

---

*Documento*

# *CONPES D.C.*

34

*Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital*

---

## *“POLÍTICA PÚBLICA DISTRITAL DE SALUD MENTAL 2023-2032”*

Secretaría Distrital de Salud

Sector: Salud

Publicado en el Registro Distrital No. 7857 de fecha noviembre 14 de 2023.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D. C.  
Octubre 2023



**ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C**

Consejo de Política Económica y Social del Distrito Capital (CONPES D.C)

## Sectores y entidades responsables y corresponsables

Secretaría Distrital de Salud

Secretaría Distrital de Integración Social

Secretaría de Educación Distrital

Secretaría Distrital de la Mujer

Secretaria Distrital de Cultura, Recreación y Deporte

Secretaría Distrital de Movilidad

Jardín Botánico de Bogotá



**ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C**

Consejo de Política Económica y Social del Distrito Capital (CONPES D.C)

**Claudia López Hernández**  
Alcaldesa Mayor de Bogotá

**Felipe Jiménez Ángel**  
Secretaria Distrital de Planeación

María Clemencia Pérez Uribe  
Secretaria General

Carolina Urrutia Vásquez  
Secretaria de Ambiente

José David Riveros Namen  
Secretario de Gobierno

Nadya Milena Rangel Rada  
Secretaria de Hábitat

Alfredo Bateman Serrano  
Secretaria de Desarrollo Económico

Edna Cristina Bonilla Sebá  
Secretaria de Educación

Juan Mauricio Ramírez Cortes  
Secretario de Hacienda

Margarita Barraquer Sourdis  
Secretaria de Integración Social

Aníbal Fernández de Soto  
Secretario de Seguridad, Justicia y  
Convivencia

Felipe Ramírez Buitrago  
Secretario de Movilidad

Nicolás Montero Domínguez  
Secretario de Cultura, Recreación y  
Deportes

Alejandro Gómez López  
Secretario de Salud

Diana Rodríguez Franco  
Secretaria de la Mujer

William Mendieta Montealegre  
Secretaria Jurídica



**ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C**

Consejo de Política Económica y Social del Distrito Capital (CONPES D.C)

## **1. Resumen ejecutivo**

La Política Distrital de Salud Mental busca no solo promover este aspecto prioritario de la salud humana ligado al bienestar emocional, sino prevenir los daños e intervenir los problemas y trastornos mentales, reconociendo la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud de tipo social, económico y cultural, que influyen en las condiciones y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades que les afectan de manera positiva o negativa.

En ese sentido el sector salud, líder en la formulación de la Política Pública Distrital de Salud Mental, reconoce que la Salud Mental no es únicamente de su responsabilidad y competencia; para el abordaje de su promoción y el bienestar emocional, requiere la acción de varios sectores, en una relación de articulación intersectorial, dado que su manejo no se centra en la intervención de los trastornos mentales. Por esto, es necesario un plan multisectorial y comunitario que tenga participación y responsabilidad directa e indirecta de todos los actores de la sociedad que, por acción u omisión, inciden en el bienestar psicosocial de las personas que habitan el territorio del Distrito Capital.

La Salud Mental tiene una estrecha relación con la posibilidad de la ciudadanía de ejercer sus derechos y desarrollar sus capacidades y potencialidades durante todos los momentos del curso de vida; en ese sentido, las acciones en Salud Mental no se pueden limitar a la intervención de los trastornos mentales. Ante todo, es muy importante que se promueva la Salud Mental y el bienestar emocional desde su ámbito individual y comunitario, y se la vincule con la búsqueda permanente del bienestar, facilitando el acceso a las estrategias y a las acciones desarrolladas para tal fin.

Desde el punto de vista conceptual, la política asume la Salud Mental de una forma positiva, es decir, no la circunscribe al ámbito de la enfermedad, el trastorno, el problema; trasciende los imaginarios sociales, la estigmatización de personas y familias cuyos miembros presentan una afectación de la Salud Mental. Es así como se asume como un completo estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, en el que 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 consecuencia, contribuye al desarrollo humano y social, genera capital cultural, social, simbólico y económico, y hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos.

De esta manera, la Salud Mental es una producción social y las personas son seres relacionales que construyen su realidad por medio de las interacciones con otros y otras, dentro de contextos sociales, históricos, culturales, económicos y políticos



**ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C**

**Consejo de Política Económica y Social del Distrito Capital (CONPES D.C)**

específicos. Bajo esta mirada se asumen en esta política los enfoques: poblacional, diferencial, de género y de derechos, a partir de los cuales es posible reconocer las necesidades específicas de diferentes grupos poblacionales, sus diversidades como marco orientador en el abordaje de los determinantes sociales de salud, y en las acciones dirigidas a la prevención e intervención en Salud Mental.

En ese contexto de comprensión de la Salud Mental, el problema público que busca atender la política pública se centra en dos sentidos: por un lado, la visión patologizante que se ha instaurado tradicionalmente en torno a la Salud Mental que la liga con la enfermedad o el trastorno genera estigmatización, asilamiento y vulneración de derechos; para esto, es imprescindible la promoción del bienestar emocional, que implica el trabajo intersectorial. Por otro lado, el reconocimiento de la existencia de problemas psicosociales, trastornos mentales o afectaciones en la Salud Mental por eventos prioritarios en Salud Pública, como la conducta suicida o diferentes tipos de violencia, requieren el despliegue de respuestas sectoriales e intersectoriales organizadas y articuladas, que posibiliten la atención integral e integrada, desde la promoción de la Salud Mental y la prevención de enfermedad, problemas o trastornos, hasta la atención en diferentes modalidades, la rehabilitación e inclusión social.

Es importante destacar como antecedente, que la Política de Salud Mental como instrumento de planeación tuvo un primer momento de formulación e implementación para un horizonte temporal de 2015 al 2025; tiempo en el cual, en el Distrito, los lineamientos y normatividad diferían de la actual en materia de formulación de políticas públicas. En aquel momento, la política fue formulada e implementada y no contó con un acto administrativo de aprobación y adopción.

La pandemia por la COVID 19 profundizó las desigualdades sociales y emergieron distintas problemáticas de salud mental que se reflejan en el aumento de algunos de los indicadores que se describen ampliamente en el capítulo de diagnóstico. En 2021, en ese contexto, bajo el direccionamiento del sector líder a nivel distrital en materia de políticas públicas, la Secretaría Distrital de Planeación, y por decisiones tomadas en el Consejo de Política Económica y Social -CONPES- Distrital, la política y su plan de acción debieron ser reestructurados para ser aprobados vía decreto distrital, cumpliendo con las fases y los pasos establecidos en la Guía Distrital de Formulación de Políticas Públicas, modificada en su fase de aprobación y adopción por Decreto Distrital.

Es así como, tras un proceso de revisión, discusión y análisis de los antecedentes, el reconocimiento del contexto actual del territorio y un proceso de articulación tanto sectorial como intersectorial, la Secretaría Distrital de Salud como sector líder de la



**ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C**

**Consejo de Política Económica y Social del Distrito Capital (CONPES D.C)**

Política de Salud Mental, consolida todos los aportes en una mirada integradora con base en la metodología de marco lógico, retomando los elementos principales que surgen de la participación de actores sociales, comunitarios, institucionales y académicos.

En ese sentido, se establecen acuerdos intersectoriales con entidades como Secretaría de Educación Distrital, Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de la Mujer, Secretaría Distrital de Movilidad y el Jardín Botánico de Bogotá, como entidades aportantes en el desarrollo de acciones tendientes a lograr el objetivo general centrado en “Garantizar el derecho a la Salud Mental como una prioridad de la población del Distrito Capital, en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en Salud Mental, que abarcan acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación, armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios que aporten al mejoramiento de la calidad de vida”.

Es de resaltar que en el marco de la formulación de otras políticas públicas, se abordan también elementos que aportan al bienestar emocional y la promoción de Salud Mental o la intervención de los determinantes sociales relacionados con ella; en esa medida, no se incorporan de manera directa en el plan de acción de la política de Salud Mental, ya que se recogen en los actuales planes de acción de aquellas, que se vienen implementando o que están en formulación, en el marco de otras políticas públicas distritales.

Por lo tanto, en la política de Salud Mental se incluyen acciones que complementan aquellas ya contenidas en otras políticas y que se centran en dar cumplimiento a los tres objetivos específicos: posicionar la Salud Mental desde una mirada positiva; desplegar acciones articuladas en torno a la atención integral e integrada en Salud Mental, lo cual abarca procesos de promoción, prevención, atención y rehabilitación, y generar acciones de gestión de conocimiento y de información que posibiliten la toma de decisiones en el territorio.

## Contenido

1.	Resumen ejecutivo .....	4
2.	Siglas y abreviaciones.....	9
3.	Introducción .....	10
4.	Antecedentes y justificación.....	14
4.2	Marco conceptual.....	19
4.3	Antecedentes .....	22
4.3.1	Política de Salud Mental 2015-2025.....	22
4.3.2	Fase de Agendamiento Política de Salud Mental 2023-2032.....	24
4.3.3	Estrategia proceso y resultados de la participación .....	28
5.	Diagnóstico .....	51
5.1	Conducta Suicida .....	56
5.1.1	Conducta suicida no fatal .....	63
5.1.1.1	Ideación Suicida.....	66
5.1.1.2	Amenaza Suicida.....	68
5.1.1.3	Intento Suicida .....	70
5.2	Violencias .....	74
5.2.1	Intrafamiliar .....	74
5.2.2	Violencia Sexual .....	78
5.2.3	Feminicidio.....	80
5.2.4	Lesiones con agentes químicos .....	81
5.2.5	Violencia contra la mujer .....	82
5.3	Salud Mental en Urgencias, Emergencias y Desastres.....	84
	.....	85
5.4	Morbilidad Atendida En Salud Mental.....	87
5.5	Red Integral de prestación de servicios en Salud Mental .....	89
5.5.1	Análisis de oferta y demanda de Servicios de Salud Mental .....	90
5.5.2	Capacidad instalada registro de prestadores de servicios de salud.....	91
6.	Definición de la problemática de la política .....	94
7.	Identificación y descripción de puntos críticos .....	96
8.	Identificación de factores estratégicos .....	99
9.	Grupos Poblacionales Prioritarios.....	102

10. Formulación de la política .....	105
10.1 Objetivo general .....	105
10.2 Objetivos específicos .....	105
10.3 Estructura de la Política Pública Distrital de Salud Mental.....	105
10.3.1 Eje 1. Atención integral e integrada en Salud Mental .....	106
10.3.1.1 Componente 1. Consolidación y oferta de programas y servicios promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación en Salud Mental, con enfoque de atención primaria en salud (APS) .....	106
10.3.1.2 Componente 2. Fortalecimiento de la Red de Atención en Salud Mental .....	106
10.3.2 Eje 2. Posicionamiento de la Salud Mental .....	107
10.3.2.1 Componente 1. Participación social, comunitaria y ciudadana con incidencia política.                      107	
10.3.2.2 Componente 2. Comunicación y divulgación .....	107
10.3.3 Eje 3. Sistemas de información y gestión del conocimiento .....	107
10.3.3.1 Componente 1. Sistemas información y de vigilancia en Salud Pública en Salud Mental .....	108
10.3.3.2 Componente 2. Fortalecimiento del equipo humano para la atención integral e integrada de la Salud Mental .....	109
10.4 Sectores y entidades corresponsables .....	109
11. Seguimiento y evaluación .....	111
12 Financiamiento.....	112
13. Glosario .....	114
14. Bibliografía .....	117



## 2. Siglas y abreviaciones

ACP	Asociación Colombiana de Psiquiatría
APS	Atención Primaria en Salud
ASP	Actividades Sexuales Pagadas
SDCRD	Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte
CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud
DANE	Departamento Nacional de Estadísticas
DUES	Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
EAPB	Empresa administradora de planes de beneficio
IDRD	Instituto Distrital de Recreación y Deporte
IPS	Institución prestadora de servicios de salud
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales
MJD	Ministerio de Justicia y del Derecho
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RIAS	Ruta Integrada de Atención en Salud
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios
S D Mujer	Secretaría Distrital de la Mujer
SDM	Secretaría Distrital de Movilidad
SDP	Secretaría Distrital de Planeación
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SGRED	Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISVECOS	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida
SIVIM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual
SPA	Sustancias Psicoactivas
SQR	(Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire)
VIF	Violencia Intrafamiliar
VSP	Vigilancia en Salud Pública

### **3. Introducción**

El derecho a la Salud Mental de ciudadanos y ciudadanas que habitan en Bogotá ha sido una prioridad de ciudad; por ello en 2015, sin que mediara un acto administrativo de adopción, fue formulada la primera Política Distrital de Salud Mental 2015-2025, centrada en la disponibilidad y la calidad de prestación de servicios integrales de Salud Mental, en articulación con distintos sectores, en búsqueda de mejorar las condiciones de vida, reconociendo a la comunidad, a los ciudadanos y las ciudadanas como actores principales. En un contexto de pandemia y post pandemia por la COVID 19, por decisión del Consejo de Política Económica y Social -CONPES- Distrital, la política y su plan de acción fueron reestructurados para aprobación vía decreto distrital.

La Salud Mental históricamente se ha relacionado con la presencia de problemas o trastornos mentales, y por ello las familias y las personas que los presentan son aislados o se auto - aíslan debido a la estigmatización que se da en los contextos sociales y culturales particulares. Esta comprensión ha hecho que los imaginarios sociales lleven a asignar al sector salud una responsabilidad preponderante, a centrar la atención en la prevención y manejo de la enfermedad y el abordaje de las situaciones que afectan la Salud Mental, minimizando la importancia de reconocer a las personas en su contexto individual, familiar, social y la interacción entre estos aspectos y la afectación de la salud física y mental.

En el transcurso de la vida las personas se enfrentan a situaciones problemáticas de diferente índole (económicas, familiares, laborales, emocionales) que son afrontadas de diferentes formas dependiendo de la historia de vida, los recursos, la concepción de Salud Mental y de las herramientas que se han construido para dicho afrontamiento. Cuando estas dificultades rebasan la capacidad de las personas para abordarlas, se pueden presentar dificultades emocionales o afectaciones de la Salud Mental, lo cual requiere orientación y atención específica.

Lo anterior, conlleva a reconocer que existe un marco de acción previo a la manifestación de dichas dificultades en la Salud Mental, que abarca procesos de promoción de la Salud Mental y el bienestar emocional en diferentes entornos o contextos, que es necesario articular la acción con diferentes sectores para identificar, contener y mitigar problemas o trastornos que posteriormente requieran atención específica desde el Sector Salud, con la corresponsabilidad propia que la sociedad civil ha de asumir para el despliegue de procesos en la búsqueda de su propio bienestar a partir de las particularidades propias de una mirada poblacional y diferencial.

Dentro de los determinantes sociales de la salud (física y mental) de tipo intermedio y proximal que afectan de manera positiva o negativa la calidad y condiciones de vida de las personas, sus familias, la comunidad, se pueden enunciar procesos de acceso a la educación, condiciones laborales, ambiente y características de la vivienda, posibilidades de recreación, percepción de seguridad y justicia, discriminación por condición u orientación, acceso a bienes y servicios, aunado a características propias

de pertenencia étnica, acervo cultural, momento de curso de vida, condiciones sociales y económicas, aspectos que inciden directamente en el bienestar psicosocial, la presencia de eventos de Salud Mental, problemas o afectaciones de ella.

Considerando que la afectación de los determinantes sociales enunciados anteriormente es de responsabilidad estatal, y, que la Política Pública de Salud Mental tiene un alcance limitado para dar respuesta a las múltiples necesidades de ese tipo, la Secretaría Distrital de Salud realizó un ejercicio de revisión de los productos formulados en 25 políticas distritales aprobadas por CONPES, buscando la complementariedad entre ellas y la de Salud Mental, identificando aquellos que se asocian o aportan al bienestar mental de la población en la ciudad. Inicialmente, desde el sector se identificaron alrededor de 800 productos que pudiesen incidir de manera directa (217) o indirecta (583) en la Salud Mental; al ser socializado el ejercicio con cada sector líder de dichas políticas públicas se precisó que, a futuro, dichos productos son susceptibles de ser etiquetados desde Secretaría Distrital de Planeación, una vez se concluya con las definiciones para este proceso.

La atención clínica de los problemas y trastornos mentales requiere fortalecimiento y articulación con los actores del Sistema de Salud y de otros sectores, para el logro de la atención integral e integrada basada en las necesidades particulares identificadas en las personas, su familia y la comunidad que les acoge.

Siguiendo los lineamientos distritales I sobre formulación de políticas públicas, ante las situaciones descritas, identificadas como un problema de carácter público, la Secretaría Distrital de Salud lidera la formulación de la Política Distrital de Salud Mental, que busca promover el bienestar emocional y la Salud Mental, prevenir los daños e intervenir los problemas y trastornos mentales, reconociendo la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud. Dicho abordaje se fundamenta en los enfoques poblacional, diferencial, de derechos y de género como elementos principales para el análisis de las necesidades de la población y la definición de acciones tendientes a la garantía del derecho a la Salud Mental, reconocimiento las condiciones específicas de diferentes grupos poblacionales en sus diversidades, así como los determinantes sociales relacionados en la promoción, prevención e intervención en Salud Mental.

De otra parte, es importante destacar el rol del cuidado como necesidad humana a ser resuelta, sus efectos en la Salud Mental de cuidadores, cuidadoras y del sujeto/a del cuidado, su importancia en situaciones personales problemáticas, de trastornos y enfermedad mental para quienes la viven y deben afrontarla. Este va desde el básico elemental aprendido en la vida cotidiana para el reconocimiento y atención a esas necesidades y vulnerabilidades, en vías de mantener condiciones que favorezcan el bienestar, hasta aquel que requiere formación profesional para resolver situaciones de pérdida de autonomía, de relación con el mundo en términos de persona, tiempo y espacio. Es así como el cuidado se convierte en un factor determinante en la protección de la vida, la provisión de bienestar, el respeto de los derechos humanos de las personas y familias que viven una condición o situación

problemática o de enfermedad mental.

El documento técnico de esta política reconoce el marco normativo nacional y distrital, incluyendo la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones” y las últimas normativas, desde el 2011, que han hecho posible una discusión más humana y propicia para su desarrollo, más contextualizada y cercana a las necesidades de los colombianos y las colombianas.

El marco conceptual delimita las concepciones y consideraciones haciendo énfasis en la Atención Primaria en Salud, estrategia contemplada en la Ley 1438 de 2011 *“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”*, de gran impacto a nivel mundial, que propende por la priorización de la salud frente a la enfermedad; las estrategias de promoción de la Salud Mental y prevención de los trastornos toman un papel relevante en esta Política, acorde con la legislación actual y los propósitos internacionales en esta materia.

También se reconocen en este marco conceptual, las afectaciones para la Salud Mental como problemas o trastornos mentales o eventos prioritarios que se han considerado de mayor impacto y relevancia social en el Distrito, que permiten identificar afectaciones diferenciales en grupos o segmentos de población específicos, así como aquellas que pueden ayudar a resignificar en forma positiva el concepto de Salud Mental entre los sujetos e instituciones que acompañan a las personas que acceden a los servicios, sus familias y comunidades.

Esta política es el fruto de un trabajo constante y articulado entre sectores de lo público y lo privado, actores, instituciones prestadoras de servicios de salud, ciudadanos, ciudadanas, instituciones académicas, profesionales de la salud y la Secretaría Distrital de Salud, quienes, mediante encuentros reflexivos, entrevistas y conversatorios, han aportado a la concepción de Salud Mental aquí presentada. Es también un signo de que las personas y los colectivos, familias, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones públicas y privadas— que habitan el territorio están comprometidos con lograr el objetivo planteado por ella.

Para el logro del objetivo: “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” la política se convierte en el instrumento que impulsa acciones que aportan al desarrollo de la autonomía y procesos de promoción de la Salud Mental, prevención de la enfermedad, atención, vigilancia y rehabilitación de trastornos mentales y del comportamiento, eventos y conductas que la afectan.

Estratégicamente la política cuenta con un objetivo general, tres objetivos específicos que se materializan en tres ejes, cada uno con sus respectivos componentes que posteriormente se concretan en un plan de acción intersectorial que consolida resultados y productos.

El documento contiene los antecedentes, la justificación de la política, al igual que el proceso de participación social y comunitaria en la formulación, el marco situacional actual e histórico de la Salud Mental a nivel internacional, nacional y distrital, su objetivo general y los específicos, la participación de distintos sectores en la formulación del plan de acción, los mecanismos proyectados de seguimiento y evaluación, al igual que la inversión que se hará a nivel distrital en su implementación a lo largo del horizonte temporal 2023-2032.

## 4. Antecedentes y justificación

### 4.1 Marco Normativo

A continuación, se enuncian algunas de las normas que respaldan la Política Pública Distrital de Salud Mental, tanto del orden internacional, nacional y distrital, aunque existen otras, que, de manera indirecta, soportan la política.

**Tabla 1:** Marco normativo de orden internacional soporte de la Política Pública Distrital de Salud Mental

AÑO	DE ORDEN INTERNACIONAL
1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos, indica en el artículo 25 que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC señala en el Artículo 12: 1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el presente Pacto para lograr la plena efectividad de este derecho incluirán las necesarias para: (a) La disposición para la reducción de la tasa de mortinatos y de la mortalidad infantil y para el desarrollo saludable del niño (b) La mejora de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial (c) La prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y otras (d) La creación de condiciones que aseguren a todos el servicio médico y la atención médica en caso de enfermedad.
1979	La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer- CEDAW- aprobada mediante la Ley 51 de 1981, se enfoca específicamente en los derechos humanos de las mujeres y recoge una serie de obligaciones impuestas al Estado, en los ámbitos legislativo, político, judicial y cultural para prevenir, juzgar y sancionar la discriminación contra la mujer.
1994	La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer- Convención de Belem do Pará aprobada mediante la Ley 248 de 1995, dentro de las obligaciones de los estados, define que se deben adoptar medidas específicas y programas para "suministrar servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado..."

Fuente: Elaboración propia equipo técnico SDS.

**Tabla 2:** Marco normativo de orden nacional soporte de la Política Pública Distrital de Salud Mental

AÑO	NORMAS DE ORDEN NACIONAL
1991	Constitución Política de Colombia consagró al país como un Estado Social de Derecho y estableció puntos específicos relacionados con el disfrute de la Salud Mental, tales como, el derecho al libre desarrollo de la personalidad; la protección de la familia, de las personas con discapacidades, de las niñas y los niños; y la protección de las mujeres, niñas y niños contra algunas de las formas de violencia que más los afecta. Estableció mecanismos para garantizar la restitución de los derechos individuales y colectivos e incluyó la figura del llamado “Bloque de Constitucionalidad”, por medio del cual, cualquier convenio internacional suscrito por el Estado colombiano y ratificado por el Congreso relacionado con la Salud Mental, pasa a hacer parte automáticamente de la normativa.
1993	Ley 100, se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, como conjunto de instituciones, normas y procedimientos dispuestos para las personas y paradar cumplimiento a los planes y programas en seguridad social del Estado y la sociedad.
1993	Los numerales 1, 3, 4 y 6 del artículo 38 del Decreto Ley 1421 de 1993 establecen como atribuciones del alcalde mayor las siguientes: “1. Hacer cumplir la Constitución, la ley, los decretos del Gobierno Nacional y los acuerdos del Concejo”; “3ª Dirigir la acción administrativa y asegurar el cumplimiento de las funciones, la prestación de los servicios y la construcción de las obras a cargo del Distrito”; “4. Ejercer la potestad reglamentaria, expidiendo los decretos, órdenes y resoluciones necesarios para asegurar la debida ejecución de los acuerdos” y; “6ª Distribuir los negocios según su naturaleza entre las secretarías, los departamentos administrativos y las entidades descentralizadas.”
2003	Ley 823, por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres. El Estado colombiano está obligado a: “... (ii) implementar acciones orientadas a mejorar e incrementar el acceso de las mujeres a los servicios de salud integral, inclusive de salud sexual y reproductiva y Salud Mental, durante todo el ciclo vital, en especial de las niñas y adolescentes ...”
2005	Ley 985 “Por medio de la cual se adoptan medidas contra la trata de personas y normas para la atención y protección de las víctimas de esta”.
2006	Ley 1089 - Código de Infancia y Adolescencia que tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado.
2008	Ley 1257 de 2008, que establece normas para la sensibilización, la prevención y la sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres.

2011	Ley 1438 que reformó el SGSSS y, estableció como obligatoria la estrategia de APS, la cual consta de tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/ transectorial en salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.
2011	Ley 1448 por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. En su artículo 135 hace referencia a la rehabilitación como medida de reparación consistente en el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidas al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas; el artículo 137 decreta la existencia de un programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas. La Ley establece la creación de mecanismos de prestación de servicios constituidos por profesionales en psicología y psiquiatría, con el apoyo de trabajadores sociales, médicos, enfermeras y promotores comunitarios, entre otros profesionales, en función de las necesidades locales y con el ánimo de garantizar la integralidad de la acción y su adecuado cumplimiento.
2011	Sentencia T/167/11 Sujetos De Especial Protección Constitucional. La categoría de sujeto de especial protección constitucional, según ha definido esta Corporación, se constituye por aquellas personas que debido a su condición física, psicológica o social particular merecen una acción positiva estatal para efectos de lograr una igualdad real y efectiva. Así, ha considerado que entre los grupos de especial protección constitucional se encuentran: los niños, los adolescentes, los ancianos, los disminuidos físicos, síquicos y sensoriales, las mujeres cabeza de familia, las personas desplazadas por la violencia y aquellas que se encuentran en extrema pobreza.
2013	Ley 1616 o Ley Esperanza, ha establecido la Salud Mental como prioridad nacional y la ha relacionado directamente con el bienestar general y con el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos; además, ha reiterado su condición de tema prioritario para la Salud Pública.
2013	Ley 1639 fortalece las medidas de prevención, protección y atención integral a las víctimas de crímenes con ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano.
2014	Resolución 4568 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social que adopta el protocolo de atención de urgencias a víctimas de ataques con agentes químicos
2014	Ley 1719 ha demandado acciones que garanticen el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial de aquella que se da con ocasión del conflicto armado.
2015	Ley 1761 por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo y se dictan otras disposiciones.
2015	Ley 1751 a través de la cual se busca garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, entendiendo el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. En este sentido, la ley comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud y por lo cual el Estado adoptará



	políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.
2016	Política de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social que busca orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.
2018	Resolución 4886 que adopta la Política Nacional de Salud Mental para el país, disposición de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, en el ámbito de sus competencias y obligaciones
2019	Resolución 2626 a través de la cual se modifica la Política de Atención Integral de Salud (PAIS) y se adopta el Modelo Integral Territorial (MAITE) para su implementación, el cual indica que las entidades territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán las responsables de la implementación del modelo dado que tienen a cargo acciones en salud relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna, cada una en el marco de sus competencias.
2019	Ley 1971 de 2019 Modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, busca priorizar los derechos de atención en salud y promover el acceso al trabajo de las personas víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel.
2020	Resolución 2215 que modificó los artículos 19 y 26 de la Resolución 3100 de 2019 que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud
2020	CONPES 3992 del Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia del Departamento Nacional De Planeación cuyo objetivo general es promover la Salud Mental a través del fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en Salud Mental.

*Fuente: Elaboración propia equipo técnico SDS*

**Tabla 3:** Marco Normativo de Orden Distrital Soporte de la Política Pública Distrital de Salud Mental

AÑO	NORMAS DE ORDEN DISTRITAL
2003	Acuerdo 091 del Concejo de Bogotá que establece y ordena la formulación y ejecución del plan de igualdad de oportunidades para la equidad de género en el Distrito Capital.

2005	Acuerdo 152 "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", crea el Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas.
2009	Acuerdo 383 del Concejo de Bogotá D.C. "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".
2010	Acuerdo 437 del Concejo de Bogotá D.C. "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.".
2015	Acuerdo 584 adopta los lineamientos de la Política Pública de Mujer y Equidad de Género
2016	Decreto 560 "Por medio del cual se adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle y se derogan los Decretos Distritales 136 de 2005 y 170 de 2007".
2017	Decreto 669 establece que el CONPES D.C. adelantará la articulación en la formulación, la implementación y el seguimiento de las políticas públicas distritales, garantizando la unidad de criterio y la coordinación de las actividades de las distintas unidades ejecutoras de la política económica y social.
2020	CONPES 014 adopta la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género.
2021	Acuerdo 795 del Concejo de Bogotá D.C. "Por el cual se fortalece la atención en Salud Mental a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las funciones de inspección y vigilancia a la prestación de servicios de Salud Mental".
2021	CONPES 16 que actualizó el Plan de Acción De la Política Pública LGBTI
2022	Decreto 059 a través del cual se conforma el Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental como instancia permanente, cuyo objeto será brindar asesoría para la formulación, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos en Salud Mental, así como realizar seguimiento y evaluación a la implementación de la política distrital de Salud Mental. Su propósito será servir de instancia consultiva de la Política Distrital de Salud Mental y estará coordinado por la Secretaría Distrital de Salud como cabeza del sector administrativo.
2022	Decreto Distrital 193 que adoptó la Política Pública de Lucha Contra la Trata de Personas en Bogotá Distrito Capital 2022-2031.
2022	Acuerdo 854 por medio del cual se establecen orientaciones para la actualización de la política de Salud Mental, dirigidas a proteger y cuidar la Salud Mental, así como a reducir el impacto producto de los trastornos mentales que afectan a los habitantes de Bogotá. También se busca que la Salud Mental, como derecho fundamental, sea reconocida como un tema de prioridad en Salud Pública del Distrito.

2022	Decreto 084 que modifica el artículo 6 del Decreto Distrital 668 de 2017 estableciendo que las políticas públicas distritales podrán ser adoptadas mediante documentos CONPES D.C. o mediante decretos distritales de acuerdo con los criterios que defina el CONPES D.C. y la Guía para la Formulación e Implementación de Políticas Públicas del Distrito. Así mismo, indica que toda política pública distrital deberá contar para su adopción con un plan de acción acorde con los lineamientos metodológicos establecidos en la Guía para la Formulación e Implementación de las Políticas Públicas Distritales, que para el caso expida la Secretaría Distrital de Planeación, de acuerdo con los criterios identificados por la instancia CONPES D.C.
2023	Decreto 089 de 2023 por medio del cual se adopta la Política Pública de Discapacidad para Bogotá D.C. 2023-2034

*Fuente: Elaboración propia equipo técnico SDS.*

## 4.2 Marco conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS-, la Salud Mental es un componente integral y esencial de la salud, es un estado de bienestar en el que la persona adquiere y desarrolla sus capacidades para hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad y en ese entendido es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (OMS, 2022).

En Colombia, según lo definido en la Ley 1616 de 2013, la Salud Mental es un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción con otros y otras, 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 contribuir a la comunidad (MSPS, 2013).

En coherencia con lo anterior, desde la política formulada, 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 consecuencia la Salud Mental contribuye al desarrollo humano y social, genera capital, cultural, social, 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.

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

En particular, en el contexto actual, la sociedad busca aumentar la productividad y el rendimiento, lo que conlleva a aumentar los niveles de ansiedad por lograr el cumplimiento de metas, y de depresión debido a la frustración por no alcanzarlas. De igual forma la incertidumbre generada por las crisis ambientales y el crecimiento demográfico en las ciudades, afecta la Salud Mental de las comunidades. Este contexto también conlleva transformaciones de las formas de relacionamiento asociadas a la hiperconectividad y el impacto de la inteligencia artificial, especialmente en las generaciones más jóvenes.

En ese sentido en la Política Distrital de Salud Mental, el concepto exige ir más allá de la ausencia de enfermedad y trastorno, a tener en cuenta la vida relacional, emocional y social de las personas para el cuidado de la Salud Mental, así como entender el desarrollo humano como un proceso orientado hacia el ejercicio de la autonomía y la realización de un proyecto vital individual y colectivo con calidad, lo que convoca un trabajo sectorial e intersectorial para resignificar el relacionamiento, comprender y transformar los fenómenos sociales, ambientales, económicos y culturales que influyen en las condiciones y calidad de vida de las personas, familias y comunidades.

Teniendo este marco, el abordaje de la Salud Mental en el territorio trasciende la asistencia sanitaria de personas con signos y síntomas específicos de enfermedades o trastornos mentales, y tiene que ver con acciones políticas y sociales de otra índole, relacionadas con la afectación de los determinantes sociales de la salud que incluyen una estructura social compleja (salud, vivienda, trabajo, educación, bienestar social, acceso a la cultura, al ocio y la recreación, paz, etc), para reconocer y comprender los procesos críticos cuidadores y deteriorantes que determinan la manera de vivir saludablemente, e inciden en la vida cotidiana de los sujetos y que determinan su estado de salud físico y mental; en

este sentido, ésta política convoca la corresponsabilidad de diferentes actores y sectores para la construcción e implementación de iniciativas en las que las personas sean el centro de una actuación pública que garantiza el derecho a la Salud Mental y el acceso a servicios, y genera oportunidades viables dentro de su contexto; en el entendido que circunstancias socioeconómicas como la pobreza y el desempleo tienen estrecha relación con los problemas mentales, teniendo en cuenta que son factores de riesgo muy comunes en la ciudad.

A partir de allí, para la puesta en marcha de la Política Distrital de Salud Mental, se espera el fortalecimiento de la participación comunitaria sectorial, intersectorial y transectorial, con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud basada en abordajes interdisciplinarios; así como el fortalecimiento de acciones orientadas a fomentar la salud, en particular el bienestar emocional y la Salud Mental, no solo a ocuparse de los problemas, trastornos mentales y eventos de interés en Salud Mental.

El principal objetivo de la promoción de la Salud Mental es proteger, promover y mantener el bienestar emocional y social, así como crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo integral de las personas, pues ello potencia la Salud Mental; son aquí fundamentales la formación en el respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad de las personas (Jane-Llopis y Anderson, 2005). De otra parte, los procesos de prevención están orientados a la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección que se encuentran relacionados con los eventos, problemas y trastornos mentales. Tiene el objeto de reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales y el tiempo en que las personas permanecen con síntomas o en condición de riesgo de desarrollar una enfermedad mental.

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 de una comunidad asesorada y acompañada por expertos; estos, participan apoyando la construcción de nuevas prácticas realizadas a través de ofertas y redes de soporte social (Carvajal, 1993). La política de Salud Mental desde su formulación reconoce dichos conceptos y busca avanzar hacia una comprensión y abordaje integral.

## **4.3 Antecedentes**

### **4.3.1 Política de Salud Mental 2015-2025**

Es importante destacar como antecedente, que la Política de Salud Mental como instrumento de planeación tuvo un primer momento de formulación e implementación para un horizonte temporal de 2015 al 2025, tiempo en el cual los lineamientos y normatividad, en el contexto distrital, diferían de la actual en materia de formulación de políticas públicas. En ese entonces la política no contó con un acto administrativo de aprobación y adopción. Tuvo un amplio proceso de participación donde se identificaron situaciones y necesidades en aspectos de Salud Mental y se propusieron actividades, acciones o procesos prioritarios para dar respuestas a ellas.

En el periodo de implementación 2015-2023, de manera paralela a la gestión de procesos de participación se ha avanzado en la ciudad, con la ejecución de acciones de Salud Mental, en las cuales se destaca la inclusión de procesos específicos de promoción de la Salud Mental y prevención de eventos y trastornos, incluidas en los diferentes planes de desarrollo implementados desde el 2015, así como el trabajo a nivel sectorial que ha permitido avanzar en los procesos de atención a través de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

En materia de implementación de acciones y procesos de Salud Mental a la luz de los ejes y componentes de la Política Distrital de Salud Mental, se destacan los siguientes avances:

- Se cuenta con la Línea 106 “El poder de ser escuchado” con 25 años de experiencia la cual se ha convertido en una herramienta para que la población de la ciudad acceda a ayuda, intervención psicosocial y soporte no presencial, en crisis. Este servicio ha realizado un proceso de ampliación con el fin de brindar intervención no presencial en Salud Mental a la población del Distrito Capital, mediante la apertura de nuevos canales de atención (Facebook y Whastapp); en 2022 la Línea lideró la conformación de la Red Distrital de Canales de Atención Psicosocial y Acceso a la Justicia, con el objetivo de disponer en la ciudad de diferentes líneas de orientación, escucha y apoyo psicosocial a la ciudadanía para brindar bienestar emocional y promover el cuidado de la Salud Mental. Es de destacar que hacen parte de esta Red las líneas Calma liderada por la Secretaría Distrital de Cultura dirigida a atención de hombres mayores de 18 años y la Línea Púrpura “Mujeres que escuchan mujeres”.

- Desarrollo del primer estudio tamiz de Salud Mental que posibilita tener un acercamiento a la situación de la Salud Mental en la ciudad, para orientar las acciones que se desarrollen en el marco de la implementación de la política pública.
- Socialización y posicionamiento de la Política de Salud Mental en los espacios de participación a nivel local buscando posicionar la línea técnica desde el sector salud, así como facilitar la articulación de acciones a nivel territorial con otros actores sociales e institucionales.
- Conformación del Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental a través del decreto distrital 059 de 2022, que se constituye en la instancia de seguimiento a la implementación de la política y las acciones y procesos relacionados con Salud Mental en la ciudad, el cual congrega la participación de agremiaciones, instituciones, academia, organizaciones sociales y comunitarias, asociaciones de pacientes y entidades de la administración distrital.
- En el marco del Modelo de Atención Integral en Salud en el Distrito Capital, se implementa la Ruta de Salud Mental y su operación en la Red Pública de Servicios de Salud de Bogotá, reconociendo la estrategia de Atención Primaria en Salud resolutoria y de gestión integral del riesgo en salud, con el objetivo de brindar atención preventiva en la ciudad, detectando tempranamente situaciones de riesgo y afectaciones de nivel emocional, interviniendo oportunamente.
- 
- Avances en la implementación de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad - RBC en Salud Mental a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en el entorno comunitario, con la cual se facilitan procesos de acompañamiento a personas con trastorno mental, sus familias y cuidadores.
- Intervención en prácticas de crianza y promoción de capacidades socioemocionales dirigidas a las familias, para promover el bienestar emocional y prevenir conductas de riesgo, como también a miembros de la comunidad educativa de las Instituciones Educativas priorizadas.
- Implementación de acciones de gestión del riesgo mediante la orientación psicosocial dirigida a estudiantes, padres, madres, cuidadores y docentes en el marco de la prevención de eventos de interés en Salud Mental, problemas psicosociales y trastornos mentales y del comportamiento en Instituciones Educativas Públicas y Privadas priorizadas en el entorno cuidador educativo.
- Intervención a grupos de barras de fútbol con quienes se han construido iniciativas comunitarias orientadas al mejoramiento de la convivencia social, la prevención de las violencias y otros eventos de interés, fortaleciendo

habilidades psicosociales adaptativas y realizando actividades orientadas a la promoción de la actividad física.

- Diseño e implementación de la estrategia centros de escucha para el acondicionamiento físico y la Salud Mental, desarrollada a partir de lectura de necesidades, fundamentada en la construcción de redes sociales donde participan actores, líderes o colectivos presentes en la comunidad local para dar respuesta a problemáticas y necesidades priorizadas en el marco del “acondicionamiento físico y el acondicionamiento en la Salud Mental”.
- Mantenimiento de la Vigilancia en Salud Pública a través de los distintos subsistemas Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual – SIVIM; Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa – SIVELCE, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Consumo de Sustancias Psicoactivas – VESPA, que han permitido el seguimiento y análisis del comportamiento de distintos eventos bajo vigilancia epidemiológica: violencias, lesiones intencionales y no intencionales, abuso o uso problemático de sustancias psicoactivas entre otros.

Aun cuando en la ciudad se ha venido facilitando la implementación de dichas acciones, persiste la situación problemática identificada que guarda estrecha relación no solo con la Salud Mental sino con los indicadores de afectación en la misma, afectada por las vivencias y situaciones profundizadas por la pandemia COVID 19. Por ello la importancia del proceso actual de formulación de la Política Pública de Salud Mental, que ha buscado fortalecer la gestión intersectorial para articular la afectación de los determinantes sociales relacionados.

#### **4.3.2 Fase de Agendamiento Política de Salud Mental 2023-2032**

En la Fase de Agendamiento para la formulación de la Política Pública Distrital de Salud Mental - 2023-2032, fueron convocados otros sectores y actores; se desarrollaron mesas de trabajo con cada uno de ellos, en estos espacios se presentó la Salud Mental como problema público, se discutieron procesos de inclusión de aportes al diagnóstico desde fuentes propias de cada uno de los sectores, así como la articulación en torno al plan de acción, reconociendo que en el marco de la formulación de otras políticas públicas se abordan también elementos que aportan al bienestar emocional y la promoción de Salud Mental o la intervención de sus determinantes sociales relacionados con ella; en esa medida, no se incorporan de manera directa en el plan de acción de la política de Salud



Mental, debido a que se recogen en los actuales planes de acción que se vienen implementando o aquellos que se están construyendo, en el marco de otras políticas públicas distritales.

A continuación, se presenta el abordaje de temas de Salud Mental que realizan otras políticas públicas distritales, a través de sus planes de acción; aspecto considerado importante en la medida que se evita la mala interpretación de la inversión de recursos con igual destinación desde dos políticas públicas diferentes (Tabla 4).

**Tabla 4** Análisis de instrumentos de planeación vigentes con abordaje de aspectos de Salud Mental

<b>Política Pública</b>	<b>Proceso, resultado, actividad, meta o producto relacionado con el bienestar emocional o la Salud Mental</b>
Política Infancia Y Adolescencia CONPES 27 de marzo de 2023	En la reformulación se incluyeron productos de Salud Mental buscando intersección entre los planes de acción.
Política De Juventud CONPES 08 de diciembre de 2019	Vincula resultado relacionado con jóvenes que pueden identificar y prevenir riesgos en Salud Mental a través de la toma de decisiones informada.
Política De Adultez Decreto 544 de 2011. Documento CONPES 21 que adopta el plan de acción en diciembre de 2021	Contempla tanto el desarrollo de una estrategia para la generación de capacidades en los trabajadores adultos a través de acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias que promuevan el abordaje integral de los entornos laborales, así como procesos de atención psicosocial a demanda en las diferentes modalidades para la población adulta víctima del conflicto armado.
Política De Envejecimiento y Vejez Decreto 345 de 2010. Documento CONPES 19 que adopta el plan de acción en diciembre de 2021	Considera acciones colectivas centradas en información, educación, y comunicación en salud basados en el automanejo de las condiciones crónicas, donde se brindan herramientas sobre los estilos de vida saludable, que van desde la alimentación saludable, la actividad física, y Salud Mental, para las personas mayores del Distrito.
Política De Mujer y Equidad de Género CONPES 14 de diciembre de 2020	La Secretaría Distrital de La Mujer como entidad líder de implementación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género, contempla los productos que contribuyen a la garantía del derecho a la salud plena de las mujeres, dentro de este la Salud Mental, inmersos en el plan de acción de la citada política. En ese sentido, desde la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género se desarrollan los siguientes productos que aportan a la Salud Mental pero no se

	vinculan al proceso de la política de Salud Mental: Plan de igualdad de oportunidades para la equidad de género implementado, atención y seguimiento psicosocial a mujeres víctimas de violencias fortalecido, a través de la implementación de las Duplas de Atención Psicosocial, Línea Púrpura Distrital con un equipo integrado a la Línea 123, estrategia de desarrollo y fortalecimiento de capacidades psicoemocionales, operación del Modelo de atención de las Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres en las 20 localidades y Estrategia de cuidado a cuidadoras
Política Pública Para La Garantía Plena De Derechos De Las Personas LGBTI y Sobre Identidades De Género y Orientaciones Sexuales En El Distrito Capital 2021-2032 Decreto 062 de 2014. Documento CONPES 16 que adopta el plan de acción en diciembre de 2021	Contempla diversos elementos con base en el enfoque de derechos, resaltando en ellos el derecho a la Salud Mental. Particularmente en temas de Salud Mental se resaltan algunas necesidades específicas de este grupo poblacional las cuales se espera sean retomadas desde la política de Salud Mental.
Política Actividades Sexuales Pagadas CONPES 11 de diciembre de 2019	Incluye acciones relacionadas con el sector salud dentro de las cuales se encuentra intrínsecamente relacionado el tema de Salud Mental, como por ejemplo el monitoreo a las canalizaciones de las EAPB para la atención en salud o el estudio sobre la situación asociada a la actividad y sus determinantes con enfoque de género, diferencial, poblacional y territorial.
Política de Atención a víctimas del Conflicto Armado  Ley 1448 De 2011	Los productos contemplados se enfocan en la atención psicosocial y/o procesos de armonización con enfoque diferencial a través de la atención en las modalidades (individual, familiar, comunitario, colectivo y/o individual grupal) así como la orientación técnica a las EAPB e IPS priorizadas en el Distrito Capital para la gestión de la implementación del protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial para la población víctima del conflicto armado, en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud de Agresiones Accidentes y Traumas -RIAS AAT-

Política Pública Distrital Afro Y Palenquero En proceso CONPES de formulación	Vincula la concertación e implementación de las adecuaciones técnicas y administrativas necesarias para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), con enfoque diferencial afro en el componente de prestación de servicios de salud; la implementación de una estrategia de fortalecimiento de prácticas de cuidado de la salud a la población afrodescendiente, a través de estrategias promocionales y preventivas en la valoración de riesgos de la Salud Pública, reconociendo dinámicas de la salud urbana y cosmovisiones propias de la comunidad y la atención a familias afrodescendientes. Lo anterior, por medio de acciones promocionales y preventivas para el cuidado de la salud, desarrolladas en la estrategia "Kilombos".
Política de Ruralidad En proceso CONPES de formulación	Teniendo en cuenta que se viene formulando la política de ruralidad que avanza de una comprensión territorial específica, se buscará articular estos procesos para vincular lo relacionado con el abordaje integral de la Salud Mental.
Política Pública DeDeporte, Recreación, Actividad Física, Parques y Escenarios Decreto 229 de 2015 modificado por el Decreto 483 de 2018. Documento CONPES 23 que adopta el plan de acción en noviembre de 2022	Vincula las actividades y programas que se realizan mediante estrategias para fortalecer la salud física, mental, los hábitos y estilos de vida saludable, incidiendo en la calidad de vida de los ciudadanos. Por lo anterior, a la política de Salud Mental no se vinculan productos que tengan participación de IDRD.
Política Distrital de Hábitat Decreto 561 de 2022	Incluye la distribución o mejoramiento de los equipamientos alrededor de las viviendas que podrían mejorar las condiciones de las personas en cuanto a acceso a recreación como parques o espacios para deporte, que ya se encuentran con productos o estrategias en el marco de la política de hábitat; por lo tanto, no se incluye la articulación del sector en la política de Salud Mental.
Política pública distrital de gestión integral de talento humano 2019-2030 CONPES D.C. 07 de 2019	Esta Política busca gestionar el potencial del Talento Humano de la administración distrital, como factor estratégico para generar valor en lo público y contribuir al desarrollo de la ciudad, creando confianza y legitimidad en su accionar. En su marco operativo establece la creación del Centro de Apoyo Emocional Distrital, las brigadas emocionales y la red de entrenamiento emocional distrital - REED

*Fuente: Elaboración propia equipo SDS.*

Al considerar que gran parte de las situaciones de contexto y estructurales relacionadas con la Salud Mental de la población no necesariamente se circunscriben a las actuaciones del sector salud, sino que además tienen que ver con determinantes sociales como la educación, el ambiente, la cultura, el aspecto social y geográfico, la movilidad, etc., y que esta situación requiere del compromiso de varios sectores en su intervención y afectación, se realizó la revisión de los planes de acción de las políticas públicas adoptadas por CONPES a diciembre de 2022, con el ánimo de identificar aquellos productos ya contenidos en otros planes de acción que puedan, de manera directa o indirecta, relacionarse con la promoción de la Salud Mental y del bienestar emocional.

En ese sentido, se avanzó en el análisis de los productos buscando la interrelación y, de forma complementaria, en búsqueda de interseccionalidades entre las diferentes políticas. Dentro de los criterios de análisis se tuvo en cuenta que fueran productos que impactaran directamente a la población y que incidieran en la modificación de determinantes intermedios o proximales.

#### **4.3.3 Estrategia proceso y resultados de la participación**

El amplio proceso de participación que ha tenido la formulación de la política de Salud Mental ha permitido identificar actividades, acciones o procesos que los actores han priorizado como necesarias en la ciudad. En ese sentido se destacan aportes desarrollados en tres fases del proceso: La primera de ellas del proceso participativo en el 2014 de parte del Hospital Usaquén que retomó las bases trabajadas con la Universidad Javeriana y que con base en el análisis de determinantes sociales de la Salud Mental son necesidades aún vigentes aun con la cambiante situación de Salud Mental en la ciudad. En este proceso que se desarrolló a través de 19 encuentros comunitarios y 4 entrevistas a expertos participaron un total de 335 personas.

En seguida, una segunda fase desarrollada con la Organización Panamericana de la Salud que permitió un acercamiento con 10 actores comunitarios, 29 sectoriales y 25 intersectoriales quienes a través de una metodología de participación aportan al reconocimiento de necesidades y propuestas.

Finalmente, una tercera fase que surge del proceso de participación social gestado en el marco de la pandemia en el año 2021 y que a través de la co-creación de agendas sociales a través de 80 diálogos ciudadanos que posibilitaron el reconocimiento de la voz de la comunidad, con la participación de 1394 líderes, representantes de organizaciones sociales, ciudadanos y ciudadanas, quienes ponen de manifiesto las necesidades y propuestas en torno a la Salud Mental que se identifican como prioritarios.

**Tabla 5:** *Tabla resumen del proceso de participación*

Fase	Metodología de participación	Nº de participantes
I	19 encuentros y 4 entrevistas	335
II	3 grupos focales	64
III	80 diálogos ciudadanos	1394

**Fuente:** *Construcción equipo de trabajo*

En ese sentido, posteriormente, en una fase cuarta se retoman los elementos principales que surgen de la participación con dichos actores sociales, comunitarios, institucionales y académicos en relación con la política de Salud Mental en estas tres fases contempladas para finalmente consolidar todos los aportes en una sola mirada integradora con base en la metodología de marco lógico:

#### Fase 1: Hospital Usaqué

Entre 2013 y 2014 se desarrollaron procesos de socialización, actualización y validación en diferentes espacios y con la participación de diversos sectores y actores sociales que permitieron la recolección de información para la consolidación del documento de política de Salud Mental.

Con el fin de difundir y facilitar su apropiación por parte de la ciudadanía, de las entidades del sector salud y otros sectores, se llevaron a cabo 19 encuentros y algunas entrevistas donde se reconocieron aportes por medio de la aplicación de un instrumento basado en la aprobación de la propuesta de política y plan, donde los participantes tenían la posibilidad de validar, suprimir, modificar o realizar nuevas propuestas, según la estructura.

Estos encuentros de reflexión y discusión en torno a la Salud Mental tenían como objetivo la participación de nuevos sectores sociales, la construcción de nuevas comprensiones de Salud Mental, y la consolidando de un abordaje integrador en los eventos en salud. En este proceso se tuvo la participación de 171 personas, entre las que se encontraban, sectores comunitarios, EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios), sectores en salud, un grupo intersectorial, y referentes que trabajan con eventos prioritarios en salud.

En los encuentros con sectores comunitarios se realizó un modelo de grupos de discusión, teniendo en cuenta los lineamientos del instrumento, donde los participantes pudieron abordar temas relacionados con la atención, los servicios y

las dificultades que se presentan en los mismos. Este modelo permitió una mayor apropiación y comprensión por parte de los participantes, generando nuevas propuestas para el proceso de actualización.

Adicionalmente, dentro del sector académico se realizaron 4 entrevistas a docentes universitarios que han trabajado en el ámbito de la Salud Mental, para un total de 335 participantes, en el proceso de actualización, socialización, validación del documento de Política.

Con base en este contexto anterior, a continuación, se presentan los principales aportes en términos de propuestas o necesidades identificadas por los actores participantes:

**Tabla 6:** Aportes de la comunidad al eje 1 – Validación Hospital, Usaquén

COMPONENTE	ACCIONES PROPUESTAS
<b>GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO</b>	Garantizar recursos académicos, financieros y humanos con entidades públicas y privadas para la formulación y desarrollo de investigaciones y proyectos en Salud Mental.
	Levantamiento de las líneas de base de diferentes trastornos y eventos prioritarios en Salud Mental.
	Formulación y socialización de experiencias demostrativas orientadas hacia la prevención universal, reducción del daño y prevención indicada del uso y abuso de sustancias psicoactivas
	Realizar estudios que reconozcan factores de riesgo en Salud Mental
	Realizar estudios de incidencia y prevalencia de eventos y trastornos en Salud Mental para Bogotá, en coordinación con otros actores y sectores
	Definir modelos para la atención de los eventos prioritarios, matoneo, esquizofrenia, trastorno de bipolaridad y depresión en el marco del sistema general de seguridad social en salud
<b>SISTEMA DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA</b>	Actualización de las Unidades Primarias generadoras de dato y Unidades informadoras
	Integración de la información de la vigilancia en Salud Mental
	Sistematización de la información con criterios de calidad y oportunidad definidos
	Creación de protocolos o rutas para intervenciones prioritarias
<b>COMUNICACIÓN Y DIVULGACIÓN</b>	Fomentar escenarios de encuentro y discusión en torno a la Salud Mental (Locales, Distritales)
	Diseñar y desarrollar campañas que posicionen y promuevan la comprensión de la Salud Mental en sectores públicos y privados

<b>ABORDAJE TERRITORIAL DE LA SALUD MENTAL</b>	Diseñar, implementar y evaluar estrategias de Promoción de la Salud Mental y Prevención de eventos y trastornos de Salud Mental, coherentes con las necesidades en Salud Mental identificadas en los territorios.
	Identificar y fortalecer alianzas estratégicas, intersectoriales y transectoriales
	Gestionar y promover acuerdos y acciones con redes sociales y comunitarias, ONGs
	Desarrollar proyectos intersectoriales con recursos de inversión local que contribuyan a dar respuesta a las necesidades de Salud Mental en los territorios
	Identificar las necesidades en Salud Mental de los grupos poblacionales vulnerable
	Incluir el enfoque diferencial, poblacional y de género en las estrategias de Promoción de la Salud Mental y Prevención de eventos y trastornos de Salud Mental
<b>FORTALECIMIENTO DE MOVILIZACIÓN PARTICIPACIÓN SOCIAL, COMUNITARIA Y CIUDADANA</b>	Desarrollar de manera conjunta acciones que conlleven al fortalecimiento de organizaciones sociales, al empoderamiento de la ciudadanía y al fortalecimiento del tejido social en pro de la Salud Mental
	Socializar en los espacios de Participación Social (mesas, comités, redes, entre otros) las necesidades de Salud Mental en los territorios para generar acciones intersectoriales que den respuesta a las mismas
	Formación y capacitación a actores sociales e institucionales en torno a una comprensión y visión positiva de la Salud Mental
	Impulsar y desarrollar procesos de sensibilización ciudadana en torno a los trastornos mentales que promuevan la inclusión social de los pacientes y sus familias

*Fuente: Informe final acción de énfasis Hospital Usaquén.*

En relación con las acciones sectoriales se propone la disposición de servicios y atención en Salud Mental para la población del Distrito Capital con base en una estrategia de APS

**Tabla 7:** Aportes de la comunidad al eje 2 – Validación Hospital, Usaquén

<b>COMPONENTE</b>	<b>ACCIONES</b>
<b>ACCESO A PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL</b>	Identificar acciones de promoción de la Salud Mental y prevención de eventos que afecten la Salud Mental en el marco de las competencias de las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios)
	Realizar rectoría a las EAPB para el cumplimiento de las acciones relacionadas con la Salud Mental de su población.

	Generar estrategias de comunicación y divulgación de los servicios, rutas de atención a eventos en Salud Mental, dirigidos a la población.
	Diseño e implementación del programa de prevención de la conducta suicida en las IPS públicas y privadas del Distrito Capital.
	Identificar y/o diseñar e implementar protocolos de atención diferencial para la atención de eventos y trastornos en Salud Mental presente para población vulnerable
	Diseñar, validar e implementar el programa de atención psicosocial y atención integral a las víctimas del conflicto armado.
	Incluir el enfoque diferencial en las intervenciones dirigidas a población vulnerable.
	Fortalecer las alianzas sectoriales, intersectoriales y transectoriales, públicos y privados, para el abordaje integral y diferencial de las problemáticas en Salud Mental identificadas en población vulnerable.
	Velar por el fortalecimiento de los servicios de atención a personas con eventos y/o trastornos mentales en las IPS públicas y privadas.
	Sensibilizar a prestadores privados para la generación e implementación de nuevas modalidades de atención en Salud Mental
	Desarrollar acciones de vigilancia y rectoría a EAPB para garantizar el acceso a los servicios y rehabilitación en Salud Mental.
	Brindar asesoría y asistencia técnica a los Aseguradores (EAPB), a las Prestadores (EPS - IPS) para el cumplimiento de la normatividad y el sistema obligatorio de garantía de la calidad en Salud Mental.
	Establecer veedurías ciudadanas para vigilar y fiscalizar la ejecución y calidad técnica en la prestación de los servicios de Salud Mental.
	Formulación, adopción o adaptación de guías, rutas y protocolos en el tema de urgencias y emergencias en Salud Mental.
<b>FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO</b>	Desarrollar procesos de capacitación a personal de salud de las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios) encargados de atender y desarrollar acciones en Salud Mental.
	Fortalecer competencias en atención primaria en salud a equipos de Salud Mental que operan en los territorios
	Identificar y formar agentes comunitarios en torno a procesos de identificación y acompañamiento a personas con eventos o trastornos de Salud Mental
<b>FORTALECIMIENTO DE LA RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL</b>	Definir organización de la oferta de servicios de Salud Mental por redes integradas.
	Desarrollar procesos orientados hacia la humanización de los servicios de Salud Mental.
	Identificar y coordinar acciones con tecnologías de comunicación existentes y relacionadas con Salud Mental en el Distrito, que fortalezcan las acciones de la Línea 106 hacia la comunidad.



	Generar estándares de calidad para la prestación de servicios en Salud Mental.
--	--

*Fuente: Informe final acción de énfasis Hospital Usaquén.*

## Fase 2: Organización Panamericana de la Salud

Desde el Convenio suscrito con la OPS en el año 2018 se viabilizó la metodología para la formulación del plan de acción de la política de Salud Mental con las directrices que en su momento la Secretaría Distrital de Planeación dispuso para tal fin. Para la adecuada elaboración del plan de acción, los lineamientos distritales recomiendan el uso de la metodología del marco lógico (ML) en tanto garantiza relaciones de coherencia entre objetivos y acciones, y define la forma como se generarán los resultados esperados a partir de la identificación de los insumos requeridos.

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

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

del plan de acción se propendió por construir canales de comunicación con profesionales y minimizar el impacto en sus dinámicas diarias.

5. Uso de metodologías mixtas: Se emplearon metodologías tanto cuantitativas como cualitativas para consolidar la información primaria y secundaria, para operacionalizar los diferentes aportes en la materialización de los contenidos del plan de acción.

En el marco de un proceso participativo se plantearon tres encuentros con tres grupos focales representantes de sectores particulares cuyos aportes son estratégicos para la elaboración de un plan de acción en Salud Mental que responda a necesidades reales del Distrito.

El primer encuentro fue con 29 profesionales del sector salud, el segundo con 25 profesionales de otros sectores de la administración y el tercero con 10 representantes de organizaciones sociales, asociaciones y fundaciones que realizan actividades que aportan a la Salud Mental de la población. En estos encuentros primó la conversación y construcción alrededor de la interrelación con el contexto de la Salud Mental y de la operacionalización en un plan puntual, haciendo uso del instrumento de identificación de líneas de acción diseñado; simplificado para efectos del ejercicio participativo a realizar y la población con la cual se trabaja.

Con base en el análisis de los aportes de los diferentes actores vinculados al proceso de formulación Política de Salud Mental, se definieron las categorías de acción y, en función de éstas se determinaron las acciones propuestas para responder a las diversas apreciaciones y valoraciones realizadas en torno a los ejes y componentes que estructuran la política.

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

A continuación, la síntesis de los aportes generados por la comunidad en el marco de esta fase del proceso:

**Tabla 8:** Aportes de la comunidad a considerar en el plan de acción de la política – Construcción OPS

EJE	COMPONENTES	FOCOS DE ATENCIÓN	DE	OPERACIONALIZACIÓN	NARRATIVAS
-----	-------------	-------------------	----	--------------------	------------

1. Posicionamiento de la Salud Mental	Componente 1. Participación social, comunitaria y ciudadana con incidencia política	Fortalecer la articulación de instancias nacionales, distritales y locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ejercicios de articulación alrededor de las RIAS.</li> <li>•Vinculación ampliada del sector privado, comunitario y académico a espacios locales y distritales (Consejos del Buen Trato, Comités de Seguimiento a Víctimas, Comités de Política Social, Comité Distrital de SM) para garantizar la participación.</li> <li>•Creación/fomento de espacios específicos para el análisis de la SM y la retroalimentación del trabajo en esta materia.</li> </ul>	"Existen programas desde lo privado que nos pueden fortalecer en salud (...). No nos conocemos las acciones y estamos por un lado lo privado y por otro lo público" (Intersectorial y Academia)
		Incentivar la participación y la movilización social y comunitaria, y las acciones de control social	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existen ejercicios comunitarios alrededor de la enfermedad, por lo que es indispensable fortalecer el trabajo desde la perspectiva de salud</li> <li>•Existen veedores y líderes comunitarios que voluntariamente acompañan acciones de Salud Pública, pero es necesario empoderar a los jóvenes para que participen en estos procesos</li> <li>•Fortalecimiento de la ciudadanía para el empoderamiento a la comunidad frente a la importancia de la participación social que dé respuesta a sus problemáticas a partir de las organizaciones comunitarias</li> <li>•Visibilizar procesos de participación social de la SDS a asociaciones</li> <li>•Fomento de procesos desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria y RBC en Salud Mental.</li> <li>•Empoderamiento y agremiación de asociaciones a través de asistencia técnica de la SDS</li> <li>•Herramientas a la comunidad para ejercer control social</li> </ul>	<p>"la sociedad civil no arranca a trabajar por generación espontánea, hay que ayudarlo a organizarse y educarlo para que trabaje (...) desde la institucionalidad" (Sector Salud)</p> <p>"Si se está construyendo un plan de acción para la política pública hay que pensar en unos mínimos de un cómo (...). Trans, es transversal en los actores, no es la institucionalidad sino las comunidades, todos los actores que están involucrados en esa problemática publica son también los llamados y los convocados a hacer parte de la solución (Intersectorial y Academia)</p> <p>"podemos darnos cuenta de que si nadie ha tenido una participación activa de la secretaria, es porque le ha hecho falta a la Secretaria más promoción en estos lugares" (Comunidad)</p>
		Fortalecer el financiamiento, la regulación y/o el desarrollo de	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Construcción de planes integrados de políticas públicas en lo local para gestionar recursos con Planeación Distrital</li> </ul>	"Existen programas desde lo privado que nos pueden fortalecer en salud (...). No nos conocemos las acciones y

		planes de acción sectoriales y transectoriales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar al sector privado en el trabajo comunitario, desde el componente de responsabilidad social.</li> <li>• Fortalecimiento y articulación de las políticas públicas en promoción y prevención</li> </ul>	estamos por un lado lo privado y por otro lo público" (Intersectorial y Academia)
	Componente 2. del Gestión del conocimiento	Generación, sistematización y/o análisis de conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiación de la investigación en coherencia con los planteamientos de la línea de investigación en Salud Mental de Colciencias, el Observatorio de Drogas, líneas de investigación en Universidades y organismos internacionales.</li> <li>• Articulación con la academia para definir enfoques investigativos, hacer validación de programas, realizar procesos de divulgación y publicación</li> </ul>	"Tiene que haber más articulación entre la academia y los sectores públicos (...) prácticamente toda universidad tiene líneas de investigación en el área (...), pero es una investigación que se ve muy limitada (...) depende de sus recursos para implementar y evaluar (...). Sin embargo, no son solo propuestas técnicas, son propuestas que tienen manuales, que tienen estrategias, que tienen evaluación (...). El conocimiento si esta, el asunto es que en este momento para una universidad es publicar (...), entonces no tiene uno la certeza de que llegue a las poblaciones" (Intersectorial y Academia)
	Componente 3. y Comunicación y divulgación	Transformar imaginarios, representaciones y prácticas sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas en medios y procesos psicoeducativos en entornos particulares sobre SM</li> <li>• Capacitación a diferentes sectores como primer respondiente en SM</li> <li>• Capacitación a entidades públicas y privadas la sobre la atención a personas con riesgos, eventos o problemáticas en SM</li> <li>• Promoción del uso de servicios profesionales en SM</li> <li>• Desestigmatización de la SM en función del medicamento</li> </ul>	"El hecho de llevarle a la persona los primeros auxilios en SM, es un poco transmitirle el mensaje 'esto es como saber poner un curita' (...). ¡El hecho de enseñarle a la comunidad primeros auxilios psicológicos (...) es transmitir un mensaje de 'esto es tan normal! – y necesario – (...) y tan natural que todos lo necesitamos" (Comunidad)
		Gestión del conocimiento, comunicación y divulgación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos de información, educación y comunicación sobre SM, servicios, acciones y rutas de atención</li> </ul>	"Es importante no solo que sepamos entre las instituciones lo que hacemos, la comunidad también debe saber eso. La comunidad a veces no sabe

			<ul style="list-style-type: none"> <li>•Gestión del conocimiento al exterior de las universidades y organizaciones particular.</li> <li>•Procesos de divulgación de los programas públicos y privados y su impacto en la población en medios de comunicación</li> </ul>	qué impacto tienen las intervenciones de las que disponen (...), pero realmente la comunidad desconoce la oferta” (Intersectorial y Academia)
2. Atención integral e integrada en Salud Mental	Componente 1. Consolidación y oferta de programas y servicios en Salud Mental, con enfoque de atención primaria en salud (APS)	Promoción de la Salud Mental, prevención de eventos y trastornos mentales comunes	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Formación de talento humano para el desarrollo de acciones promocionales y preventivas</li> <li>•Campañas en medios y procesos psicoeducativos sobre cuidado de la SM</li> <li>•Acciones colectivas de promoción y prevención universal</li> <li>•Acciones grupales e individual de prevención selectiva e indicada</li> <li>•Conformación de redes y grupos de apoyo en SM</li> <li>•Articular la oferta que hay en promoción y prevención</li> <li>•Socializar rutas de atención</li> <li>•Ciclo transversal para la promoción y prevención a lo largo del curso de vida en diferentes entornos teniendo en cuenta los determinantes sociales</li> </ul>	“hay una cosa que no se hace mucho, no se trabaja para que la gente reconozca que trabajar sobre su mente es importante (...), ‘pararle bolas a la cabeza’ (...), eso si sería promoción de la Salud Mental realmente porque todos los ejercicios que hacemos los hacemos como entre promoción y prevención, una cosa que siempre esta alrededor de una excusa (...), pero en general no promovemos que la gente tenga conciencia de su cabeza, si uno fuera consiente de su cabeza, uno solo o acompañado, trataría de trabajar más (...), pero para enriquecer esa parte falta bastante” (Sector Salud)
		Consolidar la oferta de programas y servicios en Salud Mental con enfoque de APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Estrategia Comunitaria: Prevención bajo identificación de riesgos, cuidado a cuidadores y apoyo en comunidad en Salud Mental.</li> <li>•Tamizajes y Jornadas de SM</li> <li>•Atención a través de Línea 106, Línea Psicoactiva, Purpura</li> <li>•Formación del talento humano para mejorar diagnósticos diferenciales</li> <li>•Consolidación de sistemas de alertas</li> <li>•Conocimiento de la continuidad cuando se activan las rutas de atención y tener una articulación con las diferentes entidades con el fin de tener conocimiento de los procesos en cada evento</li> </ul>	“así como hay un estigma hacia la Salud Mental hay también una preconcepción hacia lo que da la parte publica, la gente dice (...) ‘yo no voy allá, no es tan bueno’, tocará hacerlos más agradables y mas aceptados por la misma comunidad (...), cómo hacer para que la gente cambie la percepción hacia esos espacios y los vea realmente de utilidad, eso es más de reconocer a nivel individual la importancia precisamente de esa participación social y cómo se puede gestionar hacia actividades con el fin de que llame la atención de todos los cursos de vida” (Sector Salud)

			<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evaluación del impacto y seguimiento constante.</li> <li>•Articulación de la oferta que hay en promoción y prevención</li> <li>•Articulación del accionar publico y privado en las rutas</li> <li>•Acciones hacia la autonomía y el equilibrio</li> <li>•Ciclo transversal para la promoción y prevención a lo largo del curso de vida en diferentes entornos</li> <li>•Divulgación de la oferta y rutas</li> </ul>	
	Asegurar el cubrimiento de las necesidades de servicios en Salud Mental garantizando su disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia		<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tratamientos específicos y Activación de rutas</li> <li>•Servicios de protección, rehabilitación y fortalecimiento</li> <li>•componente comunitario importante que responda a las necesidades de las familias</li> <li>•Articulación e integración de la oferta que hay en promoción y prevención</li> <li>•Evaluación del impacto y seguimiento constante</li> <li>•Ciclo transversal para la promoción y prevención a lo largo del curso de vida en diferentes entornos teniendo en cuenta determinantes sociales</li> <li>•Divulgación de la oferta y rutas de atención</li> <li>•Fortalecimiento de programas desde su quehacer integral</li> </ul>	<p>"Por el mismo modelo, la población esta segmentada por aseguradoras (...) y a través del proceso de autorización simplemente orientan al paciente hacia el prestador que menos le cueste hasta donde tenga capacidad de atención, pero realmente redes de servicio no (...). Tenemos un modelo de atención integral que choca con el modelo de aseguramiento (...). Un ente es responsable del trabajo o de la atención de promoción y prevención a través del PIC, otro es responsables de prevención y promoción con las aseguradoras y otros es el que presta de manera individual al paciente y no hay una posibilidad de brindar una atención integral al paciente porque son tres entes con enfoques diferentes" (Sector Salud)</p>
Componente 2. Fortalecimiento de la Red de Atención en Salud Mental	Creación y/o fortalecimiento de alianzas para la ampliación de la oferta de servicios		<ul style="list-style-type: none"> <li>•Puesta en marca y valoración de RIAS-SM</li> <li>•Vinculación ampliada del sector privado, comunitario y académico a espacios locales y distritales (Consejos del Buen Trato, Comités de Seguimiento a Víctimas, Comités de Política Social, Comité Distrital de SM)</li> </ul>	<p>"las pocas acciones de APS que se realizan son desarticuladas, cada quien hace lo que cree que debe hacer y de buena voluntad lo hace (...). Debería haber un programa que lo coordinara el ente territorial y que simplemente repartiera las actividades a los actores del sistema, si en este caso</p>

			<p>para garantizar un uso más eficiente a los recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Aumento de la capacidad instalada para crear procesos de atención desde la primera respuesta en SM</li> </ul>	<p>secretaría de Salud tendría dar la línea a entidades públicas y privadas y condicionar quien paga las actividades e involucrar a la comunidad” (Sector Salud)</p>
		<p>Adoptar modalidades de atención que permitan suplir las necesidades de atención existentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Capacitación al talento humano en SM</li> <li>•Ejercicios desde la académica: Clínica-Comunidad-Institución</li> <li>•Capacitación a diferentes sectores como primer respondiente en SM</li> <li>•Capacitación a entidades públicas y privadas la sobre la atención a personas con riesgos, eventos o problemáticas en SM</li> <li>•Articulación e integración de la oferta que hay en promoción y prevención</li> <li>•Evaluación del impacto y seguimiento constante</li> </ul>	<p>“A pesar de la oferta programática (...) siempre hay un interrogante, que a pesar de lo tenemos y estamos abordando las problemáticas (...) se nos están duplicando, entonces ¿qué nos pasa?, ¿en qué estamos fallando? Si es en prevención, si nos hacen falta más líneas de articulación, o es en efectividad en la atención, o será en la corresponsabilidad familia, sociedad y estado. (...) Es que si abordamos al individuo (desde la problemática) y no lo miramos como miembro activo de la familia y de la sociedad, entonces estamos trabajando por aparte (centrados en la problemática)” (Intersectorial y Academia)</p>
		<p>Fortalecer la evaluación y vigilancia de los servicios de Salud Mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Criterios de habilitación auditoria más allá de las normas de habilitación que priorizan la infraestructura</li> <li>•Apropiación de la vigilancia en SM por parte de otros sectores además del de Salud</li> <li>•Información sobre cómo es el trabajo de SM y dar cuenta de los resultados de la gestión</li> <li>•Formación y acompañamiento para la identificación temprana de signos y primeras en diferentes entornos</li> </ul>	<p>“Resulta que la información se ha vuelto un insumo esencial para la toma de decisiones políticas, pero no la información simplemente sobre la calidad, sino seamos sinceros la información sobre costos, entonces cuanto nos cuesta atender un paciente, con la calidad y con la puntualidad, y en el tiempo y con la eficiencia que deseamos o que el paciente desearía, versus cuanto nos cuesta recuperar niños maltratados en una casa (...). Ese tipo de cosas deberíamos pensárnoslas para ver como intercambiamos información entre instituciones y vemos pros y contras, cuánto cuesta la promoción y cuánto</p>

				cuesta la prevención, cuánto cuesta la atención versus la promoción y la prevención, esos son tipos de cosas que no hemos tocado y que desde lo cualitativo y lo cuantitativo son muy importantes” (Intersectorial y Academia)
		Rectoría sobre la atención y servicios en Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Consejo Distrital de Salud Mental</li> <li>•Empoderamiento de actores comunitarios, agremiaciones y veedurías</li> </ul>	“para ejercicios de habilitación (...) la Secretaría hace un ejercicio punitivo, no hace un ejercicio de asesoramiento y mejoramiento, lo que hace es esperar a que sucedan los hechos pa’ caerle con todo el peso de la ley (...). El tema es de calidad, hay que tener en cuenta; en Salud Mental, por habilitación no hay norma específica, entonces pretender que las instituciones que manejan Salud Mental cumplan con todo lo de habilitación eso es muy complejo (...). Las normas de habilitación son genéricas (...), lo ideal sería tener normas específicas para Salud Mental y hay temas que si son importantes en Salud Mental que en habilitación no están” (Sector Salud)
	Componente 3. Fortalecimiento del equipo humano y de sus condiciones operativas para la atención integral e integrada de la SM	Cualificar al recurso humano y mejorar las condiciones operativas para el desarrollo de procesos de atención integral e integrada de la Salud Mental	•Plan programático de formación, capacitación y asistencias técnicas a profesionales en diversos sectores y diferentes niveles.	“Quien le explica a una persona con un trastorno mental que hay ajustes razonables, que hay estabilidad laboral reforzada (...), a veces el único contacto que tienen como quien le abra los ojos a la realidad de la enfermedad es el psiquiatra y el psiquiatra no tiene mucho conocimiento de eso” (Comunidad)
3. Salud Mental vigilancia en Salud	Componente 1. Sistemas de vigilancia en Salud Pública relacionados con eventos	Consolidar fuentes de información sobre eventos prioritarios en Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Fortalecimiento del equipo médico en el sistema de vigilancia</li> <li>•Consolidación de informes de prestadores, públicos y privados</li> </ul>	“la misma presentación de los reportes genera estigma (...) solo se habla de suicidios y de violencia (...). Hay que fortalecer la promoción de la Salud Mental, porque se está



	prioritarios en Salud Mental		<ul style="list-style-type: none"> <li>•Alimentación de sistemas de información con informes de otras entidades (Articulación entre lo privado y lo público)</li> <li>•Sistema de indicadores de seguimiento y de evaluación de procesos y resultados</li> <li>•Captación de otros eventos y los relacionados con trastornos mentales con el fin de retroalimentar dicha información.</li> </ul>	trabajando más que todo en la prevención, prevención de eventos prioritarios en Salud Mental que son cuatro en este momento: Trastornos de Salud Mental, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y violencias, pero no estamos haciendo la promoción de la Salud Mental (...). Eso mismo evidencia como atendemos la Salud Mental, desde la cronicidad y desde los eventos” (Sector Salud)
		Emplear la información sobre eventos prioritarios en Salud Mental en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Conocimiento de factores asociados a los eventos para delimitar los servicios de atención y las acciones en SM</li> <li>•Sistema de retroalimentación de datos de registro, evaluación y seguimiento de los servicios en SM</li> <li>•Sistema para análisis de la enfermedad mental, mejorar las acciones y la toma de decisiones</li> <li>•Espacios de trabajo entre las subredes y las IPS más allá de la vigilancia y control</li> </ul>	“una cosa tan curiosa (...) un factor tan importante y no lo conocen sino en la Secretaría, la mecánica y en la técnica, y solo lo entienden ustedes, cuando todos los demás actores que tenemos que ver con Salud Mental (...) no lo sabemos (...). Pueda que saquen los boletines pero los boletines, a nosotros (EPS) oficialmente que nos reporten no tenemos nada, ni sabemos nada” (Sector Salud)
		Analizar la información sobre eventos prioritarios en Salud Mental y trastornos mentales y del comportamiento, para orientar las intervenciones, la toma de decisiones y la incidencia política	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Unidades de análisis en tornos a los eventos y trastornos prioritarios</li> <li>•Ejercicios locales para orientar intervenciones</li> <li>•Capacitación para el manejo de la información de vigilancia</li> <li>•Espacios de trabajo intersectorial más allá de la vigilancia y control</li> </ul>	“(...) se está desperdiciando una información valiosísima (...) se está haciendo el avance (...) los ASIS tienen unas salas, la sala decisoria, sala situacional, pero se llega hasta ahí, hasta el desarrollo de esas salas pero no sale para poder hacer algún tipo de acción con eso (...). Desde fuera de la Secretaria no vemos –y dentro tampoco- (...). Toda la información debería enfocada a mejorar la prestación de los servicios” (Sector Salud)
		Monitorear la atención integral e integrada en Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Acciones diferenciales según EPS</li> <li>•Sistema de evaluación misional</li> <li>•Monitoreo continuo</li> </ul>	“Una parte importante es la evaluación de los programas. Cada intervención siempre debe tener una evaluación. (...)”

				Una evaluación del impacto de la intervención en el momento siempre se debería hacer (...) tanto cualitativo como cuantitativo (...) y al mediano largo plazo. (...). Es más, de la academia y es un proceso que no se lleva con mucha regularidad en lo público el hacer seguimientos a largo plazo (...). Esos recursos se han desperdiciado al hacer estudios transversales (...), hace falta poder decir cómo (...) hay una continuidad" (Intersectorial y Academia)
--	--	--	--	--

*Fuente: Informe final OPS*

### Fase 3: Co creación de Agendas Sociales:

Desde la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, desde el año 2021 se realizó un proceso de co-creación de agendas sociales que posibilitó el reconocimiento de la voz de la comunidad quienes pusieron de manifiesto las necesidades y propuestas en torno a la Salud Mental, entre otros temas que se identifican como prioritarios.

Este proceso se realizó en el marco de Territorios de Innovación y Participación en Salud- TIPS-, estrategia del Modelo Territorial de Salud "Salud a Mi Barrio" que promueve la participación social en salud, invita a la ciudadanía a colaborar en la búsqueda de alternativas innovadoras para dar respuesta a las necesidades y expectativas en salud; y que conduce a la afectación de los determinantes sociales de la salud, buscando favorecer la reconciliación ciudadana con el sector.

Esta estrategia, implementada desde la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad, se materializa en tres dispositivos: Promotores del Cuidado, Escuela de Innovación y Participación en Salud y Co-Creación de Proyectos, además de la gestión territorial de agendas sociales.

En el territorio (localidades), la gestión territorial de las agendas se despliega partiendo de la identificación de necesidades y propuestas en salud con los ciudadanos y las organizaciones sociales y comunitarias, y pasa por la implementación de cinco (5) momentos metodológicos: Identificación de la

situación actual del territorio, Comprensión Crítica Territorial, Co-creación, Implementación y Monitoreo. La implementación de los momentos metodológicos se realizó a partir de la recolección y análisis de información de fuentes secundarias, recorridos por los diferentes territorios, el desarrollo de una encuesta denominada “Encuesta situaciones que afectan el Buen Vivir en el territorio”, y la realización de 80 Diálogos Ciudadanos del Cuidado (4 por cada localidad), en los que se logró la participación de 1.394 líderes, representantes de organizaciones sociales, ciudadanos y ciudadanas. Producto de ejercicio, en el que priorizaron diferentes retos en salud, incluida la Salud Mental, se viene realizando desde el 2022 la gestión comunitaria e institucional, en el marco de agendas sociales.

En tal sentido, los resultados aquí presentados corresponden a los momentos metodológicos: Identificación de la situación actual del territorio, Comprensión Crítica Territorial y Co Creación, implementados en el periodo comprendido entre los meses de abril a diciembre de 2021.

Es importante mencionar que la interdependencia que tienen las problemáticas y su afectación en la calidad de vida de la ciudadanía llevó a que dicha priorización se haya realizado desde una concepción integral de situaciones que afectan el buen vivir de los y las bogotanos y en este sentido su abordaje debe ser transectorial e integral teniendo en cuenta la multiplicidad de actores a involucrar.

Como resultado de la visibilización de las necesidades y propuestas de la ciudadanía en el marco del reconocimiento de las afectaciones que la pandemia trajo para la Salud Mental, se identificaron los siguientes elementos a integrar en el proceso de formulación de la política de Salud Mental:

**Tabla 9:** Aportes de la comunidad desde los diálogos ciudadanos del cuidado a considerar en la política de Salud Mental – Dirección de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía

<b>PROBLEMÁTICAS (En orden de priorización)</b>	<b>PROPUESTAS GENERALES:</b> Descripción de las propuestas que surgen de la agrupación de alternativas manifestadas por la comunidad en el 3 diálogo.	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES QUE HARÍAN PARTE DE CADA PROPUESTA</b>
La Salud Mental ha sido una de las mayores preocupaciones durante la pandemia, generando afectaciones en el talento humano en salud, en las personas con COVID-19,	Trabajar en la mitigación de la atención deshumanizada por parte del cuerpo médico a los pacientes con diagnóstico psicosocial y sus familias.	Unión entre juntas de acción comunal y ciudadanía en general para identificar casos de deshumanización de servicios, apoyando las marchas en salud, para promover la exigibilidad de derechos en salud, ya que se establecen realizar reformas que perjudican a los usuarios.

<p>en pacientes con diagnostico psiquiátrico, sus familias o cuidadores y en la población en general; ocasionando temor, angustia, ansiedad, estrés, tratamientos médicos y psiquiátricos interrumpidos, cambio de medicamentos y demás; estos efectos de la pandemia se conjugan con el diario vivir, sumando la violencia intrafamiliar y social, relaciones e interacciones que afectan la integridad física y emocional de las personas, en especial de mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas mayores, personas de ellos sectores sociales LGBTI y con discapacidad; incrementando la depresión, el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol, entre otras. Frente a esta problemática la comunidad no tiene clara la ruta de atención en Salud Mental.</p>		<p>Capacitar al talento humano en humanización del servicio, con enfoque diferencial, así como desde la academia sensibilizar a estudiantes y practicantes en el trato humanizado a pacientes.</p>
		<p>Contratar más personal en salud, ya que actualmente tiene mucha carga laboral. Se debe realizar seguimiento a cada profesional referente a los casos que maneja.</p>
	<p>Capacitar constantemente a los veedores en salud, con el objetivo de hacer valer sus derechos y los de la comunidad.</p>	<p>Realizar capacitaciones de manera constante y efectiva a los veedores, tanto en servicios, como en normatividad, no solo en salud, si no en demás temas como violencias, inseguridad, ambiente entre otros; pues son los líderes quienes orientan a la comunidad.</p>
		<p>Visitar organizaciones sociales, conjuntos de propiedad horizontal e invitarlos hacer veedores</p>
<p>La Salud Mental ha sido una de las mayores preocupaciones durante la pandemia, generando afectaciones en el talento humano en salud, en las personas con COVID-19, en pacientes con diagnostico psiquiátrico, sus familias o cuidadores y en la población en general; ocasionando temor, angustia, ansiedad, estrés, tratamientos médicos y</p>	<p>Fortalecer la instancia de participación de Mujeres Comité Operativo Local de Mujer y Género (COLMYG), para que identifiquen sus derechos y los servicios a los que tienen acceso</p>	<p>Articular con diferentes instituciones para que capaciten en temas transversales a salud</p>
		<p>Se deben realizar recorridos y ferias de servicios para que se conozca la oferta institucional de Secretaria de la Mujer y la Ruta de atención para violencias.</p>
		<p>Alcaldía Local debe articular con instituciones de educación superior, para que los practicantes realicen sus pasantías en los territorios donde se presenten mayores casos de problemáticas en Salud Mental, en los salones de las JAC.</p>
	<p>Fortalecer la atención en medicina general y especializada, para pacientes con diagnostico psicosocial y sus familias.</p>	<p>Socializar el modelo de atención en Salud, para así conocer los derechos y deberes como pacientes.</p>
		<p>Que, a los profesionales de salud, se les dé mayor tiempo de atención a pacientes para valoración Integral.</p>
		<p>Seguimiento y continuidad a los tratamientos médicos, sin afectación de tipo administrativa.</p>
		<p>Fortalecer las líneas de atención en Salud Mental desde el sector público, EAPB – IPS y privado</p>
		<p>Contratación continua del recurso humano</p>

<p>psiquiátricos interrumpidos, cambio de medicamentos y demás; estos efectos de la pandemia se conjugan con el diario vivir. Frente a esta problemática la comunidad no tiene clara la ruta de atención en Salud Mental.</p>	<p>Incentivar las actividades deportivas y culturales en pro de mejorar la Salud Mental y física de la ciudadanía.</p>	<p>Generar escenarios deportivos y culturales Intercomunales en los diferentes espacios dispuestos en la localidad.</p> <p>Telesalud ofrece el canal de radio y televisión para proyectar e incentivar la participación en Deportes.</p> <p>Divulgar las ofertas y espacios recreo deportivos e incentivar a la comunidad a participar.</p>
		<p>Prestar e invitar a las comunidades a utilizar los escenarios de la localidad a través de grandes eventos que inviten a generar actividades recreodeportivas entre la ciudadanía.</p> <p>Retomar los programas locales recre deportivos por parte de la institucionalidad con la comunidad en los diferentes cursos de vida, sin costo alguno.</p>
		<p>Fortalecer actividades con los NNA por parte de las instituciones en programas sin costo, para acceso a todos y todas.</p> <p>Vincular a las universidades que tienen carreras afines que trabajen con la comunidad en desarrollar capacidades en los diferentes deportes.</p> <p>Patrocinio por parte del sector privado a estos nuevos grupos de deportistas, potencializando estas actividades.</p>
	<p>Articular con instituciones educativas con carreras afines en salud como psicología, trabajo social, medicina, enfermería y demás, que cuentan con un gran número de practicantes que aportarían en pro de la Salud Mental en los territorios.</p>	<p>COLMYG, desarrollar estrategias de afrontamiento y fortalecer en la comunidad la respuesta para situaciones de emergencia en Salud.</p>
		<p>Generar articulaciones reales que puedan fortalecer el recurso humano en atención en Salud Mental.</p>
	<p>Fortalecer la medicina preventiva en temas de Salud Mental, recuperando</p>	<p>Reconocer las alarmas que genera nuestro organismo y así poder atender el estado de Salud.</p>

	la estrategia de Salud a su casa.	Retomar la atención en casa a través de un grupo interdisciplinario al paciente y grupo familiar.
		Solicitar el apoyo por parte del sector privado y público, una guía o asesor en medicina preventiva en Salud Mental.
		Ampliar las plataformas para atención a la ciudadanía, por parte de las IPS y EAPB. Tiempo de calidad a los empleados desde las diferentes empresas, promoviendo Salud Mental, incentivar las pausas activas y mejorar la calidad de vida.
Incremento de problemas de Salud Mental como depresión, ansiedad, ideación suicida, alto consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en personas mayores, adultas y jóvenes, debido a pobreza oculta, y desempleo situaciones que se han profundizado aún más por situación de pandemia por COVID-19, pero también a causa de redes de apoyo débiles o inexistentes, soledad y en el caso de personas mayores analfabetismo tecnológico que les impide relacionarse en tiempos de pandemia. Esta situación también afecta de manera diferencial a cuidadores de personas con discapacidad, población de los sectores sociales LGBTIQ+, y comunidades étnicas.	Trabajar en la sensibilización y formación para la apropiación de temas de Salud Mental (ej: ruta de atención en Salud Mental) en aras de que la comunidad pierda el temor y supere el estigma alrededor del uso de servicios relacionados con mantenimiento y cuidado de la Salud Mental, así mismo fortalezca el ejercicio de sus derechos y deberes en salud.  Desarrollar acciones en el territorio que se conviertan en factores protectores de la Salud Mental.	Promover la conformación de grupos de personas mayores propiciando el intercambio intergeneracional con jóvenes para fortalecer conocimientos, desarrollar actividad física, habilidades en uso de TICs, y generar tejido social
		Desarrollar conversatorios o proceso de formación amigable (tipo ollas comunitarias) para las comunidades desde la entidad con acompañamiento de la red de cuidadores comunitarios en Salud Mental, de manera virtual y en parques para la promoción de la resiliencia ante situaciones como duelo, temores alrededor de la pandemia, afrontamiento de situaciones difíciles, acompañados de:  * Brigadas de prevención en salud ocupacional, * Primeros auxilios (programa primer respondiente), * Ruta de atención en Salud Mental entre otros temas,  Se propone que a través de diversos medios se instruya a la gente sobre sus deberes, derechos en salud, y la forma de exigirlos para que se hagan efectivos oportunamente.
		Promover la conformación de una red de cuidadores en Salud Mental comunitaria, generando tejido social o una red de cuidado mutuo que permita estar en contacto y saber cómo se encuentran las

		<p>personas de la comunidad (llamadas y acompañamiento en actividades de la vida diaria) y fortalecer las estrategias que ya existen como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Siembra de árboles en memoria de miembros de la comunidad y familiares fallecidos que ayuda en el proceso de duelo.</li> <li>* Espacio virtual de formación en temas de Salud Mental del colectivo.</li> <li>* Organizaciones y colectivos LGBTIQ+ que han generado espacios para disminuir las afectaciones emocionales a la Salud Mental por violencias, grupos que trabajan sobre la espiritualidad de las personas de los sectores sociales LGBTI, procesos recreo-deportivos-quinestésicos, procesos artísticos y culturales que desarrollan campañas y procesos de reflexión sobre el cuidado de la salud y procesos que mitigan las ansiedades y el consumo de SPA.</li> <li>* Grupos de persona mayor que realizan actividad física con el IDRD</li> </ul>
	Desarrollar programas en Salud Mental respetuoso de las personas y sus particularidades que sea cercano al territorio, en especial para personas con discapacidad, sus cuidadores y personas mayores	<p>Revisar diagnósticos en salud para identificar prioridades de manera actualizada, identificando cambios en contexto de pandemia para abordarlos (Ej: violencia intrafamiliar)</p> <p>Llevar las acciones de salud a cada uno de los barrios, organizándolas y divulgándolas de manera oportuna con las comunidades (líderes y lideresas, JAC) , de tal forma que se garantice la participación de ciudadanos de los diferentes sectores, fortaleciendo así la idea de que las acciones en salud que se desarrollan en el nivel colectivo y poblacional también hacen parte del cuidado y autocuidado desde una perspectiva preventiva y de la promoción más que del tratamiento sintomático.</p> <p>Generar un programa de salud respetuoso hacia las personas en todos los momentos de curso de vida que se aplique de manera efectiva por parte de las IPS</p>

	Establecer o crear un espacio de atención en salud en la localidad ya que carece de IPS u hospital, dónde se vincule o se generen oportunidades de empleo para profesionales de la localidad	Conformar un equipo institucional y comunitario para buscar en el territorio a las personas con necesidades en Salud Mental y generar una atención para ellas (canalización para inclusión efectiva en RIA según sea el caso, sin importar EAPB)
		Crear un espacio de Secretaría Distrital de Salud en la localidad para apropiar temas de salud, trabajar en la prevención, prestar atención en salud (generando oportunidades de empleo para profesionales de la salud que viven en la localidad) y desde allí coordinar la atención de ciertas condiciones médicas con el Hospital Universitario Nacional, Hosp. Policía, INS, o generando otras acciones de compromiso con la localidad en la cual se encuentran en el marco de su responsabilidad social
		Reactivar la ruta de la salud para recoger en sus casas a las personas que no pueden movilizarse y las lleven y traigan de las IPS (servicio puerta a puerta, no de USS a IPS) teniendo en cuenta también a personas con dificultades económicas, sin que medie la clase de aseguramiento que tenga el/la ciudadano/a.
<b>TENSIONES EN SALUD MENTAL</b>	Promover programas artísticos, culturales, de actividad física para la población niños, niñas joven, adulta, adulto mayor a través de (rumbo-terapia, danza, bailoterapia, elaboración de artesanías, manualidades, talleres de reciclaje) que se puedan realizar en salones comunales.	Crear grupos artísticos, donde se trabaje la música, la danza, manualidades, artesanías con distintas poblaciones en los salones comunales, espacios comunitarios, donde la comunidad pueda dedicar parte de su tiempo ir y hacer acciones que le ayuden a adquirir nuevos conocimientos, saberes y a salir de las preocupaciones, conversar con otros y salir de la rutina que les hace daño.
	Talleres de sanación con enfoque diferencial desde la Ancestralidad y siembra de plantas medicinales para este mismo ejercicio. Crear Talleres de cosmovisión étnica frente a la salud, (el por qué de las plantas, los recursos naturales. En parques con	Encuentros con comunidades ancestrales con un enfoque desde El buen Vivir, la cosmovisión étnica que permita generar espacios de sanación con enfoque diferencial desde el cuidado de las plantas medicinales, ejercicios de meditación y contacto con la naturaleza, en espacios comunitarios salones, comunales, espacios como parques, huertas. También como espacio de intercambio y



	<p>población interesada en el proceso. En cualquier espacio que lo permita.</p>	<p>reconocimiento de distintas prácticas culturales que nos ayuden a generar un cuidado comunitario.</p>
	<p>Promover la creación de Huertas con el componente de Salud Mental a través del trabajo con plantas medicinales, en parques, colegios y juntas de acción comunal. Con el proceso que se vaya construyendo poder hacer ferias gastronómicas con énfasis en alimentación saludable que aporte al bienestar físico y mental de la comunidad.</p>	<p>Huertas con camas de siembras de plantas medicinales que aporten al Bienestar de las comunidades, que aporten a la tranquilidad y a la sanación de dolores del alma y del cuerpo. Intercambiar con un concurso de saberes de los beneficios de distintas plantas medicinales, es decir personas que sepan del tema y puedan contarles a otros los beneficios, un compartir de agüitas y de ritualitos que aporten al Bienestar que puedan ser nuevas prácticas de cuidado que se puedan implementar en lo cotidiano.</p>
	<p>Encuentros con familias lúdicos, recreativos y deportivos, que se generen concursos con beneficio económico y social. Utilizando espacios como la cancha de futbol de san Andresito, parque de Veraguas, iglesia, salones comunales.</p>	<p>Encuentros de familias de barrios de la localidad donde hayan actividades lúdicas, recreativas, deportivas, de juegos tradicionales también como un espacio de rescate de prácticas tradicionales, donde se puedan hacer concursos también de competencia sana y que las familias puedan recibir incentivos económicos por la participación y la competencia en los concursos o bonos de intercambio de implementos deportivos de recreación, o elementos simbólicos que inviten al cuidado de la Salud Mental.</p>
	<p>Crear propuestas desde las artes plásticas para población en condición de discapacidad y cuidadores y cuidadoras.</p>	<p>Espacios de creación y de circulación para la población en condición de discapacidad, cuidadores y cuidadoras en artes plásticas como estrategia de sanación en torno a la Salud Mental y de expresar como un ejercicio de tramitar.</p>
	<p>Promover prácticas alternativas que aporte a la Salud Mental como la yogaterapia.</p>	<p>Espacios en comunidad de yogaterapia, que pueda contar con todos los implementos y con un instructor que brinde los ejercicios, de igual manera saber los beneficios de estas alternativas de sanación mental.</p>

	Adecuación de parques públicos grandes y de bolsillo, con elementos y herramientas que aporten a la Salud Mental, espacios de esparcimiento, ( Como juegos de mesa, lectura).	Incluir en los parques otras estrategias como tener puntos de juegos de mesa, paraderos de literatura, juegos tradicionales que brinde otras alternativas en el escenario de parque. Que aporte a la integración familiar, la comunicación, la escucha, el compartir tiempo en la familias o entre grupos.
	Jornadas de paseo o recorridos en los diferentes puntos turísticos de la localidad, para las personas adultas mayores, discapacidad donde las entidades públicas brinden el transporte y la asistencia. (consejos, líderes comunales y sociales, alcaldía local, secretaria de integración)	Crear rutas para la realización de paseos turísticos en la localidad que permita conocer el territorio por parte de la comunidad conocerse con otras personas, aprovechar el tiempo libre. Propuestas de ciclo paseos donde se pueda recorrer el territorio y conocerlo, donde se hagan rutas y en grupo se salga a montar en bicicleta y allí poder trabajar en torno a diferentes temas de la Salud Mental que desde la bici se pueden trabajar con distintos grupos poblacionales y familias
	Acompañamiento psicosocial a las personas que están en procesos de duelo por la pérdida de familiares. Reflexionar sobre la concepción de la muerte.	Rutas y espacios para el acompañamiento psicosocial, donde las personas que necesitan puedan ser escuchados y se les pueda brindar herramientas para sus procesos de sanación.
1 factores de riesgo asociadas a la salud mental en el contexto del CODIV 19:	Incentivar el desarrollo de actividades en grupos de trabajo social y comunitario con el propósito de promover la Salud Mental desde todas sus expresiones y espacios de encuentro	Abordaje de sensibilización a familias desde una perspectiva de pensamiento critico
		Estrategia de desarrollo de habilidades sociales relacionadas con la toma de decisiones e inteligencia emocional para favorecer los procesos adaptativos en espacios de la vida cotidiana estrategia diseñada con acompañamiento de profesional en psicología para población mayor de 16 años
		Promover hábitos saludables.
	Disminuir barreras de acceso para la atención en Salud Mental	Favorecer encuentros comunitarios y diálogos de saberes comunitarios.
		Brindar espacios locales en los cuales se realice asesoría psicológica crónicamente.
		Generar oferta institucional acorde a las necesidades emergentes en los territorios lectura permanente de necesidades que dificulten los procesos de desempeño y adaptación ocupacional.

		facilitar canales de información dirigida a personas mayores (población principalmente afectada como consecuencia de las medidas de contingencia de la pandemia del COVID-19)
	Fortalecer capacidades de liderazgo y atención en Salud Mental, de grupos de trabajo social y comunitario	Fortalecer grupos o colectivos locales de profesionales en Salud Mental interesados por la atención comunitaria y la prestación de atención en Salud Mental a la comunidad.
		Fortalecer líderes y lideresas sociales interesadas en acompañar las necesidades en Salud Mental de la comunidad a través de la identificación de riesgos para la Salud Mental individual y colectiva
		Capacitación y fortalecimiento de capacidades a docentes de la localidad interesados en promover acciones de Salud Mental en sus entornos y transmitir información.

## 5. Diagnóstico

La Salud Mental históricamente se ha relacionado con la presencia de problemas o trastornos mentales, por ello las familias y las personas que los presentan son aislados o se autoaislan debido a la estigmatización que se da en los contextos sociales y culturales.

Esta comprensión ha hecho que los imaginarios sociales lleven a asignar al sector salud una responsabilidad preponderante y a centrar la atención en la prevención, manejo de la enfermedad y el abordaje de las situaciones que afectan a Salud Mental, minimizando la importancia de reconocer a las personas en su contexto individual, familiar, social y la interacción entre estos aspectos que conduce al mantenimiento o afectación de la salud (física y mental).

En el transcurso de la vida las personas se enfrentan a situaciones problemáticas de diferente índole (económicas, familiares, laborales, emocionales) que son afrontadas de diferentes formas dependiendo de la historia de vida, los recursos, la concepción y de las herramientas que se han construido para dicho afrontamiento. Cuando estas dificultades rebasan la capacidad de las personas para abordarlas, se pueden presentar dificultades emocionales o afectaciones de la Salud

Mental, lo cual requiere orientación y atención específica.

Ahora bien, es de reconocer que la atención clínica de los problemas y trastornos mentales requiere un fortalecimiento y articulación con los actores del Sistema de salud y de otros sectores, que conlleve a la real atención integral e integrada de manera articulada y armónica, basada en las necesidades particulares identificadas en las personas.

De otra parte, los sistemas información y de vigilancia en Salud Mental se centran en reconocer los eventos, trastornos o problemas mentales, por lo cual no se provee información referida a la Salud Mental como aspecto positivo e integral.

Con base en la información recabada a través de las diferentes metodologías, momentos y espacios generados para la formulación de la política de Salud Mental se presenta a continuación el análisis de la información con base en la metodología de Marco Lógico como unas de las contempladas para la formulación de políticas en Bogotá.

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

Las personas con trastornos mentales presentan desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor. El suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. Los trastornos mentales representaron un 13% de la carga mundial de morbilidad. Entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento (Fuente OMS . Plan de acción integral sobre salud mental 2013\_2030)

Es innegable que la vivencia de la pandemia generada por el virus Sars Cov 2 – COVID 19 y los cambios en la vida a nivel mundial han traído consecuencias en la Salud Mental y el bienestar emocional de la población, pues hay un considerable impacto conductual, afectivo, cognitivo y social representado en un incremento en la sintomatología de ansiedad y depresión, reactivos al confinamiento y

aislamiento vivido tras las medidas tomadas por los gobiernos para contener la propagación del virus.

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

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

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

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

En Colombia, de acuerdo con lo reportado en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), el Observatorio Nacional de Convivencia y Salud Mental, y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), en 2021 se tuvo una tasa de incidencia de intento suicida del 58.4 % por cada 100.000 habitantes, que representa 29.792 casos de intento suicida notificados. Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social indica que la depresión es la segunda causa de carga de enfermedad y que el 44,7 % de niñas y niños tienen indicios de algún problema mental y el 2,3 % tiene trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Ahora bien, los trastornos más frecuentemente encontrados en la etapa de la adolescencia son ansiedad, fobia social y depresión; la ideación suicida está presente en el 6,6 % de esta población (7,4 % en mujeres y 5,7 % en hombres). En la adultez, el 6,7 % ha experimentado trastornos afectivos. (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015).

De acuerdo con el documento CONPES 016 de 2020, mediante el cual se actualiza el plan de acción de la Política Pública para la Garantía Plena de los Derechos de las Personas LGBTI y sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el Distrito Capital “para 2019, se encontró que el 2 % de las personas de los sectores LGBTI habían sido diagnosticadas con un problema de Salud Mental, una diferencia de un punto porcentual por encima de la población general. Se resalta el porcentaje de diagnóstico de enfermedad mental en mujeres trans (3 %), que estaría dos puntos porcentuales por encima del porcentaje de diagnóstico de la población general”.

El Instituto Williams de la Facultad de Derecho de la Universidad de California en diciembre de 2019 realizó una encuesta nacional denominada “Estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia”, encontrando que el 72 % de las personas encuestadas manifestaron haber tenido malestar psicológico moderado; el 55 % habían tenido pensamientos suicidas a lo largo de su vida y uno de cada cuatro (25 %) había intentado suicidarse al menos una vez. Las mujeres bisexuales (33 %) y las personas transgénero (31 %) tuvieron una tasa más alta de intentos de suicidio y una de cada tres personas, de este grupo, informó que intentó suicidarse al menos una vez. Todas las personas LGBT experimentaron altos niveles de victimización, como ser amenazadas con violencia, golpeadas, atacadas físicamente o agredidas sexualmente. Estos niveles fueron especialmente altos entre las personas transgénero y los hombres gay / bisexuales (Instituto Williams en colaboración con Soon Kyu Choi, Shahrzad Divsalar, Jennifer Flórez-Donado, Krystal Kittle, Andy LinIlan H. Meyer, Prince Torres-Salazar, 2019).

Por su parte, la Dirección del Observatorio y Gestión del Conocimiento Cultural de la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, ha venido recolectando información a través de diferentes herramientas que dan luces sobre datos relacionados con la Salud Mental de los bogotanos y las bogotanas.

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

La segunda herramienta es la encuesta de calidad de vida 2021-2022, que permite la medición de las percepciones y comportamientos asociados a la calidad de vida de la ciudadanía bogotana en ese periodo. Esta encuesta aplicada a 2017 personas mayores de 13 años, residentes en zona urbana de la ciudad de Bogotá, particularmente la zona residencial estratificada de las 19 localidades urbanas permite relacionar los siguientes resultados en torno a la relación calidad de vida y Salud Mental (CDCRD & IDRD, 2022):

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

De manera complementaria a esta información, la ciudad dispone de sistemas de vigilancia epidemiológica de eventos prioritarios específicos, que permiten hacer una lectura a partir de estos y que se convierte en información útil para un primer acercamiento al estado de la Salud Mental en Bogotá. Dicho análisis situacional incluye un análisis desagregado por cada evento priorizado, que se presenta a continuación:

### **5.1 Conducta Suicida**

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

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

En este sentido el informe del año 2019 de Suicide worldwide in 2019,<sup>1</sup> cerca de 703.000 personas se suicidan y muchas más intentan hacerlo. Todos los casos son un desamparo que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. Puede ocurrir a cualquier edad, para el 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

Las muertes por suicidio en hombres superan en más del doble a las de las mujeres

---

<sup>1</sup> Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>.



(12,6 por 100.000 hombres frente a 5,4 por 100.000 mujeres). Además, se observa que los fallecimientos en hombres por suicidio son más elevados en los países de ingresos altos, mientras que los de las mujeres son más comunes en los países de ingresos medios.

Se observa un descenso del 36% de la tasa de suicidio a nivel mundial entre los años 2000 y 2019. No obstante, la OMS señala la preocupación de que esta tendencia se haya revertido en el último año como consecuencia de la crisis sanitaria y económica a nivel mundial; en algunas regiones, como las Américas, no se ha observado esta tendencia mundial, aunque se han incrementado en un 17% las tasas de suicidio en el período analizado.

En América del Sur la tasa más alta la tiene Uruguay con 20,6 por cada 100.000 habitantes, una de las más elevadas de América junto con Cuba y Las Guyanas; Chile tiene una tasa de 11,5 y Argentina 9,6, entre otros, estas cifras permiten compararlas con la situación en Colombia.<sup>2</sup>

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

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

En el país en los últimos 10 años se han suicidado 22.986 personas, con una tasa promedio de 5,23 y se ha presentado un comportamiento con tendencia al aumento progresivo el cual se acentúa en el 2.018 con una tasa de 5,93 por 100 mil HB, pasando de una tasa del 4,5 en el año 2012 a 5,71. (n=2.689) por cada 100.000 habitantes en el año 2021, observándose con respecto a 2012, la variación es de 41,45% (788 suicidios más), y existiendo una mayor variación porcentual en los suicidios de mujeres.

Al comparar el año 2021 con el inmediatamente anterior hubo 269 fallecidos más que representan una variación porcentual del 11,11%. Las víctimas por suicidio fueron 81,03% (2.179) hombres y 19,67% (510) mujeres, la relación hombre-

---

<sup>2</sup> Tomado de Forensis 2021.

[https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/878249/Forensis\\_2021.pdf](https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/878249/Forensis_2021.pdf)

mujer es de 4,27-1. El rango de edad con la mayor tasa (9,24) se encuentra entre los 18 y 19 años. Se destacan cinco (5) niños fallecidos entre los 5 y 9 años.

El 65,86% de los suicidios se consumaron mediante la utilización de mecanismos generadores de asfixia, en un porcentaje similar tanto en hombres como en mujeres, seguido de los tóxicos con 15,51% de los casos. A las enfermedades mentales se les atribuye el 29,11% de los suicidios y a conflicto con pareja o expareja el 17,34%, entre otros. Del total de suicidios registrados en 2021, 377 tuvieron como factor de vulnerabilidad campesinos y trabajadores del campo, los más afectados, seguido de las personas adictas a una droga natural o sintética. La enfermedad mental es citada en 29,11% de los casos en los que se conoce la razón del suicidio, este dato refleja su relación con las estimaciones de la OMS, porque esta afirmaba que la depresión sería una de las principales causas del suicidio en el mundo en 2030 (1).

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

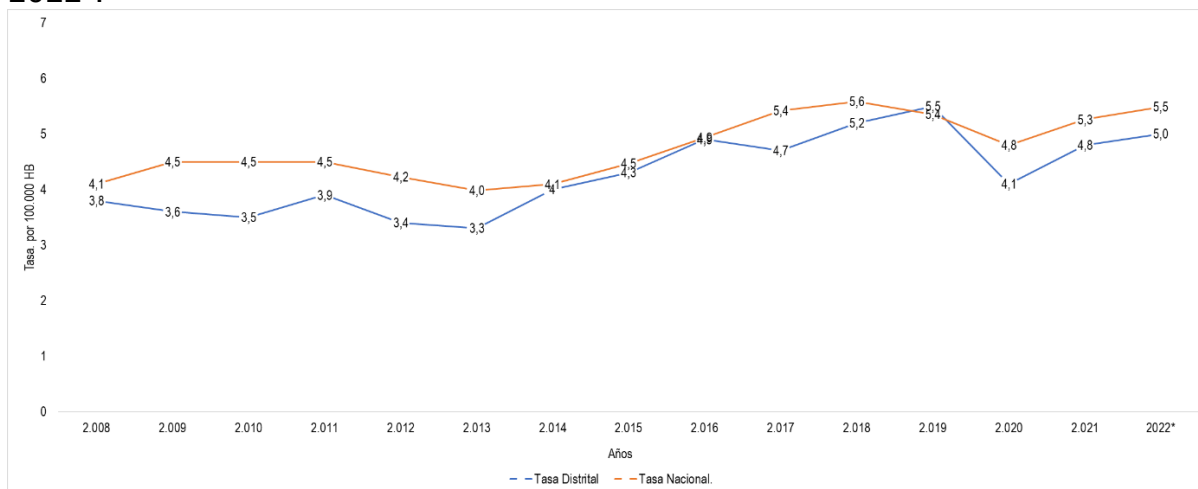
De igual forma se vigila la mortalidad por suicidio, a través del reporte de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) tiene a su cargo el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa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

Ahora bien, en términos de tasa por 100.000 habitantes el suicidio consumado en Bogotá, D.C para el periodo 2012 – 2022<sup>3</sup> ha sido menor que la tasa a nivel Nacional, como se evidencia en la gráfica No. 1 a continuación.

---

<sup>3</sup> Ibídem.

**Gráfico No. 1.** Tasa de Suicidio Consumado en Bogotá y Colombia años 2012 – 2022<sup>4</sup>.



*Fuente:* Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCERN). Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2008 – 2022\* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización - (Consulta base: 02 de enero del 2023 - fecha de corte: 31 de diciembre del 2022)

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

Para la ciudad de Bogotá D.C. en los años comprendidos entre el 2012 y 2022<sup>5</sup> se han presentado un total acumulado de 3.679 suicidios, con una media estimada de 324 casos por año según cifras reportadas en el sistema de información SIRDEC (Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses). Según la información oficial para la mortalidad por suicidio, desde el año 2012 hasta 2022<sup>6</sup> en la ciudad se mantuvo una tendencia al aumento de la tasa de muertes por suicidio, pasando de una tasa de mortalidad estimada de 3,4 casos por cada 100.000 habitantes en 2012 a 5,0 casos por cada 100.000 habitantes en el año 2022 (gráfica 1). Durante el año 2020 en el cual surge la pandemia por COVID-19, esta tendencia cambió y el indicador cerró en 4,1 muertes por 100.000 habitantes, con una reducción del 29% (n=95) menos que en 2019. Sin embargo, para el año 2021, el cual fue posterior al aislamiento preventivo y se da el retorno paulatino y progresivo a las actividades

<sup>4</sup> Ibídem.

<sup>5</sup> Ibídem

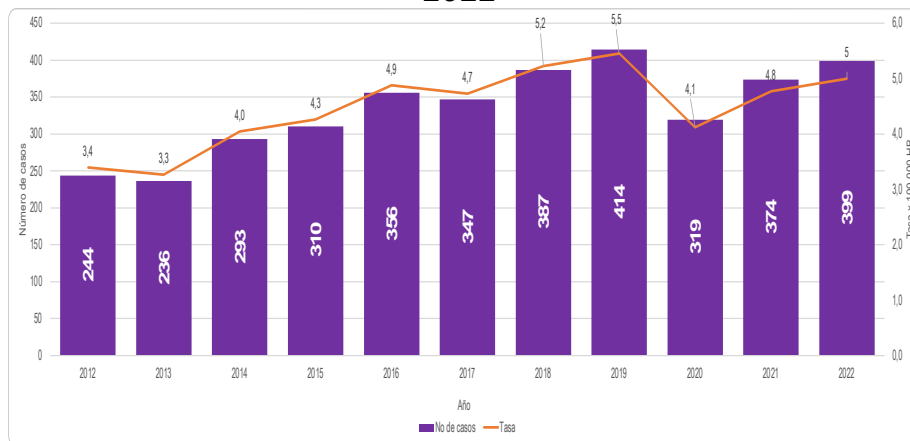
<sup>6</sup> Información preliminar sujeta a modificaciones.

en la ciudad, se presenta un incremento en la mortalidad por suicidio, con una tasa del 4,8 por 100.000 habitantes, mostrado un 0,7% de aumento respecto a 2020, al igual que se evidencia en el número de casos un incrementó del 17,24 % (n=55).

Frente al comportamiento del evento, en lo comprendido del año 2022<sup>7</sup> se registran para la ciudad 399 mortalidades, observándose una variación del 18,39% (n=62) al compararlo con el año 2021, frente al grupo de edad se puede mencionar que el 39% (n=157) se concentra en el curso de vida adultez, seguido del curso juventud con el 37% (n=149), ante la variable localidad de ocurrencia que acumula las mayores frecuencias, se encuentra en Kennedy (n=49), Suba (n=44), Ciudad Bolívar(n=43), Engativá (n=37), San Cristóbal (n= 31) y Usaquén con 29 registros. De los casos ocurridos en el periodo anual más reciente el 74,7% (n=298) ocurren en los hombres y 25,3% (n=101) en las mujeres.

De acuerdo con los datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INML – CF, en el año 2021 se registraron 374 casos en la ciudad lo que equivale a una tasa de 4,8 suicidios por cada 100.000 habitantes, al comparar el periodo anual inmediatamente anterior se evidencia una reducción 0,7% respecto a la tasa del año 2020, donde se registraron 319 suicidios, para el año 2022 se han registrado 399 mortalidades por esta causa y una tasa de 5,0 por 100.000 Hb.

**Gráfico No. 2. Número de casos de mortalidad de suicidio y tasa, Bogotá 2012 – 2022<sup>8</sup>**



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de

<sup>7</sup> Ibídem

<sup>8</sup> Información preliminar.

Referencia Nacional sobre Violencia (GCERN). Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2008 – 2022\* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización - (Consulta base: 02 de enero del 2023 - fecha de corte: 31 de diciembre del 2022)

En cuanto a la distribución por sexo, la tendencia del Distrito Capital concuerda con la mundial en la cual, las mayores proporciones absolutas se encuentran en los hombres en un rango de 74.3% al 83,4% de los suicidios ocurridos en el Distrito. La tasa de muerte por suicidio continúa siendo mayor en los hombres que en las mujeres, con una razón de sexo promedio de 3 a 1, es decir, en la ciudad, entre 2018 y 2021; el valor más alto presentó en 2021 (5 hombres por cada mujer).

Específicamente en el año 2021, se observó que el 82,49% de los casos de suicidio se presentaron en hombres (n= 312), observando que por cada mujer que se suicida, 5 hombres se quitan la vida. El 44,9% de los casos de suicidio consumado en la ciudad de Bogotá, suceden en población adulta con el 44,92% (n=168), seguido de los jóvenes entre los 18 y los 29 años (n= 117), de igual manera se observa una alta proporción del 15,7 % (n=59) en la población mayor de 60 años. Las localidades con mayor número de casos absolutos y por frecuencia relativa de mortalidad por suicidio en orden descendente fueron: Kennedy (n=43) con el 11,87% seguido de la localidad de Engativá (n=41) con el 11,57%, Bosa con 40 casos y el 11,28%, Suba registra el 9,2% (n=35) y Ciudad Bolívar con el 8,30% (n=30), siendo estas las primeras cinco localidades y agrupan el 52,3 % de los casos de suicidio presentados en la ciudad. El 65 % de las localidades mostraron tasas por encima de la estimada para el distrito que fue de 4,8 suicidios por cada 100.000 habitantes. Las tasas más elevadas se evidenciaron en las localidades de Sumapaz, Candelaria, Santafé, Antonio Nariño, Tunjuelito, Bosa, Chapinero, San Cristóbal, Usme, Engativá, barrios unidos y los Mártires y Usaquén valor de 27,9 y 4,7 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes respectivamente, como se puede observar en la gráfica No 3.

Para el año 2022 se registra una tasa preliminar de 5,0 por 100.000 habitantes, evidenciándose un incremento del 0,2 puntos en la tasa equivalentes a 25 casos, respecto al sexo de las víctimas el 74,7% (n=298) corresponde a los hombres y el 25,3% (n=101) se registran en mujeres, y una razón de sexos se evidencia que por cada tres hombres que presenta suicidio una mujer presenta el evento.

Por otra parte, el curso de vida en el que ocurren las mortalidades en el quinquenio comprendido entre los años 2018-2022<sup>10</sup>, se evidencia que la mayor frecuencia absoluta acumulada corresponde a los cursos adultez (n=838) y juventud

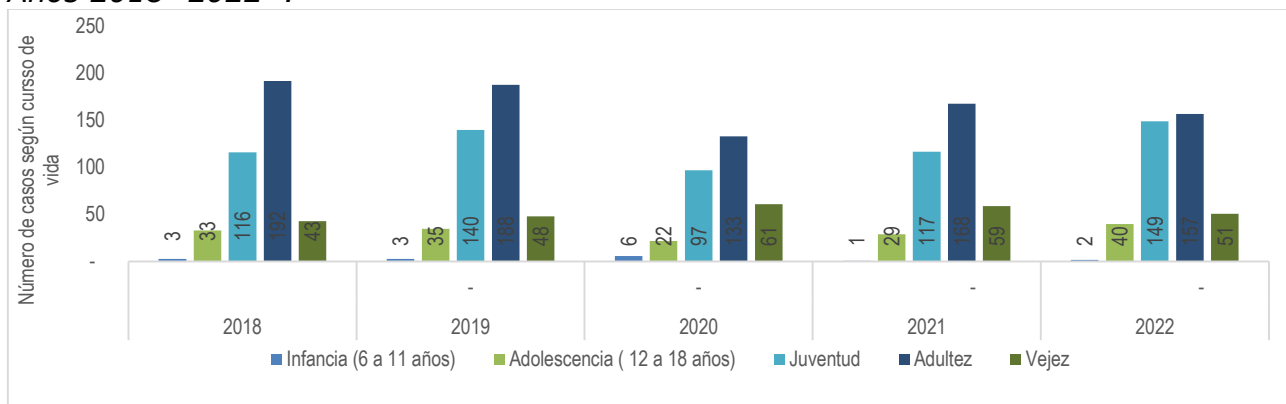
---

<sup>9</sup> Ibidem

<sup>10</sup>Ibidem.

(n=619).

**Gráfica No 3.** Número de casos de suicidio, según curso de vida. Bogotá. D.C. Años 2018 -2022<sup>11</sup>.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCERN). Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2008 - 2022\* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización - (Consulta base: 02 de enero del 2023 - fecha de corte: 31 de diciembre del 2022)

Para 2022<sup>12</sup>, se registran 157 (39%) mortalidades en adultos y 149 (37%) en jóvenes, así mismo al analizar el evento, por grupos de edad (judicial) que presentaron las mayores frecuencias se encuentran en los rangos comprendidos por jóvenes de 20 años a adultos de 34 años concentrando 42% (n= 167) suicidios, adicionalmente el grupo de edad comprendido entre los 14 a 17 años presenta 34 eventos (9%), y los mayores de 60 años aportan el 13% (n= 51) de las mortalidades ocurridas en la ciudad, como se observa en la gráfica 3.

Al respecto es de mencionar que se debe tener cautela al comparar las cifras de estos grupos poblacionales porque unos abarcan menos de una década de la vida mientras que otros abarcan más de tres décadas.

Frente al comportamiento de las localidades en el año 2022, que concentran las mayores frecuencias absolutas y relativas corresponden a: Kennedy con el 11,9% (n=49), Suba y Ciudad Bolívar con el 11% (n=44) respectivamente, Engativá con 9% (n=37), y San Cristóbal con el 8% (n=31); agrupando estas localidades el 51% de los casos de suicidio ocurridos en toda la ciudad.

<sup>11</sup> Ibídem

<sup>12</sup> Ibidem.

De otra parte, predominó el suicidio en personas con un nivel educativo media o secundaria alta 45% (n=179), estado civil solteras con un 60% (n=241). Ante el factor de vulnerabilidad se registró el 12% (n=48) corresponde a persona adicta a una droga natural o sintética, frente a la razón del suicidio se encuentra el 23% (n=91) atribuidos a enfermedad mental, y el 9% (n=34) a conflictos con pareja o expareja y el 6% (n=24) corresponden al desamor y condiciones económicas con el 5% (n=5)

Según el subsistema de Vigilancia epidemiología de la conducta suicida, como factor desencadenante de la conducta suicida se encuentra insuficientes redes de apoyo social y bajas capacidades de afrontamiento entre la población, baja resolución de problemas y nivel de disfrute y satisfacción en todos los ámbitos de vida de los ciudadanos, que choca con dificultades económicas, problemas familiares o de pareja, fracaso escolar, trastornos mentales no diagnosticados ni tratados. Esto se refuerza por el manejo inadecuado de la información a través de las redes sociales y los medios masivos de comunicación, que se convierte en un desencadenante del suicidio por imitación; el matoneo, la victimización por intimidación y la perpetración (encubrimiento), el acoso cibernético y el estado de minoría sexual con la ideación y los comportamientos suicidas entre los jóvenes, el no acceso oportuno a servicios de Salud Mental a personas con trastorno mental, la limitada disponibilidad de servicios de escucha y apoyo emocional en situaciones de crisis, la limitada detección temprana de ideación, plan, amenaza e intento suicida, la limitada intervención y gestión del riesgo en casos detectados de ideación, plan, amenaza e intento suicida y el hecho de que el sistema de salud es reactivo frente a la conducta suicida, no se anticipa la situación. Adicionalmente y en consecuencia de la mortalidad por suicidio a nivel familiar y en la comunidad, se genera una fuerte carga emocional en lo cual aumenta el riesgo de ocurrencia de la conducta suicida en las personas cercanas y sobrevivientes, dado que es una conducta altamente imitable.

### **5.1.1 Conducta suicida no fatal**

La Secretaría Distrital de Salud, cuenta con el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida -SISVECOS-, el cual está definido como el conjunto de procesos dinámicos, integrales e interrelacionados para la recopilación, análisis, interpretación, divulgación y evaluación oportuna de la información de conducta suicida en Bogotá D.C.

En este sentido, desde este subsistema es considerado la fuente oficial de la

conducta no fatal en el Distrito Capital, a través del proceso que incluye el reporte de las entidades que conforman la red de notificación a nivel Distrital, entre las cuales se encuentran Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS-S), así como los planteles educativos a través del sistema de alertas de la Secretaría Distrital de Educación, organizaciones comunitarias, canales de atención al ciudadano (líneas y plataformas digitales) y otras entidades del nivel Distrital y Nacional; quienes remiten a la Subred que les compete y posteriormente desde las acciones del subsistema se realiza la investigación epidemiológica de campo, en la cual se realiza la valoración del riesgo e intervención individual y familiar con el objetivo de mitigar el riesgo de reincidencia y canalización sectorial e intersectorial y monitoreo según corresponda.

De la misma manera, ante el análisis del comportamiento inusual del evento se emiten alertas epidemiológicas con el fin de determinar la focalización de las acciones y atención en los casos individuales y colectivos notificados.

Actualmente, las conductas suicidas que son objeto de la vigilancia corresponden a: ideación suicida, amenaza suicida e intento de suicidio; así mismo la muerte por suicidio es captada por el SISVECOS, sin embargo, es el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), la fuente de información oficial para este evento, tanto a nivel Distrital como Nacional.

Es importante tener presente que los datos relacionados a continuación, corresponden con un análisis descriptivo en variables de tiempo, persona y lugar y que variables tales como localidad corresponden a la de residencia de la persona notificada.

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

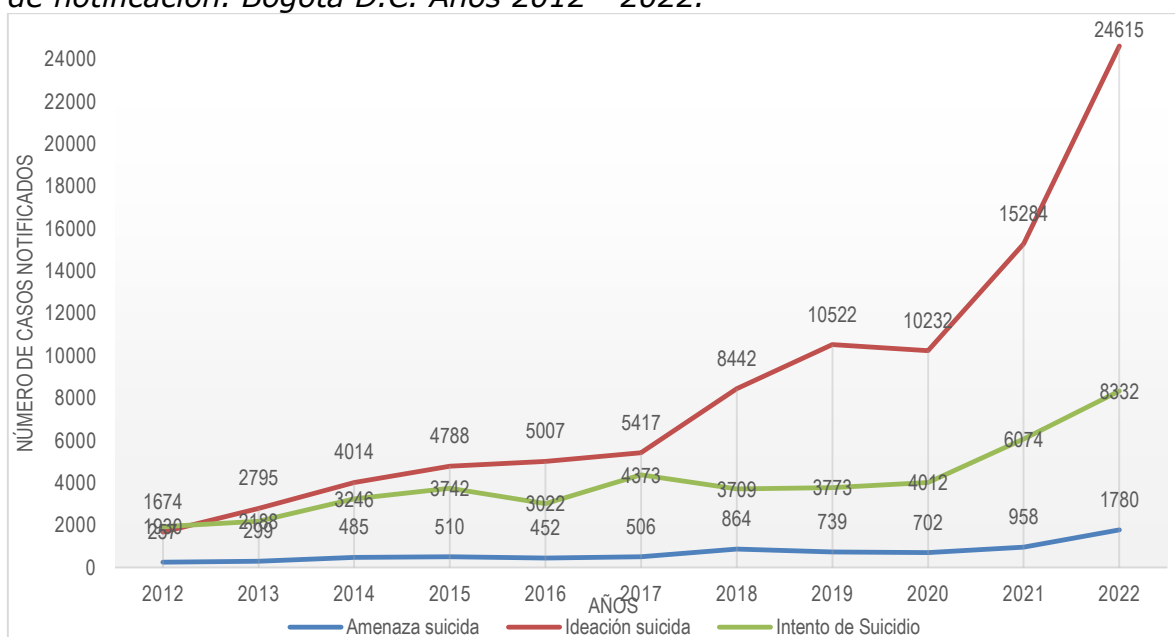
Ante el cambio en el comportamiento de los eventos bajo vigilancia del subsistema, se emite la Circular 042 del 19 de agosto 2.021 de la Secretaría Distrital de Salud, en la cual se brindan recomendaciones para la intensificación de las acciones de vigilancia en Salud Pública, la captación, derivación y atención oportuna de la conducta suicida en el Distrito Capital y orientaciones que permitan garantizar la



detección temprana de factores de riesgo y la atención integral a la conducta suicida a por parte de Unidades Notificadoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Bogotá, D.C. de igual forma se continua monitoreando el comportamiento del evento de forma periódica y se continua con la alerta epidemiológica por conducta suicida.

Para el año 2022 se registran 34.727 eventos de conducta no fatal, mostrando un incremento del 55,61% (n=12.411) frente a la notificación en el año 2021. Respecto a las tipologías de la conducta: la ideación suicida representa el 71% (n=24.615), seguido de los intentos suicidas con el 24% (n=8.332) registros y por último se encuentra la amenaza con el 5%. (n=1.780) eventos. Frente al sexo de las víctimas, se presentan 22.974 (66,2%) registros en las mujeres y 11.753 en los hombres. Respecto a las localidades que acumulan mayor proporción de casos se encuentran la localidad de Suba (n= 4.794) con el 14 % al igual que la localidad de Kennedy (n= 4.717), Bosa (n=3.623) y la localidad de Engativá (n= 3.417) aportan el 10% cada una, Ciudad Bolívar con el 9% (n= 3.039) y Usaquén acumula el 6% (n=2.034).

**Gráfico No. 4.** Comparativo de número de casos de conducta no fatal según año de notificación. Bogotá D.C. Años 2012 - 2022.



**Fuente:** Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2012-2022.

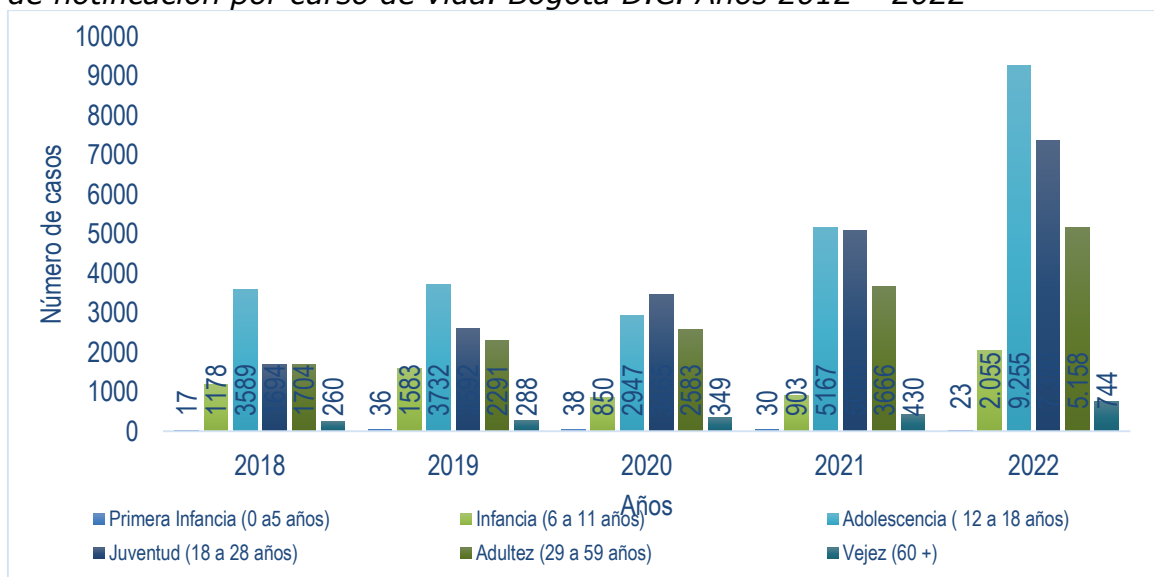
### 5.1.1.1 Ideación Suicida.

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

Respecto a este evento la ciudad ha recolectado información a través del sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS) desde el año 2012. Para los periodos anuales comprendidos entre el 2012 a 2022 se han registrado 92.790 notificaciones de ideación suicida. Observando un incremento sostenido en el evento, el cual presenta una mediana de 5.417 casos notificados por año.

De esta conducta el 65,9% se presentó en mujeres, con una razón de sexos de 1 hombre por cada 2 mujeres. Respecto a los grupos de edad en que predomina esta conducta, los más afectados han sido los de jóvenes (n=3.564) y adolescentes (n=2.447) agrupando el 72,7% de los casos notificados para el periodo 2022, año en el que se registra un incremento del 61,05% (n=9.331).

**Gráfico No. 5.** Comparativo de número de casos de ideación suicida según año de notificación por curso de vida. Bogotá D.C. Años 2012 – 2022



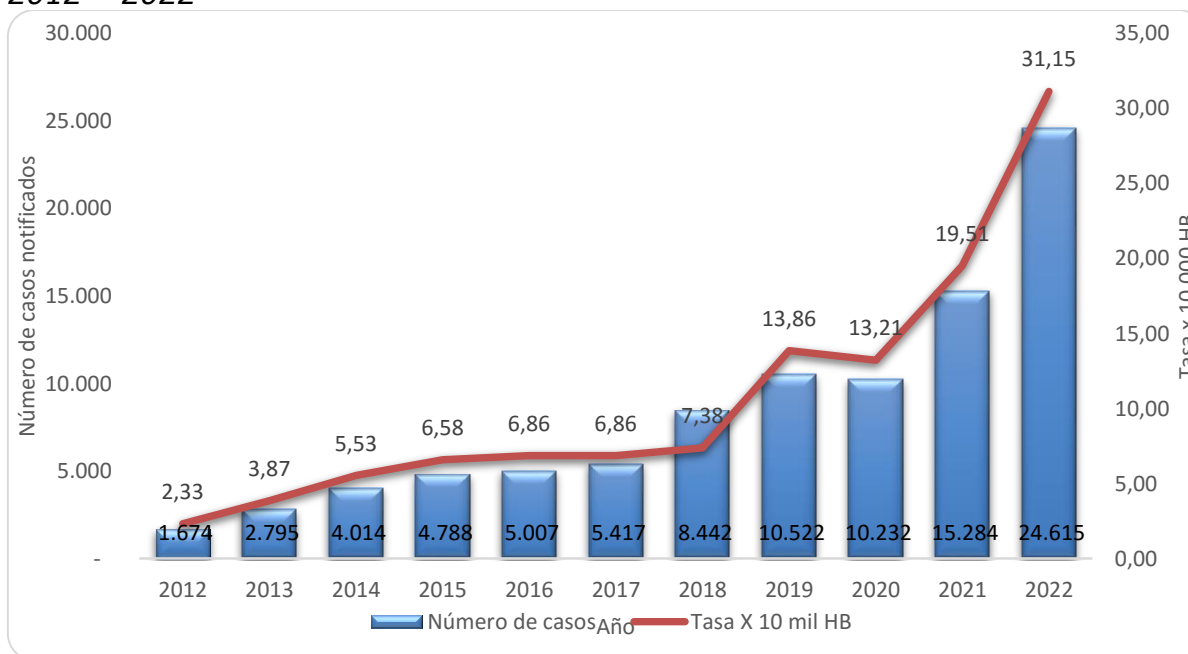
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia

La mediana de variación de casos absolutos de ideación suicida en los periodos comprendido entre los años 2012 a 2022 es de 1.170 casos, para un rango amplio de variabilidad que oscila entre 219 y 9.331. Desde el año 2012 al 2022 se observa una tasa de 31,15 por 10.000 habitantes, para el año 2022.

Respecto al comportamiento por localidades en el último año, las que registran el mayor número de casos, se encuentran en orden descendente las localidades de Kennedy con el 14,1% (n=3.482) Suba con 12,9% (n=3.176), Bosa con 10,8% (n=2.647), Engativá con 9,8% (n=2.420) y Ciudad Bolívar 8,7%. (n=2.148).

Así mismo la tasa de ideación suicida para el Distrito por 10.000 habitantes en el año 2012 fue de 2,33 y para el año 2022 se registró en 31,15; acentuándose aún más el incremento desde el año 2018. Como se evidencia en la gráfica a continuación.

**Gráfico No. 6.** Número de casos de ideación suicida y tasa. Bogotá D.C. Años 2012 – 2022



*Fuente:* Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2012-2022.

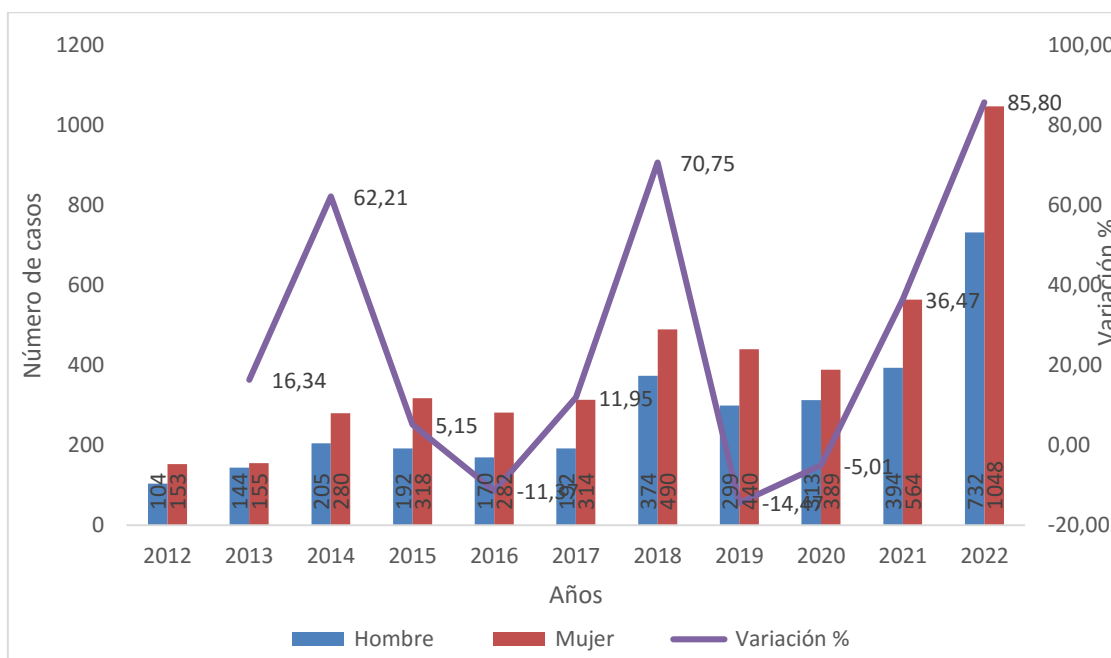
*Fuente:* DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018.

### 5.1.1.2 Amenaza Suicida

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

Respecto a los datos notificados, esta tipología recaba las menores proporciones de la conducta no fatal. Para los periodos anuales comprendido entre 2012 y 2022, se han registrado 7.552 notificaciones de amenaza, presentándose con mayor frecuencia esta tipología en las mujeres con 4.261 registros y en los hombres con 3.291 casos para el quinquenio.

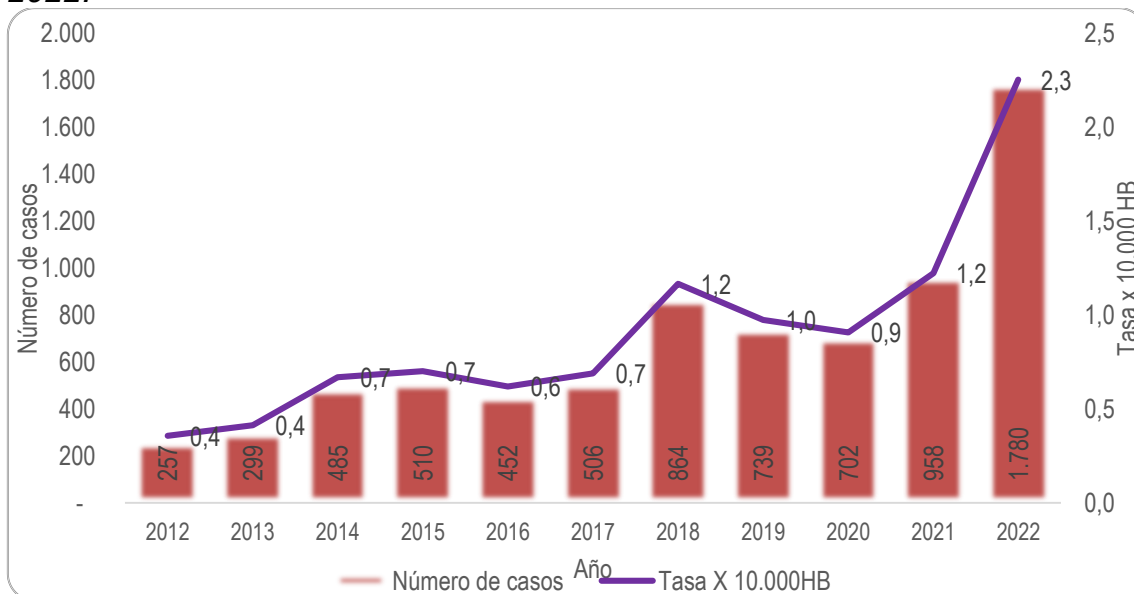
**Gráfico No. 7.** Número de casos de amenaza suicida por sexo y variación porcentual. Bogotá D.C. Años 2012 – 2022



**Fuente:** Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2012-2022.

Las localidades que presentan mayor proporción de casos para el mismo periodo corresponden a Suba con un 18% (n=314), Kennedy (n=225) que equivale al 13% y Bosa con 192 reportes y un 11%. El periodo 2022 presenta el mayor registro, asociado al fortalecimiento del subsistema en el proceso de notificación y a la implementación de múltiples estrategias que permitan reducir el subregistro. La tasa distrital se evidencia un incremento constante, siendo el año 2022 en el cual se presenta el registro más alto 2,3 casos de amenaza por 10.000 habitantes, y un incremento del 85,8% (n=822) comparado con el año 2021.

**Gráfico No. 8.** Número de casos de amenaza suicida y tasa. Bogotá D.C. 2012 – 2022.

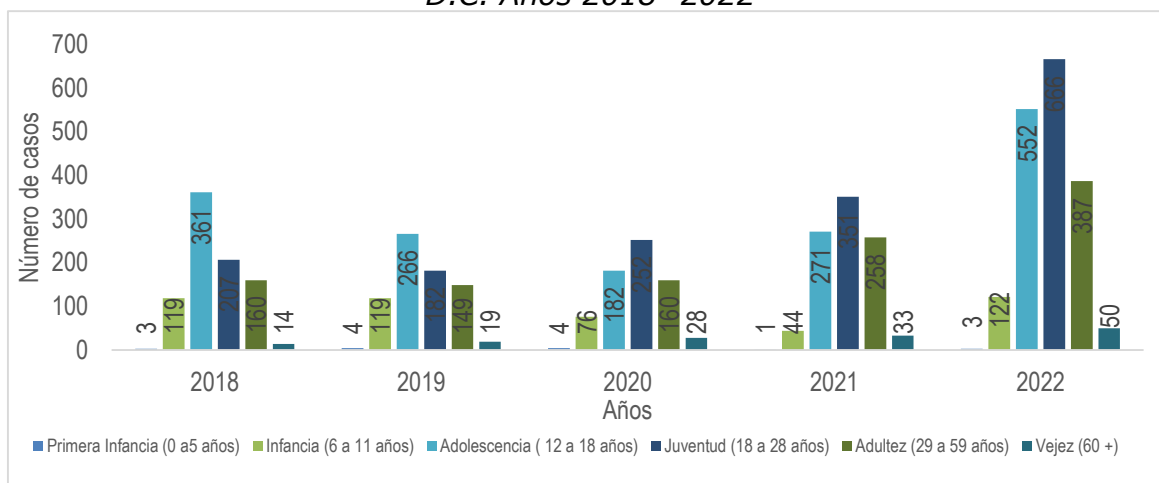


Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2012-2022.

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

Frente al curso de vida son los jóvenes con 666 registros ( 37%) quienes realizaron con mayor frecuencia esta tipología, seguidos de los adolescentes con el 31% (n=229) y adultez (n=181) con el 22%. Esta información es posible evidenciarla en la gráfica 9 que de muestra a continuación:

**Grafica 9.** Número de casos de amenaza suicida, según curso de vida. Bogotá. D.C. Años 2018 -2022



Fuente: secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2012-2022.

### 5.1.1.3 Intento Suicida

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

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

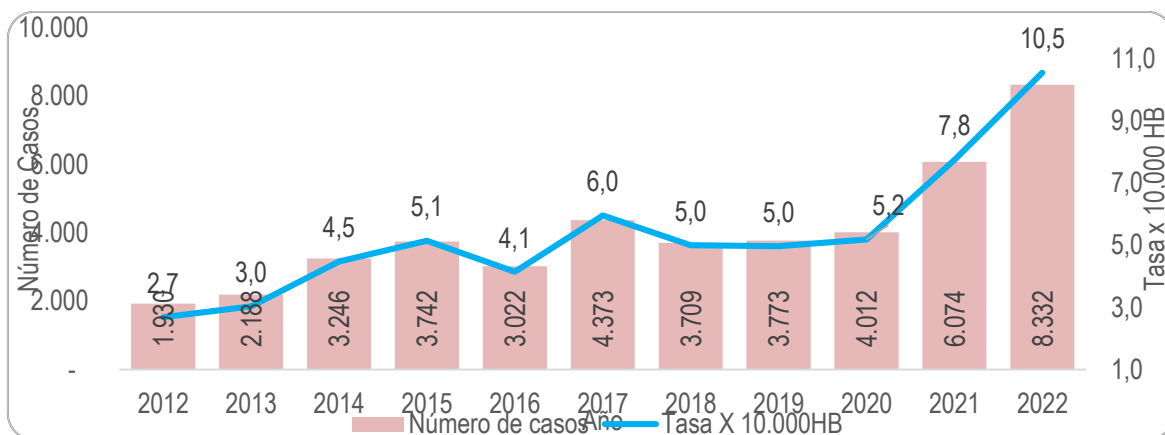
Presentar un intento de suicidio se considera factor de riesgo para muerte por suicidio. En la ciudad de Bogotá D.C, para el evento de intento suicida en el periodo comprendido entre los 2012 a 2022, se presenta en la ciudad de Bogotá 44.401 notificaciones del evento, siendo el año 2022 en el que se registran mayores frecuencias (n=8.332), con una tasa 10,5 por 10.000 habitantes; la tasa del evento ha sido fluctuante, observándose desde el año 2012 un ascenso constante

hasta el año 2015, y a partir de esta fecha se presenta un descenso del 50% para el año 2017.

A nivel distrital desde el año 2017 se observa un incremento en la notificación de la conducta suicida en donde las tasas se encuentran entre 6.0 a 10.5 casos por 10.000HB, acentuándose la tendencia al aumento a partir del año 2021 donde se registran 6.074 casos y a tasa de 7,8.

Respecto al periodo de 2022 en Bogotá, se registraron 8.332 intentos suicidas, con una tasa del 10.5 por 10.000 HB, mostrando una variación del 37,17% (n=2.258) en comparación con el año 2021.

**Gráfico No. 10.** Número de casos de intento suicida, según periodo anual y tasa. Bogotá D.C. Años 2012 - 2022

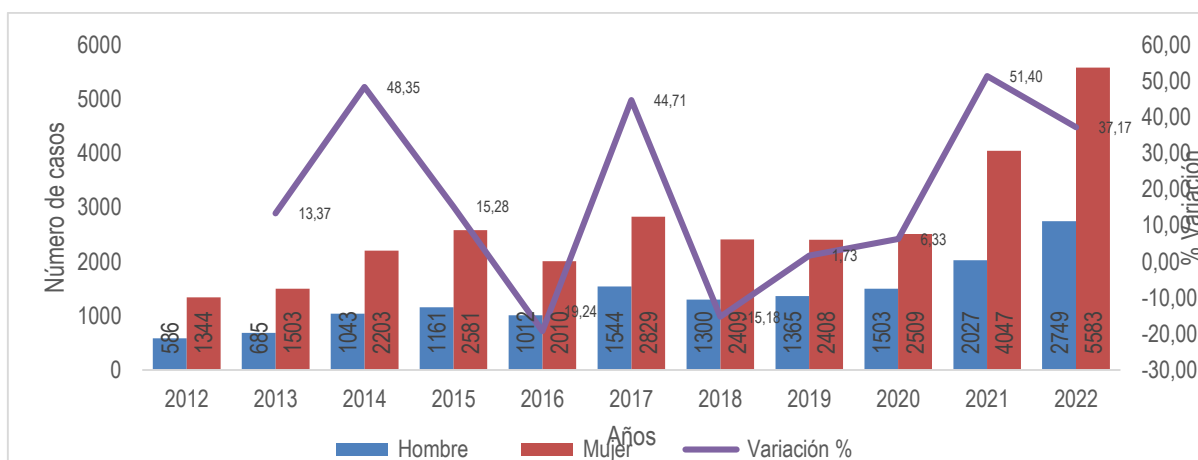


Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2012-2022.

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

En este sentido son las mujeres con el 67,0% (n=5.583) quienes aportan la mayor frecuencia del evento, mientras que los hombres aportan el 33,0% (n=2.749), presentándose una razón de 2.0 mujeres por cada hombre que presenta la conducta de intento suicida.

**Grafica 11.** Número de casos de intento suicida por sexo y variación porcentual. Bogotá D.C. Años 2012 – 2022



**Fuente:** Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: 2012-2022.

Las localidades que presentan las tasas más altas de intento suicida durante el año 2022 corresponden a las localidades de: La Candelaria 19,3 (n=35), Santa Fe 15,6 (n=168), Los Mártires 12,7 (n=106), Teusaquillo 12,5 (n=210) y Barrios Unidos 12,2 (n=183); mientras que, en cuanto la mayor concentración por el número de casos registrados, se ubican: Suba con 1.304 (15,65%), Kennedy registra 1.010 (12,12%), Engativá con 843 (10,12%), Bosa aporta 784 (9,41%) y Ciudad Bolívar 743 (8,92%). Frente al comportamiento en valores absolutos se observa que en las localidades que registran una mayor ocurrencia de intentos suicida en la ciudad, corresponden a Suba con el 16% (n=1.304) seguido de la localidad de Kennedy con un 12% (n= 1.010), Engativá con el 10% (n=843) y Ciudad Bolívar presenta el 9% (n=743).

A partir de los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud, la tasa de incidencia de intento suicida para el año 2022 corresponde a 35,6 intentos por 100.000 habitantes, encontrándose por encima de la tasa de incidencia Nacional con una diferencia de 69,84 puntos de tasa. Ante estos datos es oportuno aclarar que las definiciones operativas de caso entre la Nación y Distrito presentan diferencias a lo que se atribuyen mayores registros en el Distrito.

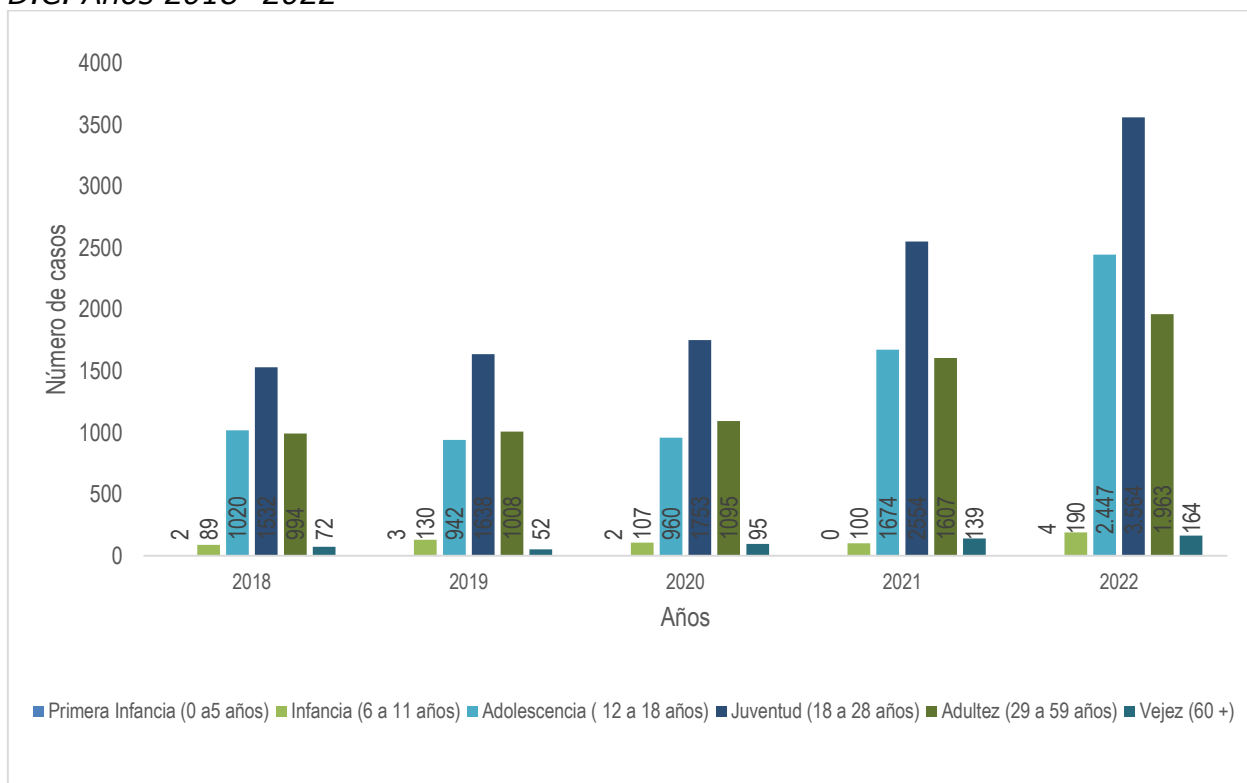
Las mayores tasas se concentran en mujeres, en un rango de 3,6 a 9,9 por 10.000



habitantes. Mientras que en los hombres la tasa se encuentra entre 3,3 y 4,4 por 10.000 habitantes. En 2021 los casos en mujeres aumentaron un 61,29% (n=1.538) respecto a 2020. El mecanismo más utilizado para cometer los intentos es la intoxicación o envenenamiento con sustancias como medicamentos y plaguicidas, seguido del uso de armas cortopunzantes.

Respecto a la edad, se evidencia que en el años 2022 se concentran el mayor número de casos en el curso de vida juventud con 3.564 (43%) registros, adolescencia con 2.447 eventos (29%) y adultez con 1.963 casos (24%). Adicionalmente se evidencia un incremento en el reporte en todos los cursos de vida en general.

**Grafica 12.** Número de casos de intento de suicidio, según curso de vida. Bogotá. D.C. Años 2018 -2022



Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2012-2022.

## **5.2 Violencias**

### **5.2.1 Intrafamiliar**

La Secretaría Distrital de Salud cuenta con el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual (SIVIM), el cual está orientado a asegurar la notificación inmediata y periódica al área de Vigilancia en Salud Pública, de casos identificados y clasificados de acuerdo con la tipología de violencia definida (emocional, física, sexual, económica, negligencia y abandono). La red que alimenta al Subsistema está conformada por Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS-S), así como los planteles educativos a través del sistema de alertas de la Secretaría Distrital de Educación, organizaciones comunitarias, canales de atención al ciudadano (líneas y plataformas digitales) y otras entidades del nivel Distrital y Nacional.

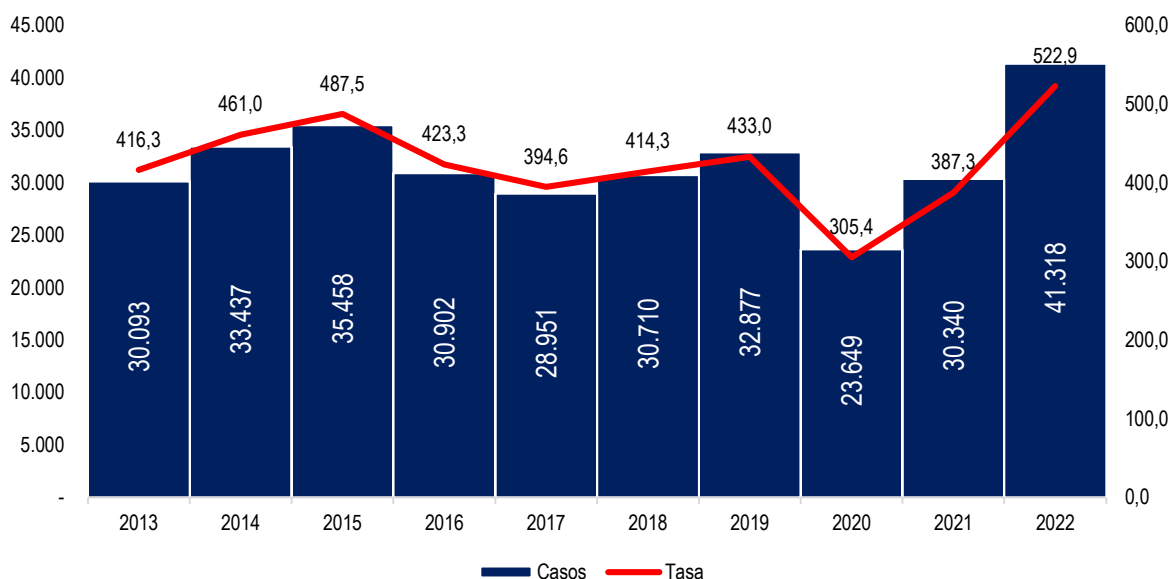
A partir de la notificación de los diferentes eventos que capta el SIVIM se adelanta la intervención epidemiológica de campo (IEC), en la que se realiza la valoración, caracterización del evento, acompañamiento y monitoreo de la ruta intersectorial en tres (3) componentes: atención integral en salud, acceso a la justicia y restablecimiento de derechos de la víctima. Es importante señalar, que los casos que ingresan al SIVIM son clasificados como sospechosos y solo las entidades con competencias judiciales tienen la potestad de confirmar el evento.

En la gráfica N° 12, el Subsistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIM registró en el periodo de análisis entre el 2013 al 2022 un total de 317.735 casos de violencia intrafamiliar, con tasas por cada 100.000 habitantes que varían entre 305,4 casos para el año 2020 y 522,9 casos para el caso del año 2022.

Con respecto, al sexo el 71,1% (n=225.903) de los casos la víctima fue una mujer y el 28,9% (n=91.832) el hecho notificado se presentó en un hombre; donde la razón de sexo de 2,5 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar por cada caso que se presenta en un hombre.

Para 2022 el SIVIM tuvo una notificación de 41.318 casos de violencia intrafamiliar, un incremento del 36,2% (n=10.978) con respecto a 2021 (N=30.340) y el incremento de la tasa entre los periodos señalados fue de 135,6 casos por cada 100.000 habitantes.

**Gráfica N° 13.** Casos notificados y tasas de violencia intrafamiliar. Bogotá D.C. Años 2013 al 2022.

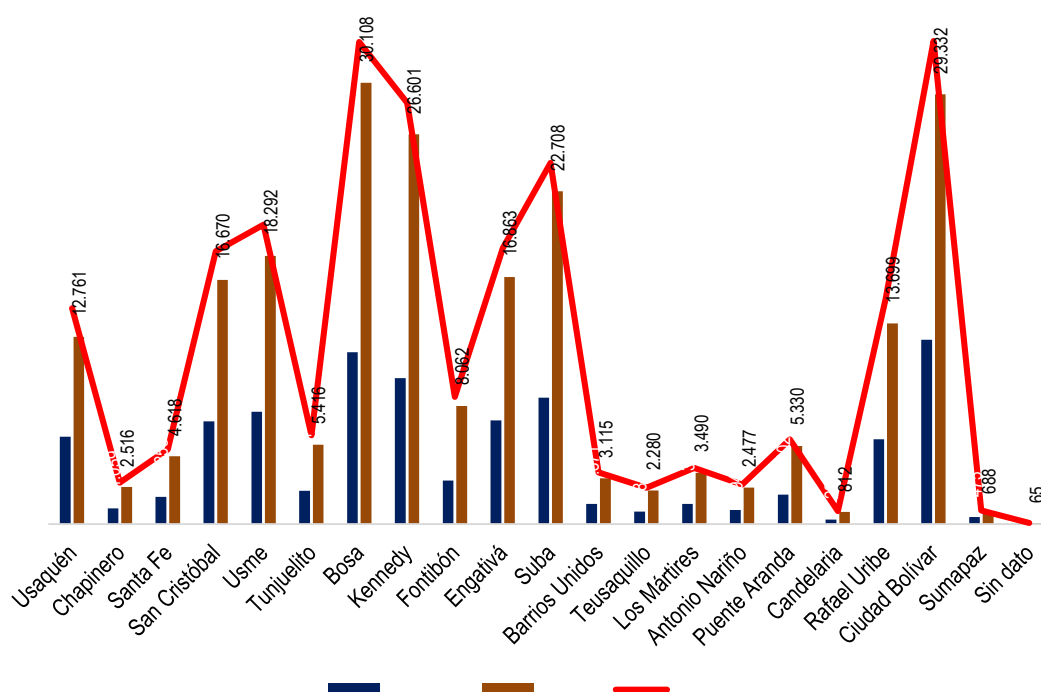


**Fuente:** Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2013 a 2022

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

En la gráfica N° 14, se observan que las localidades con mayor proporción de casos notificados entre los años 2012 a 2022 son: Bosa con el 13,2% (n=41.823), Ciudad Bolívar con 13,2% (n=41.912), Kennedy con 11,5% (n=36.548), Suba con un 9,9% (n=31.329) y Usme con el 8,2% (n=25.957). Ahora bien, para el año 2022 las tasas más altas por cada 100.000 habitantes se presentaron en las localidades de: Sumapaz con 1.831,4 casos, Ciudad Bolívar con 880,8 casos, La Candelaria 915 casos y Santa Fe con 762,8 casos.

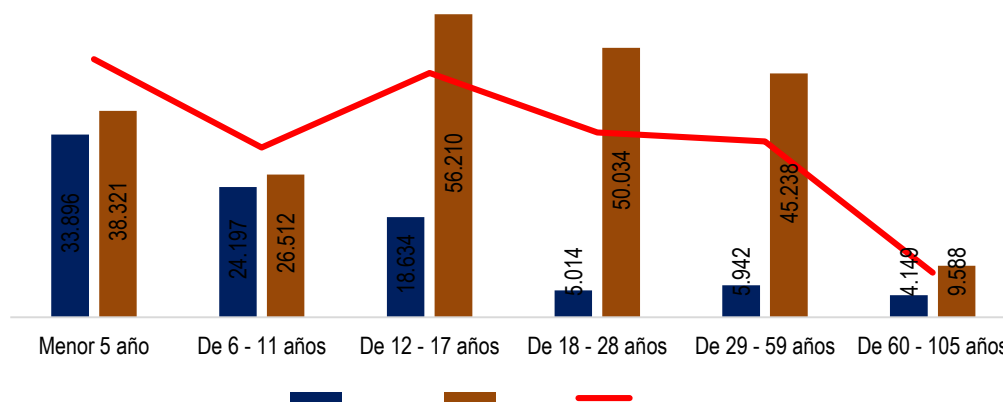
**Gráfica N° 14.** Casos notificados de violencia intrafamiliar según localidad residencia y sexo de la víctima. Bogotá D.C. Años 2013 a 2022.



Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2013 a 2022.

De otro lado, en la gráfica N° 14, se observa la distribución el 62,4% (n=197.770) del total casos de violencia intrafamiliar entre el año 2013 al 2021 se presentaron en niños, niñas y adolescentes. Por su parte, la razón de sexos muestra que por cada hombre víctima de violencia se presentan 2,5 casos en mujeres. Mientras que, en los adolescentes entre los 12 a 17 años la razón de sexo es de 3 casos de mujeres por un caso en un hombre. Para el curso de vida juventud (entre los 18 y los 28 años) se encuentra una razón de sexo de 10 casos en mujeres por un caso en hombres. Entre las edades de 29 a 59 años la razón es superior a 7,6 en mujeres por cada caso presentado en hombres. Por último, en los adultos mayores disminuye esta razón es 2,3 casos en mujeres por un caso en hombres.

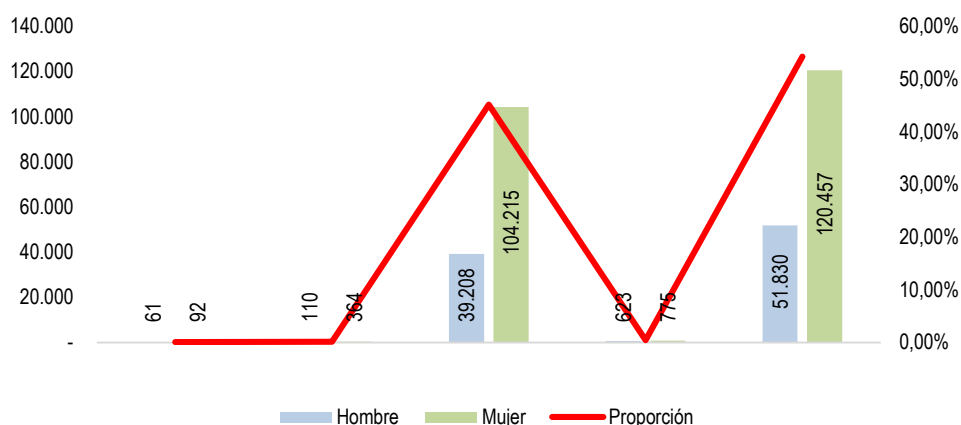
**Gráfica N° 15.** Casos notificados de violencia intrafamiliar según curso de vida y Bogotá D.C. Años 2013 – 2022.



Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2013 a 2022.

Con respecto, a la orientación sexual entre los periodos 2013 y 2022, como lo muestra la gráfica N°. 15, se presentaron 1.398 casos de violencia intrafamiliar en población homosexual que equivale al 0,4% del total de los casos (N=317.735), el 0,1% (n=474) de los casos se registraron en población bisexual y el 0,05% (n=153) en personas identificadas como asexuales.

**Gráfica N° 16.** Casos notificados de violencia intrafamiliar según orientación sexual y sexo de la víctima. Bogotá D.C. Años 2013 al 2022

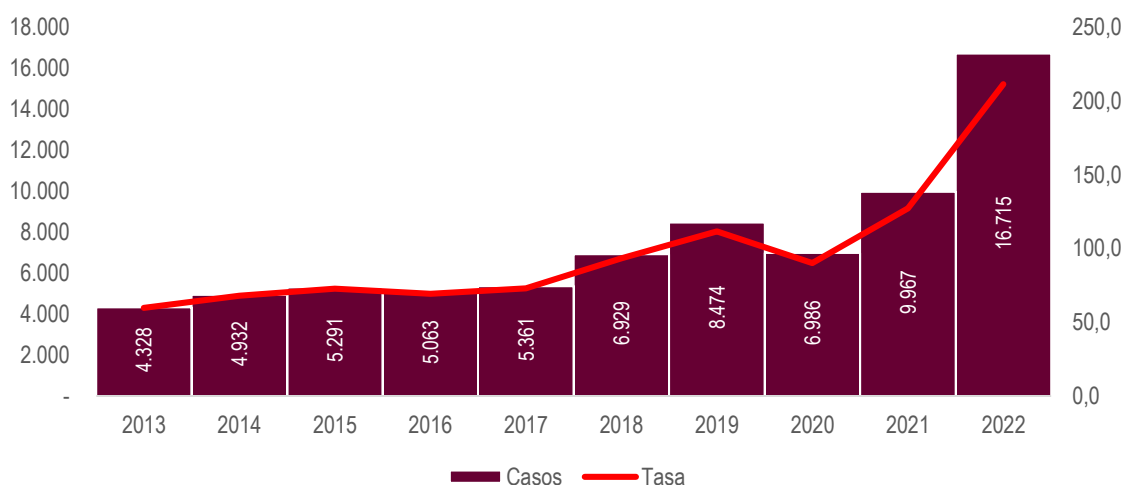


Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2013 a 2022.

### 5.2.2 Violencia Sexual

Frente a la violencia sexual en la gráfica N° 16, se observa que las notificaciones han tenido una tendencia general al aumento; las tasas más altas del periodo 2013 a 2022 se ubicaron en 2019 y 2022 con un declive en 2020. Para dicho periodo se presenta un total de 74.046 casos, con un aumento en la tasa por cada 100.000 habitantes, pasando de 59,9 casos en el año 2013 a 211,5 casos para el 2022.

**Gráfica N° 17.** Casos notificados y tasas de violencia sexual para el periodo 2013 y 2022. Bogotá D.C.



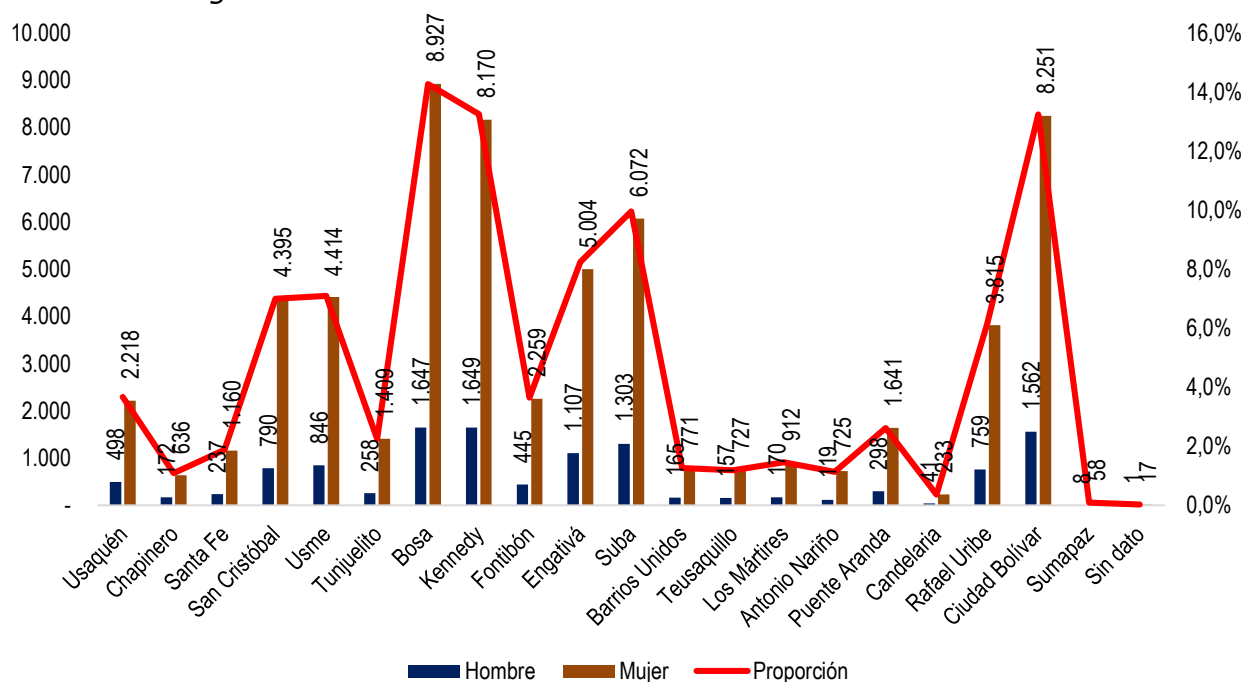
Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2013 a 2022.

Específicamente para el año el 2022 se reportaron 16.715 casos que representan el 40,5% del total de eventos notificados; el sexo de la víctima en un 83,5% (n=61.814) de los casos fue una mujer y el 16,5% (n=12.232) la víctima fue un hombre, donde se observa una razón de sexo aproximadamente de 5 mujeres víctimas de violencia sexual por cada hombre. De otra parte, al comparar con el año inmediatamente anterior (N=9.967) se encuentra un incremento del 67,7% (n=6.748) de los casos de violencia sexual. En este sentido, la tasa para el año 2022 se situó en 211,5 casos por cada 100.000 habitantes, es decir, un aumento de 84,3 casos con respecto al año 2021 que se encuentra en 127,2.

En la gráfica N° 17, se observa que el 59% (n=43.692) de los casos registrados entre el 2013 y 2022 se presentaron en las localidades de: Bosa con el 14,3% (n=10.574), Ciudad Bolívar con 13,3% (n=9.813), Kennedy con 13,3%

(n=9.819), Suba con un 10% (n=7.375) y Engativá con el 8,3% (n=6.111). Por su parte, las tasas más altas para el año 2022 por cada 100.000 habitantes se presentaron en las localidades de: La Candelaria con 435,4; Ciudad Bolívar con 314,3; Santa Fe con 311,3 y Los Mártires con 291,1 por cada 10.000 habitantes.

**Gráfica N° 18.** Casos notificados de violencia sexual según localidad y sexo de la víctima. Bogotá D.C. 2013 - 2022.

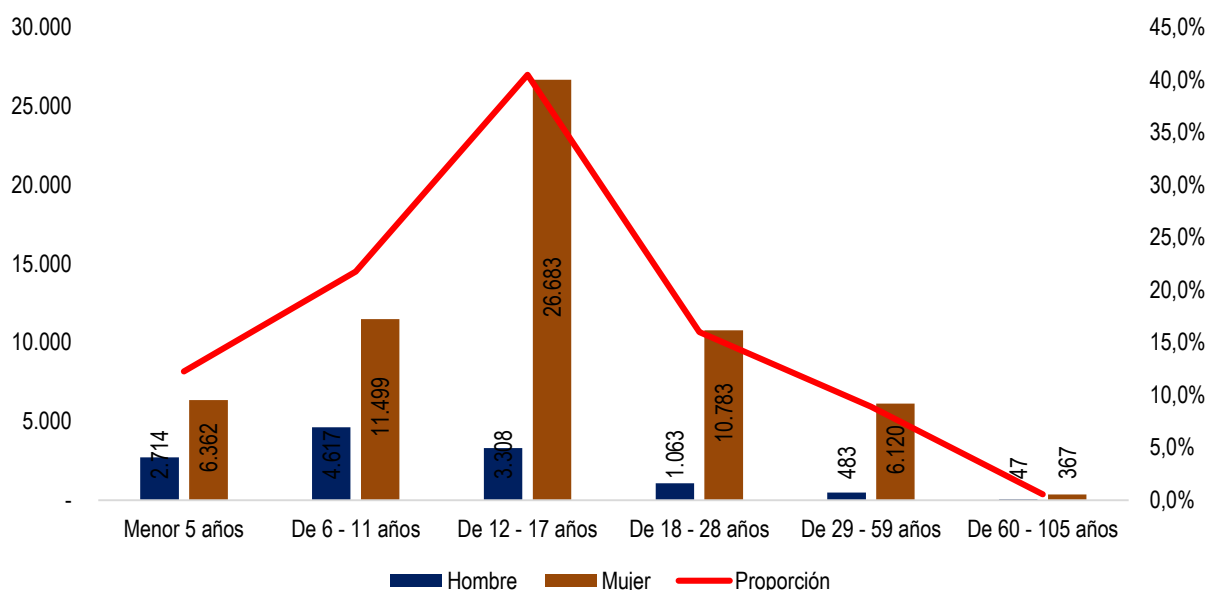


Fuente: Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual. Bogotá D.C. 2013 a 2022.

De otro lado, en la gráfica N° 18, se evidencia la distribución de casos de violencia sexual entre los años 2013 a 2022, donde el 74.5% (n=55.183) se presentaron en niños, niñas y adolescentes. Por su parte, la razón, de sexos muestra en esta población que se presentaron 5,1 casos en niñas por un caso en niños y en particular entre las edades de 12 a 17 años esta razón se encuentra en 8,1 casos en mujeres adolescentes por un caso en hombres.

A medida que va aumentando la edad de las mujeres esta razón cambia incrementalmente como se muestra entre los 18 a 28 años, donde por cada hombre víctima de violencia sexual se encuentran 10,1 casos y entre los 29 a 59 años se encuentran 12,7 casos en mujeres por uno en hombres.

**Gráfica N° 19.** Casos notificados de violencia sexual según curso de vida y sexo de la víctima. Bogotá D.C. Años 2013 al 2022.



**Fuente:** Subsistema de vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual (SIVIM). Bogotá D.C. Años 2013 a 2022.

### 5.2.3 Femicidio

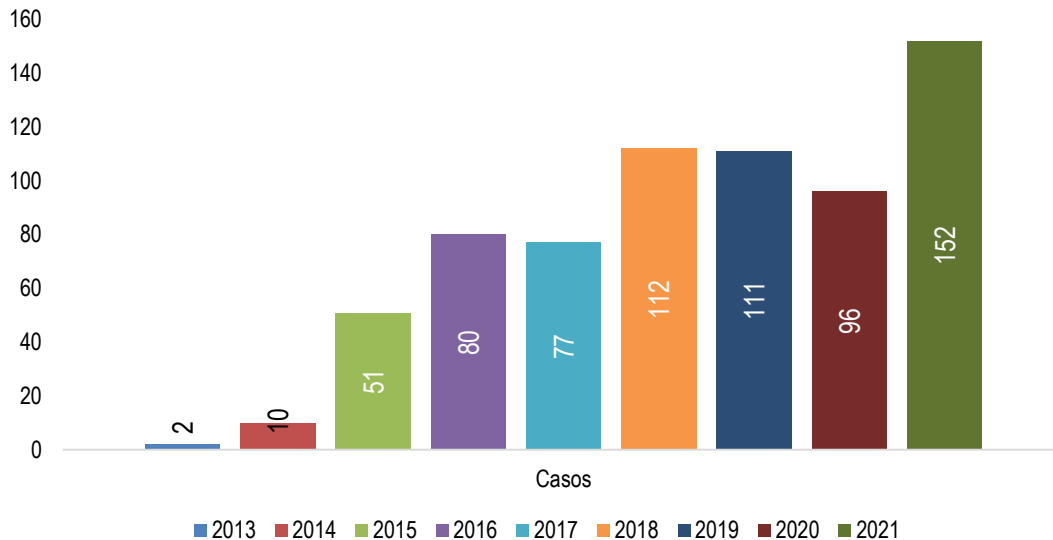
El feminicidio entendido como el homicidio en la mujer por el hecho de ser mujer y que pueda ocurrir dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, en la comunidad o por parte de cualquier persona, se aclara que no es competencia del Instituto Nacional de Medicina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

Es importante manifestar, que dentro del Instituto la variable se cataloga a manera de presunción de acuerdo con los criterios establecidos y es usada en aquellos casos en que el médico forense en su quehacer misional observa signos físicos en la necropsia médico legal que permitan definirlo como tal (Medicina Legal, 2018) Es importante mencionar que, al consultar a través de datos abiertos de la Fiscalía General de la Nación se muestra que por Feminicidio (Art 104ª C.P) en Bogotá; en



los periodos anuales de 2013 a 2021. En la gráfica N° 20, se encuentran 867 casos tomando la variable de conteo de víctimas. (FGN,2022)

**Gráfica N° 20.** Número de víctimas de feminicidio en Bogotá D.C. Años 2013 a 2022

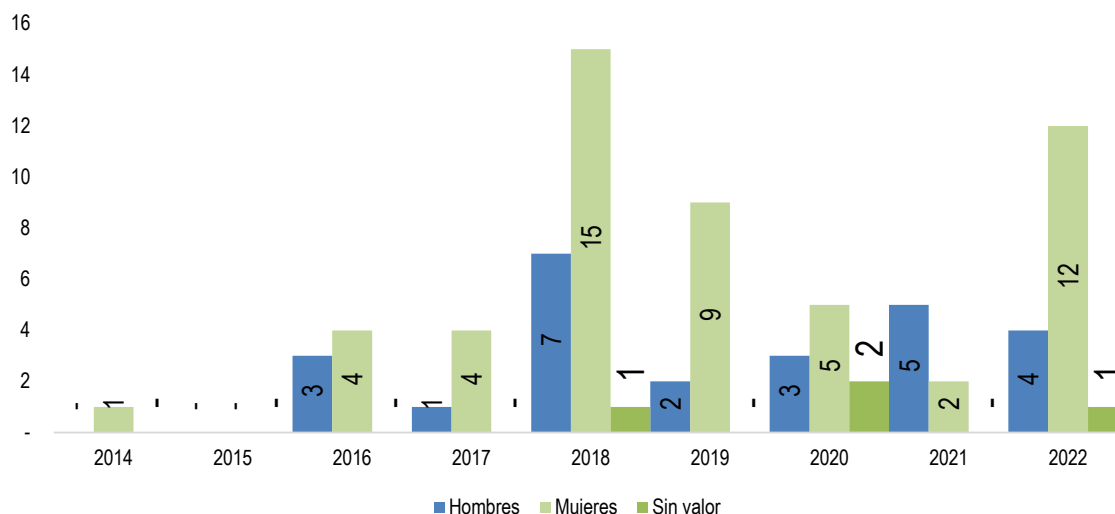


Fuente: Fiscalía General de la Nación: Sistema de información SPOA. Años 2013 a 2022 (base preliminar). Bogotá D.C.

#### 5.2.4 Lesiones con agentes químicos

Las lesiones con agentes químicos con ácido y sustancias similares según la base de datos abiertos de la Fiscalía General de la Nación para la seccional Bogotá y para los periodos 2014 a 2022 se consolidan en la gráfica N° 20, en la cual se evidencia que se contabilizaron 77 casos la víctima fue una mujer, mientras que, el 27,3% (n=21) se presentaron en hombres y sin dato el 5,2% (n=4) (tomado de: <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/gestion/estadisticas/>). El 67,5% (n=52).

**Gráfica N° 21.** Número de víctimas de lesionados con agentes químicos con ácido y sustancias similares. Bogotá D.C. Años 2014 al 2022



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

### 5.2.5 Violencia contra la mujer

Por otra parte, el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género- OMEG- de la Secretaría Distrital de la Mujer, y el “Análisis de ciudad 25, Boletín informativo de la Secretaría Distrital de la Mujer ¿Qué pasó con las mujeres en Bogotá durante el primer año de pandemia?” (SDM, 2020), llama la atención los datos <sup>13</sup> de violencias como:

- En los inicios de la pandemia y del confinamiento, las llamadas a la Línea Púrpura Distrital aumentaron en un 230 %, pero en ese mismo momento las denuncias a Policía y Fiscalía no mostraron el mismo crecimiento. Entre 2017 y 2019 la violencia contra la mujer en la ciudad había tenido un aumento sistemático, en especial en los delitos que más afectan a las mujeres, los delitos sexuales y la violencia intrafamiliar.
- También aumentó significativamente la atención a las mujeres por otros servicios de la Secretaría Distrital de la Mujer como la estrategia de Duplas

<sup>13</sup> Se toma como fuente de información para el análisis registros propios de la Secretaría Distrital de la Mujer y las fuentes oficiales de registro de denuncias de delitos relacionados con violencias contra las mujeres del Sistema Estadístico Delincuencial y Contravencional SIEDCO-PONAL y el Instituto Nacional de medicina Legal y Ciencias Forenses- INMLCF.

de Atención Psicosocial en un 149 % con respecto a las mujeres atendidas en 2019, y las Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres- CIOM- mantuvieron las más de 12.000 mujeres atendidas anualmente.

- Sobre la forma en que fueron agredidas las mujeres, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en cuanto al presunto delito sexual por cada dos hombres víctimas hay ocho mujeres víctimas, y para la violencia intrafamiliar tres de cada cuatro personas víctimas son mujeres (en estos casos siete de cada 10 tienen como victimaria a su pareja), siendo los principales factores desencadenantes la intolerancia, el machismo, los celos, la desconfianza y la infidelidad.
- El confinamiento ocasionado por la emergencia sanitaria supuso un riesgo mayor para las mujeres respecto a las situaciones de violencia.
- En cuanto al Feminicidio en la ciudad durante la pandemia, en el 2019 fueron asesinadas 97 mujeres y en 2020 fueron asesinadas 95 (de estos últimos, 15 casos fueron tipificados como feminicidio). Lo que demuestra que el confinamiento en los hogares no fue un factor protector para este delito.

Otras afectaciones que tuvieron las mujeres producto del confinamiento en sus distintas etapas del curso de vida se relacionan con ser restringida la movilidad en la ciudad y cerrarse las redes de apoyo como colegios, sitios de trabajo, entornos familiares y con ello, el aumento de la convivencia o tiempo compartido con los posibles agresores al interior de la familia (OMEG, 2021).

Así mismo, la existencia de factores que inciden de manera desproporcionada y diferencial en la Salud Mental de las mujeres, por ejemplo, las prácticas asociadas a los estereotipos y prácticas culturales que reproducen los roles tradicionales de género, la violencia a la que se ven expuestas las mujeres en los ámbitos privado y público, la violencia política o en el marco del conflicto armado, la discriminación asociada a las diferencias y diversidad de las mujeres, las afectaciones por las sobre cargas de trabajo de cuidado no remunerado que realizan mayoritariamente las mujeres.

Según la línea de base para la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género, con base en la encuesta realizada a 18.000 mujeres mayores de 18 años, con una muestra representativa en las 20 localidades de Bogotá a finales del 2021, el 20 % de ellas declaran haber sufrido violencia física en los dos últimos años en mayor frecuencia por parte de su ex pareja, 63 % instaura un proceso de denuncia y quienes no lo realizan aluden principalmente no hacerlo por vergüenza o humillación, no creer en la justicia o no saber a dónde ir. En términos de violencia sexual el 14 % de ellas reporta haber tenido algún tipo de ésta, siendo los de

mayor proporción tener relaciones, actos sexuales forzados físicamente, actos sexuales humillantes o denigrantes obligados.

Resalta este documento que las mujeres de 18 a 28 años son las que más reportes de violencias tienen en comparación con otros grupos de edad; en los estratos 0, 1 y 2 se concentran la mayor cantidad de reportes de mujeres víctimas de violencias; en cuanto a la edad de mayor riesgo de ser víctima de violencia física, se identifica que las mujeres entre los 18 a los 40 años son las que más dicen haber estado expuestas (8,1 %), mientras que, cuando son mayores de 60 años el porcentaje decrece al 3 %.

### **5.3 Salud Mental en Urgencias, Emergencias y Desastres**

La OMS (2022) refiere en cuanto a las experiencias traumáticas y los diferentes tipos de pérdidas “Las situaciones de emergencia causan malestar a la mayoría de las personas, que se manifiesta, por ejemplo, en forma de ansiedad y tristeza, desesperación, trastornos del sueño, cansancio, irritabilidad o ira y/o dolor. Estos efectos son habituales y suelen mitigarse con el tiempo. Sin embargo, es previsible que la prevalencia de los trastornos mentales frecuentes, como la depresión y la ansiedad, se duplique durante las crisis humanitarias”.

En este sentido desde el marco de actuación Distrital y la Ley 1523 de 2012, se pone de presente la respuesta a las emergencias en Bogotá D.C. en la prestación de 16 servicios respuesta tales como: “accesibilidad y transporte, salud, búsqueda y rescate, extinción de incendios, manejo de materiales y/o residuos peligrosos, evacuación asistida, ayuda humanitaria, alojamientos temporales, agua potable, energía y gas, telecomunicaciones para la comunidad, restablecimiento de contactos familiares, saneamiento básico, manejo de escombros y obras de emergencia, manejo de cadáveres y seguridad y convivencia”; por lo cual es innegable que por parte de salud, se debe considerar la Salud Mental atada precisamente a uno de los componentes que se contemplan dentro de las situaciones de emergencia, el cual corresponde a la crisis social donde las víctimas van a requerir apoyo emocional.

De acuerdo con el marco de actuación en mención y entendiendo la gestión del riesgo como un proceso social, dentro de sus diferentes orientaciones y en consecución del propósito de contribuir a la seguridad, bienestar, calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible, busca que no solo las entidades encargadas de la prestación de los servicios sean los que brinden una respuesta para mitigar la posible afectación psicosocial, sino también fortalecer a la

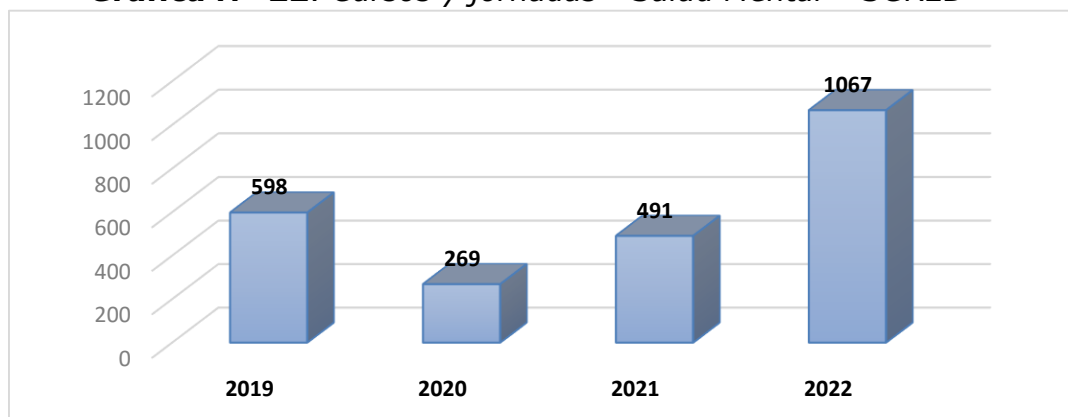
comunidad como parte activa para la preparación y respuesta de urgencias, emergencias y desastres.

Por esto, la comunidad debe estar formada como Primer Respondiente para desarrollar habilidades por medio de capacitaciones y entrenamientos en acciones básicas para brindar atención prehospitalaria en situaciones que pongan en riesgo la vida de forma inminente.

Con base en lo anterior, desde la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) de la Secretaría Distrital de Salud, desde Salud Mental, se actualizan e implementan los planes de preparación y respuesta, y protocolos de prevención distrital del sector salud, así como el apoyo en la primera respuesta ante situaciones de emergencias y desastres en el marco del Sistema de Emergencias Médicas que puedan tener ocurrencia en el Distrito Capital. De igual forma, desde el año 2001 se trabaja en favorecer y potenciar los recursos y habilidades de las competencias del Talento Humano del Sistema de Emergencias Médicas SEM por medio de una oferta de diferentes cursos de entrenamiento y jornadas de actualización.

De forma específica para Salud Mental, se busca “Generar y facilitar a los equipos de primera respuesta, comunidad y población general en las herramientas necesarias para efectuar una contención inicial, que pueda fortalecer la capacidad de respuesta y la atención de las personas que presentan un episodio de crisis ante situaciones de emergencias y desastres, mitigando la probabilidad de desarrollar una psicopatología.

**Gráfica N° 22.** Cursos y jornadas - Salud Mental – SGRED



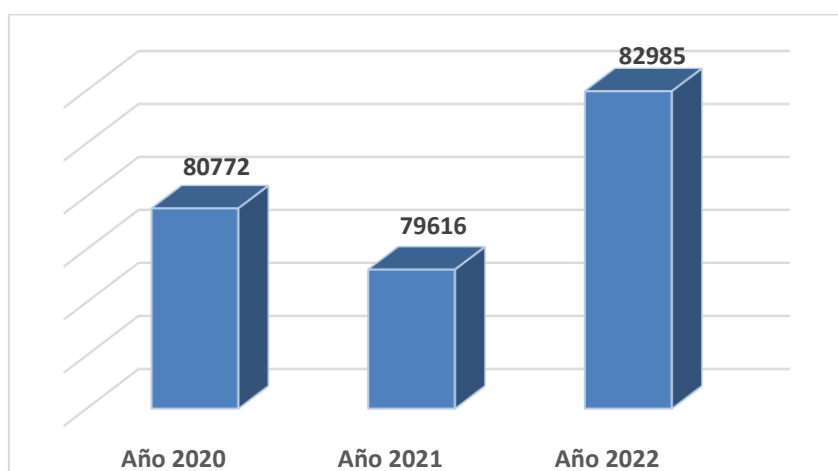
**Fuente:** Base de datos módulo capacitaciones SIDCRUE Bogotá 2020-2022

La gráfica 22, ilustra como La Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres en el fortalecimiento de las competencias del componente de Salud Mental, muestra un incremento significativo en el tiempo en cuanto al Curso Primer Respondiente en Salud dirigido a los actores del SEM, así como la implementación de jornadas de actualización.

Por otro lado, desde el marco de atención del Centro Regulator de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) como unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y atención en salud en la población afectada en situaciones de emergencia o desastre (Artículo 2 Resolución 1220 de 2010), se abarca la atención en situaciones de urgencia en Salud Mental, a través de la activación de la ciudadanía de la línea 123.

Es así como los incidentes en Salud Mental derivados de la línea 123 son abordados telefónicamente por un equipo de psicólogos, quienes realizan escucha activa, intervención en crisis y valoran el riesgo de la situación de urgencia reportada por el usuario, atención que se presta las 24 horas del día los 365 días del año, atendiendo situaciones de trastorno mental (pacientes con reactivación de síntomas), casos de conducta suicida (intento de suicidio, ideas de suicidio), situaciones de maltrato y violencia sexual.

**Gráfica 23:** Total de incidentes de Salud Mental derivados a CRUE desde línea 123



**Fuente:** Plantilla 72 Llamadas Premiere One 2020 – 2021 - 2022

La gráfica 22, muestra el total de incidentes en Salud Mental ingresados y gestionados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, evidenciándose un aumento de 10.91% en la derivación de incidentes en Salud Mental entre el año 2021 y 2022.

En el año 2020 el total de incidentes derivados desde la línea 123 para Salud Mental fue de 80.772, donde se evidenció que el mes de marzo fue el que presentó menor ingreso de incidentes con un 6.80% (n=5499) y para el mes de octubre alcanzó un 9.69% (n=7829) siendo este periodo del año el que tuvo mayor ingreso de incidentes en Salud Mental. En la vigencia del 2020 el tipo de incidente que más se presentó para atención fue el trastorno mental con 37.835 casos, seguido de situaciones de violencia física con 22.845 incidentes y de casos de intentos de suicidio con 12.413 incidentes.

Con respecto al año 2021, se tiene el ingreso de 79.616 incidentes para abordaje por Salud Mental; siendo el mes de julio el que presentó menor ingresos de incidentes con un 7.58% (n=6.041) y el mes de marzo alcanzó un 9.06% (n=7.215) de ingreso de incidentes en Salud Mental, el mayor de la vigencia 2021. Para este periodo se mantuvo en primer lugar el ingreso de incidentes relacionados con trastorno mental con un total de 35.802 casos, seguido al ingreso de casos de maltrato con un total de 21.095 incidentes y de incidentes de intento de suicidio con 12.677 casos.

Tanto para el año 2020 y 2021 se presentan en menor proporción el ingreso de incidentes relacionados con violencia sexual.

Para el año 2022 el 14% (n=82.985) del total de los incidentes que ingresaron al CRUE fueron incidentes de abordaje en Salud Mental, encontrando que enero fue el mes que presentó menor ingreso de número de incidentes en Salud Mental con un 6.69% (n=5.559) y el mes de octubre presentó el mayor ingreso de incidentes en Salud Mental en el año con un 9.41% (n=7814).

#### **5.4 Morbilidad Atendida En Salud Mental**

Con respecto a la atención en Salud Mental prestada en Bogotá D.C. y tomando como base el Registro Individual de Prestación de Servicios – RIPS, es posible notar en la Gráfica 23, que durante el periodo 2019 – 2022, se realizaron 7.069.735 atenciones en Salud Mental, de las cuales el 55,7% fue para mujeres y el 44,3% para hombres, haciendo un aumento progresivo con el paso de los años.

**Gráfica 24.** Número total de atenciones en Salud Mental 2019 – 2022 en Bogotá



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

Asimismo, se observa que durante este periodo se atendió a un total de 2.245.010 individuos únicos por diagnósticos de Salud Mental, concentrados principalmente en la franja de 27 a 59 años de edad

**Gráfica 25.** Número individuos únicos atendidos por diagnóstico en Salud Mental 2019 – 2029



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



## **5.5 Red Integral de prestación de servicios en Salud Mental**

En el marco de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, se expidió la Resolución 1441 de 2016 “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud- RIPSS y se dictan otras disposiciones”, se instituyó el proceso a seguir y las responsabilidades de cada uno de los actores que hacen parte del proceso de habilitación de las EPS, entre ellos: Entidades Promotoras de Salud-EPS, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, las Entidades Municipales de Salud, los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS. En la cual se define las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.

De acuerdo con lo anterior, nueve EPS (Sanitas, Compensar, Famisanar, Salud Total, Capital Salud, Aliansalud, Nueva EPS, Sura y Servicios occidental de salud) las cuales operan en el Distrito, presentaron en su habilitación de redes integrales de prestación de servicios, la conformación y operación de la red de Salud Mental como red prioritaria, las cuales fueron habilitadas técnicamente en el componente primario y complementario acordes a los servicios de atención integral en Salud Mental.

Las acciones que se han desarrollado para el fortalecimiento de la Red de atención en Salud Mental en el Distrito se encuentran en el marco de la implementación de la Ruta de Salud Mental, la cual fue priorizada por el Distrito, para dar respuestas a las necesidades de la población en Salud Mental.

### **5.5.1 Análisis de oferta y demanda de Servicios de Salud Mental**

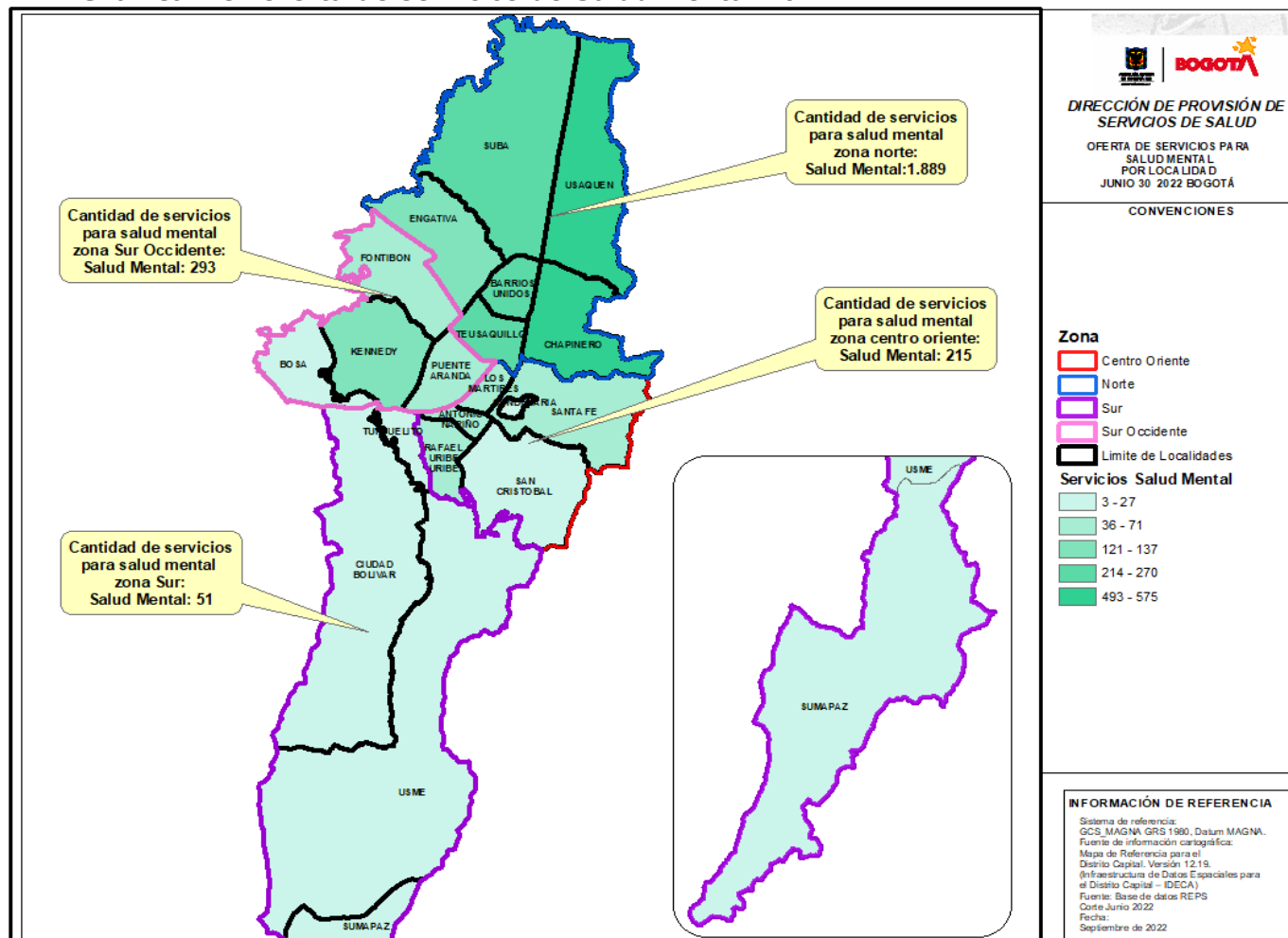
La conformación de redes integrales de prestadores de servicios de salud tiene como propósito “dar respuesta a problemas de fragmentación, atomización e interrupción en la provisión de los servicios, restricciones de acceso y falta de oportunidad y baja eficacia de las intervenciones entre otros” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En cuanto a la capacidad instalada, esta hace referencia a la disponibilidad de infraestructura necesaria para producir determinados bienes o servicios. Esta capacidad está directamente relacionada con la dotación de recursos físicos, humanos, tecnológicos y de equipos necesarios para ofrecer servicios. Por lo anterior, es imperativo conocer la oferta, así como la capacidad instalada que presenta el Distrito Capital con miras a identificar la oferta y la capacidad instalada específica para la Ruta integral de Salud Mental y SPA mediante la búsqueda en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social con corte al 30 de junio de 2022.

En Bogotá se cuenta con un total de 2.485 servicios ofertados para las rutas de Salud Mental y Spa, de los cuales 2.371 son de naturaleza privada lo que representa el (95%) y 114 son de naturaleza pública lo que representa (5%) de total de la oferta, los servicios más ofertados son los de consulta externa psicología con 1.532 servicios lo que representa el (62%) y psiquiatría con 454 servicios lo que representa el (18%) así como los de apoyo diagnóstico y complementario-terapia ocupacional con 445 lo que representa el (4%) de la oferta, los servicios menos ofertado son los de denominados otros servicios con 8 lo que representa el (0.3%) e internación con 46 servicios lo que representan el (1.8%) de la oferta

Del total de la oferta, la zona norte tiene el mayor número de servicios ofertados con 1.905 servicios lo que representa el (76,7%) de la oferta, seguido de la zona sur occidental con 300 servicios lo que representa el (12,1%) de la oferta, en tercer lugar, está la zona centro oriente con 221 servicios lo que representa el (8,9%) de la oferta y en cuarto lugar está la zona sur con 51 servicios lo que representa el (2,1%) del total de la oferta. En la gráfica 25 se observa la oferta de servicios de salud a junio 30 de 2022 de la RIA de Salud Mental en el Distrito Capital, donde el (23 %) de la oferta de servicios se concentra en Usaquén, seguida de Chapinero con en (20%) y el (11%) en la localidad de Suba, en cuanto a las que menos oferta presenta son las localidades de Usme, La Candelaria y Sumapaz que solo suman el (0,8 %) del total de la Oferta de la ciudad.

**Gráfica 26: Oferta de servicios de Salud Mental 2022**



Fuente: Elaboración Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Base de REPS Bogotá junio 2022.

### 5.5.2 Capacidad instalada registro de prestadores de servicios de salud

La capacidad instalada se tomó según datos de servicios habilitados tomando como fuente de información primaria la publicada en el Registro Especial de Prestadores de Salud – REPS del Ministerio de Salud y Protección Social a corte 30 de junio de 2022 de los archivos de capacidad instalada.

**Tabla 10.** Capacidad instalada camas, camillas, sillas para las RIAS de Salud Mental y SPA primer semestre 2022

Capacidad en Salud Mental y SPA	CAMAS	CAMILLAS	SILLAS	Total general	%
Salud Mental Adulto	1.572			1.572	56,4%
SPA Básico Adultos	464			464	16,7%
Salud Mental		53	263	316	11,3%
Salud Mental Pediátrico	236			236	8,5%
SPA Adultos	107			107	3,8%
SPA Básico Pediátricos	44			44	1,6%
SPA			31	31	1,1%
SPA Pediátricas	16			16	0,6%
<b>Total general</b>	<b>2.439</b>	<b>53</b>	<b>294</b>	<b>2.786</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>87,5%</b>	<b>1,9%</b>	<b>10,6%</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Descarga REPS-archivo de capacidad con corte a junio 30 de 2022

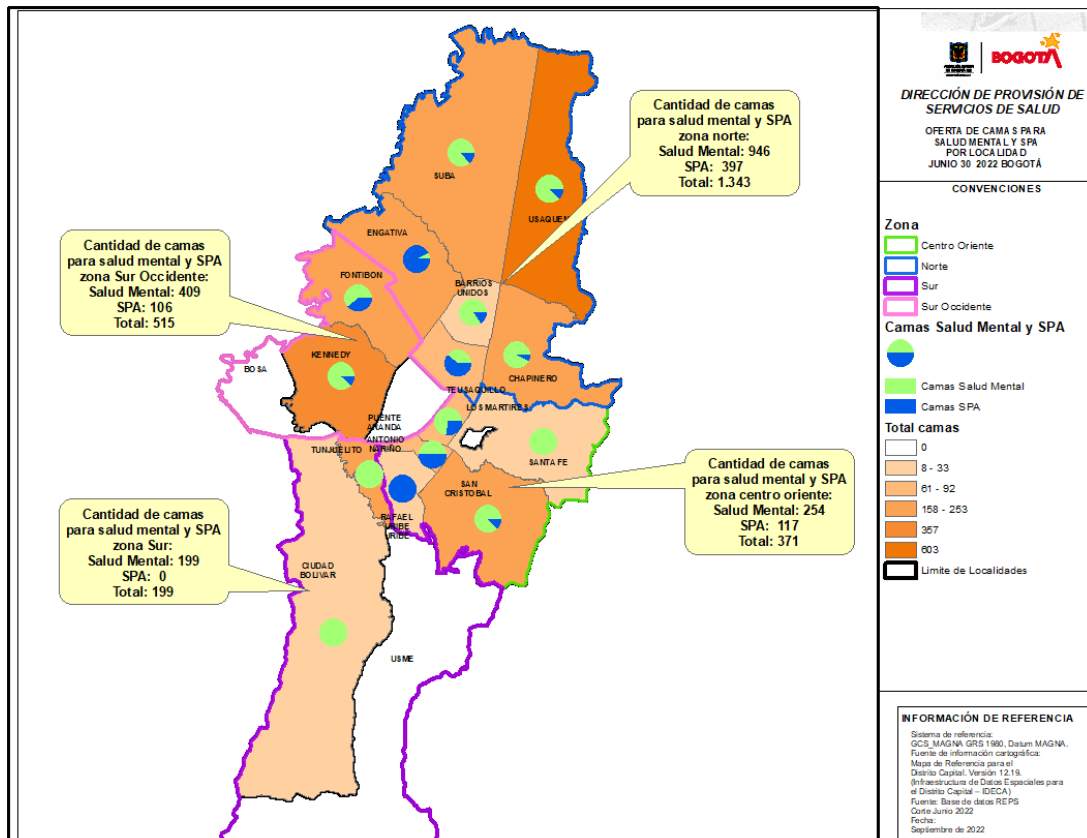
En la Tabla 10 se puede observar una capacidad instalada de camas, camillas y sillas un total de 2.786 dentro de las que se pueden discriminar camas 2.439 lo que representa el (87,5%) de la capacidad instalada, seguido de sillas con 294 lo que representa el (10,6%) y camillas 53 lo que representa el (1,9%) estos dos últimos para la atención de las urgencias en Salud Mental y SPA. Los servicios de Salud Mental para adulto presentan el mayor número de camas con 1.572 lo que representa el (56,4%) de la capacidad instalada total, seguido del servicio de spa básico adultos con un total de camas 464 lo que representa el (16,7%) del total de capacidad instalada, por el contrario, los servicios con menos número de camas, camillas y sillas son para SPA pediátricas con 16 camas lo que representa el (0,6%) de la capacidad instalada y Spa con 31 sillas lo que representa el (1,1%).

Del total de capacidad instalada de camas camilla y sillas, la zona norte presenta el mayor número con 1.662 lo que representa el (59,7%), seguido de la zona sur occidente con 542 lo que representa el (19,5%), en tercer lugar, se encuentra la zona centro oriente con 372 lo que representa el (13,4%) y por último la zona sur con 199 lo que representa el (7,1%) del total de la capacidad instalada de camas, camillas y sillas.

En la Gráfica 27 se observa la capacidad de camas a junio 30 de 2022 de las RIA de Salud Mental y SPA en el Distrito Capital, donde el (25 %) se concentra en

Usaquén, seguida de Kennedy con en (15%) y el (10%) en Engativá, en cuanto a las que no tienen capacidad de camas están Usme, La Candelaria, Bosa, Puente Aranda y Sumapaz.

**Gráfica 27** Capacidad de camas de Salud Mental y SPA 2022



Fuente: Elaboración Dirección de Provisión de Servicios de Salud. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Base de REPS Bogotá junio 2022.

Para la ruta de Salud Mental la distribución de camas está concentrada en Usaquén con el 29%, seguida de Kennedy con el (17%) y Chapinero con el (11%), mientras SPA el (37%) de la capacidad de camas está en la localidad de Engativá, seguidas de Usaquén con un (13%) y Fontibón con un (10%), adicionalmente de las localidades que se menciona sin capacidad instalada en camas, para SPA no hay camas en Santa Fe, Tunjuelito y Ciudad Bolívar que nos darían 8 localidades sin camas para SPA.

## **6. Definición de la problemática de la política**

La Salud Mental, históricamente se ha relacionado con la presencia de problemas o trastornos mentales, y por ello las familias y las personas que los presentan, son aislados o se auto - aíslan debido a la estigmatización que se da en los contextos sociales y culturales donde conviven, lo cual ha hecho que los imaginarios sociales lleven a asignar al Sector Salud una responsabilidad preponderante, y a éste a centrar la atención en la prevención y manejo de la enfermedad y el abordaje, minimizando la importancia de reconocer a las personas en su contexto individual, familiar y social y la interacción entre estos aspectos que conduce al mantenimiento o afectación de la salud. Lo anterior, conlleva a reconocer que existe un marco de acción previo a la manifestación de dichas dificultades en la Salud Mental, que abarca procesos desde la promoción de la Salud Mental y el bienestar emocional en diferentes entornos o contextos, que es necesario articular para contener, identificar y mitigar problemas o trastornos que posteriormente requieran atención especializada.

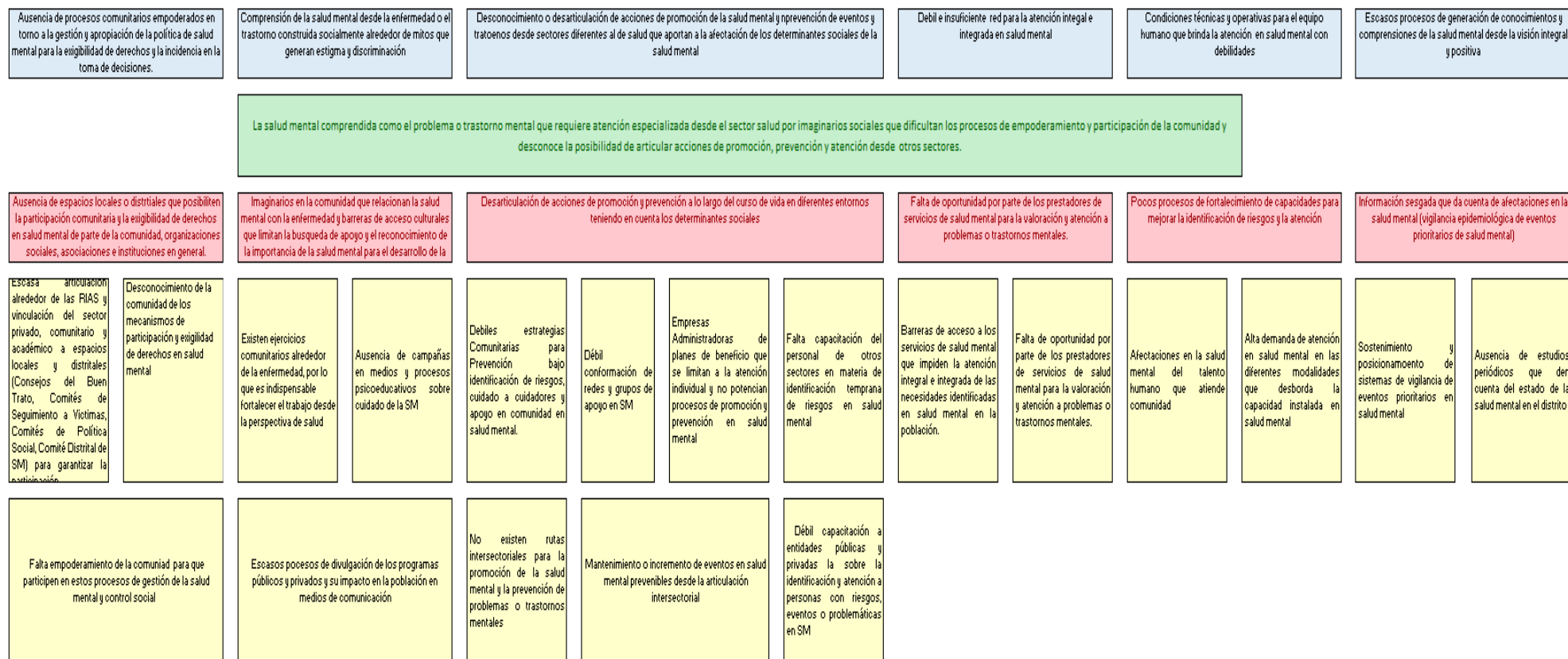
Ahora bien, es de reconocer que la atención clínica de los problemas y trastornos mentales requiere un fortalecimiento y articulación con los actores del Sistema de Salud y de otros sectores, que conlleve a la atención integral de manera articulada y armónica, basada en las necesidades particulares identificadas en las personas.

Teniendo en cuenta lo anterior, el problema que se busca intervenir a través de esta política se manifiesta en dos dimensiones: por un lado, el Estigma y discriminación que tradicionalmente tiene la salud mental genera aislamiento, vulneración de derechos e incapacidad de acceder a mecanismos para mejorar la situación, para lo cual es imprescindible el trabajo intersectorial y la promoción del bienestar emocional.

Por otro lado, el reconocimiento de la existencia de problemas psicosociales, trastornos mentales o afectaciones en la Salud Mental por eventos prioritarios en Salud Pública como la conducta suicida o diferentes tipos de violencia que requiere el despliegue de respuestas sectoriales e intersectoriales organizadas y articuladas que posibiliten la atención integral e integrada desde la promoción y prevención hasta la atención en diferentes modalidades, la rehabilitación e inclusión social.

Con base en la información recabada en las diferentes metodologías, momentos y espacios generados, se presenta a continuación el análisis de la información en el marco de la metodología de Marco Lógico:

**Gráfica 28: Árbol de problemas**



**G**

## 7. Identificación y descripción de puntos críticos

Con base en la información recabada a través de las diferentes métodos, momentos y espacios generados para la formulación de la política de Salud Mental, a continuación, se presenta el resultado del análisis de la información con base en la metodología de Marco Lógico, cifrado en la definición de los puntos críticos que se identifican tanto en el proceso de participación como en la revisión de fuentes bibliográficas en torno a lo que debe contemplar una política de Salud Mental. Para ello, se tuvo en cuenta la frecuencia y cómo se prioriza el tema como necesidad en los procesos de participación y las acciones institucionales existentes frente a las necesidades identificadas.

Estos puntos críticos marcan la necesidad de fortalecer y articular las acciones en el territorio, ya que se han venido desarrollando acciones desde diferentes sectores quizás de manera desarticulada, y a pesar de ello, persisten necesidades sin atención, eventos prioritarios de Salud Mental en Salud Pública con mantenimiento en el tiempo o tendencia al alza, y posibilidades de promover la Salud Mental y el bienestar emocional.

Lo anterior enmarca la necesidad de contar con una política pública de Salud Mental adoptada, que organice, articule y complemente las acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias, que se desarrollan en todo el marco de lo que implica la atención integral e integrada en Salud Mental.

**Tabla 11.** Identificación de puntos críticos

<b>PUNTOS CRÍTICOS</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO ACTUAL</b>
Estigma frente a la Salud Mental	Aun cuando la vivencia de la pandemia por COVID – 19 visibiliza la Salud Mental como una prioridad; aún persiste estigma en torno a los problemas o trastornos mentales que implican barreras de acceso culturales.
Participación social en Salud Mental	Las personas con dificultades en la Salud Mental tienen relativamente poca participación en salud.
Instancias de articulación intersectorial y comunitaria en Salud Mental en la ciudad	Actualmente no se cuenta en la ciudad con espacios formales de participación en salud que vinculen aspectos relacionados con Salud Mental. Desde el 2022 se viene consolidando el Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental que facilitaría la participación de la comunidad en escenarios normativamente constituidos.
Gestión del conocimiento en Salud Mental	Para Salud Mental actualmente se cuenta con un estudio tamiz que presenta un acercamiento a la sintomatología asociada a trastornos mentales en los diferentes grupos poblacionales. Es fundamental incorporar análisis con



PUNTOS CRÍTICOS	IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO ACTUAL
	perspectiva de género que aporten a la comprensión de las afectaciones psicosociales y en Salud Mental que se identifican en poblaciones en riesgo, como las mujeres víctimas de violencias.
Información y comunicación en Salud Mental.	Actualmente desde el sector salud se han adelantado diferentes estrategias comunicativas para sensibilizar e informar a la población en torno a una mirada de la Salud Mental desde el bienestar emocional, sin embargo, se requiere fortalecerlas sumando esfuerzos desde otros sectores.
Acciones intersectoriales a nivel territorial	Desde diferentes sectores que dentro de su misionalidad contemplan estrategias y acciones tendientes a la afectación de determinantes relacionados con la Salud Mental y el bienestar emocional se vienen desarrollando las mismas, con base en lo dispuesto en sus proyectos de inversión; sin embargo, se requiere la articulación de una agenda de trabajo conjunta que posibilite la articulación de acciones en el territorio con base en la identificación de necesidades propias de la población en el marco de su diversidad, para ello, es clave identificar las responsabilidades y competencias de los diferentes sectores, tener información clara sobre las rutas y servicios disponibles y los procedimientos para su activación.
Incremento de la conducta suicida	La intervención de los factores asociados a la conducta suicida requiere la articulación y armonización de acciones y procesos desde diferentes sectores, dado que en ella intervienen aspectos educativos, económicos, relacionales, emocionales, etc. Actualmente no se cuenta con un plan intersectorial construido en torno a la prevención y la atención de la conducta suicida, la cual está predominantemente presente en ciertos territorios, que tenga en cuenta la identificación de factores de riesgo y protectores asociados y poblaciones en riesgo, por ejemplo, hechos de violencia sexual contra las mujeres, niños, niñas, jóvenes, adolescentes.
Inclusión social y Salud Mental	Actualmente en la ciudad se implementa la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad que tradicionalmente ha tenido un énfasis en el abordaje de las personas con algún tipo de discapacidad (donde se incluye la discapacidad psicosocial) y desde 2018 se viene incidiendo en la definición de la rehabilitación basada en comunidad en Salud Mental. Sin embargo, aún es un proceso muy incipiente que requiere ser fortalecido con la articulación intersectorial para la inclusión de las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadoras y cuidadores, junto con los demás grupos

PUNTOS CRÍTICOS	IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO ACTUAL
	de riesgo, mediante la participación corresponsable de organizaciones de base comunitaria.
Promoción de la Salud Mental y prevención de problemas y trastornos mentales	De manera directa e indirecta las acciones de promoción de la Salud Mental y prevención de problemas y trastornos mentales deben contribuir a la afectación de los determinantes sociales, la generación de entornos protectores de la Salud Mental y la promoción de los derechos humanos de las mujeres que propendan por la garantía del derecho de las mujeres, a una vida libre de violencias.
Talento humano que trabaja temas de promoción de la Salud Mental y prevención y atención de problemas y trastornos mentales	Se ha venido avanzando en la cualificación del talento humano en salud en torno a temas trazadores contemplados en la guía MhGap, sin embargo, es necesario continuar el trabajo en fortalecimiento de habilidades y competencias del talento humano, estrategias para la prevención del desgaste profesional, con un enfoque de género que permita atender la dimensión psicosocial de cuidadoras y cuidadores. Lo anterior incluye también desarrollar competencias para identificar las manifestaciones y afectaciones de las violencias contra las mujeres y las rutas que requieren activarse. La prevención de trastornos y problemas mentales guarda relación con la prevención de las violencias.
Atención en Salud Mental en torno a la implementación de una ruta de atención integral.	Acorde a lo dispuesto en la normatividad nacional, en Bogotá se ha venido avanzando en la adopción de la ruta de atención en Salud Mental en un ejercicio articulado con los aseguradores y prestadores de servicios de salud. Aún así, persisten criterios de calidad de la atención que requieren énfasis y fortalecimiento para la garantía de una atención integral e integrada. Para la garantía del derecho de las mujeres a una vida libre de violencias, el Distrito cuenta con la Ruta Única de Atención para Mujeres Víctimas de Violencias y en Riesgo de Femicidio de Bogotá, que fue diseñada en cumplimiento a lo dispuesto en el Acuerdo 676 de 2017 Concejo de Bogotá y en la cual se encuentra recogida información sobre el acompañamiento y los derechos de las mujeres víctimas y las entidades que confluyen para su atención y protección.
Problemas y trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas.	El fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas es multicausal y a su vez requiere de un trabajo conjunto a nivel intersectorial. Sin embargo, es menester reconocer la afectación en la Salud Mental que se deriva particularmente de los consumos problemáticos, por lo que se requiere fortalecer los procesos de integración y atención frente a esta problemática.

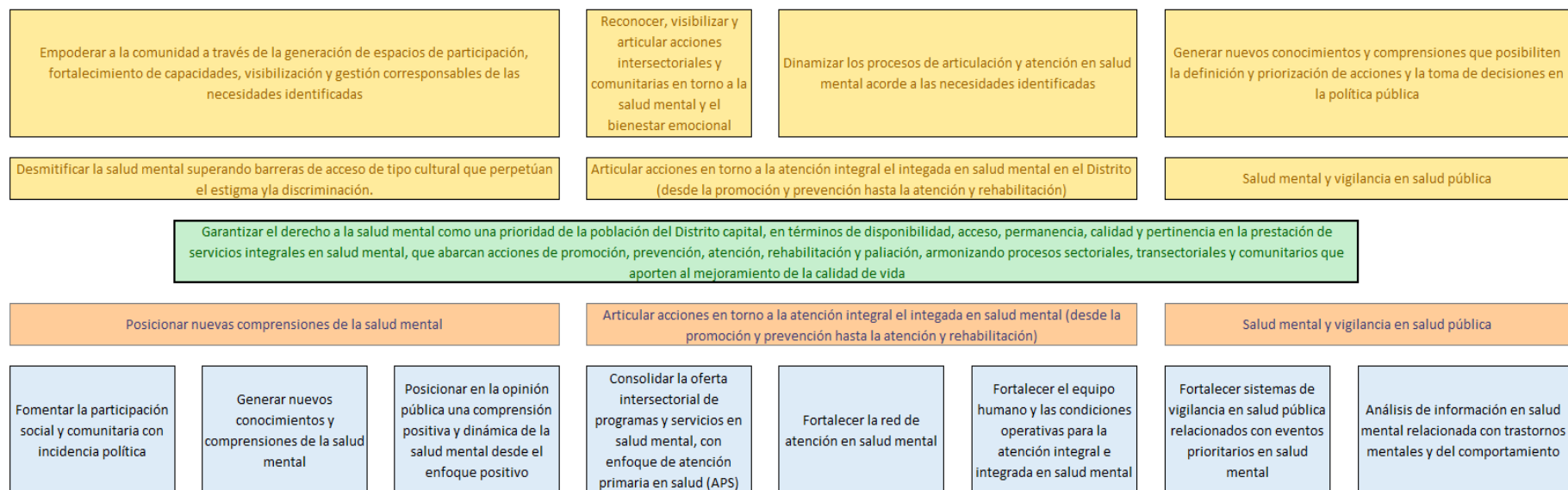
<b>PUNTOS CRÍTICOS</b>	<b>IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO ACTUAL</b>
Suficiencia en la oferta de servicios y la red de atención para problemas y trastornos mentales	La vivencia de la pandemia y la sensibilidad de la población en torno a temas relacionados con su Salud Mental y su bienestar emocional ha implicado un incremento en la demanda de servicios de atención. En ese sentido, se requiere revisar la suficiencia de las unidades de Salud Mental de las IPS de la red adscrita a las EAPB, puesto que en este servicio es donde se concentra la atención del paciente agudo en Salud Mental.
Acompañamiento e intervención psicosocial.	De manera complementaria a las acciones que se contemplan en el plan de beneficios en salud las cuales incluyen procesos psicoterapéuticos de corte clínico, en el distrito se cuenta con acciones de acompañamiento o atención psicosocial que buscan orientar a la población en torno a los riesgos identificados para contener el desenlace en trastornos mentales, brindar información, fortalecer procesos de psicoeducación, entre otros. De manera específica, la Secretaría Distrital de la Mujer, de acuerdo con sus competencias institucionales, cuenta con servicios de atención psicosocial y socio jurídica, con enfoque de género, diferencial y de derechos, a través de los cuales se brinda un abordaje integral a las ciudadanas buscando fortalecer la toma de decisiones para la exigibilidad de sus derechos y garantizar el acceso a la oferta de servicios institucional en materia de garantía de derechos.

*Fuente: Elaboración equipo SDS*

## **8. Identificación de factores estratégicos**

A partir de la metodología de marco lógico, a la luz de los puntos críticos identificados y las problemáticas propuestas, se procede a realizar el árbol de objetivos a partir del cual se identifican y priorizan los factores estratégicos que orientan la estructuración de la política de salud mental.

**Gráfica 29: Árbol de objetivos**



A partir de la identificación de puntos críticos se procede al análisis y concesión de factores estratégicos que orientan la política. Estos son:

- Escasos procesos de incidencia y participación de la ciudadanía en torno a la implementación de la Política Distrital de Salud Mental relacionado con el estigma que socialmente se ha instaurado, la baja capacitados en procesos relacionados con participación social en Salud y la ausencia de instancias locales y distritales que posibiliten la participación de asociaciones de pacientes, sus familiares o cuidadores de patologías en Salud Mental y organizaciones sociales y comunitarias
- La ciudad no cuenta con estudios propios que den cuenta del estado de la Salud Mental de la población que oriente la toma de decisiones desde su comprensión integral de bienestar y salud y no desde la patología.
- En la actualidad aún persiste la concepción de la Salud Mental desde la mirada de la enfermedad y la patología que es socialmente asociada con “locura” o desviación” que implica una atención exclusiva de profesionales del sector salud (muchas veces especializados), por ello es necesarios avanzar en posicionarla desde su visión positiva e integral como un elemento fundamental para el desarrollo humano y la vida relacional y cotidiana de las personas.
- La afectación de determinantes sociales relacionados con la Salud Mental y el bienestar emocional requiere la armonización de estrategias desde diferentes sectores y actores, así como de la disposición de mecanismos que posibiliten la coordinación y complementariedad de las acciones a desarrollar a nivel territorial desde los enfoques poblacional, diferencial y de género. En ese sentido es necesaria la concreción de una agenda de trabajo conjunta que posibilite la articulación de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en Salud Mental en el territorio con base en la identificación de necesidades propias de la población en el marco de su diversidad, para ello, es clave identificar las responsabilidades y competencias de los diferentes sectores, tener información clara sobre las rutas y servicios disponibles y los procedimientos para su activación.
- Fortalecer procesos educativos individuales, grupales y colectivos para promover la Salud Mental de las mujeres en sus diferencias y diversidades y la equidad de género, dirigidos a hombres, mujeres, comunidades y talento humano en salud, a fin de promover el goce efectivo de la salud plena y la autonomía de las mujeres
- Establecer mecanismos accesibles, ágiles, adecuados, pertinentes y efectivos para que las mujeres denuncien hechos de violencia en la atención en salud integral, especialmente en la atención del embarazo, parto y puerperio, que permitan garantizar el derecho a la salud plena para las mujeres.

- En Bogotá se ha avanzado en la adopción de la ruta de atención integral en Salud Mental que contempla acciones dirigidas a los problemas psicosociales, trastornos mentales y epilepsia y que tienen la responsabilidad de gestionar y garantizar las Empresas Administradoras de Planea de Beneficio. En el marco de la implementación de la política de Salud Mental, se requiere ahondar en estos esfuerzos para facilitar el acceso de los servicios y que éstos cumplan con los criterios de calidad y los mecanismos necesarios para la articulación de acciones colectivas e individuales que abarquen todas las modalidades de atención desde la promoción hasta la rehabilitación.
- Fortalecer las capacidades del talento humano en salud en especial los que brindan atención en Salud Mental, en dos momentos y escenarios: el primero, la incorporación de valores, actitudes, conocimientos y prácticas de cuidado de la salud de la mujer en sus diferencias y diversidades y garantía de sus derechos humanos en los currículos de enseñanza en las facultades y escuelas de ciencias de la salud y otras áreas de conocimiento relacionadas con la atención integral de la Salud Mental de las mujeres en el Distrito Capital.
- La formación continua del talento humano encargado de la atención integral en salud en especial de la Salud Mental para las mujeres en sus diferencia y diversidades en Bogotá, fortaleciendo sus capacidades y sensibilidad frente a las experiencias de las mujeres en sus diversidades y promoviendo acciones que transformen las relaciones de género y eliminen prejuicios y prácticas discriminatorias hacia las mujeres que acceden a los servicios de salud. A cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud y sus redes de prestación de servicios de salud, en coordinación con la Secretaría Distrital de Salud.
- 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.

## **9. Grupos Poblacionales Prioritarios**

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

- ☐ Niños, niñas y adolescentes: El periodo relacionado con la infancia y la adolescencia es una etapa fundamental para el desarrollo humano, dado que es allí donde se forjan las bases a nivel social, emocional, cognitivo.

Para que dicha etapa sea saludable y posibilite mejores oportunidades de éxito, confluyen diversos factores que inciden en el bienestar emocional y la Salud Mental, como lo son una adecuada alimentación, pautas de crianza que fomenten vínculos afectivos además de entornos que sean protectores y una atención y educación que potencialice las capacidades físicas, sociales, emocionales y cognitivas.

Muchas de las afectaciones que se dan en la Salud Mental se manifiestan en la infancia o la adolescencia. Por ejemplo, la depresión es el trastorno mental que más afecta a los jóvenes y que más discapacidad produce; y quienes están expuestos a la violencia de cualquier tipo, la desigualdad, experiencias traumáticas, condiciones familiares adversas, padres que consumen sustancias psicoactivas, vulnerabilidad genética, entre otros; son quienes presentan mayores riesgos de desencadenar afectaciones en su Salud Mental (MSPS, 2018).

- Mujeres en sus diferencias y diversidades: Las desigualdades que enfrentan las mujeres obedecen a las construcciones sociales de género, a otras diferenciaciones sociales, culturales, políticas y económicas, que se traducen en desigualdad y discriminación y que impiden el ejercicio pleno de los derechos como el racismo, el clasismo, la discriminación por orientación sexual e identidad de género, edad, discapacidad, identidad campesina y rural, habitabilidad en calle. Las diferencias hacen referencia a las características, especificidades y particularidades que distinguen a las mujeres y que hacen parte de su identidad, entre ellas podemos considerar las diferencias en razón a la edad, pertenencia étnica, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, ubicación geográfica, identidad cultural, situación socioeconómica o geopolítica, entre otras. Estas diferencias se han convertido, en algunos casos, en factores de discriminación, exclusión y violencia que impiden a las mujeres el ejercicio pleno de sus derechos, al ubicarlas en situación de mayor desventaja y vulnerabilidad. Por su parte la diversidad hace referencia a la multiplicidad, variedad e infinitud de formas de reconocerse y ser mujer, lo cual enriquece y da valor a la colectividad que constituyen las mujeres, así como a los pueblos y comunidades a las que pertenecen (diversidad étnica, cultural, sexual, entre otras). (SDMujer, 2021)
- Población LGBTI: Con respecto a las personas de los sectores sociales LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero e intersexuales), acorde a lo descrito por la Secretaría Distrital de Planeación (2020) estudios indican, que afrontan diversas formas de exclusión social que afectan su Salud Mental fundamentalmente porque, comparados con personas heterosexuales, presentan mayores prevalencias en consumo de alcohol y otras drogas, intentos e ideación suicida y desórdenes mentales. De manera complementaria, a través del proceso de levantamiento de información en el marco de actualización del plan de acción de la “política pública para la

garantía plena de los derechos de los sectores sociales LGBTI y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital” se señala que la patologización de personas de los sectores LGBTI se ha identificado como una situación constante en el sistema de salud. Para 2019, se encontró que el 2% de las personas de los sectores LGBTI habían sido diagnosticadas con un problema de Salud Mental, una diferencia de un punto porcentual por encima de la población general; así mismo se resalta el porcentaje de diagnóstico de enfermedad mental en mujeres trans (3%), que estaría dos puntos porcentuales por encima del porcentaje de diagnóstico de la población general.

- Personas cuidadoras: hay situaciones en las que las familias deben afrontar dificultades relacionadas a la enfermedad de una(o) de sus integrantes, lo que genera estrés e incertidumbres asociadas a enfermar y a cuidar a quien se enferma. Según Fornés Vives, citado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), una situación de enfermedad afecta no sólo a la persona que la sufre, sino también a todas aquellas que tienen algún vínculo con ella (familia, amigos e incluso profesionales). Así mismo, la persona que sufre la enfermedad puede necesitar asistencia, generándose una dependencia funcional la cual es definida como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (MSPS, 2015)

Teniendo en cuenta lo anterior, una persona cuidadora es aquella que asiste o cuida a otra en situación de dependencia funcional, lo cual le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades básicas de la vida diaria. Pueden clasificarse en:

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



## **10. Formulación de la política**

Una vez realizado el diagnóstico, se definió el problema público a resolver a través de la política pública, se desarrolló el proceso de identificación de puntos críticos y se inició la formulación de la Política Pública de Salud Mental para garantizar la respuesta estatal a dicha problemática.

### **10.1 Objetivo general**

Propender por condiciones que favorezcan el cuidado de la salud mental como una prioridad de la población del Distrito Capital armonizando procesos sectoriales, transectoriales y comunitarios promoviendo modos de vida que contribuyan al bienestar emocional y al mejoramiento de la calidad de vida.

La Salud Mental como una prioridad implica disponer en la ciudad de servicios integrales que abarcan acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación y que no hacen referencia solo a los servicios sanitarios sino a todos aquellos de carácter social, cultural, educativo y ambiental que aportan al cuidado de la Salud Mental y el bienestar emocional. Tanto estos servicios como los de atención en salud, deben cumplir con criterios de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia y han de estar armonizados entre los diferentes sectores y con la comunidad para que logren impactar de manera positiva a la población.

Para el logro de este objetivo general se plantean los siguientes específicos

### **10.2 Objetivos específicos**

1. Consolidar programas y servicios de promoción, prevención y atención integral, integrada y de calidad en Salud Mental.
2. Posicionar nuevas comprensiones de la Salud Mental en el Distrito Capital.
3. Fortalecer los procesos de gestión de conocimiento en Salud Mental en Bogotá

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

La Política Pública Distrital de Salud Mental está constituida por tres ejes: atención integral e integrada en Salud Mental, posicionamiento de la Salud Mental y sistemas de información y gestión de conocimiento; seis componentes, que buscan dar respuesta a la situación de Salud Mental en la ciudad, soportada y analizada estadísticamente, y que recogen la voz de la comunidad que participó en su formulación. A través de estos ejes se busca la promoción en la garantía del derecho a la Salud Mental para toda la población, incorporando aspectos diferenciales en términos de situación, posición o condición por grupo poblacional

y/o sectores sociales. Estos ejes se desarrollan continuación:

### **10.3.1 Eje 1. Atención integral e integrada en Salud Mental**

De acuerdo con la Ley 1616 de 2013, la atención integral en Salud Mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de Salud Mental de la población, incluyendo la promoción de la Salud Mental, 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, tanto sectoriales como intersectoriales, así como fortalecer tanto la red de atención como el equipo humano y sus condiciones operativas.

#### **10.3.1.1 Componente 1. Consolidación y oferta de programas y servicios promoción, prevención, atención, rehabilitación y paliación en Salud Mental, con enfoque de atención primaria en salud (APS)**

Busca articular y fortalecer los servicios integrados de promoción de la Salud Mental y prevención de eventos y trastornos mentales y del comportamiento, así como el cubrimiento de las necesidades de atención y rehabilitación en Salud Mental con base en la estrategia de APS y la materialización de sus componentes integrados e interdependientes, a partir del reconocimiento e implementación de acciones, estrategias e intervenciones con enfoque poblacional, diferencial, de género y territorial.

#### **10.3.1.2 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 estos.

### **10.3.2 Eje 2. 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, así como el fortalecimiento de estrategias de comunicación y divulgación, que permitan la transformación de imaginarios, representaciones y prácticas sociales establecidas en torno a la Salud Mental.

#### **10.3.2.1 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, la movilización social y comunitaria, orientadas a la incidencia en el financiamiento, regulación y desarrollo de planes de acción sectoriales, transectoriales y comunitarios, a través del ejercicio de control social.

#### **10.3.2.2 Componente 2. 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.

### **10.3.3 Eje 3. Sistemas de información y gestión del conocimiento**

La gestión del conocimiento entendida como un proceso articulado que posibilita generar, identificar, capturar, valorar, transferir, apropiar, analizar, difundir y preservar el conocimiento para fortalecer la gestión, facilitar procesos de innovación y mejorar la prestación de bienes y servicios; implica el despliegue de acciones tanto de análisis y articulación de información como aquellas que posibiliten la transferencia y el fortalecimiento de los conocimientos y competencias tanto del talento humano como de la comunidad en general.

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 cómo se va dando la vida relacional en la cotidianidad, comprendiendo los intereses, las motivaciones que giran en torno a la Salud Mental y que oriente las formas de abordar los procesos en Salud Mental. Ello, a partir del reconocimiento del enfoque poblacional, diferencial, de género y territorial que permiten decantar las formas de comprender e intervenir las necesidades específicas de las personas en sus territorios.

Para esto, juega un papel importante la vigilancia de la Salud Pública en la medida que tiene como posibilidad 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, 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 dinámicos que complementen en quehacer desde la vigilancia en salud pública y 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.

De manera complementaria se deben contemplar procesos orientados hacia la transferencia de conocimientos y el desarrollo de capacidades que permitan cualificar tanto al talento humano del sector salud como aquel vinculado a otras entidades y a la misma comunidad. En ese sentido, para la materialización de este eje se contemplan los siguientes componentes:

#### **10.3.3.1 Componente 1. Sistemas información y de vigilancia en Salud Pública en Salud Mental**

La ciudad requiere contar con sistemas de información y herramientas de observación en salud mental que incluyan factores de riesgo, condiciones de vulnerabilidad de poblaciones de mayor riesgo y así contar con procesos sistemáticos que coadyuven en el monitoreo y fortalecimiento de la atención integral e integrada según los procesos institucionales e intersectoriales.

Que el Distrito cuente con una mirada de la Salud Mental contextualizada a las necesidades de la población para disponer y fortalecer de manera sistemática, integrada e intersectorial para la recolección, análisis, interpretación y divulgación de información en Salud Mental que oriente la toma de decisiones.

Este componente requiere la participación intersectorial para la recolección de información en salud mental, a la vez que optimiza y mejora la competencia técnica

para la identificación y activación de las rutas integrales en salud para intervenir problemáticas psicosociales prioritarias.

#### **10.3.3.2 Componente 2. Fortalecimiento del equipo humano 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.

#### **10.4 Sectores y entidades corresponsables**

Dado que la Salud Mental es un componente transversal a la vida y su promoción y prevención de problemas, trastornos y enfermedades mentales abarca diferentes aspectos de la cotidianidad de las personas en su relación con otros seres humanos el afrontar situaciones que ameritan respuestas, posturas, cambios, adaptación en diversos contextos, familiar, laboral, comunitario, se requiere el fortalecimiento de la participación y la coordinación comunitaria, sectorial, intersectorial y transectorial, que los diferentes actores y sectores asuman sus correspondientes responsabilidades, de modo que sea posible fortalecer las condiciones físicas, psicológicas, sociales, culturales y demás que favorecen la promoción y/o restablecimiento de la Salud Mental de los ciudadanos y las ciudadanas.

Acogiendo los lineamientos distritales en formulación de políticas públicas fueron desarrollados diferentes espacios comunitarios, sectoriales y de participación de otros actores y sectores, llegando a consensos con diferentes entidades del orden distrital en la definición de corresponsabilidades y responsabilidades, que den respuesta integrada a las necesidades de la población en materia de Salud Mental, las cuales se reflejan en la formulación del plan de acción anexo de este documento. Es de resaltar que en el año 2021 se incluyó como una de las prioridades del Comité Intersectorial Distrital de Salud el pilar de bienestar mental y emocional con el objetivo de fomentar inter y transectorialmente el bienestar mental y emocional en el Distrito Capital, abordando determinantes sociales, con enfoque de derechos, territorial, de género, de cultura ciudadana y diferencial. A partir de allí se fortaleció el proceso de articulación intersectorial y se desarrollaron mesas de trabajo para decantar la corresponsabilidad de los otros sectores en la política de Salud Mental reconociendo que en otras políticas vigentes o en formulación se contemplan procesos que aportan al bienestar emocional de la población, definiendo la participación en la política de Salud Mental de:

- Secretaría de Integración Social: Responsable de la formulación e implementación de políticas públicas poblacionales orientadas al ejercicio de derechos, ofrece servicios sociales y promueve de forma articulada la inclusión social, el desarrollo de capacidades y la mejora en la calidad de vida de la población en mayor condición de vulnerabilidad, con un enfoque territorial.
- Secretaría Distrital de Educación: Promueve la oferta educativa en la ciudad para garantizar el acceso y la permanencia de los niños, niñas y jóvenes en el sistema educativo, en sus distintas formas, niveles y modalidades; la calidad y pertinencia de la educación, con el propósito de formar individuos capaces de vivir productiva, creativa y responsablemente en comunidad.
- Secretaría de la Mujer: Lidera, orienta y coordina la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género, así como la transversalización de los enfoques de derechos de las mujeres, de género y diferencial, en los planes, programas, proyectos y políticas públicas distritales, para la protección, garantía y materialización de los derechos humanos de las mujeres en las diferencias y diversidades que las constituyen, promoviendo su autonomía y el ejercicio pleno de su ciudadanía en el Distrito Capital.
- Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte: Lidera la formulación e implementación concertada de políticas públicas en arte, cultura, patrimonio, recreación y deporte, así como la transformación y sostenibilidad cultural y deportiva de la ciudad, garantizando los derechos culturales, reconociendo a los habitantes de Bogotá como creadores, agentes de cambio y el cede todas nuestras acciones en la construcción de una ciudad creadora, cuidadora, consciente e incluyente.
- Secretaría Distrital de Planeación: Planear y orientar la transformación territorial, económica, social y ambiental del distrito capital para mejorar el bienestar colectivo y la competitividad de nuestra ciudad región incluyente, cuidadora, equitativa y solidaria, a través de las políticas públicas, la participación ciudadana y una gestión pública efectiva, digital e innovadora.
- Organizaciones, asociaciones y fundaciones: constituyen un tejido básico de participación ciudadana a través del cual las personas toman decisiones en la elaboración de proyectos y programas, como mecanismos que les permite generar capital social y desarrollo comunitario que impactan de manera positiva tanto a las familias, como a individuos y la población.
- Ministerio de Salud y Protección Social: Encargado de conocer, dirigir, evaluar y orientar el sistema de seguridad social en salud, mediante la formulación de políticas, planes y programas, la coordinación intersectorial y la articulación de actores de salud con el fin de mejorar la calidad,

oportunidad, accesibilidad de los servicios de salud y sostenibilidad del sistema, incrementando los niveles de satisfacción de los pacientes, familias, comunidades y habitantes del territorio nacional.

De manera complementaria y a la luz del Decreto 059 de 2022, en mayo de 2022 se instaló el Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental, instancia permanente, cuyo objeto es brindar asesoría para la formulación, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos en Salud Mental, así como realizar seguimiento y evaluación a la implementación de la política distrital de Salud Mental. En Ese sentido, esta instancia se convierte también en un escenario de posicionamiento y articulación para la implementación y seguimiento de la política pública de Salud Mental.

Así mismo es de resaltar que se reconoce que la política en sí misma es dinámica, por lo que está abierta la posibilidad de articular con otras políticas que se encuentren en formulación e implementación en las que se priorice el abordaje de la Salud Mental.

## **11. Seguimiento y evaluación**

El seguimiento periódico a la implementación del plan de acción de la Política Pública de Salud Mental será trimestral haciendo diferenciación en el reporte cuantitativo y cualitativo de los distintos indicadores definidos, de acuerdo con su periodicidad, teniendo como referente las directrices establecidas por la Secretaría Distrital de Planeación en la Guía de Seguimiento y Evaluación del Distrito.

El seguimiento y monitoreo al cumplimiento del avance en los resultados formulados, en términos de mantenimiento, reducción o aumento, así como los productos entendidos como bienes y servicios entregados a la población, serán un insumo para los ajustes pertinentes y las evaluaciones futuras.

La política será evaluada a través de su plan de acción que asocia los objetivos específicos con resultados y productos con sus respectivos indicadores y líneas de base de estos. Estas, serán la base de la evaluación de la política en términos de efectos. Considerando que la problemática de la Salud Mental es compleja, y esta es determinada por múltiples factores de tipo estructural, la medición de impacto sobre los indicadores del año cero de la política, reflejados en el capítulo diagnóstico de la misma, representa un reto metodológico y financiero.

Teniendo en cuenta el horizonte temporal 2023-2032, se espera realizar medición de efectos de acuerdo con los indicadores de resultado y producto, definidos en el plan de acción, la participación de los diferentes sectores, a mitad de periodo y a final de este, con el objetivo de realizar los ajustes pertinentes.

La Secretaría Distrital de Salud como sector líder, será el responsable del seguimiento técnico financiero al cumplimiento de los compromisos adquiridos en

el plan de acción incluyendo allí las fichas técnicas de resultados y de productos; esta información será consolidada por la dependencia líder apoyada por el área de Planeación Institucional y posteriormente consolidados e informados mediante los mecanismos establecidos a la Secretaría Distrital de Planeación.

El momento y los recursos de la evaluación se concertarán con la Secretaría Distrital de Planeación y la Secretaría Distrital de Hacienda, de acuerdo con los parámetros establecidos en la Guía de Evaluación.

## **12 Financiamiento**

La Política Pública Distrital de Salud Mental estima contar con recursos provenientes de distintas fuentes de financiación, entre las que se encuentran recursos propios del sector salud, recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), la proyección de recursos estimados requiere la gestión del sector líder en cada administración para garantizar los recursos de distintos sectores, a través de los proyectos de inversión, concertado al interior del sector salud y de otros sectores.

A continuación, se presentan los recursos estimados para el cumplimiento de cada objetivo, resultado y productos incluido en el plan de acción de la política (Anexo 1):



**POLÍTICA PÚBLICA DISTRITAL DE SALUD MENTAL**

**Financiamiento Plan de Acción**

**Periodo 2023-2032**

Objetivo específico	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	Costo total
<b>SECTOR</b>	<b>Salud</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>Secretaría Distrital de Salud</b>								
Objetivo 1	\$54.356	\$54.356	\$54.356	\$54.356	\$54.356	\$54.356	\$54.356	\$54.356	\$54.356	\$54.356	\$543.560
Objetivo 2	\$3.224	\$4.565	\$4.565	\$4.565	\$4.565	\$4.565	\$4.565	\$4.565	\$4.565	\$3.549	\$43.293
Objetivo 3	\$14.515	\$11.143	\$11.143	\$11.143	\$11.143	\$11.143	\$14.515	\$11.143	\$11.143	\$11.143	\$118.174
<b>SECTOR</b>	<b>Educativo</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>Secretaría de Educación Distrital</b>								
Objetivo 1	\$1.624	\$1.624	\$1.624	\$1.624	\$1.624	\$1.624	\$1.624	\$1.624	\$1.624	\$1.624	\$16.240
Objetivo 2											
Objetivo 3	\$81	\$81	\$81	\$81	\$81	\$81	\$81	\$81	\$81	\$81	\$810
<b>SECTOR</b>	<b>Social</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>Secretaría Distrital de Integración Social</b>								
Objetivo 1	\$1,11	\$1,11	\$1,11	\$1,11	\$1,11	\$1,11	\$1,11	\$1,11	\$1,11	\$1,11	\$11,10
Objetivo 2											
Objetivo 3											
<b>SECTOR</b>	<b>Movilidad</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>Secretaría Distrital de Movilidad</b>								
Objetivo 1	\$ 1.865	\$ 1.865	\$ 1.865	\$ 1.865	\$ 1.865	\$ 1.865	\$ 1.865	\$ 1.865	\$ 1.865	\$ 1.865	\$ 18.650
Objetivo 2											
Objetivo 3											
<b>SECTOR</b>	<b>Ambiente</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>Sector Ambiente - Jardín Botánico de Bogotá</b>								
Objetivo 1	\$ 63	\$ 31,5	\$ 31,5	\$ 31,5	\$ 31,5	\$ 31,5	\$ 31,5	\$ 31,5	\$ 31,5	\$ 31,5	\$ 347
Objetivo 2											
Objetivo 3											
<b>SECTOR</b>	<b>Cultura</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>Instituto Distrital de las Artes</b>								
Objetivo 1											
Objetivo 2	\$4,5	\$4,5	\$4,5	\$4,5	\$4,5	\$4,5	\$4,5	\$4,5	\$4,5	\$4,5	\$45,0
Objetivo 3											

Fuente: Equipo Técnico de la SDS

Carrera 32 No. 12 - 81  
Teléfono: 3049090  
www.saludcapital.gov.co



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

### 13. Glosario

**Acoso sexual.** Definido por el artículo 29 de la Ley 1257 de 2008. Tipo de acto sexual abusivo que consiste: “el que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona” es castigado con prisión de uno (1) a tres (3) años.

**Conducta suicida.** Contempla la ideación suicida y su riesgo leve, moderado o severo, la amenaza suicida y su riesgo severo, y el intento de suicidio que se divide en tentativa de suicidio o suicidio fallido y finalmente el suicidio consumado. No es considerado como un trastorno mental y obedece a otro tipo de acontecimientos asociados a la pobreza, el desempleo, las pérdidas, las discusiones familiares o amigos, la ruptura de las relaciones y problemas legales o laborales que puedan ser factores de riesgo, especialmente para personas vulnerables emocionalmente que apelan a la autolesión como solución a una problemática de vida (Cardona, 2011).

**Daño psicológico.** Consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

**Daño o sufrimiento físico.** Riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona.

**Daño o sufrimiento sexual.** Consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual, el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.

**Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.** La utilización de menores de edad para satisfacer sexualmente a personas adultas a cambio de algún tipo de remuneración (en dinero o especie) para los niños, niñas y adolescentes o para terceras personas. Este tipo de violencia incluye la prostitución infantil, la venta y trata de niños con fines sexuales (dentro del mismo país o entre países diferentes), el hecho de producir, promover o divulgar material pornográfico donde participen menores de edad, así como la utilización de ellos en actos sexuales públicos o privados (Unicef, 2006). Este tipo de violencia vulnera los derechos humanos, la dignidad, la igualdad, la autonomía y el bienestar físico

y mental.

**Feminicidio:** Delito autónomo para sancionar el homicidio de mujeres por su condición de mujeres. Este tipo de homicidios contra mujeres son motivados por razones de género y discriminación, se dan bajo circunstancias de dominación, instrumentalización, subordinación y en contexto de discriminación, que impide el ejercicio de los derechos y libertades de las mujeres.

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

**Prevención Universal.** Proceso de prevención de enfermedad, trastorno, problema de Salud Mental que se dirige al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado como población en mayor riesgo. Para la Política, los procesos de prevención universal son los dirigidos a la totalidad de población de la ciudad de Bogotá.

**Prevención Selectiva.** Proceso de prevención de enfermedad, trastorno, problema de Salud Mental, que se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio. En el marco de la Política la prevención selectiva se dirige a grupos con vulnerabilidad psicosocial tales como mujeres víctimas de violencias por razones de género, y niños, niñas y adolescentes víctimas de violencias, víctimas del conflicto armado, personas cuidadoras de personas que requieren cuidado y altos niveles de apoyo por diferentes condiciones o situaciones, personas mayores abandonadas, personas con riesgos de conducta suicida identificados, LGBTI, etc. Las acciones de prevención selectiva que se planteen son fundamentales para prevenir problemas mentales, disminuir y mitigar el impacto de las afectaciones psicosociales de las violencias sufridas, respondiendo a sus necesidades específicas.

**Prevención Indicada.** Proceso de prevención de enfermedad, trastorno, problema de Salud Mental, se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos. En esta Política, va dirigida a la población a la que se le ha pronosticado un trastorno mental o se le han encontrado marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales que aún no se padecen.

**Problema mental.** Los problemas hacen referencia al malestar y las dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de eventosestresantes y no son tan graves como un trastorno mental. En ese sentido se vinculan aquí, por ejemplo, las consecuencias psicológicas de experiencias

traumáticas, reacciones emocionales por pérdidas significativas, problemas de aprendizaje, comunicación o dificultades de socialización.

**Salud Mental.** Estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (MSPS, 2013). Es el 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.

**Salud Mental positiva.** Forma de percibir la Salud Mental trascendiendo los imaginarios sociales, la estigmatización de personas y familias cuyos miembros presentan una afectación de la Salud Mental. Se asume más allá de la enfermedad o el trastorno.

**Violencia intrafamiliar.** Comprende todo acto que violenta la integridad física, psicológica y emocional de alguno de los individuos que componen el ámbito familiar. Abarca las violencias que afectan la libertad, la autonomía, la dignidad y la integridad corporal, sexual, mental, espiritual y psicológica de una persona, por parte de otra u otras con quienes se haya establecido una relación de tipo familiar, afectivo o de convivencia. Este tipo de violencia es el resultado de relaciones inequitativas e injustas entre miembros del grupo familiar y la expresión de las relaciones de dominación y/o subordinación basadas en la edad, sexo o posición de algunos de sus miembros, las cuales llevan a la afectación directa de la Salud Mental de quienes la sufren directa e indirectamente.

## 14. Bibliografía

- Alcaldía Mayor de Bogotá, (2020) Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024. Artículo 6.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de la Mujer. (s.f.). Guía técnica "El derecho de las mujeres a una vida libre de violencias: Herramientas prácticas para su reconocimiento y garantía".
- Anuario de Siniestralidad Vial 2020, Secretaría Distrital de Movilidad (2020), (<https://datos.movilidadbogota.gov.co/documents/movilidadbogota:anuario-de-siniestralidad-vial-de-bogota-2020/explore>)
- Cardona, P. (2011). Lineamiento SISVECOS. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia Epidemiológica
- Carvajal C. y Restrepo, L. (1993). ¿Qué es Prevención Integral? Bogotá, D. C.: Guadalupe.
- Comisión Intersectorial Poblacional del Distrito Capital (2013) Lineamientos distritales para la aplicación de enfoque diferencial.. Pág.19
- Confederación de salud mental de España 2022 disponible en <https://comunicasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#mundo>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2021, Nota estadística Salud Mental en Colombia: Un análisis de los efectos de la pandemia
- CONPES 016 de 2020, mediante el cual se actualiza el plan de acción de la Política Pública para La Garantía Plena de los Derechos de las Personas LGBTI y sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el Distrito Capital.
- Detels, R. (2002). Libro de texto Oxford de Salud Pública (3º ed.). Oxford: Oxford University Press
- Espinosa, G. (2014). Comentarios al resumen ejecutivo de "Política Distrital de Salud Mental-2014". Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud
- Fernandez, Fernandez y Sologa, 2019. Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: alcance y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas CEPAL
- Fundación Saldarriaga Concha - Mitos y realidades sobre la Salud Mental. Tomado de <https://www.saldarriagaconcha.org/11-mitos-sobre-salud-mental%E2%82%AC%A1/>

- Gómez-Galindo, Ana M, Peñas-Felizzola, Olga L, & Parra-Esquivel, Eliana I. (2016). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Revista de Salud Pública* , 18 (3), 367-378. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n3.53048>
- González, R. (1992). Salud Mental en la comunidad en América Latina. Ejemplo de Programas. En Levav I. (ed.). *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial: es hora de pasar a la acción. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009
- ([www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2009](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009))
- Jane-Llopis, E. y Anderson, P. (2005). Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe. Recuperado de: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002\\_a01\\_16\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a01_16_en.pdf)
- Ministerio de la Protección Social y Asociación Colombiana de Psiquiatría (2007) Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento propuesta para discusión y acuerdos Pgs 15s.
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2005) Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia. Pgs 19s.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013), Ley 1616 de 2013 "Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Manual cuidado a cuidadores con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-cuidado-al-cuidador.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018), Boletín de Salud Mental Salud Mental en niños, niñas y adolescentes
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018b) Documento borrador del plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/concertacion-intersectorial-plan-conducta-suicida-2017-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2018b) Resolución 4886 de 2018 a través de la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental

- Ministerio de Salud y Protección Social (2021) Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Participación social en Salud Mental y en la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015, Encuesta Nacional de Salud Mental
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de
- Vigilancia en Salud Pública, Intento de suicidio. Bogotá, 2016
- Ministerio del Interior y de Justicia y Ministerio de Salud y Protección Social (2008) Mrazek, P. J. y Haggerty, R. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press
- Organización Mundial de la Salud (2022) Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un%20estado%20de%20bienestar%20en%20el,de%20contribuir%20a%20su%20comunidad.>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), Consecuencias para la salud. En: Hojas informativas para comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Citado de Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de la Mujer. (s.f.). Guía técnica "El derecho de las mujeres a una vida libre de violencias: Herramientas prácticas para su reconocimiento y garantía".
- Organización Mundial de la Salud. (1978) Declaración de Alma-Ata.
- Organización Mundial de la Salud. (2013) Salud Mental. Guía del promotor comunitario
- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013\_2030
- Organización Mundial de la Salud. Suicidio. [En línea] Salud, Organización Mundial de la Salud, 24 de agosto de 2018. [Citado el: 28 de abril de 2022.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2005) Declaración de Montevideo.

- Plan Distrital de Seguridad Vial 2017-2026, Secretaría Distrital de Movilidad.  
[https://www.movilidadbogota.gov.co/web/sites/default/files/Paginas/23-09-2021/plan\\_distrital\\_de\\_seguridad\\_vial\\_2017-2026.pdf](https://www.movilidadbogota.gov.co/web/sites/default/files/Paginas/23-09-2021/plan_distrital_de_seguridad_vial_2017-2026.pdf)
- Plan Nacional de Seguridad Vial (2011-2021) Ministerio de transporte)  
<https://www.mintransporte.gov.co/publicaciones/3239/plan-nacional-de-seguridad-vial/>
- Política pública de mujer y equidad de género
- Rossel, C (2016). Asuntos de género: Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y las políticas públicas. Publicación de las Naciones Unidas ISSN1564-4170 Sáiz, J.; Giner, J. y Bobes, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Triacastela.
- Sanabria-Mazo, J. P., Useche-Aldana, B., Ochoa, P. P., Rojas-Gualdrón, D. F. y Sanz, A. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la Salud Mental en Colombia. Editorial CES.
- Secretaría Distrital de Ambiente (2022). Enfoque Ambiental Para La Formulación De Políticas Pública.
- Secretaria de Cultura, Recreación y Deporte y el Instituto Distrital de Recreación y Deporte, 2022, encuesta calidad de vida 2021-2022, disponible en  
<https://culturaciudadana.gov.co/sites/default/files/2022-05/Resultados%20encuesta%20calidad%20de%20vida%202021%20publicar.pdf> Secretaría Distrital de la Mujer (2019). Manual de Atención con Enfoque Psicosocial. Bogotá D.C.
- Secretaría Distrital de la Mujer (2020). Análisis de ciudad 25, Boletín informativo de la Secretaría Distrital de la Mujer ¿Qué pasó con las mujeres en Bogotá durante el primer año de pandemia? Recuperado de <https://omeg.sdmujer.gov.co/index.php/mediciones/publicaciones/boletin>
- Secretaria Distrital de Planeación (2017) Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del Distrito. Secretaría Distrital de Planeación.
- Secretaria Distrital de Planeación (2020) concepto unificado sobre el plan de acción de la Política Pública de Salud Mental 2015- 2025, radicado 2-2020-17208 del 01/04/2020
- Secretaría Distrital de Salud (2005). Por el derecho al desarrollo de la



autonomía: Política Distrital de Salud Mental. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

- Solitario, R.; Garbus, P. y Stolkiner, A. (2007). Atención Primaria en Salud e Interdisciplina: dos componentes clave para las reformas en Salud Mental. En Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca 17(3):63-7
- UNICEF (2006). Aúnan esfuerzos para frenar la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes. En La niñez es noticia 4(7).
- Velzeboer, m (2003) La violencia contra las mujeres, responde el sector salud. Publicación ocasional N° 12

