

## **SALA SITUACIONAL FASE COMANDO SALUD MENTAL**

**EQUIPO ANÁLISIS DE CONDICIONES, CALIDAD DE VIDA, SALUD Y  
ENFERMEDAD  
SUMAPAZ**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.  
Bogotá, 30 de junio de 2017**

## Tabla de contenido

<b>1. Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Justificación .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Objetivos .....</b>	<b>5</b>
<b>Objetivo General .....</b>	<b>5</b>
<b>Objetivos Específicos .....</b>	<b>5</b>
<b>4. Marco Conceptual.....</b>	<b>6</b>
<b>5. Marco Normativo.....</b>	<b>13</b>
<b>6. Mapeo de actores .....</b>	<b>15</b>
<b>7. Revisión de metas .....</b>	<b>18</b>
<b>8. Metodología y priorización CENDES.....</b>	<b>19</b>
<b>9. Balance de la Información .....</b>	<b>20</b>
<b>10. Conclusiones .....</b>	<b>23</b>

## Índice de Tablas

Tabla 1. Actores Institucionales en relación a Salud Mental, Subred Sur .....	15
Tabla 2. Actores Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E .....	16
Tabla 3. Metas en Salud Mental, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 .....	18
Tabla 4. Sesiones de priorización Sumapaz, Subred Sur E.S.E .....	19
Tabla 5. Información disponible Salud Mental, Subred Sur .....	21

## 1. Introducción

La Sala Situacional como estrategia de análisis de situación de la salud y calidad de vida de la población, es una herramienta útil para la identificación de necesidades de alto impacto locales, respuestas y propuestas que se adelantan por parte de los actores sociales e institucionales en las localidades. Para la ejecución de esta estrategia se trabajarán simultáneamente todos los momentos de curso de vida en torno a la Salud Mental como eje central del análisis, identificando problemáticas que afectan a la población en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz priorizando una temática específica.

La sala situacional se desarrolla en 4 etapas: Fase de Alistamiento, donde se desarrolla un balance general de la información disponible, revisión de las metas y posibles problemáticas a priorizar. Sala Comando, en la cual se realiza la priorización de temáticas de alto impacto en la salud y calidad de vida para estos cursos de vida en las localidades. Sala Trabajo, en la cual se desarrolla el análisis a diferentes escalas (cualitativo, cuantitativo y espacial) de la temática priorizadas y se concluye con la Sala de Decisiones, donde se busca negociar y socializar propuestas y respuestas viables para la problemática priorizada.

La estrategia de Sala Situacional en el tema de salud mental busca abordar una problemática de salud identificando como tema prioritario el fortalecimiento del trabajo en red desde la gestión clínica y cuyo resultado final es la generación de propuestas de respuesta orientadas a la toma de decisiones.

El presente documento da cuenta del desarrollo de la fase Comando, en la cual se realiza la priorización de una problemática para salud mental en la Subred Sur, se realiza un análisis de conceptos, normativo, identificación de actores, revisión de metas en relación a problemática identificadas de salud mental y se realiza un balance inicial de la información de la problemática priorizada.

A partir de la fase Comando se desarrollarán las fases posteriores, Trabajo y Decisión, en las cuales se realizará análisis y desarrollo de propuestas antes las problemáticas, con la participación de los equipos locales, actores intersectoriales y comunidad, con el fin de generar una estrategia que permita abordar la problemática identificada.

## 2. Justificación

La implementación de la Sala Situacional resulta estratégica para el Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. , ya que permite articular en un mismo producto diferentes actividades, metodologías, conocimientos y saberes provenientes de diversos actores sociales para problemáticas concretas identificadas para ellas en el ámbito de la salud pública.

Esta estrategia busca hacer un uso más provechoso de recursos a partir de la generación del trabajo en red desde la gestión clínica para el fortalecimiento y la integración del accionar de la subred orientado a la profundización del conocimiento sobre situación de salud, así como al mejoramiento de los procesos de toma de decisiones y al empoderamiento de los colectivos humanos en relación con el derecho a la salud<sup>1</sup>.

## 3. Objetivos

### Objetivo General

Fortalecer la capacidad de respuesta priorizada ante necesidades y demandas sociales de alto impacto en la calidad de vida y salud mental de los grupos humanos en las diferentes escalas del territorio, buscando la generación de sinergias que den lugar a salidas de información útiles para la toma de decisiones y para el empoderamiento de colectivos humanos en torno al derecho a la salud.

### Objetivos Específicos

- Identificar temáticas o problemáticas de alto impacto en la calidad de vida y salud mental de las poblaciones en las diferentes escalas del territorio, clasificadas a través de los cursos de vida de las poblaciones que se vean más afectadas.
- Realizar un balance general de la información disponible a partir de las problemática identificada.
- Identificar actores involucrados y sus acciones a nivel Subred para la población y problemática identificada.
- Realizar una revisión de metas relacionadas con la resolución de la problemática identificada en salud mental.

---

<sup>1</sup> Anexo técnico Sala Situacional. Subsecretaría de Salud Pública. Programa de Salud Pública. Análisis de Situación de Salud y Gestión del Conocimiento. Vigencia Abril 2017 a Enero 2018.

#### 4. Marco Conceptual

La Sala Situacional es una estrategia útil para lograr el objetivo del Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad, el cual consiste en explicar, caracterizar y medir la situación de salud-enfermedad de una población específica. Para dicho análisis es necesario dejar de entender la salud como un estado orgánico o de condiciones físicas de un ser vivo y empezar a entenderlo como un estado determinado por factores sociales, económicos, geográficos, ambientales, infraestructurales, entre otros .

Un ejemplo de esto es la definición de salud difundida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que señala que, no solo se define como la ausencia de enfermedad, sino también como el bienestar físico, mental y social. Esta definición se ve reflejada en el concepto de salud utilizado en el Plan de Salud Territorial de Bogotá D.C. 2012-2016 que se refiere a “que las personas gocen del buen vivir, accedan a los servicios que necesitan, se desempeñen en las actividades que prefieran y, en consecuencia, alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad; es decir, que estén satisfechos con la realización cotidiana de su proyecto vital con expresiones diferenciales acordes con la identidad de género, orientaciones sexuales, etnia, clase social, etapa de ciclo vital, generación, situaciones y condiciones, territorio, capacidades y habilidades” .

Las sustancias psicoactivas afectan al sistema nervioso central al ser introducidas por vía nasal, oral, intravenosa o intramuscular. La Organización Mundial de la Salud los enuncia como drogas, y define de la siguiente manera: “Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. De esta manera droga viene a ser sinónimo de fármaco” (OMS, 1969). Sin embargo, esta definición abarca fármacos de prescripción médica, psicoactivos, plantas, químicos y tóxicos (Caudevilla, pp. 2). Hay además, diversos conceptos que se utilizan para denominarlas, entre los cuales se encuentran: estupefacientes, drogas, drogas ilegales, psicofármacos y psicotrópicos, principalmente.

Para continuar con el abordaje de la temática priorizada para la Sala Situacional: consumo de sustancias psicoactivas en el ciclo vital adolescencia, es necesario delimitar éstos conceptos y aquellos que designan los grados de uso o dependencia de las mismas con el fin de establecer un uso adecuado de los mismos a lo largo del documento.

La palabra estupefaciente, cuando se enuncia haciendo alusión a lo que cotidianamente se conoce como droga, es el participio de presente del verbo latino stupefacere, que significa aturdir o paralizar y es resultado de la fusión de las raíces stupere y facere, que significan aturdir o paralizar y hacer o producir, respectivamente .

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, que refiere la palabra droga como un término de uso variado, debe decirse además que es polifónica, es decir que su significado varía de acuerdo al contexto en el que se use. Si su uso se da desde la medicina, la droga puede ser definida como “toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental”. Si se mira desde la farmacología, se comprende como “toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos”. Sin embargo, coloquialmente su uso se refiere a las sustancias psicoactivas, pero más específicamente a las de uso ilegal. “Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos”.

La definición de las palabras droga ilegal es concreta, porque se hace énfasis en la condición de prohibición de su producción, venta y consumo. El Glosario de términos de alcohol y drogas de la Organización Mundial de la Salud señala que “en sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una determinada jurisdicción (véase sustancias controladas) .

La palabra narcótico presenta ambigüedades en uso debido a que usualmente se aplica a cualquier tipo de sustancia. Sin embargo, los narcóticos son sustancias químicas que, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, “inducen estupor, coma o insensibilidad al dolor. El término se refiere normalmente a los opiáceos u opioides, que se denominan analgésicos narcóticos. En el lenguaje corriente y en la jerga legal, por ejemplo, la legislación para el control de los narcóticos de Canadá, Estados Unidos y otros países engloba a la cocaína y al cannabis, además de a los opiáceos .

Los psicofármacos se definen básicamente como medicamentos con propiedades psicoactivas .

Los psicotrópicos son sustancias químicas que ejercen sus efectos principales o importantes en el sistema nervioso central. Usualmente se utiliza esta palabra para referir aquellas sustancias que “tienen un elevado potencial de abuso debido a sus efectos sobre el estado de ánimo, la conciencia o ambos: estimulantes, alucinógenos, opiáceos, sedantes/hipnóticos (incluido el alcohol), etc. En el contexto internacional del control de drogas, el término “sustancias psicotrópicas” hace referencia a las sustancias controladas por el Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas”.

Teniendo en cuenta este marco conceptual, se hace evidente que la definición precisa para las sustancias psicoactivas presenta dificultades por la polisemia de las palabras que las denominan o el uso inadecuado y generalizador de algunas de ellas. Además de esto, su taxonomía tampoco es exacta.

La clasificación de las sustancias psicoactivas si bien puede realizarse desde diversos criterios como la legalidad, el origen, los efectos y el impacto, éstas categorías no son lo suficientemente claras por la ambigüedad o la debilidad en los parámetros que definen cada criterio. No obstante, se realizará un recuento de las clasificaciones que se han intentado para comprender el tema un poco más a profundidad.

Desde la legalidad o el estatus legal, las drogas o sustancias psicoactivas se dividen en legales o ilegales. Internacionalmente, el alcohol, el tabaco y el café son aceptados en la mayoría de países occidentales, mientras que el resto de las sustancias se encuentran sometidas a regulaciones legales. Los distintos grados de restricción están comprendidos desde la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes - JIFE en cuatro listas (La lista I agrupa sustancias “sin ningún uso médico aceptado, que pueden generar adicción con rapidez y que suponen graves riesgos para la salud” y las listas III y IV hace referencia a drogas supuestamente menos peligrosas y más fácilmente accesibles).

Tabla 2. Principales sustancias incluidas en listas de fiscalización de la ONU, 1971

Lista I Dietilamida de ácido lisérgico (LSD), cannabis, éxtasis y derivados (3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), 3,4-metilendioxianfetamina (MDA), 3,4-metilendioxietilamfetamina (MDEA), psilocibina, gamma-hidroxibutirato (GHB).

Lista II Anfetaminas y derivados (anfetamina, metanfetamina, metilfenidato...), secobarbital, cocaína.

Lista III Algunos barbitúricos (amobarbital, ciclobarbitol, pentobarbital) y derivados benzodiazepínicos (flunitrazepam).

Lista IV Benzodiazepinas (alprazolam, diazepam, oxazepam), barbitúricos (secobarbital), zolpidem.

Desde el origen, esta clasificación, que divide a las drogas en naturales y sintéticas, presenta inconvenientes con algunas sustancias que, si bien tienen origen vegetal, son el resultado de procesos físicos o químicos como en el caso de la cocaína que se elabora a partir de la hoja de coca y el hachís, que se extrae del cannabis.

Para Caudevilla (pp. 4), según los efectos que ejercen en los consumidores, las sustancias se dividen en estimulantes, depresores y psicodélicos. Los estimulantes,

tienen como función acelerar el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir hasta estados de hiperactividad; las sustancias más comunes en este grupo con efectos mayores son las anfetaminas y la cocaína, y aquellas que tienen efectos menores son la nicotina y la cafeína. Los depresores hacen que el funcionamiento cerebral sea más lento provocando acciones que van desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso de adormecimiento cerebral; las sustancias más comunes de este grupo son el alcohol, los opiáceos, los ansiolíticos y los solventes. Los alucinógenos alteran el funcionamiento del cerebro distorsionando la percepción sensorial, en este grupo es posible encontrar como sustancias más frecuentes: los hongos psilocibes (conocidos popularmente como hongos alucinógenos), el ácido lisérgico o LSD y algunos derivados del cannabis.

Según el impacto que producen, las drogas se han clasificado como blandas o duras. Las primeras, entre las cuales están incluidas dos sustancias legales (el alcohol y el tabaco) y la marihuana, sustancia que ha sido legalizada en varios países alrededor del mundo como Uruguay, Holanda, Corea del Norte, Portugal y dos estados de los Estados Unidos de América: Colorado y Washington, entre otros, se consideran blandas por ser hipotéticamente menos peligrosas. Las segundas, se valoran como duras porque se cree que ocasionan graves problemas para la salud. Sin embargo, según Caudevilla, “el hecho objetivo es que la morbilidad, mortalidad y gasto sanitario asociadas al alcohol y el tabaco es mucho mayor que el de todas las demás drogas ilegales juntas”. Este autor considera también que la distinción entre drogas blandas y duras obedece a una clasificación según la tolerancia social y no es útil desde un punto de vista práctico .

El uso de drogas o sustancias psicoactivas se define como el patrón de consumo en el que no se producen consecuencias negativas para la salud ni aparecen problemas individuales o dependencia. Por antonimia, el abuso se definiría entonces como el consumo de una sustancia que tenga como consecuencia daños físicos, psíquicos o problemas sociales. El Código Internacional de Enfermedades - CIE-10 incluye los Trastornos mentales debidos al consumo de alcohol y sicótropos (F10-F19):

- F10 – Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol.
- F11 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos.
- F12 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides.
- F13 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos.

- F14 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína.
- F15 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína.
- F16 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógeno.
- F17 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco.
- F18 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles.
- F19 - Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas.

Las sustancias psicoactivas pueden producir en los individuos que las consumen y que abusan de ellas varios tipos de dependencia, según la relación que se establezca. El Manual DSM – IV define la dependencia como el “conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella”. A raíz de esta dependencia, los consumidores empiezan a establecer otro tipo de relaciones con las sustancias como la tolerancia, la adicción, el fenómeno denominado craving y el síndrome de abstinencia.

Según los criterios del Manual DSM IV, la tolerancia se define como la necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o efecto deseado y el hecho de que el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

El síndrome de abstinencia se define como el conjunto de síntomas que aparecen cuando se suspende súbitamente el consumo de una sustancia y que desaparece al volverla a consumir, lo cual genera una dependencia basada en la necesidad de aliviar estos síntomas más allá de obtener el efecto que la sustancia en sí ofrece.

El vocablo inglés craving se refiere al deseo extremadamente intenso de autoadministrarse una sustancia que puede presentarse cuando la persona apenas está generando niveles de tolerancia frente a una sustancia e incluso semanas o meses después de haber abandonado el consumo y superado el síndrome de abstinencia.

Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Si bien ello representa un aumento de tres millones de personas con respecto al año anterior, debido al crecimiento de la población mundial, en realidad el consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable.

El número de muertes relacionadas con las drogas, que en 2014 se calculó en alrededor de 207.400, es decir, 43,5 muertes por millón de personas de entre 15 y 64 años, ha permanecido estable en todo el mundo, aunque sigue siendo inaceptable y evitable.

La magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente si se tiene en cuenta que más de 1 de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático que sufre trastornos ocasionados por el consumo de drogas o drogodependencia. Es decir, unos 27 millones de personas, o casi la totalidad de la población de un país del tamaño de Malasia, son consumidores problemáticos de drogas. Prácticamente la mitad de esos consumidores problemáticos (12,19 millones) consumen drogas inyectables, y se estima que 1,65 millones de ellos estaban afectados por el VIH en 2013.

En Colombia, de acuerdo al estudio realizado en el 2013 se aplicó la metodología SIDUC (Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas) donde se encuestaron un total de 32.605 personas con el fin de establecer la percepción social de riesgo asociado a las diferentes sustancias de abuso y la exposición a la oferta de drogas que ha tenido la población de Colombia en el último año. Dentro de los resultados, se evidenció:

Alrededor de 2.5 millones de personas en Colombia presentan un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas (1.9 millones son hombres y 0.6 millones son mujeres), y representa al 31% de los consumidores de alcohol del último mes y al 11.1% de la población de 12 a 65 años.

En términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol, del 49.2%, se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, y con un valor del 45.4% se define el consumo entre los jóvenes de 25 a 34 años. Le sigue el grupo de 35 a 44 años y luego los de 45 a 65 años. La diferencia entre éstos es de 10 puntos de porcentaje. Los adolescentes de 12 a 17 años son quienes menor tasa de consumo presentan, del 19.3%.

En relación con el uso de sustancias ilícitas, los datos del estudio indican que el 13.0% de las personas encuestadas ha usado alguna droga ilícita<sup>1</sup> al menos una vez en su vida, un 19.9% de los hombres y el 6.5% de las mujeres.

El uso reciente o en el último año de alguna droga ilícita fue reportado por el 3.6% de los encuestados, lo que equivale a unas 839 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (5.9%) que entre las mujeres (1.4%).

El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3% para dicho periodo.

En cuanto a estratos socioeconómicos, el mayor consumo reciente de sustancias ilícitas se encuentra en el estrato tres, con casi el 4% de los encuestados, sin ser estadísticamente significativa la diferencia con respecto a los otros estratos.

Al igual que en la gran mayoría de países del mundo, la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia. El 11.5% de las personas encuestadas dice haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida, con un 17.6% entre los hombres y 5.6% entre las mujeres.

El estudio muestra que el 3.3% de las personas encuestadas manifiesta haber usado marihuana al menos una vez durante el último año: el 5.4% de los hombres y el 1.3% de las mujeres. Estas cifras equivalen a un poco más de 762 mil personas.

Por otra parte se detectó un aumento significativo en el uso cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína), tanto en la prevalencia de uso alguna vez en la vida (de 8.8% el 2008 a 12.2% el 2013), como en uso del último año (de 2.6% a 3.6%). Este último incremento se explica por el aumento en consumo entre los hombres (de 4.2% a 5.8%), en el grupo de 18 a 24 años (de 5.8% a 8.7%) y en los estratos 1 (2.4% el 2008 y 3.3% el 2013), 2 (2.4% y 3.5% respectivamente) y 3 (2.7% y 3.8) .

## 5. Marco Normativo

A continuación se presenta un marco general inicial de la normatividad relacionada con la Salud Mental.

<b>Constitución Política Colombiana de 1991</b>	En la cual se consagra en el Artículo 49 que: "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud."13 La salud constitucionalmente protegida no es únicamente la física sino que comprende todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona, lo cual se desprende, necesariamente de la norma: "Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad".
<b>Ley 906/04.</b>	Por medio de la cual se expide el código de procedimiento penal.
<b>Ley 790/02</b>	Por medio de la cual se ordena la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y se crea el Ministerio de la Protección Social.
<b>Ley 789/02</b>	Por medio de la cual se define el Sistema de Protección Social.
<b>Ley 745/02</b>	Por medio de la cual se establecen las sanciones sobre el consumo de SPA, aún para dosis personales, cuando se hace en sitios públicos en presencia de menores.
<b>Ley 383 de 1997</b>	En donde se establece la destinación del IVA social, según grupos de riesgo, entre los cuales se encuentran las personas con trastorno mental inimputables y discapacitados menores de edad.
<b>Ley 361 de 1997</b>	Por medio de la cual se establece el mecanismo de integración social de las personas con limitación, reconociendo su dignidad sus derechos fundamentales de carácter económico, social, cultural para su completa realización personal y su total integración social y garantizar a las personas con limitaciones severas y profundas la asistencia y protección necesarias.
<b>Ley 294/96</b>	Por medio de la cual se desarrolla el artículo 42 de la CP, en lo relativo al tratamiento integral de las diferentes modalidades de violencia en la familia.
<b>Ley 115/94</b>	Por medio de la cual se definen, entre otros, los fines de educación respecto a la formación para la promoción y la prevención de la salud, e, higiene y la prevención integral de problemas socialmente relevantes.
<b>Ley 100 de 1993</b>	Hace referencia a las coberturas, los planes de beneficios, las urgencias, la libertad de escogencia de los prestadores y administradores de los servicios de salud, y la provisión de recursos económicos provenientes del Fosyga y de otras fuentes del Estado población colombiana.

<b>Ley 65 de 1993</b>	Por la cual se señala que los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos tiene el carácter de centros asistenciales y pueden especializarse en tratamientos psiquiátricos y de drogadicción, formando parte el subsector oficial y estarán destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental, o, inmadurez psicológica, según dictamen pericial.
<b>Ley 30 de 1986</b>	Conocida como la ley antidroga. Plasma principios generales y adopta definiciones relacionadas con las sustancias, sus usos, dosis, etc. Así mismo, señala los programas de educación en la materia, la formación de comités cívicos para luchar contra el flagelo de la drogadicción. Limita el trabajo de menores en sitios donde se expenden licores y obliga a incluir en las cajetillas de cigarrillos la nocividad del tabaco.
<b>Decreto 1320/97</b>	Por medio del cual se crea el comité de evaluación interinstitucional para la atención de los pacientes inimputables.
<b>Decreto 1108/94</b>	Por medio del cual se reglamenta el consumo de SPA.
<b>Decreto 2177/89</b>	Por el cual se desarrolla la ley 82 de 1.982, aprobatoria del convenio No.: 159, suscrito con la OIT relativa a la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.
<b>Decreto 2358/81</b>	Por el cual se coordina el sistema nacional de rehabilitación.
<b>Decreto 1136/70</b>	Por medio del cual se dictan algunas medidas sobre protección social, sobre rehabilitación de la vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos.
<b>Resolución 474/03</b>	Por la cual se definen los cupos indicativos para la distribución de los recursos de la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.
<b>Resolución 196/02</b>	Por medio de la cual se adoptan normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral que prestan servicios a personas con problemas asociados al consumo de SPA.
<b>Resolución 2358/98</b>	Por medio de la cual se acoge la política Nacional de Salud Mental.
<b>Resolución 3997/96</b>	Por medio de la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS.
<b>Resolución 03913/94</b>	Por la cual se adoptan unas medidas sanitarias en desarrollo de políticas de salud mental en lo relativo a la adquisición y distribución de los fármacos básicos.
<b>Resolución 04108/93</b>	Por medio De la cual se establecen los criterios técnicos para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas y se deroga la resolución No.: 003001/93.
<b>Resolución 02417/92</b>	Por medio de la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental.

## 6. Mapeo de actores

Los mapas de actores, son una herramienta para la identificación de aliados estratégicos con el fin de definir sus intereses, influencia y acciones, son fundamentales en las situaciones pues inciden directamente en la identificación de problemáticas, la fuente de la misma y las posibles soluciones.

**Tabla 1. Actores Institucionales en relación a Salud Mental, Subred Sur**

Actor Social	Ubicación	Etapas de ciclo	Nivel	Acciones	Relación Salud Mental y Problemáticas
Alcaldías Locales	Sumapaz	Todas	Institucional	Administración Local. Ejecución de políticas, planes, programas y proyectos.	Acciones de apoyo a población vulnerable, proyectos que involucran todos los cursos de vida.
Secretaría de Cultura Recreación y Deporte IDRD	Sumapaz	Todas	Institucional	Recreación y deporte	Actividades de recreación y deporte que benefician a la población en uso del tiempo libre y actividad física.
Secretaría Local de Integración Social SLIS	Sumapaz	Todas	Institucional	Proyectos dirigidos a la atención de población vulnerable	Apoyo a población vulnerable, víctimas, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.
Centros de Desarrollo Comunitario (CDC)	Sumapaz	Todas	Institucional	Apoyo formativo y ocupación del tiempo libre	Espacio que permite el desarrollo de actividades culturales, sociales y lúdicas para el beneficio de todos los cursos de vida.
Subred integrada de servicios de salud Sur ESE	Sumapaz	Todas	Institucional	Brinda servicios de salud en la localidad.	Atención específica en Salud Mental, Unidades de Salud Mental, apoyo psicosocial, Salud Pública en prevención y seguimiento de eventos.
Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud - IDIPRON -	Sumapaz	NNAJ Adultez	Institucional	Restitución de derechos y apoyo a población NNAJ (Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes) en habitabilidad en calle o en riesgo de estarlo.	Apoyo a cursos de vida infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez para desarrollo de actividades productivas y prevención de consumo de SPA.
Centros de Orientación e información en salud – COIS-	Sumapaz	Todas	Institucional	Orientación en Servicios de Salud.	Apoyo en la eliminación de barreras de acceso y en la garantía del derecho a la salud.

Instituto Colombiano de bienestar Familiar ICBF	Sumapaz	Todas NNA	Institucional	Desarrollo y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias.	Acciones de protección de derechos de NNAJ, prevención y atención maltrato infantil.
Comisaria de Familia	Sumapaz	Todas	Institucional	Realiza funciones legales que protegen y garantizan los derechos humanos de las víctimas de Violencia Intrafamiliar, articulándose con salud a través de la remisión y la atención.	Relacionado con la atención en casos de violencias (violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia de género o hacia la mujer y el adulto mayor)
Casa de la Justicia	Sumapaz	Todas	Institucional	Formulación e implementación de políticas de convivencia, seguridad, derechos humanos y acceso a la justicia.	Atención en resolución de conflictos en casos de violencias y maltrato.
Policia	Sumapaz	Todas	Institucional	Mantenimiento de las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos y libertades públicas de los ciudadanos	Atención en casos de violencias y maltrato. Control de tráfico de estupefacientes y sustancias psicoactivas.

**Tabla 2. Actores Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E**

Actor	Ubicacion	Etapas de ciclo	Nivel	Acciones	Relación Salud Mental y Problemáticas
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS	Subred Sur	Todas	Institucional	Vigila la conducta suicida.	Vigilancia de la conducta suicida, eventos de ideación, intento y suicidio consumado.
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual SIVIM	Subred Sur	Todas	Institucional	Se encarga de recolectar, ingresar, organizar, analizar e interpretar la información de casos de violencia intrafamiliar, Maltrato infantil y abuso sexual	Vigilancia en eventos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual y violencias.

Subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas – VESPA	Subred Sur	Todas	Institucional	Captación de casos de abuso de sustancias psicoactivas en personas que acuden a centros especializados de tratamiento en adicciones.	Sistema de Vigilancia e Información de consumo de sustancias psicoactivas.
Observatorio Distrital de Sustancias Psicoactivas ODISPA	Dsitrital Subred Sur	Todas	Institucional	Recopilación, producción y análisis de información de consumo de sustancias como insumo para la toma de decisiones.	Generación de información para el desarrollo de políticas de atención y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
Sistema de Vigilancia Lesiones de Causa Externa SIVELCE	Dsitrital Subred Sur	Todas	Institucional	Capacitación y asistencia técnica al sistema de urgencias local, frente al manejo de formatos de captura, reporte inmediato y obligatorio, reconocimiento y tipificación de eventos.	Prevención y Promoción en comunidad frente al reconocimiento de factores de riesgo, reporte y rutas de atención. (IEC) frente agresión con agentes corrosivos, lesión por pólvora, entre otros.
Salud Pública - Espacios de Vida Cotidiana	Subred Sur	Todas	Institucional	Promoción, prevención e identificación de situaciones de salud en espacios de vida cotidiana: vivienda, educativo, laboral y público.	Promoción y prevención, acciones colectivas en salud que beneficia a todos los cursos de vida.
Unidades de Salud Mental	Subred Sur	Todas	Institucional	Atención de población en eventos y condiciones de Salud Mental.	Servicios de salud especializada, intervención en Crisis, Atención Integral Domiciliaria. Atención a Víctimas de Violencia Intra familiar, Maltrato y Delitos Sexuales.
Gobernanaza – Salud Mental	Subred Sur	Todas	Institucional	Articulación intersectorial, posicionamiento de Política de Salud Mental, movilización de actores.	Acciones intersectoriales, institucionales, sociales y comunitarias para la salud mental.

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

## 7. Revisión de metas

Al hacer una revisión de las metas establecidas por parte de los documentos del Plan Decenal De Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 y el Plan Distrital De Desarrollo 2016 – 2020, Bogotá Mejor Para Todos, se puede agrupar la problemática identificada en la Sumapaz para salud mental, las metas se enfocan en los temas y eventos de prevención y disminución de consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar y maltrato, pervención de agresiones y lesiones de causa externa, convivencia social y ciudadana, seguridad y atención en salud mental para la población, con el fin organizar la información; se agruparon las metas de los planes con relación a las problemáticas en salud mental identificadas, dicho trabajo se observa en las siguientes tablas:

**Tabla 3. Metas en Salud Mental, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**

Plan Decenal de Salud Publica 2012 - 2021		
Dimensión	Meta	Problemática identificada
	A 2021 reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general	Consumo de SPA
	A 2021 mantener por debajo de 5,5% la prevalencia año del consumo de marihuana en la población escolar.	Consumo de SPA
	2021 aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas	Consumo de SPA
	A 2021 aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno	Maltrato infantil Violencia de genero Violencia contra el adulto Lesiones accidentales Lesiones intencionales Conducta suicida Consumo de SPA Demora en atención especializada a trastornos mentales Conducta Suicida
	A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social	Consumo de SPA

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

## 8. Metodología y priorización CENDES

Para el proceso de priorización de problemáticas en salud mental de la localidad de Sumapaz se empleó como base el trabajo realizado en la mesa técnica de salud mental al interior de la Subred y los resultados de la caracterización población a partir del instrumento de valoración de Riesgo Familiar Total. Para realizar la priorización se empleó la metodología CENDES a partir del diligenciamiento por componente, así como la discusión grupal de los resultados, obteniendo:

**Tabla 4. Sesiones de priorización Sumapaz, Subred Sur E.S.E**

PROBLEMÁTICA	VSPC	Espacio de Trabajo	Espacio Educativo	Espacio Público	Espacio de Vivienda	ACCVSyE	ACCVSyE	Sivistra	VSP - Coord.	VSP Salud Mental	Resultado
Ansiedad por problemas familiares	13	14	12	14	11	8	10	12	13	10	117
Ingesta de psicoactivos (alcohol, etc)	12	14	13	13	14	11	12	12	17	14	132
Divorcios o separaciones conyugales	14	11	10	11	11	5	10	12	9	10	103
Familias reconstituidas que generan conflictos familiares	11	11	12	11	11	10	9	12	12	9	108
Riñas permanentes en las parejas	13	12	14	12	13	13	9	11	11	11	119
Familias con menores de 10 años que no acceden a los servicios de salud "negligencia"	13	13	13	15	12	14	15	13	14	10	132
Dificultad en orientación y disciplina en infancia en adolescencia.	13	11	12	15	13	14	13	10	17	12	130

Trabajo Infantil	11	13	13	16	13	15	11	11	17	10	130
------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Fuente: Subred Sur E.S.E. Sesiones de priorización CENDES.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se genera discusión sobre las problemáticas que obtuvieron los puntajes más altos en la priorización, lo cual permitió definir que si bien la negligencia hacia menores de 10 años se presenta, la localidad de Sumapaz tiene unas particularidades en cuanto a dinámicas territoriales y socioeconómicas que hace que no se presente falta de cuidado hacia los menores, en lugar de ello se presentan dificultades en términos de desplazamiento y de condiciones económicas de las familias que no permiten un cuidado integral. Así mismo, se genera discusión en torno al trabajo infantil, y la dificultad de orientación y disciplina en infancia y adolescencia, concluyendo que se puede generar una relación entre este trabajo infantil con eventos o particularidades en cuanto a la salud mental de los menores. Teniendo en cuenta la dinámica del COVE, y de la relación de los temas tratados, así como las particularidades del consumo de SPA en la localidad de Sumapaz, se prioriza esta problemática para ser desarrollada en la Sala Situacional en sus fases posteriores de trabajo y decisiones, con el fin de desarrollar una estrategia que permita tratar el tema del consumo desde Salud Pública con la población de la localidad de Sumapaz.

### Consumo de SPA

El consumo de SPA es uno de los eventos que más afecta a los residentes de la Subred Sur, tomando como base los datos del subsistema VESPA (Vigilancia epidemiológica al consumo de sustancias psicoactivas) para el año 2016 donde se cuenta con 2042 registros de personas consumidoras de SPA, de las cuales la distribución por curso de vida evidencia en infancia 9 casos (0,4%), adolescencia 1400 casos (68,6%), juventud 515 casos (25,2%), Adulthood 115 casos (5,6%) y Vejez 3 casos (0,1%), en cuanto a la distribución por sexo se cuenta con 1410 casos (69%) en hombres y 603 casos (29,5%) en mujeres. Sus principales causa identificadas son: disfunción familiar, pautas de crianza, inadecuado manejo del tiempo libre, pocas opciones de manejo del tiempo libre, sistema educativo, violencia intrafamiliar, baja percepción del riesgo, débil proyecto de vida.

### 9. Balance de la Información

A partir de la recolección de información y la conformación de la Mesa de Salud Mental en la Subred Sur, se logró identificar y emplear las fuentes necesarias para el manejo de la información de las problemáticas identificadas, así mismo, a partir de esta se logra hacer un balance de la información y un análisis inicial de la misma

que permite explorar los generadores, implicaciones, factores reforzadores y liberadores de estas problemáticas en salud mental.

**Tabla 5. Información disponible Salud Mental, Subred Sur**

FUENTE	UBICACIÓN	CLASE DE FUENTE	PERIODICIDAD	LOCALIDAD	Accesibilidad	Presencia	Oportunidad	Suficiencia	Profundidad	Validez
					Fácil	Si	Si	Si	Si	Si
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual SIVIM	Subred Sur	Primaria	Mensual	Ciudad Bolívar Usme Tunjuelito Sumapaz	x	x	x	x	x	x
Sistema de Vigilancia Lesiones de Causa Externa SIVELCE	Subred Sur	Primaria	Mensual	Ciudad Bolívar Usme Tunjuelito Sumapaz	x	x	x	x	x	x
RIPS	Subred Sur Distrital	Primaria	Mensual - Anual	Ciudad Bolívar Usme Tunjuelito Sumapaz	x		x	x	x	x
Diagnóstico local Documento de ACCVSyE	Subred Sur	Secundaria	Anual	Ciudad Bolívar Usme Tunjuelito Sumapaz	x	x	x	x	x	x
Documentos de Sala Situacional localidades Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz.	Subred Sur	Secundaria	Semestral	Ciudad Bolívar Usme Tunjuelito Sumapaz	x	x	x	x	x	x
Diagnósticos Rápidos. Vigilancia en Salud Pública Comunitaria	Subred Sur	Secundaria	Semestral	Ciudad Bolívar Usme Tunjuelito Sumapaz	x	x	x	x	x	x

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

## Consumo de SPA<sup>2</sup>

Esta relacionado con prácticas generalizadas de consumo de sustancias psicoactivas (legales) dentro de los núcleos de socialización primarios de NNAJ como prácticas convencionales de interacción, que facilitan la generación de permisos implícitos para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas (tanto legales como ilegales). Prácticas culturales de interacción dentro de las localidades. Ausencia de ofertas para el manejo del tiempo libre, dificultades en el sistema educativo, necesidades básicas insatisfechas, pautas de crianza.

Esto genera implicaciones como quiebres en el establecimiento del proyecto de vida y en la construcción de redes de apoyo saludables. Otras implicaciones son la drogodependencia, habitabilidad de calle, delincuencia, desempleo, deserción escolar, violencia intrafamiliar, enfermedades físicas y mentales, discapacidad, altos costos para el sistema de salud y desborde de la oferta en salud.

Existen factores que refuerzan la problemática como el débil alcance de programas de prevención para el manejo integral e integrado del consumo, debilidad institucional para la oferta de servicios, espacios de recreación insuficientes e inadecuados, escasa oferta de servicios recreativos, redes comunitarias inexistentes, a más temprano inicio de consumo mayor probabilidad de dependencia, alta oferta de SPA legales e ilegales, bajo costo para acceder a algunas sustancias y medios de comunicación que inducen a consumo.

Así mismo algunos factores permiten la mitigación de la problemática, tal como las acciones realizadas por la Subred Sur por parte de Salud Pública, para hacer promoción de la salud mental mediante prácticas saludables y para el posicionamiento de la política en la localidad. Las estrategias buscan conocer la dinámica del consumo mediante 5 ejes (Morbimortalidad, delito asociado, respuesta social, consumo y análisis estadístico especializado), Desde el sector salud se conoce la importancia del evento y constantemente genera estrategias de atención.

---

<sup>2</sup> Para la información disponible por problemática ver Anexo Resultado Mesa Salud Mental, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

## 10. Conclusiones

La Identificación de problemáticas prioritarias en salud mental permite la focalización de acciones necesarias para el fortalecimiento institucional en la oferta de servicios de salud, así como en el desarrollo de procesos de prevención de la ocurrencia de los eventos identificados.

Las problemáticas en salud mental se componen de factores poblacionales, ambientales, sociales y económicos que deben ser abordados de manera integral para la mitigación de la ocurrencia, la prevención de eventos y la planeación de estrategias que permitan la disminución o el manejo de los mismos.

Los eventos de salud mental requieren así mismo de una atención especializada y de una infraestructura institucional y de servicios que permitan su atención inmediata, por lo cual se deben fortalecer los procesos existentes al interior de la Subred Sur con el objetivo de disminuir barreras de acceso, garantizar la atención oportuna y mejorar la calidad de los servicios.

El proceso de priorización de Sala Situacional permite tener un balance de información que incluye a todos los momentos de curso de vida, grupos poblacionales, eventos en salud mental y actores relacionados con la salud mental que permiten realizar una priorización adecuada en la etapa correspondiente a la Sala Comando.

## **Bibliografía**

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación, Plan Distrital de Desarrollo 2016-2020, Bogotá Mejor Para Todos.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Sistemas de Vigilancia en Salud Pública, Gobernanza, POS, Espacios de Vida Cotidiana de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E