Congreso de la República	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

Norma	Entidad generadora	Asunto
Ley 1361 de 2009	Congreso de la República	Ley de protección integral a la familia. Busca fortalecer y garantizar el desarrollo integral de la familia como núcleo fundamental de la sociedad, así mismo, establecer las disposiciones necesarias para la elaboración de una política pública para la familia.
Acuerdo 029 de 2011	CRES	Definición, aclaración y actualización integral del POS propio de los regímenes contributivo y subsidiado, que debe ser aplicado por las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud. Así mismo 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.
Ley 1438 2011	Congreso de la República	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Busca fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación de servicios públicos de salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud.
Ley 1448 de 2011 y Decreto 4800 de 2011	Congreso de la República	Se refiere a la atención y reparación integral a las víctimas del conflicto armado y, a partir de estas, a la atención en salud con enfoque psicosocial, y a la rehabilitación física, mental y psicosocial.
Acuerdo 28 de 2011	Comisión Reguladora en Salud	Definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo y subsidiado, que deberá ser aplicado por las entidades promotoras de salud y la prestación de servicios de salud a los afiliados.
Ley 1566 de 2012	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se dictan las normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas".
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	Ministerio de Salud y Protección Social	Incluye específicamente la "Dimensión convivencia social y salud mental".
Ley 1616 del 21 de enero de 2013	Presidencia de la República	Por medio de la cual se expide la Ley Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y los adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.
Distrital		
Acuerdo 17 de 1987	Concejo de Bogotá	Creó el Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano Desamparado, adscrito a la Subsecretaría Distrital de Salud, cuya financiación permitió ampliar la oferta de servicios, creando nuevas modalidades de atención, estructurándose a partir de 1989 la Red de Salud Mental en el Distrito. Fue liquidado en el año 1996.
Decreto 649 del 18 de octubre de 1996	Alcaldía Mayor de Bogotá	Por el cual se creó el Comité de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (se incluye intento de suicidio).

Norma	Entidad generadora	Asunto
Acuerdo 152 de 2005	Concejo de Bogotá	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.
Acuerdo 144 de 2005	Concejo de Bogotá	Por medio del cual se establece el Sistema de Salud Mental en el Distrito capital.
Acuerdo 221 del 2006	Concejo de Bogotá	Trastornos de la Conducta de la Alimentación. Se crea e institucionaliza el Programa Distrital de Prevención de la Anorexia y la Bulimia.
Decreto 482 de 2006	Alcaldía Mayor de Bogotá	Se adopta la Política Pública de Juventud para Bogotá, D. C., 2006-2016.
Acuerdo 383 de 2009	Concejo de Bogotá	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 406 de 2009	Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se fortalece la atención terapéutica como un componente de salud mental para los casos de violencia intrafamiliar y sexual en Bogotá, D. C.
Acuerdo 368 de 2009	Concejo de Bogotá	Por medio del cual se dictan disposiciones en materia de prevención de la ludopatía.
Decreto 048 de 2009	Concejo de Bogotá	Reglamenta la creación del Consejo Distrital de Estupefacientes y tiene como principal objetivo la construcción de la Política Distrital de Drogas.
Acuerdo 434 de 2010	Concejo de Bogotá	Reglamentado por el Decreto Distrital 546 de 2011 "Por medio del cual se crea el Observatorio de Convivencia Escolar".
Acuerdo 437 de 2010	Concejo de Bogotá	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.
Decreto 691 de 2011	Alcaldía Mayor de Bogotá	Por medio del cual se adopta la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D. C.
Acuerdo 485 de 2011	Concejo de Bogotá	Se establecen medidas educativas encaminadas a la erradicación del castigo físico, humillante y denigrante en contra de los niños, niñas y adolescentes de Bogotá, D. C.
Acuerdo 489 de 2012	Concejo de Bogotá	Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, 2012-2016, Bogotá Humana.

La salud mental y los enfoques desde los cuales se aborda hacen parte de un contexto político complejo —internacional, nacional y distrital— relativo a los derechos y a las legislaciones sobre educación, vivienda, trabajo, economía, medio ambiente; también inciden los distintos grupos poblacionales y las condiciones y situaciones de pobreza, discapacidad —rehabilitación—, desplazamiento y conflicto armado, entre otros.

En el plano internacional, los referentes más generales los establece la normatividad sobre derechos y salud, incluida la relativa a personas que requieren protección especial. En el caso de las personas con trastorno mental, se destacan las declaraciones y principios que enfatizan la igualdad de sus derechos y libertades.

De acuerdo con las normas y los acuerdos internacionales (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1990), en Latinoamérica se han desarrollado diversas experiencias en salud mental² gracias a las cuales se puede concluir que una política de salud mental debe ser equitativa, universal, asequible a toda la población, solidaria, integral, participativa y democrática. Así mismo debe ser una política estratégica de Estado, en consideración a la importancia que tiene para la productividad y el desarrollo del país.

En Colombia, el marco legal de final del siglo pasado no era propicio para las políticas en salud. Las dificultades suscitadas por 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 y, a su vez, solo hacían referencia a aspectos o problemas puntuales, 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.

Se debe aclarar que pese a lo sucedido en el país con la implementación de la Ley 100 de 1993 y de sus posteriores modificaciones, altamente restrictivas en el campo de la atención sanitaria en salud mental, la ciudad de Bogotá ha mantenido durante años una de las ofertas de servicios asistenciales de salud mental más completas en Colombia. Por ejemplo, ha protegido muchos de sus logros con estrategias como el diseño de paquetes de atención integral en salud mental a la población beneficiaria del régimen subsidiado como eventos no POSS³ y a la población no cubierta por subsidios a la demanda en el Distrito capital.

El 21 de enero de 2013, el Congreso de la República y el Gobierno nacional promulgaron la Ley 1616 o Ley Esperanza, en la cual se establece la salud mental como prioridad nacional y la relaciona directamente con el bienestar general y con el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos; además, reitera su condición prioritaria para la salud pública. Esta ley fue construida con un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, y se articula con otras políticas para 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 (EAPB) 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

² Primordialmente en Chile, Perú, Argentina, Brasil y Colombia.

³ Eventos no contemplados por el Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Subsidiado.

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. Asimismo contempla la ampliación de los servicios según necesidad y la vigilancia continua de los eventos en salud mental, así como de las intervenciones.

Dado lo anterior, la normatividad distrital se desarrolla a partir de los avances y disposiciones internacionales y nacionales ya mencionados. 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 en la discusión de la política de salud mental.

Sin embargo, aunque las últimas normativas han hecho posible una discusión más propicia para el desarrollo de políticas de salud mental más contextualizadas y cercanas a las necesidades de los colombianos y colombianas, se hace necesaria la reglamentación de la Ley 1616 de 2013.



Marco conceptual

¿Cómo comprendemos la salud mental en esta política?

Definición de salud mental en la Política Distrital de Salud Mental, Bogotá, D. C., 2015-2025

Las personas transitan por la vida de forma individual y colectiva y son reconocidas mediante expresiones diferenciales relativas a sus etapas de vida-generación —niñez, juventud, adultez, vejez—; a sus procesos de identidad-diversidad —etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado—; a sus condiciones y situaciones —ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, la habitabilidad de calle, la discapacidad, la privación de la libertad, el conflicto armado, grupos en reinserción—; y a su género.

En esa medida, la salud mental 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. En efecto, 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.

Como lo subraya la OMS, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1990). La salud mental, en especial, es una base fundamental de este bienestar de los individuos, las sociedades y las naciones.

Tradicionalmente, debido a la preponderancia del modelo epidemiológico y de la patología, la salud mental —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 en especial a evitar y a tratar la enfermedad, pero no trabajan en la promoción integral de la salud mental.

En la cotidianidad, la salud mental se materializa en las relaciones que a diario las personas establecen consigo mismas y con su entorno físico y social, mediante las cuales

les es posible vivir y convivir en armonía, trabajando y desarrollando sus potencialidades, respetando las normas sociales y aportando a la sociedad. En este sentido, la salud mental se define como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental).

Por lo anterior, se resaltan la relación y la dependencia mutua entre salud mental y derechos, dado que la garantía y el ejercicio de los derechos determinan las condiciones de salud mental y, a su vez, las condiciones de salud mental determinan el ejercicio y la garantía de los derechos.

La constitución de sujetos 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 la salud mental tiene que ver con el ejercicio de la autonomía de individuos y colectivos. La autonomía aquí es la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas; contar con tal capacidad dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades a una buena calidad de vida (Secretaría Distrital de Salud, 2005, p. 24). 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 la que las personas son entendidas como agentes activos y dinámicos —con expectativas, anhelos, necesidades, formas de ver pensar y actuar, etcétera—, y en la que la salud mental es entendida como 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, del otro, su ejercicio solo es posible en las condiciones de calidad de vida apropiadas.

Para la puesta en marcha de la Política Distrital de Salud Mental se espera el fortalecimiento de la participación comunitaria, sectorial 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 las demás que favorezcan la promoción y el restablecimiento de la salud mental de los ciudadanos.

Atención primaria en salud y en salud mental

La atención primaria en salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables; está puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Desde 1990 la OMS ha propuesto incluir la salud mental como un componente de la APS, propuesta reiterada en la Declaración de Caracas (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1990) y en la Conferencia de Brasilia. La OMS y la Organización Mundial de Médicos de Familia (Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de Médicos de Familia, 2008) 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”.

Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental es un proceso de carácter sectorial, transectorial y comunitario, que permite generar entornos y condiciones de vida orientados a reconocer, mantener y adoptar modos de vida saludables. 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 tanto al sector salud como 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 etcétera.

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; aquí son 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 en la expectativa de salud entre los países y los grupos.

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.

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

La prevención está orientada hacia la reducción de los factores de riesgo y al aumento de los factores de protección que se encuentran relacionados con los eventos y trastornos mentales y del comportamiento. Tiene el objeto de reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales y del comportamiento y el tiempo en que las personas permanecen con síntomas o en condición de riesgo de desarrollarlos. 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, p. 4).

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; quienes participan apoyando la construcción de nuevas prácticas realizadas a través de ofertas y redes de soporte social” (Carvajal y Restrepo, 1993).

Concebida de tal modo, la prevención busca tanto evitar que aparezcan riesgos para la salud mental o problemas en ella como evitar que los problemas existentes se agudicen.

Según Mrazek y 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 esta 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 personas en condición de

desplazamiento, mujeres y niños maltratados, víctimas del conflicto armado, personas mayores abandonadas, etcétera.

- **Prevención indicada:** se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos. 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.

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

Eventos prioritarios de salud mental para la salud pública

Este es un problema que por su magnitud, trascendencia social y vulnerabilidad debe ser intervenido con preferencia. Actualmente, en la ciudad, los eventos prioritarios, en concordancia con lo planteado en el Plan Nacional de Salud Mental, son: violencia intrafamiliar; violencia sexual; explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes; violencia contra la mujer; violencia contra niños, niñas y adolescentes —intrafamiliar, sexual—; el consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida. Como se entenderá, algunos de ellos corresponden a trastornos mentales o son la consecuencia directa de ellos.

El término “trastorno mental o del comportamiento” es más amplio que el de “enfermedad mental” y se aplica a cualquier alteración genérica de la salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática conocida. En este sentido, un trastorno mental es un síndrome o un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. En este marco, los trastornos mentales y del comportamiento pueden ser consecuencia de factores biológicos —ya sean de orden genético, neurológico u otros—, ambientales o psicológicos. Por eso requieren de un abordaje multidisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida del sujeto.

Muchos son los signos o síntomas que dan muestra de que alguien está sufriendo un trastorno mental y del comportamiento: trastornos del sueño, tristeza, ansiedad, alteraciones en la memoria, dificultad palpable para pensar con claridad, conducta de tipo agresivo o incluso cambios y problemas en la percepción visual y la auditiva.

Marco situacional

¿Cómo está la salud mental de la ciudad?

Según el *Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Nuevos conocimientos nuevas esperanzas*, cerca de 450 millones de personas padecen alguna de las siguientes enfermedades neuropsiquiátricas: trastorno depresivo unipolar, trastorno afectivos bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastorno por consumo de alcohol y de determinadas sustancias psicoactivas, enfermedad de Alzheimer, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 23).

La salud mental en el Distrito capital

Bogotá no cuenta con estudios propios sobre el estado de salud mental de su población; los datos disponibles se encuentran en los estudios realizados para el país. Estos estudios describen y analizan factores biológicos, ambientales, psicológicos y sociales relacionados con la presencia de enfermedades, eventos, trastornos, discapacidad y muertes asociadas a los mismos; pero no examinan las dimensiones positivas de la promoción de la salud mental y tienden reducir su mirada a la ausencia o presencia de alteraciones.

Es así como, según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015), 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 posibles trastornos.

En la población de 18 a 44 años en evaluación con SQR —instrumento de medición empleado en la Encuesta Nacional— 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 7 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 etáreo.

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 %.

Bogotá presenta la segunda prevalencia en el país de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida con un 29,3 % en población de 12 a 17 años y conserva este mismo lugar en prevalencia de consumo en los últimos 12 meses con un 26,7 %. La población de 18 a 44 años presenta mayor consumo de sustancias legales en los últimos 12 meses con el 22 % y una prevalencia consumo de bebidas alcohólicas de 54,7 % ocupando el segundo lugar en Colombia.

La prevalencia general de trastorno mental en la infancia es de 4,7 % sin contar síntomas y trastornos de estrés postraumático, trastornos de aprendizaje, de la comunicación y retardo mental, la sumatoria para este grupo etario podría llegar a ser del 8 al 12 %.

En la población de 7 a 11 años, por percepción de los cuidadores, la prevalencia de trastorno mental en los últimos 30 días es del 3 %, lo que significa que, según la percepción de los cuidadores 3 de cada 100 niños sufren trastorno mental en el último mes.

El 5 % de los niños y las niñas presentan —según la percepción de sus cuidadores— un trastorno mental en el último año. El de mayor prevalencia es el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, con un 3 %. Es importante anotar que el 15,6 % de los niños presentan dos trastornos mentales de manera simultánea, concepto conocido como comorbilidad.

Los datos nacionales muestran una prevalencia de vida del trastorno mental en la adolescencia de 7,2 %, siendo de mayor prevalencia cualquier trastorno de ansiedad con el 5 %, la prevalencia del último año es de 4,4 % por cuanto el de mayor prevalencia es la fobia social con 3,4 % y la prevalencia del último mes es de 2,5 %. Se observa una diferencia entre la prevalencia y en la zona urbana con 8 % versus la zona rural con 5 %.

Los datos para Bogotá muestran en los adolescentes una prevalencia de vida de 8,5 %, por encima del dato nacional; una prevalencia del último año de 4,5 % y del último mes 2,6 %, datos muy cercanos a los nacionales.

Con relación al suicidio en adolescentes, el 6,6 % presenta ideación suicida, 1,8 % plan suicida y el 2,5 % intento de suicidio; la proporción de adolescentes que intenta suicidarse con respecto a quienes lo han pensado hacer es de 37,6 %.

El estudio muestra que los trastornos mentales en el adulto se presentan con una prevalencia de vida del 9,1 %, en el último año del 4 % y del último mes del 1,6 %. La región con mayor prevalencia para cualquier trastorno mental a lo largo de la vida es Bogotá con el 12,9 % y es la segunda con mayor prevalencia en el último año con un 4,9 %. La diferencia en este grupo poblacional en prevalencia de vida en urbano es del 10 % versus 6,1 % en la ruralidad.

Con relación al suicidio en adultos el 6,55 % de la población presenta ideación suicida, el 2,36 % en plan suicida y el 2,57 % un intento de suicidio. La proporción de adultos con plan suicida respecto a quienes pensaban hacerlo es de 35,9 % y la proporción de adultos con intento de suicidio respecto de quienes tienen ideación es de 39,2 %. El porcentaje de personas que han pensado suicidarse Bogotá es de 10,3 %, el más alto del país; y con relación al intento de suicidio, Bogotá presenta un 4,6 %, el mayor porcentaje del país.

Como resultados generales de la Encuesta Nacional de Salud Mental, la información presentada brinda un panorama de la ciudad con respecto al país. Sin embargo, de manera complementaria Bogotá dispone de sistemas de vigilancia e información específicos en determinados eventos en salud mental que permiten hacer una lectura a partir del déficit, pero que se convierte en información útil para un primer acercamiento al estado de la salud mental en Bogotá.

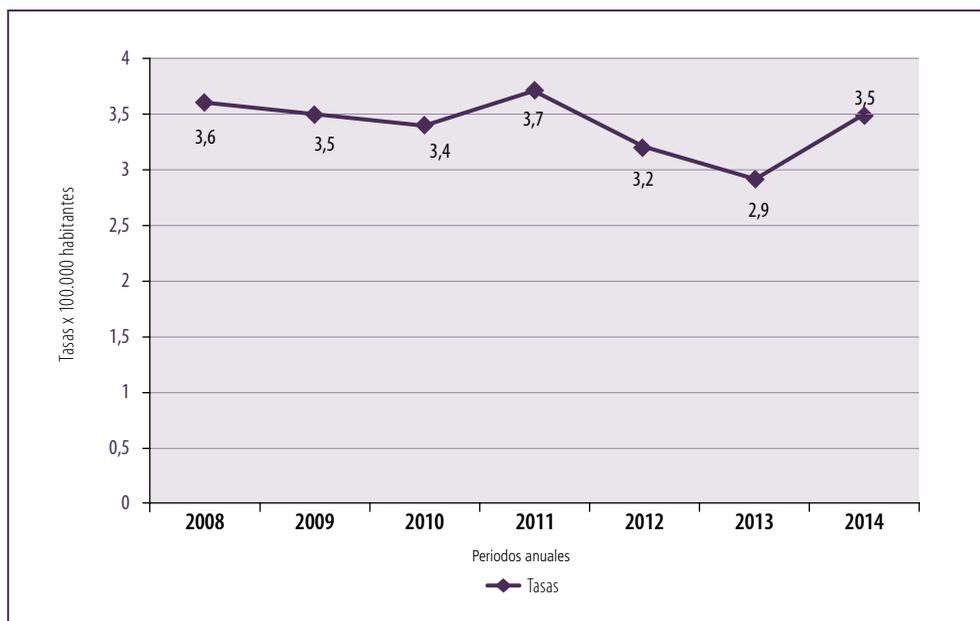
En ese sentido, el análisis situacional desarrollado a continuación retoma los datos de la Secretaría Distrital de Salud, producto de la vigilancia epidemiológica adelantada desde el año 2008. Se tienen en cuenta eventos en salud mental que se consideran prioritarios en salud pública, sin que ello implique el desconocimiento de los demás eventos o trastornos mentales y del comportamiento que tienen incidencia significativa en la población bogotana.

Por lo anterior, a continuación se presenta información del Distrito capital en relación con suicidio e intento de suicidio, violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual y consumo de sustancias psicoactivas, información aportada desde los sistemas de vigilancia mencionados.

Comportamiento del suicidio e intento de suicidio, Bogotá, D. C., 2008 a 2014

Como se puede observar en el gráfico 1 sobre la tasa de suicidio consumado, el año 2013 cerró con el registro de la menor tasa de suicidio consumado de los últimos 6 años (2,9 por cada 100.000 habitantes), lo que significa una reducción de 22 suicidios en Bogotá entre el año 2012 y 2013. Es de resaltar que durante el año 2012 y 2013 se logró reducir el suicidio consumado a 3,3 por 100.000 habitantes. En el 2014 se registró un aumento de 53 casos con respecto al periodo anual precedente.

Gráfico 1. Tasa de suicidio consumado por 100.000 habitantes, Bogotá, D. C., 2008-2014

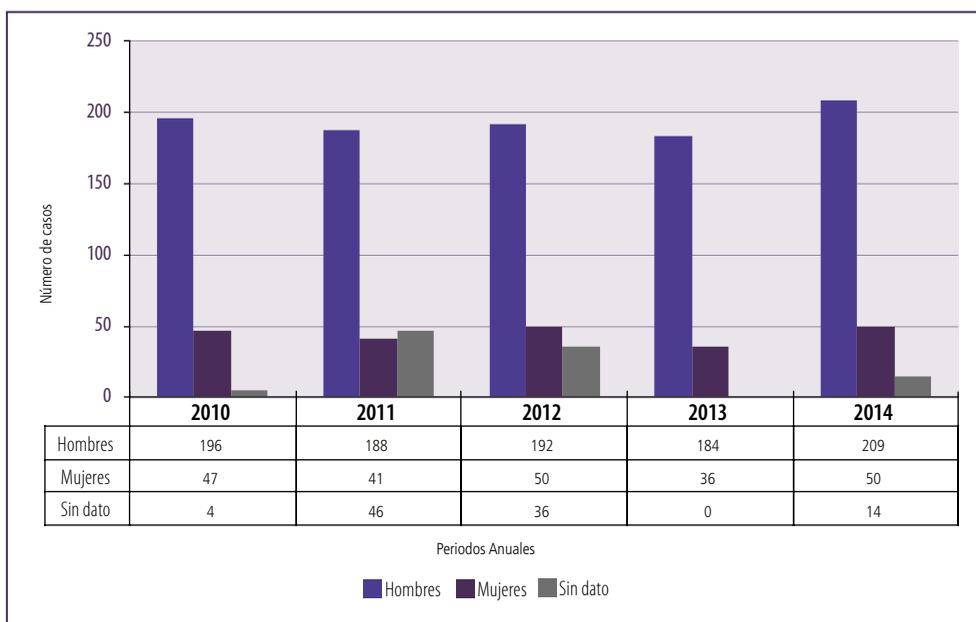


Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML), estadísticos sobre muertes violentas 2008 a 2013. Subsistema SISVECOS-Subsecretaría de Vigilancia en salud Pública, SDS Bogotá, D. C. Cálculos de las tasas a partir de la población proyectada, DANE.

El acto deliberado de provocarse la muerte tiene múltiples dimensiones que confluyen en su desencadenamiento, los trastornos mentales y del comportamiento, la ausencia de estrategias de afrontamiento, el consumo de sustancias psicoactivas, el maltrato emocional y la ausencia de redes de apoyo social, entre otras. Históricamente, casi en todos los países y en todas las épocas, el suicidio de hombres supera por mucho al de mujeres, como si algo en la cultura empujara más a los hombres que a las mujeres a tomar la decisión última de la muerte por mano propia. También el mecanismo utilizado suele ser más letal.

Tal como se muestra en el gráfico 2, en el periodo del 2010 al 2014 se repite el patrón que son los hombres los que más se suicidan. Los mecanismos asociados al suicidio varían de un país a otro y como se ha logrado establecer se relacionan con su disponibilidad. Los más comunes son el ahorcamiento, el envenenamiento por plaguicidas o medicamentos y a través del uso de armas de fuego. El suicidio fue la causa de muerte de 842.000 personas en 2013, un considerable aumento en comparación con las 712.000 muertes por suicidio en 1990.

En el periodo del 2008 al 2014, el rango de edad en el que se presentan con mayor frecuencia los suicidios es en el de 20 a 24 años en la etapa de ciclo vital de juventud. Vale la pena mostrar que los rangos de 15 a 19 años y de 25 a 29 años también presentan

Gráfico 2. Suicidio consumado según sexo, Bogotá, D. C., 2010-2014

Fuente: Subsistema SISVECOS, Subsecretaría de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

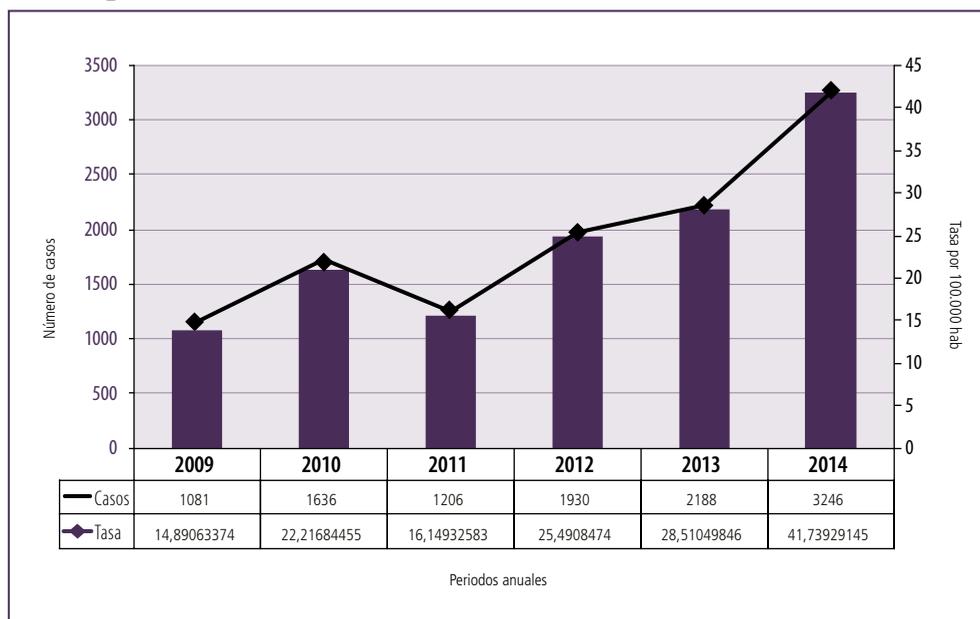
un número importante de casos. Se reitera que las acciones de prevención deberán centrarse en la etapa de ciclo vital de adolescencia, juventud y adultez.

De otra parte, en lo relacionado al intento de suicidio y de acuerdo al Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), los registros muestran que en el intento de suicidio los principales desencadenantes son:

- Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, incluso circunstancias familiares o problemas en la relación entre esposos o pareja.
- Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia por desaparición o muerte.
- Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio.
- Problemas relacionados con el desempleo, con la amenaza de pérdida del empleo, con horario estresante de trabajo o tensión física o mental relacionadas con el trabajo.
- Problemas relacionados con dificultades en el modo de vida, estrés, habilidades sociales inadecuadas.

Tal como se observa en el gráfico 3, el subsistema SISVECOS ha venido captando año tras año un mayor número de casos, lo cual se evidencia a partir del año 2011. Este incremento de la notificación es un factor que favorece la intervención oportuna de dicho evento y por ende repercute en la disminución del suicidio consumado.

Gráfico 3. Número de casos y tasa de intentos de suicidio x 100.000 habitantes, Bogotá, D. C., 2009 a 2014

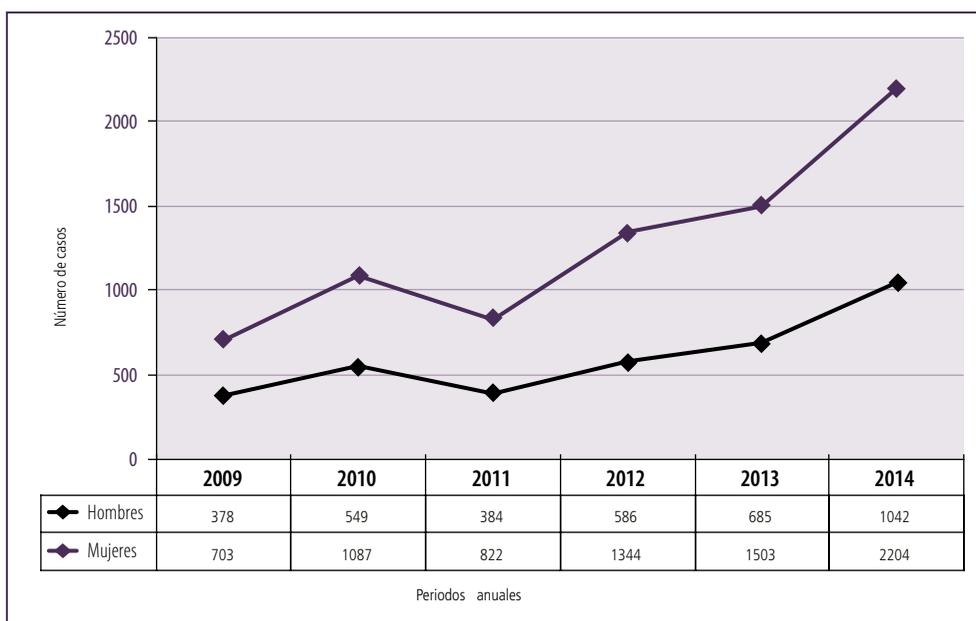


Fuente: Subsistema SISVECOS, Subsecretaría de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

La distribución de los casos de intento de suicidio según el sexo durante el periodo comprendido entre los años 2009 a 2014 muestra una estabilidad en la razón de sexos para este evento. Así se puede afirmar que, por cada intento de suicidio registrado en hombres se presentan dos casos en mujeres. De igual manera, el gráfico 4 muestra un incremento de la captación de casos años tras año.

Para el periodo analizado, la concentración del intento de suicidio se registra en las edades comprendidas entre los 11 a los 25 años aproximadamente. En otras palabras, cerca del 70 % de los casos de intento de suicidio se registran en dicho rango de edad con variaciones que oscilan entre el 67,6 al 70,7 % del total de casos registrados.

Lo anterior significa que para el año 2014, 1516 casos del evento en mención se registraron en adolescentes y jóvenes en el rango de edad mencionado. Es relevante mencionar que la distribución de casos según sexo presenta variaciones dependiendo de las edades en que se realiza el análisis de los datos recabados. Así, para los adolescentes entre los 11 a 15 años de edad por cada hombre con intento de suicidio se registran entre 3 y 4 casos registrados en mujeres (véase la tabla 1).

Gráfico 4. Casos de intento de suicidio según sexo, Bogotá, D. C., años 2009 a 2014

Fuente: Subsistema SISVECOS, Subsecretaría de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

Tabla 1. Casos de intento de suicidio según sexo y grupo de edad, Bogotá, D. C., años 2009 a 2014

Rango de edad	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Hombres	Mujeres										
0 a 5	1	0	1	1	0	0	3	1	1	0	1	0
6 a 10	13	3	9	8	7	9	16	8	17	9	33	17
11 a 15	46	184	74	272	49	217	88	320	134	417	212	720
16 a 20	111	229	162	340	103	256	175	411	173	435	293	563
21 a 25	67	94	117	192	86	120	105	206	130	227	196	304
26 a 30	47	64	62	84	54	73	59	121	73	119	93	192
31 a 35	28	43	34	58	23	55	40	92	49	101	71	126
36 a 40	27	24	26	42	21	23	29	54	25	52	27	101
41 a 45	13	21	17	33	12	31	22	40	26	47	28	60
46 a 50	8	19	15	17	16	16	17	34	24	39	32	43
51 a 55	8	12	9	24	4	12	11	31	10	28	21	34
56 a 60	4	4	7	9	4	5	8	4	6	11	17	20
61 y más	5	6	16	7	5	5	13	22	17	18	19	23
Totales por sexo	378	703	549	1087	384	822	586	1344	685	1503	1043	2203
Total de casos	1081		1636		1206		1930		2188		3246	

Fuente: Subsistema SISVECOS, Subsecretaría de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

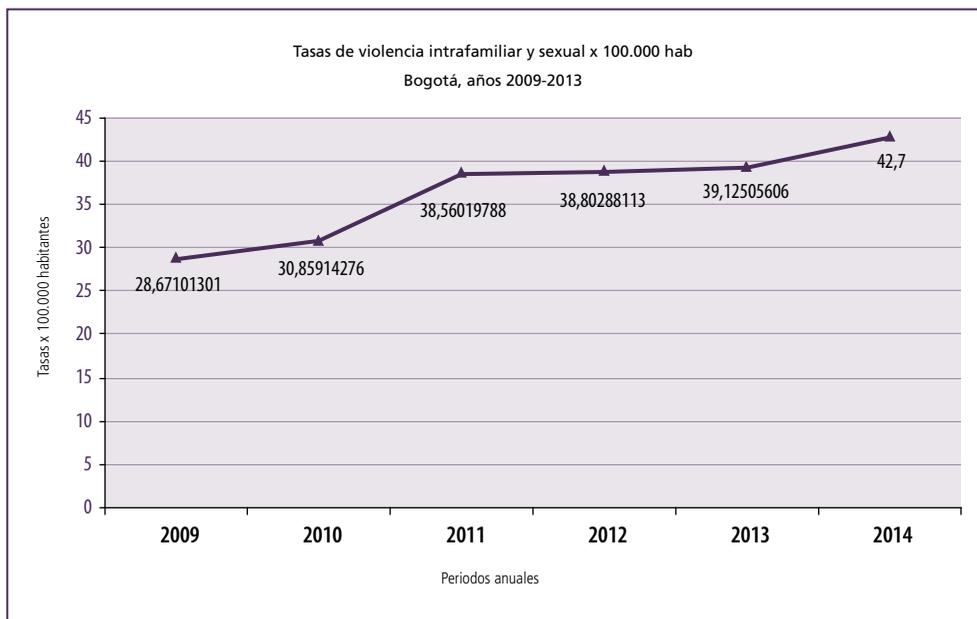
Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual en Bogotá

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM) se constituye en la principal fuente de datos del Distrito capital sobre dichos eventos. Según este sistema, la variación de la tasa de violencia intrafamiliar y violencia sexual estimada de manera conjunta indica un incremento de cerca de 4 puntos entre los años 2012 y 2014. En el registro de los 6 últimos periodos anuales es evidente un aumento total que equivale a 12.408 casos y el incremento de 14 puntos en la tasa para el total del periodo evaluado.

Considerando los diversos tipos de violencia captados anualmente a través del subsistema SIVIM, la violencia emocional es el evento más frecuente, situación que se explica en razón a que el componente emocional acompaña a todos los otros tipos de violencia, aunque esta puede aparecer sola. En este sentido, es pertinente aclarar que un mismo sujeto puede ser objeto de varios tipos de violencia de manera simultánea.

La negligencia después de la violencia emocional ya descrita, sigue en la frecuencia descendente con 15.172 casos, con aproximadamente 2 casos en mujeres por cada hombre víctima de este tipo de violencia.

Gráfico 5. Tasas de violencia intrafamiliar por 100.000 habitantes, Bogotá, D. C., años 2009 a 2014



Fuente: Subsistema SISVECOS, Subsecretaría de Vigilancia en Salud Pública, SDS.

En este mismo orden de frecuencia, a la negligencia le sigue la violencia física con 9037 casos en los que las mujeres representan el 72,8 % con aproximadamente 3 casos por cada hombre víctima de violencia física.

Es pertinente hacer referencia a la violencia sexual, en la que el total de mujeres afectadas con respecto a los hombres equivale al 84 % (n= 4128) y en la que la razón de sexos indica que por cada hombre víctima de violencia sexual se registran 5 mujeres y que el segmento de población más afectado corresponde al de los niños, niñas y adolescentes.

Tabla 2. Distribución de casos de violencia intrafamiliar y sexual según el tipo de violencia y la etapa del ciclo vital de las víctimas, Bogotá, D. C., año 2014

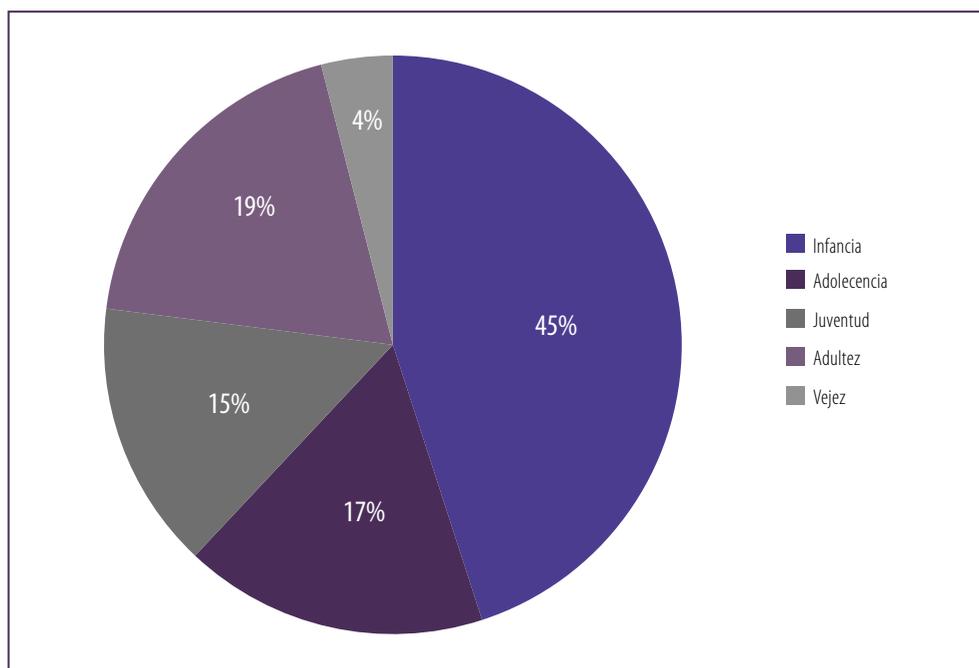
Etapas de ciclo vital	Violencia física			Violencia emocional			Violencia sexual		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Infancia	1587	1339	2926	6959	7597	14556	612	1820	2432
Adolescencia	369	861	1230	1392	4176	5568	96	1074	1170
Juventud	167	1561	1729	479	4388	4867	51	601	652
Adulthood	270	2585	2855	784	5641	6425	32	613	645
Vejez	67	230	297	416	987	1403	0	20	20
Total general	2460	6576	9037	10030	22789	32819	791	4128	4919

Etapas de ciclo vital	Violencia económica			Violencia negligencia			Violencia abandono		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
Infancia	395	390	785	4466	4430	8896	596	484	1080
Adolescencia	87	172	259	699	2109	2808	114	217	331
Juventud	18	232	250	121	1684	1806	20	112	132
Adulthood	45	383	428	124	969	1094	29	145	174
Vejez	36	109	145	190	378	568	138	187	325
Total general	581	1286	1867	5600	9570	15172	897	1145	2042

Fuente: Subsistema SIMIM-SDS, Subsecretaría de Vigilancia en Salud Pública.

Durante el año 2014, el SIMIM captó un total de 33.411 casos de víctimas de diversos tipos de violencia. El gráfico 6 muestra la distribución de casos de violencia intrafamiliar y maltrato ejercido contra las víctimas. Durante el mismo se puede observar con claridad que cerca del 61,1 % de los afectados corresponden a víctimas menores de edad, infantes o adolescentes.

Gráfico 6. Violencia intrafamiliar y sexual según etapa de ciclo vital, Bogotá, D. C., 2014



Fuente: Subsistema SIVIM-SDS, Subsecretaría de Vigilancia en Salud Pública.

Sin discriminar los tipos de violencia, se pone en evidencia que padres, madres, abuelos y otros familiares y personas allegadas o conocidas dentro del círculo familiar son los principales agresores. Si se observan detenidamente las frecuencias de las víctimas según las etapas del ciclo vital, se corrobora que los menores de edad y en particular niños, niñas y adolescentes son las principales víctimas en la mayor parte de los casos, de sus propios familiares. Esto sin soslayar el hecho según el cual el silencio de los niños, niñas y adolescentes es frecuente ante la amenaza de los adultos.

La violencia intrafamiliar, la violencia sexual y el maltrato afecta a todos los segmentos de población. Sin embargo, el análisis de los datos y la generación de información acerca de los diversos tipos de violencia permiten señalar como grupos más afectados a las mujeres, las niñas, niños y adolescentes de la ciudad.

Tabla 3. Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual según la relación del agresor con la víctima Bogotá, D. C., 2014

Relación del agresor con la víctima	Infancia		Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1. Padre	1867	1608	367	592	72	176	30	101	3	1
2. Madre	3974	3979	630	1229	120	303	56	146	6	11
3. Padrastro	96	226	36	116	12	38	1	30	0	0
4. Madrastra	15	18	2	9	0	4	0	1	0	0
5. Hermano(a)	103	155	34	73	19	82	51	133	21	35
6. Pareja	11	159	26	707	110	1612	357	2795	60	159
7. Hijo(a)	0	1	1	0	1	13	61	637	243	574
8. Abuelo(a)	122	149	12	27	4	9	0	2	0	0
9. Otro familiar	206	356	32	108	21	98	26	165	31	95
10. Conocido	258	583	97	383	44	572	129	826	26	80
11. Desconocido	189	355	89	254	56	322	56	346	18	20
12. Docentes	28	28	2	3	0	1	0	0	0	0
13. Administrativos	21	13	4	6	2	20	10	30	8	11
14. Estudiantes	119	119	57	57	1	6	0	2	0	0
15. Mujer gestante	2	14	9	706	20	1166	7	463	0	2
Sin dato	4	1	0	1	0	2	0	0	0	0
Total	7015	7764	1398	4271	482	4424	784	5677	416	988

Fuente. Subsistema SIVIM-SDS, Subsecretaría de Vigilancia en Salud Pública.

Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá

La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas o recurrentes. Puede darse el cumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes.

Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un periodo continuado de 12 meses. A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias, los criterios para el abuso de estas no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo repetido.

Un diagnóstico de dependencia de sustancias predomina sobre el abuso de sustancias en la medida en que el patrón de consumo de la sustancia coincida con los criterios para la dependencia acordes con esa clase de sustancias —criterio B de abuso de sustancias—. Aunque es más probable un diagnóstico de abuso de sustancias en los sujetos que han empezado a tomarlas recientemente, algunos

de ellos continúan experimentando consecuencias sociales adversas relacionadas con esta durante un largo periodo sin presentar signos de dependencia. La categoría de abuso de sustancias no es aplicable a la nicotina ni a la cafeína.

Comparativo sobre consumo reciente de bebidas alcohólicas y tabaco en Bogotá

Se han desarrollado dos estudios nacionales: uno en 2008 y otro en 2013, y un estudio distrital llevado a cabo en el año 2009. El universo de dichos estudios estuvo constituido por una población general de 12 a 65 años de edad, de hogares particulares de todos los estratos socioeconómicos en 22 entidades territoriales. La muestra de la investigación se definió como de tipo probabilística, multietápica y de conglomerados.

De acuerdo con los estudios citados se puede mencionar que Bogotá registró una disminución significativa en el consumo de tabaco, constituyéndose en la mayor disminución registrada en el país —de 5,79 puntos—. La ciudad de Bogotá y el departamento de Cundinamarca se ubican inmediatamente debajo de la prevalencia más alta de uso reciente de tabaco y alcohol, en Medellín. Es relevante mencionar que respecto al consumo de alcohol, en el país se presenta un leve aumento y Bogotá registró cerca del 2 % de incremento en el consumo reciente de dicha sustancia.

Tabla 4. Consumo reciente de bebidas alcohólicas y tabaco, Bogotá, D. C., comparativo 2008 y 2013

Entidad territorial	Tabaco		% Disminución del consumo	Alcohol		% Incremento o disminución del consumo
	% 2008	% 2013		% 2008	% 2013	
Medellín y área metropolitana	20,86	19,53	-1,33	40,99	40,45	-0,54
Bogotá, D.C.	22,68	16,89	-5,79	37,79	39,49	1,7
Cundinamarca	22,6	15,81	-6,79	41,63	37,45	-4,18
Cali y Yumbo	17,05	12,83	-4,22	30,37	38,95	5,58
San Andrés y Providencia	13,38	7,96	-5,42	43,48	33,34	-10,14
Nacional	17,06	12,95	-4,11	34,77	35,77	1

Fuente: Estudios Nacionales de consumo de SPA, 2008 y 2013, Secretaría Distrital de Salud.

Los resultados sugieren la necesidad de fortalecer las acciones orientadas hacia el consumo responsable de bebidas alcohólicas en adultos, acciones de control al acceso de alcohol y tabaco en niños, niñas y adolescentes, así como el fortalecimiento de los procesos orientados hacia la prevención. Bogotá sigue la tendencia nacional en consumo de sustancias lícitas que es disminuir el consumo del tabaco y el aumento levemente en el consumo de alcohol.

Tabla 5. Variaciones en las prevalencias recientes de consumo de alcohol y tabaco según grupo de edad, Bogotá, D. C., comparativo 2008 y 2013

Grupos de edad	Cigarrillo		Disminución del consumo	Alcohol		Disminución e incremento del consumo
	2008	2013		2008	2013	
12 a 17 años	5,93	4,77	-1,16	19,55	19,32	-0,23
18 a 24 años	20,85	15,99	-4,86	46,25	49,25	3
25 a 34 años	19,19	15,9	-3,29	42,77	45,4	2,63
35 a 44 años	18,3	11,23	-7,07	37,12	37,55	0,43
45 a 65 años	18,72	14,09	-4,63	27,22	27,57	0,35

Fuente: Estudios nacionales de consumo de SPA, 2008 y 2013.

El consumo de cualquier sustancia ilícita en el Distrito capital muestra un incremento equivalente al 0,63 % manteniendo las frecuencias del estudio nacional llevado a cabo en el año 2008. La sustancia ilícita de mayor consumo continúa siendo la marihuana, seguida del bazuco y los inhalables. El consumo de dichas sustancias se concentra en el segmento poblacional comprendido entre los 18 a los 34 años de edad.

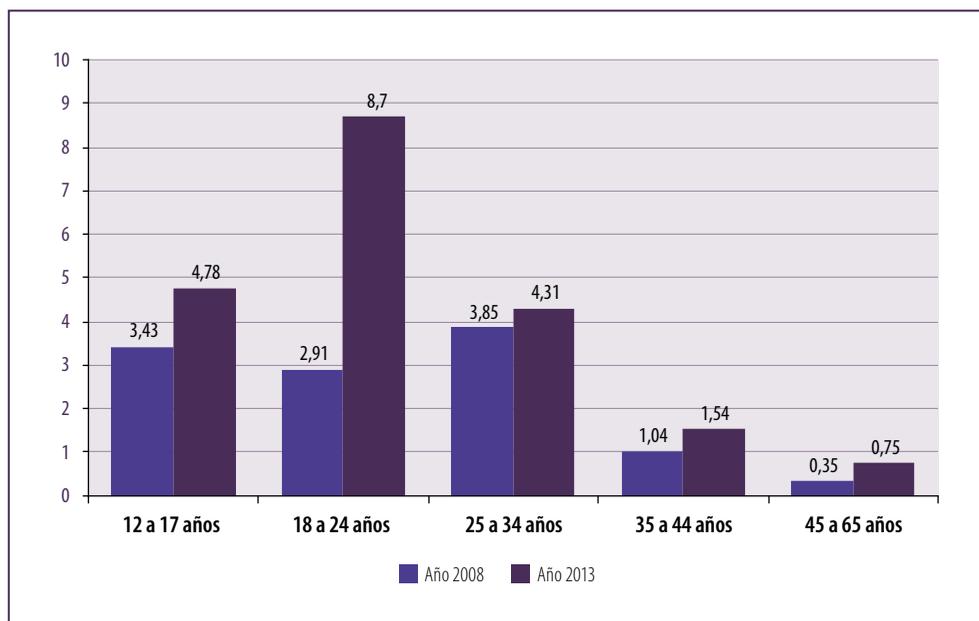
El comparativo de los estudios nacionales entre 2008 y 2013 muestra un incremento en el consumo de sustancias ilícitas para todos los grupos de edad y corrobora la concentración del consumo en adolescentes y jóvenes.

Tabla 6. Comparativo de prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas durante el último año según departamento y ciudad, 2008-2013

Entidad territorial	Sustancia ilícita		% Incremento o disminución del consumo
	% 2008	% 2013	
Medellín y área metropolitana	6,31	8,17	1,86
Cali y Yumbo	4,94	4,66	-0,28
Bogotá, D.C.	2,89	3,52	0,63
San Andrés y Providencia	1,93	3,4	1,47
Nacional	2,74	3,6	0,86

Fuente: Estudios nacionales de consumo de SPA, 2008 y 2013.

Gráfico 7. Consumo de sustancias psicoactivas ilícitas según edad, Bogotá, D. C., 2008-2013



Fuente: Estudios nacionales de consumo de SPA, 2008 y 2013. Sustancias ilícitas: marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, morfina sin prescripción médica, alucinógenos, LSD, hongos y otras sustancias como ketamina, popper y GHB.

Atención en salud mental en el Distrito capital y Plan Obligatorio de Salud

En el marco del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social y Salud) y del cubrimiento del subsidio a la demanda de la población pobre no asegurada, población desplazada y las atenciones que no están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud-POS a cargo de la SDS, las diferentes IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) del Distrito capital prestan a la población que requiere atención integral en salud mental un conjunto de servicios resolutivos que contemplan acciones interdisciplinarias dirigidas a la detección temprana, evaluación, diagnóstico, intervenciones clínicas y terapéuticas, rehabilitación y seguimiento para cada uno de los eventos de interés en salud pública y trastornos mentales y del comportamiento que se detectan; lo anterior a través de diferentes modalidades de atención: urgencias, interconsulta, consulta externa, internación parcial, internación total y atención domiciliaria.

En este contexto, el promedio del total de las atenciones realizadas en salud mental durante los años 2010 al 2014 se representa principalmente en la modalidad de consulta externa con el 91 % y solamente el 6 % por urgencias y el 4 % restante por hospitalización. Así mismo, la distribución de las atenciones realizadas en los años

2010 al 2014 según la afiliación al SGSSS muestra que durante los años 2010 y 2011 el régimen contributivo representaba en promedio el 50 % del total de atenciones, el régimen subsidiado el 32 % y las atenciones realizadas a la población pobre no asegurada o vinculada el 18 %. A partir del año 2012, las atenciones realizadas a la población afiliada al régimen contributivo pasan al 74 % del total, el régimen subsidiado representa el 18 % y la población vinculada el 8 %.

Las atenciones reportadas en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) realizadas a la población afiliada al régimen subsidiado, contributivo, población pobre no asegurada, desplazada y atenciones no POS del Distrito capital, para los años 2010 al 2014, muestran que del año 2010 al 2011 se presentó un incremento del 30 %, pasando de 373.620 atenciones a 484.967. A partir del año 2012 y con la entrada en vigencia del Acuerdo 29 de 2011 de la CRES (Comisión Nacional de Regulación en Salud), el cual incluyó las acciones de salud mental en el POS, se presenta una disminución del número de atenciones reportadas en los RIPS, que para el año 2012 respecto al 2011 representa el 2 % con un total de atenciones de 474.093, terminado en el año 2014 con 343.996 atenciones.

Así mismo en el RIPS se pone en evidencia que de los años 2012 al 2014 la primera causa de atención en salud mental se configuró en el trastorno mixto de ansiedad y depresión, reemplazando a la esquizofrenia paranoide que se encontraba en primer lugar durante los años 2010 y 2011. No obstante, esta categoría diagnóstica sigue presente para el año 2014 dentro de las 10 primeras causas de atención, al igual que los trastornos de ansiedad no especificados, de adaptación, afectivo bipolar, de ansiedad generalizada, el episodio depresivo, la perturbación de la actividad y la atención y la demencia.

Marco metodológico

¿Cómo se construyó la política de salud mental?

Para la política de salud mental el punto de partida se encuentra en la política formulada en el 2005 por parte de la Secretaría Distrital de Salud, en la cual se definen objetivos, componentes y estrategias de implementación orientadas hacia el desarrollo de acciones de carácter sectorial, transectorial y comunitario, documento que orientó las acciones en torno a la salud mental durante algunos años e integró las acciones que se desarrollaron a nivel local y distrital en la materia. En este proceso se contó con la revisión y el análisis documental, la participación social y comunitaria, los grupos focales, los encuentros distritales de salud mental, las entrevistas semiestructuradas a expertos en salud mental y la articulación con la academia.

El trabajo de participación social se realizó mediante grupos focales y de discusión, con modalidades de trabajo afines a los 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 EPS, la academia, las asociaciones científicas y profesionales del sector salud, entre otros.

Fue así como, junto con aproximadamente 126.000 personas pertenecientes a la comunidad, a las instituciones académicas y a otros sectores, la Secretaría de Salud lideró con expertos de la Pontificia Universidad Javeriana, del hospital Usaquén y de las diferentes subsecretarías internas, la revisión, retroalimentación y el ajuste de la Política Distrital de Salud Mental para el periodo 2015-2025.

Finalidad de la Política Distrital de Salud Mental

Aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del Distrito capital favoreciendo la salud mental de la población, entendida como un estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, en el cual no solo se reconocen los factores biológicos, sino además los procesos de interacción que se dan entre las condiciones de vida sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas. En este sentido, la Política de Salud Mental se convierte en una estrategia orientada a facilitar el desarrollo de respuestas sociales efectivas que garanticen el derecho de la población del Distrito capital a mantener, fortalecer y restituir su salud mental.

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

Estructura de la Política Distrital de Salud Mental

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 comunitaria⁴, orientadas a la incidencia en el financiamiento, regulación y desarrollo de planes de acción sectoriales y transectoriales, a través del ejercicio de control social.

⁴ Para efectos de la implementación de este componente hay que tener en cuenta las directrices del Decreto 1757 de 1994 que, entre otros, define:

- Participación social: "proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud, respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social" (sic).
- Participación comunitaria: "derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud" (sic).
- Participación ciudadana: "ejercicio de los deberes y derechos del individuo para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud" (sic).

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

A través de este eje se busca materializar el derecho a la salud mental en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales. Para ello se requiere consolidar la oferta de programas y 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 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 APS⁵ 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.

⁵ “La Atención Primaria en Salud es 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, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Ley 1438 de 2011).

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.

Para la implementación de esta política se deben tener en cuenta las siguientes acciones:

- Articulación y coordinación sectorial, transectorial y comunitaria para el abordaje integral de las necesidades y problemáticas en salud mental identificadas en el Distrito capital.
- Articulación de políticas públicas distritales que transiten desde la satisfacción de necesidades entendidas como carencias, y desde la idea de actuar solo frente a problemas hacia la activación de potencialidades para el desarrollo humano integral, la creación de condiciones para el goce efectivo de derechos y de una vida de mejor calidad; todas estas entendidas como expresiones del ejercicio pleno de las ciudadanías.
- Participación social como eje movilizador para la identificación de necesidades y desarrollo de respuestas en los territorios.
- Formulación de planes, programas, proyectos y lineamientos para la acción en salud mental basados en evidencia científica-contextual y en la APS.
- Construcción de agendas sociales sectoriales, transectoriales y comunitarias que estén al servicio de los territorios, fortalezcan la territorialización de las políticas públicas distritales armónicas con los planteamientos descritos en esta política y favorezcan la formulación de respuestas integrales que promuevan la salud mental en el contexto del ejercicio pleno de las ciudadanías.
- Armonización entre sectorialidad, transectorialidad, comunidad y territorialidad, de manera que sea posible la participación de la ciudadanía en la implementación y evaluación de la Política Distrital de Salud Mental.

Finalmente, es relevante mencionar que para llevar la Política Distrital de Salud Mental a la práctica se debe diseñar un plan de acción que se ajuste anualmente a las necesidades y dinámicas territoriales y administrativas, de manera que se dé cuenta del desarrollo de sus tres ejes y respectivos componentes.

Instancias de decisión y operación

Ante la formulación de la Ley 1616 de 2013 de Salud Mental y en particular el artículo 29 y su parágrafo único, es necesario constituir el Consejo Distrital de Salud Mental liderado por la Secretaría Distrital de Salud, que debe ser la principal instancia de coordinación y articulación de la Política Distrital de Salud Mental⁶; así mismo, se deberán articular las mesas, redes e instancias locales relacionadas con la implementación, seguimiento, acompañamiento y evaluación de la política, los programas, los proyectos y los lineamientos resultantes de la concertación realizada en el marco de la construcción del plan de acción.

⁶ Bogotá contó con el Acuerdo 144 de 2005, que creó el Sistema Distrital de Salud Mental.

Referencias

- ACNUR (2011). *Situación de salud de la población desplazada residente en Bogotá, D. C.* Bogotá: ACNUR.
- Alejo, H. (2012). *Boletín Comportamiento del Abuso de Sustancias Psicoactivas en el Distrito Capital*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud. Recuperado de <http://devsp.salud-capital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20Sivim/vespa.pdf>
- Alejo, H. (2015). *Violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual en el Distrito capital*. Boletín Epidemiológico SIVIM, 2014. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud.
- Alejo, H. y Alejo, S. (2015). *Comportamiento de la conducta suicida en el Distrito capital*. Boletín Epidemiológico SISVECOS, 2014. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud.
- Arévalo, C. (2008). *Propuesta para el ajuste de la Política Distrital de Salud Mental en el componente "Fortalecimiento de la Respuesta Social Organizada a los Impactos Negativos en Salud Mental"*. Documento elaborado en el Diplomado en Formulación, Implementación y Evaluación de Políticas Públicas en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D. C.: Pontificia Universidad Javeriana.
- Barrera, N. (2012). Unificación total del pos-subsidiado y contributivo: Reflexiones acerca de las implicaciones para la salud mental en Bogotá. En Consejo de Bogotá, *Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor, 2008-2012*. Bogotá, D. C.: Alcaldía Mayor.
- Cardona, P. (2011). Lineamiento SISVECOS. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud pública. Área de Vigilancia Epidemiológica.
- Cardona, P.; Moncada, M. y Ruiz, L. (2013). *Documento Marco Conducta Suicida PDA Salud Mental*. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud.
- Carvajal C. y Restrepo, L. (1993). *¿Qué es Prevención Integral?* Bogotá, D. C.: Guadalupe.
- Casa de la Mujer, OXFAM y Ministerio de Relaciones Exteriores de Holanda (2010). *Campaña "Violaciones y otras violencias: Saquen mi cuerpo de la guerra". Primera encuesta de prevalencia "Violencia sexual en contra de las mujeres en el contexto del conflicto armado colombiano, Colombia 2001-2009"*. Recuperado de http://www.sendasal.org/sites/default/files/Colombia_conflictoArmado.pdf
- Colombia, Congreso de la República. Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la adolescencia, 2006 (8 noviembre 2006).

Colombia, Congreso de la República. Ley 1616, 2013 (21 enero 2013).

Colombia, Presidencia de la República. Decreto 1757 del 3 de agosto de 1994, "por medio del cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto de Ley 1298 de 1994" (1994).

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

Equipo Funcional de Salud Mental (2014). *Documento técnico del proyecto de desarrollo de autonomía en salud mental, Dirección de Salud Pública. Plan de intervenciones colectivas. Periodo: febrero 2013-enero 2014*. Recuperado de http://saludpublicabogota.org/wiki/images/f/fe/Documento_T%C3%A9cnico_PDA_SM_2013_.pdf

Escola de Cultura de Pau (2004). *Alerta 2004, informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz*. Barcelona: Icaria.

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

FAMIG, CODHES y OIM (2001). *Gota a Gota. Desplazamiento forzado en Bogotá y Soacha*. Bogotá, D. C.: Fundación de Atención al Migrante. FAMIG Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. CODHES.

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.

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 Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, informe final*. Bogotá, D. C.: Naciones Unidas UNODC-CICAD de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia, INL.

Ministerio de la Protección Social (2005). *Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia*. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf>

- Ministerio de la Protección Social y Asociación Colombiana de Psiquiatría (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud Mental*. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/05/Pol%C3%ADtica-Nacional-del-Campo-de-la-Salud-Mental-versi%C3%B3n-final-2.pdf>
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2013). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Recuperado de http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Ministerio de Protección Social y Asociación Colombiana de Psiquiatría (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud Mental, Documento Propuesta para discusión y acuerdos* Bogotá, D. C.: Ministerio de Protección Social, 2007. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/05/Pol%C3%ADtica-Nacional-del-Campo-de-la-Salud-Mental-versi%C3%B3n-final-2.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia (1998). *Política Nacional de Salud Mental*. Resolución número 2358 de 1998. Diario Oficial No. 43338 del 13 de julio de 1998.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2008). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, informe final*. Bogotá, D. C.: Naciones Unidas, UNODC, Dirección Nacional de Estupeficientes (DNE) y el Ministerio de la Protección Social (MPS).
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Sistema de Información de Prestaciones en Salud*, RIPS. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/rips.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias
- Ministerio del Interior y de Justicia (2011). *Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D. C.: Ministerio del Interior y de Justicia.
- Molina, C. (2007). Capital global y Política Pública de Salud Mental: La pertinencia de la Política Nacional de Salud Mental ante las consecuencias emocionales, individuales y familiares del desplazamiento forzado. En Cátedra UNESCO, *Derechos Humanos y violencia; Gobierno y gobernanza*. Bogotá, D. C.: Universidad Externado de Colombia.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

Moncada, M. y Ruiz, L. (2013). *Documento Marco Conducta Suicida PDA Salud Mental*. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud.

Moreno, A. y Ramírez, J. (2013). *Pierre Bourdieu: Proyección siglo XXI*. Bogotá, D. C.: Corporación Instituto Latinoamericano de Altos Estudios.

Mrazek, P. J. y Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.

Organización de Estados Americanos (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará. Recuperado de <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud. En *Serie Salud para Todos*. Ginebra. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo (2001), Nuevos Conocimientos Nuevas Esperanzas*. Francia: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2005). Política, planes y programas de salud mental. En *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental 2005*. Recuperado de <http://www.alansaludmental.com/app/download/3663062852/02+OMS+2005+-+Pol%C3%ADtica%2C+Planes+y+Programas+de+SM-.pdf?t=1314122700>

Organización Mundial de la Salud (2009). *Guías para manejo de urgencias*. Tomo III. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>

- Organización Mundial de la Salud y Organización Mundial de Médicos de Familia (2008). *Integrating mental health into primary care A global perspective*. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas*. Adoptada por la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Informe Subregional de Suicidio. Centroamérica y República Dominicana 1988-2008*. Panamá: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo)*. Recuperado de <http://www.smu.org.uy/sindicales/info/dec-mvd.pdf>
- Sáiz, J.; Giner, J. y Bobes, J. (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Triacastela: Triacastela.
- 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.
- Secretaría Distrital de Salud (2008a). *Por la equidad, el reconocimiento, la inclusión social y el goce pleno del derecho a la salud. Política Pública de Salud para la Población Desplazada Víctima del Conflicto Armado Interno Asentada en Bogotá, D. C., 2008-2016*. Bogotá, D. C.: Alcaldía de Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud (2008b). *Análisis de la situación de salud, 2007, Bogotá, D. C.* (Documento de trabajo). Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud.
- Secretaría Distrital de Salud (2011a). *Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D. C.* Recuperado de <http://www.redpapaz.org/mis10comportamientosaludables/images/stories/politicaspabogota.pdf>
- Secretaría Distrital de Salud (2011b). *Lineamientos del enfoque poblacional*. Dirección de Salud Pública y Equipo Técnico Poblacional. Bogotá, D. C.: Alcaldía Mayor 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).

Urrego, Z. (2010). *Propuestas de Ajuste al Lineamiento de Política de Salud Mental para Bogotá, Lineamientos de Plan de Acción, de Salud Mental del Plan de Acciones Colectivas, y para el Mejoramiento de la Respuesta Asistencial en Salud Mental del Distrito Capital. Documento de trabajo de la Secretaría Distrital de Salud.* Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud.

Velzeboer, M. (2003). *La violencia contra las mujeres: Responde el sector de la salud.* Washington: Organización Panamericana de la Salud.

