



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA

### DOCUMENTO TÉCNICO PARA ORIENTAR LAS RESPUESTAS EN SALUD PÚBLICA DEL PROYECTO DE DESARROLLO DE AUTONOMÍA SALUD MENTAL, DESARROLLADAS A TRAVÉS DEL PIC 2012

Elaborado por:

Any Cienfuegos  
Gina Rangel  
Gloria del Pilar Cardona  
Gloria Inés Hernández  
Henry Alejo  
Luisa Fernanda Ruiz  
Luz Helena Rua M  
Luz Mireya Ardila  
Nilda Carolina Torres  
Rocío del Pilar Maestre

Bogotá, D.C. Versión Mayo de 2012

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## PROYECTO DE AUTONOMÍA – PDA - SALUD MENTAL

### PRESENTACIÓN<sup>1</sup>

En el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana 2012 – 2016”, la Secretaría Distrital de Salud, como ente territorial trabajará por la garantía y el respeto a la vida de los ciudadanos y ciudadanas mediante la promoción de la salud, detección y prevención de la enfermedad en los habitantes de la capital.

Para ello y con el fin de fortalecer en calidad y cobertura todas las acciones en promoción y prevención, se crearán Centros de Salud y Desarrollo Humano, que funcionen bajo un modelo de atención con enfoque poblacional y de inclusión social para garantizar el acceso de la población más vulnerable a los servicios de salud desde la diversidad y con calidad.

El modelo de atención que propone la Bogotá Humana está basado en cuatro componentes: acceso universal y efectivo a la salud, salud para el buen vivir, redes para la salud y la vida y Bogotá decide en salud. Se busca propender así por una intervención en microterritorios con equipos humanos conformados por profesionales y técnicos de la salud, ciencias sociales y administrativas.

El fortalecimiento de los servicios de atención primaria en salud, en donde se acerquen los servicios a los espacios cotidianos de la comunidad, se destaca como una iniciativa esencial para lograr la universalización en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Una de las metas más importantes de salud con la cual se ha comprometido el gobierno distrital es la de incrementar a 1.000 los equipos de salud a su hogar, con una cobertura de 800 familias por microterritorio y con capacidad resolutive en la prestación de servicios. Esto implica la articulación de los servicios del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas (PIC), y del Plan Obligatorio de salud (POS) y fortalecimiento del trabajo intersectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Como parte del Plan Distrital de Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)<sup>2</sup> busca desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y por ende la salud de las personas, acerque y facilite el acceso a los servicios de atención sanitaria según lo establecido en el plan obligatorio de salud, promover la participación social de actores y sectores en procura de reconocer el carácter

<sup>1</sup> Adaptado de la presentación del sector salud en el marco del Plan de Desarrollo “Bogotá Humana” ante el Concejo de Bogotá, 2012-2016.

<sup>2</sup> Resolución 425 de 2008. El PIC incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud de alta externalidad, para contribuir al cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y las propias del Plan de Desarrollo del Distrito, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables.

La actual administración de Bogotá acogiendo el lema de “la salud es un derecho”, acerca las intervenciones de salud a los hogares de las personas para fortalecer la salud preventiva y la estrategia promocional de calidad de vida y salud y realizar la rectoría en salud y exigir el cumplimiento de este derecho en todos los ciudadanos del Distrito Capital.

Considerando las directrices enunciadas y los avances relacionados con la operación del PIC, en donde se subraya la necesidad de desarrollar procesos transversales de carácter transdisciplinario que permitan reconocer y analizar críticamente la realidad social en el contexto territorial, promover procesos de participación social, diseñar e implementar acciones integradas de carácter promocional de la salud y de prevención de las enfermedades en las poblaciones en sus contextos territoriales, así como la implementación de herramientas de gestión integral de la salud se ha planteado el desarrollo de los siguientes procesos estratégicos: planificación de la salud pública en el territorio, gestión integral de salud pública en el territorio y respuesta a las necesidades del territorio a partir de los cuales se estructura el Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Mental.

En este sentido, en los siguientes apartes se dan a conocer los lineamientos específicos referidos a la implementación del PDA de Salud Mental partiendo de los referentes conceptuales sobre los cuales se fundamentan las intervenciones y el desarrollo de procesos y acciones de promoción de la salud mental, detección precoz de los factores y eventos asociados a los trastornos de la salud mental y su prevención.

En este mismo contexto, se describen las acciones dirigidas hacia el ejercicio de la rectoría y la abogacía orientada hacia el acceso equitativo a la salud, entendida en su más amplio sentido y por lo tanto, la disposición a ser garantes del derecho a la misma que es inherente a la capacidad de los sujetos individuales y colectivos a decidir y materializar sus proyectos de vida de acuerdo con las necesidades, lo cual dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades a una buena calidad de vida”<sup>3</sup>.

De igual manera, los lineamientos anunciados con antelación incluyen la presentación de los referentes normativos y el marco situacional que permiten plantear los objetivos esenciales hacia los cuales se dirigen las intervenciones propuestas para implementar el PDA de salud mental en el marco de la actual estructura del PIC y su descripción operativa.

<sup>3</sup> D'elia, Y. et al. (2002). Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad. Documento de trabajo. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) / Agencia de Cooperación Alemana (GTZ), p. 9. El subrayado es nuestro.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## REFERENTE CONCEPTUAL

La Secretaría Distrital de Salud concibe e interpreta la salud mental como un estado de bienestar físico, psicológico y social de la persona en el cual no sólo se reconocen los factores biológicos, sino además, las condiciones sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas donde esa persona desarrolla su vida.

De esta manera, se señala que la salud mental: implica no sólo la ausencia de la enfermedad y el trastorno, sino que además trasciende el concepto de la enfermedad y se acerca a la vida relacional, emocional y social de las personas, integrando el 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. La salud mental es un derecho y por tanto debe ser garantizado.

Teniendo en cuenta estas comprensiones, es vital reconocer el carácter colectivo e integral de la salud mental sin establecer fraccionamientos entre salud “mental” y física; convocando la corresponsabilidad de diferentes actores y sectores para la construcción de respuestas en las que las personas sean el centro de la actuación pública, garantizando el derecho a la salud, el acceso a servicios y generando oportunidades viables dentro de su contexto.

Dado lo anterior y teniendo en cuenta los eventos que afecten la calidad de vida y salud mental se realizan las siguientes aproximaciones conceptuales:

Violencia intrafamiliar:, se entiende todo acto que violenta la integridad física, psicológica y emocional de alguno de los individuos que componen el ámbito doméstico; se refiere a 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 o varias con quienes se haya establecido una relación de tipo familiar, afectivo o de convivencia<sup>4</sup>.

Violencia sexual: se define como todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona, mediante coacción por parte de otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo<sup>5</sup>.

El Plan Distrital para la Atención Integral a los niños y las niñas víctimas de abuso y explotación sexual<sup>6</sup> considera la violencia sexual como una de las manifestaciones de desigualdad más severas entre hombres, mujeres, niñas y niños, que utiliza las

<sup>4</sup> (United Nations Population Fund, 2006).

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002.

<sup>6</sup> Plan Distrital para la Atención Integral a los niños y las niñas víctimas de abuso y explotación sexual, Bogotá, 2007.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

relaciones de poder existentes por edad, jerarquía, posición económica, social o laboral creando condiciones de discriminación, irrespeto y sometimiento.

Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes: se define como toda práctica por la cual se abusa sexualmente de la persona vulnerando sus derechos humanos a la dignidad, a la igualdad, a la autonomía y al bienestar físico y mental para obtener gratificación sexual, ganancias financieras o logros personales.<sup>7</sup>

Conducta Suicida: contempla la ideación suicida y su riesgo leve, moderado o severo; la amenaza suicida y su riesgo severo; el intento de suicidio que se divide en tentativa de suicidio o suicidio fallido y finalmente el suicidio consumado. No es considerada 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 pueden aumentar el riesgo, especialmente en personas vulnerables emocionalmente, donde la persona se autolesiona queriendo hacerse daño o propiciar su muerte como un mecanismo para solucionar de una problemática de su vida.<sup>8</sup>

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA): Los trastornos de la conducta alimenticia (TCA), entre los cuales está la anorexia y la bulimia nerviosas, constituyen un problema de salud emergente que tiene un fuerte impacto en nuestra sociedad. La problemática de estos trastornos es tan variada y multifactorial que exige una atención y actuación que incluya los aspectos clínicos, familiares, pero también culturales, sociales y especialmente, educativos<sup>9</sup>.

Sustancias Psicoactivas: se refieren a aquellas capaces de <<modificar>> (Activar) la capacidad de sentir, pensar y actuar de las personas (Psico); bien sea para relajar, contraer o distorsionar sus funciones y como consecuencia sus relaciones con el entorno inmediato. Gamella y Álvarez, (1997), definen estas como el conjunto de sustancias extraídas de plantas o fabricadas en laboratorios que ejercen grandes efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) afectando la percepción, cognición, el estado de ánimo y la conducta. Más recientemente La Organización Mundial de La salud (2004) sintetiza la conceptualización de estas sustancias como “todas aquellas sustancias que tienen la capacidad de cambiar la conciencia, el humor y el pensamiento”<sup>10</sup>.

## REFERENTE NORMATIVO

El PDA de salud mental se desarrolla en el marco de las políticas nacional y distrital

<sup>7</sup> Informe final de Explotación Sexual y Comercial de niños y niñas en Bogotá, elaborado por el Departamento Administrativo de Bienestar Social 2001.

<sup>8</sup> Adaptado de sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida - SISVECOS , SDS, 2012 [http://saludpublicabogota.org/wiki/images/b/be/GUIA\\_SISVECOS.pdf](http://saludpublicabogota.org/wiki/images/b/be/GUIA_SISVECOS.pdf)

<sup>9</sup> <http://www.educaweb.com/noticia/2005/10/10/trastornos-conducta-alimentaria-tca-definicion-tipologias-1733.html>

<sup>10</sup> Política Pública para la Atención y Prevención del Consumo y la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C. SDS, 2011.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

de salud mental, la normatividad internacional, nacional y distrital, insumos que se armonizan con la estrategia promocional de calidad de vida y salud en sus diferentes componentes, perspectivas y abordajes de trabajo y que resulta imperativa para la para implementar el PDA de salud mental en el marco de la actual estructura del PIC.

## **NIVEL NACIONAL**

Constitución Política de Colombia.

Plan Nacional de Desarrollo 2012 – 2016.

Ley 1438 2011: Fortalecer el Sistema general de Seguridad social en Salud a través de un modelo de prestación de servicios públicos de salud que en el marco de la estrategia de atención primaria en salud.

Acuerdo 11 de 2011: Plan de Beneficios para niños y niñas menores de 18 años de edad del régimen de subsidiado plenos y parciales.

Acuerdo 28 de 2011: Definición, aclaración y actualización integral del Plan obligatorio de Salud del régimen Contributivo y Subsidiado, que deberá ser aplicado por las entidades promotoras de salud y la prestación de servicios de salud a los afiliados.

Lineamientos de Intervención Psicosocial para la población en condición y situación de desplazamiento por la violencia en Colombia 2006-2010 – Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Promoción Social.

Ley 1361 de 2009: Fortalecer y garantizar el desarrollo integral de la familia, como núcleo fundamental de la sociedad, así mismo, establecer las disposiciones necesarias para la elaboración de una Política Pública para la familia.

Acuerdo 008 de 2009: Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Ley 1257 de 2008: Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.

Ley 1122 de 2007: Ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

Ley 1146 de 2007: Prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Decreto 3039 de 2007: Adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010.

Política Nacional para la reducción del consumo de SPA, 2007.

Ley 1098 de 2006: Por la cual se expide el código de la infancia y de la adolescencia.

Decreto 3518 de 2006: Se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

Decreto número 250 de febrero 7 de 2005: El plan nacional para la atención integral a la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones.

Sentencia T-025 de 2004: Tutela interpuestas por 1150 núcleos familiares, estudio del desplazamiento y declaración de la existencia de un estado de cosas inconstitucional en la situación de la población desplazada.

Ley 715 del 2001: Sistema General de Participaciones.

Resolución 412 de 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Política nacional de Salud Mental 1998: Las normas técnico-científicas y técnico-administrativas contenidas en la política adoptada, serán de obligatorio acatamiento por parte de todas las Empresas Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, Administradoras de Régimen Subsidiado y por las Direcciones Seccionales, Distritales y locales.

Ley 387 de 1997: Prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la república de Colombia.

Resolución número 5261 de 1994: Derecho a la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud.

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, entre ellos en sistema de seguridad social en salud.

Ley 30 de 1986: Por el cual se adoptó el Estatuto Nacional de Estupefacientes, establece en el artículo 98 que en todas las entidades territoriales, entre ellas, el Distrito Especial de Bogotá, (Hoy Bogotá, Distrito Capital), funcionará un Consejo Seccional de Estupefacientes, precisando así mismo, los servidores públicos que lo deben integrar.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Decreto 1562 del 1983: La obligatoriedad en la notificación de los eventos tanto de la persona natural como jurídica.

Ley 9a de 1979: Obligatoriedad de la notificación y conformación de unidades notificadoras.

## **NIVEL DISTRITAL**

Plan de desarrollo Bogotá Humana 2012 – 2016.

Decreto 691 De 2011, Por medio del cual se adopta la Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C."

Acuerdo N° 485 de 2011 "se establecen medidas educativas encaminadas a la erradicación del castigo físico, humillante y denigrante en contra de los niños, niñas y adolescentes de Bogotá, D.C."

Acuerdo 434 DE 2010 (Marzo 29) Reglamentado por el Decreto Distrital 546 de 2011 "Por medio del cual se crea el observatorio de convivencia escolar"

Acuerdo 383 de 2009: "Por medio del cual se implementan estrategias de difusión de la Línea 106, al alcance de los niños, las niñas y los adolescentes en Bogotá, D.C. y se dictan otras disposiciones"

Acuerdo 406 de 2009: Por el cual se fortalece la atención terapéutica como un componente de salud mental para los casos de violencia intrafamiliar y sexual en Bogotá, D.C.

Acuerdo 376 de 2009: Por el cual se establecen lineamientos para la Política Pública Distrital para la prevención del consumo de tabaco alcohol y otras sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes en Bogotá, D.C.

Acuerdo 368 de 2009 (Abril 01) "Por medio del cual se dictan disposiciones en materia de prevención de la ludopatía.

Acto Legislativo 02 de 2009: Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política": Porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas.

Decreto 048 del 18 de Febrero de 2009, que reglamenta la creación del Consejo Distrital de Estupefacientes y tiene como principal objetivo la construcción de la Política Distrital de Drogas.

Acuerdo 221 del 2006: Trastornos de la Conducta de la Alimentación. Se crea e institucionaliza el Programa Distrital e Prevención de la Anorexia y la Bulimia.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA





Decreto 482 de 2006 por el cual se adopta la política pública de juventud para Bogotá D.C. 2006 - 2016.

Acuerdo 152 de 2005: Por el cual se modifica el Acuerdo 12 de 1998 y se adoptan medidas para la atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual.

Acuerdo 144 de 2005: Por medio del cual se establece el sistema de salud mental en el Distrito Capital

Política Distrital de Salud mental 2003: Definir lineamientos y establecer estrategias para fomentar la cultura de la salud mental en el Distrito Capital, promover la investigación, prevenir la aparición de la enfermedad mental, mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención, fortalecer la red de prestadores de servicios básicos y especializados en el campo de la salud mental, actualmente se está actualizando la misma.

Decreto 649 18 de Octubre de 1996: Por el cual se creó el Comité de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (Se incluye intento de suicidio).

Decreto 635/92 art. 1 y 2. Actuará en apoyo y de conformidad con las políticas, planes y programas trazados por el Consejo Distrital de Estupefacientes.- Creación Legal: Ley 30 de 1986 (presupuesto).

## MARCO SITUACIONAL

En Colombia, de acuerdo con el último Estudio Nacional Sobre Salud Mental divulgado en el año 2005, los trastornos de mayor frecuencia son en su orden: los trastornos de ansiedad en los que se incluye; la ansiedad generalizada, las fobias, los trastornos por estrés postraumático y los denominados trastornos de pánico; de igual manera los trastornos del ánimo más frecuentes son la depresión mayor, el trastorno bipolar y aquellos con rasgos de distimia.

La ciudad de Bogotá, D.C., tiene las prevalencias más elevadas del total nacional, en el grupo de trastornos de ansiedad y afectivos, donde la diferencia más relevante se encuentra estimada en el 21.2% comparado con el 15% del nivel nacional.

**Tabla 1. Prevalencia de vida de los principales trastornos mentales según región**

Diagnostico/Región	Trastorno del Afecto	Trastorno de Ansiedad	Trastorno de uso de Sustancias	Cualquier Trastorno
Bogotá	21.2	21.7	11.0	46.7
Central	15.5	19.9	11.8	41.1
Atlántica	13.4	14.9	8.8	35.1
Oriental	8.1	19.4	5.9	37.6
Pacífica	15.3	22.0	12.3	41.1
COLOMBIA	15.0	19.3	10.6	40.4



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2003. Colombia.

El análisis situacional para Bogotá, incluye de igual manera los datos producto del ejercicio de vigilancia epidemiológica realizado en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2010 considerando los eventos prioritarios para la política distrital de salud mental sin dejar de lado algunos eventos de relevancia e impacto para la población en edad escolar tales como el déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de la conducta alimentaria.

## Violencia

En el análisis de los determinantes sociales, los datos recopilados por la SDS identifican diferentes tipos de violencia: violencia intrafamiliar, emocional, física, sexual, económica, negligencia o descuido, abandono.

## Violencia Intrafamiliar

En lo que respecta a la violencia intrafamiliar se encuentran los siguientes escenarios: relaciones de pareja, violencia al adulto mayor, maltrato infantil, violencia física y psicológica, agresión sexual tanto en menores de edad y en relaciones de pareja (Centro de Estudios y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana – CEACSC-, 2008).

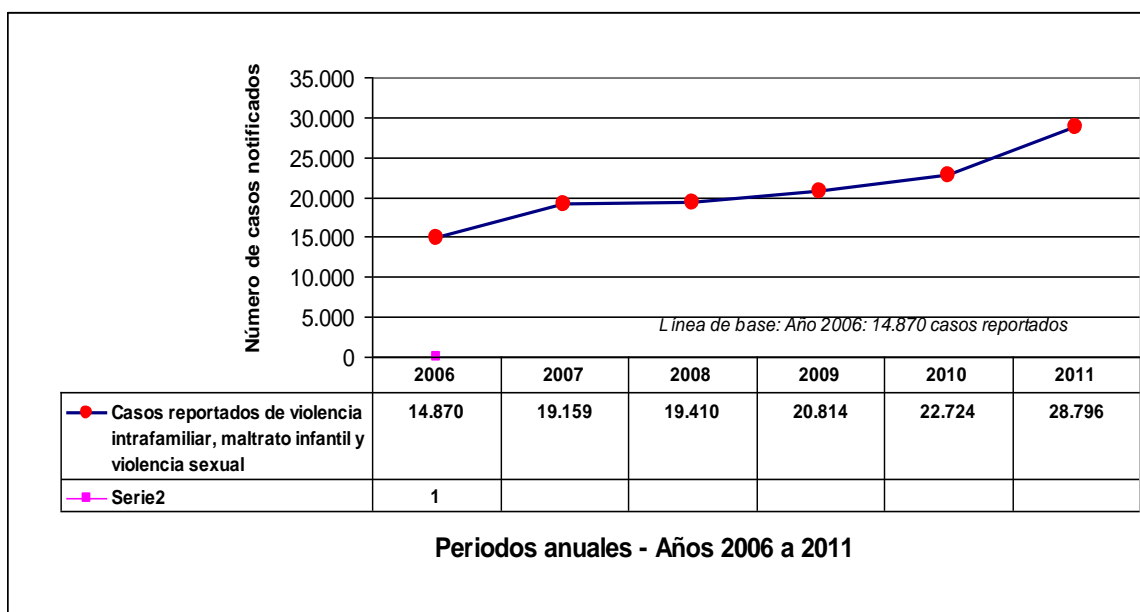
La figura 1, fue elaborada a partir del reporte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIM– de la SDS, y muestra el comportamiento de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual entre los años 2005 a 2010:

La figura 1, muestra que entre los años 2005 a 2010 se presenta un incremento en los eventos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual en el Distrito Capital, pasando de 6.775 casos reportados en el 2005 a 22.724 casos en el 2010. Entre los años 2005 y 2007 se presenta un incremento prolongado de los casos notificados; sin embargo, para los años 2007 y 2009 se puede observar una tendencia constante, la cual comienza a aumentarse nuevamente entre los años 2009 y 2010.

**Figura 1. Comportamiento de la notificación de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual. Bogotá D. C. Años 2005 a 2010**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD



(Alejo, 2011 y Procuraduría, 2011)

Las localidades donde se presenta un incremento en la notificación de los casos de violencia intrafamiliar, emocional, física y descuido son: Antonio Nariño, Barrios Unidos, Chapinero, Engativá, Kennedy, Mártires, Puente Aranda, Rafael Uribe, Suba, Sumapáz; en las demás localidades se presentaron casos de violencia, pero no se encuentra una diferenciación significativa con relación a los datos del Distrito, tal y como se evidencia en la matriz comparativa presentada más adelante en el documento.

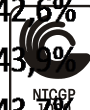
De acuerdo con los casos notificados y teniendo en cuenta los grupos poblacionales y el género, se observa una relación de dos casos notificados para mujeres con relación a un caso notificado para los hombres; con relación a los grupos poblacionales los que presentan mayor vulnerabilidad son los niños, las niñas y los adolescentes menores de 18 años de edad.

A continuación se presenta la Tabla 2, en la cual se identifican los reportes de casos de violencia intrafamiliar notificados entre 2005 y 2010 discriminados por género, en menores de 18 años de edad

Tabla 2. Violencia Intrafamiliar ejercida contra menores de 18 años según género, en el Distrito Capital. Años 2005-2010.

AÑO	Menores 18				Total
	Masculino	%	Femenino	%	
2005	2281	44,6%	2833	55,4%	5114
2006	5835	48,9%	6099	51,1%	11934
2007	7132	47,0%	8032	53,0%	15164
2008	5768	42,6%	7763	57,4%	13531
2009	6140	43,9%	7837	56,1%	13977
2010	6704	43,7%	8620	56,3%	15324

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 8080  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



BOGOTÁ  
HUCIANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Fuente: Vigilancia en Salud Pública –SIVIM- Secretaría Distrital de Salud - Informe Procuraduría. (Alejo, 2011; Procuraduría, 2011).

De acuerdo con los informes realizados para la Procuraduría<sup>11</sup> (2011), los menores de 18 años siguen siendo el grupo de población más vulnerado. Entre el periodo 2008 y 2009 se presentó una disminución en la notificación de eventos de violencia, aspecto que nuevamente se incrementa en el periodo 2009 – 2010; como dato importante es necesario señalar que en este periodo el 70% de los eventos notificados corresponde a menores de edad en ambos sexos.

La tabla 3, muestra una comparación en lo relacionado con violencia intrafamiliar según grupos de edad y sexo, para el periodo comprendido entre los años 2009 a 2010. En ella se observa que el grupo más vulnerado son los niños y niñas entre los 0 y los 5 años. Para el año 2009 el grupo de niños y niñas entre 6 a 12 años forma parte del segundo grupo en importancia con relación al tema de la vulnerabilidad; en el año 2010 este grupo pasan a conformarlo los niños, niñas y jóvenes de 13 a 18 años de edad.

**Tabla 3. Comparativo violencia intrafamiliar según edad y sexo Bogotá, D.C. 2009-2011**

Grupo Edad	2009					2010				
	Masculino	%	Femenino	%	Total	Masculino	%	Femenino	%	Total
0 a 5	2574	37,4	2550	18,3	5124	2973	38,8	2942	19,5	5915
6 a 12	2523	36,6	2531	18,2	5054	2531	33,0	2301	15,3	4832
13 a 18	1094	15,9	3020	21,7	4114	1253	16,4	3733	24,8	4986
19 a 26	164	2,4	2050	14,7	2214	209	2,7	2154	14,3	2363
27 a 44	270	3,9	2670	19,2	2940	328	4,3	2550	16,9	2878
45 a 59	134	1,9	678	4,9	812	166	2,2	738	4,9	904
60 o más	131	1,9	425	3,1	556	200	2,6	646	4,3	846
<b>Total general</b>	<b>6890</b>		<b>13924</b>		<b>20814</b>	<b>7660</b>		<b>15064</b>		<b>22724</b>

Fuente: SIVIM – Secretaría Distrital de Salud.

Por otra parte, es importante señalar, que de acuerdo con los informes hay una tendencia al mayor reporte de casos de violencia emocional, conservándose mayor vulnerabilidad en menores de 18 años y en el género femenino, excepto en 2009 – 2010 donde se encuentra una mayor vulnerabilidad de niños entre los 6 y 11 años de edad.

Considerando la necesidad de analizar no solo el número de eventos notificados sino la ocurrencia de los mismos, según las manifestaciones o tipos de violencia, a continuación se presenta un análisis de los eventos de violencia en la población comprendida entre los 0 y 17 años de edad.

11 Informe Procuraduría. (Alejo, 2011; Procuraduría, 2011).



La tabla 4, muestra el comportamiento de la violencia intrafamiliar en menores de edad (0 a 17 años), se observa como el reporte de casos de ocurrencia de 2005 fue de 11.697 casos el cual se incrementó para el año 2010 en un total de 37.437 ocurrencias reportadas, representando un 320% de incremento en el periodo. Al analizar los datos totales del periodo comprendido entre 2005 a 2010, por ocurrencia la mayor problemática se presenta en el fenómeno de la violencia emocional con un total de 71.177 casos, seguido por negligencia o descuido con 44.297 casos reportados y posteriormente la violencia física con un total de 22.787 casos ocupando el tercer lugar, y en cuarto lugar se presenta la violencia sexual con un total de 16.311 casos reportados para el final de 2010.

En la tabla 4, se presenta un análisis de los casos de violencia intrafamiliar de acuerdo a ocurrencia en edades entre los 0 y 17 años de edad, en el periodo comprendido entre 2005 y 2010. Estos datos son compilados a partir de los reportes de la Procuraduría (2011) y del informe de la SDS,

**Tabla 4. Violencia intrafamiliar de acuerdo a ocurrencia en edades entre los 0 y 17 años de edad – Periodo 2005 – 2011**

OCURRENCIA	AÑO						TOTAL POR OCURRENCIA	PRINCIPALES OCURRENCIAS
	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
1. FÍSICA	2366	4418	5065	4074	3628	3236	22787	3
2. EMOCIONAL	4050	9634	12565	13465	13700	17763	71177	1
3. SEXUAL	1594	2429	3361	2984	3090	2853	16311	4
4. ECONÓMICA	315	878	958	989	790	715	4645	6
5. NEGLIGENCIA O DESCUIDO	2461	6088	7747	7839	9014	11148	44297	2
6. ABANDONO	911	1664	1700	1422	1376	1722	8795	5
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>11697</b>	<b>25111</b>	<b>31396</b>	<b>30773</b>	<b>31598</b>	<b>37437</b>		

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en SIVIM – Secretaría Distrital de Salud - Área de Vigilancia en salud pública. Alejo (2011).

Al analizar el comportamiento de este fenómeno, en las localidades de Bogotá se observa que las que presentan una mayor notificación en el periodo 2009 – 2010 son: Suba con 23.3% de casos de violencia emocional para la población masculina y un 30,1% de casos de violencia emocional para la población femenina; Mártires con un 18.8% de casos de violencia física y un 15,3% de casos de violencia sexual; y, Tunjuelito donde el maltrato infantil y la violencia sexual son los eventos que más se reportan. En el resto de las localidades el comportamiento de estos eventos se ha mantenido o ha ido bajando a lo largo de los años mostrados.

## Suicidio



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

En lo relacionado con los eventos asociados a los intentos de suicidio y suicidios consumados, en el periodo comprendido entre 2004 y 2010, la tabla 5 muestra el número de notificaciones o reportes de los casos:

**Tabla 5. Reporte de eventos de intento y suicidio consumado**

AÑO	INTENTOS	CONSUMADO
2004	623	236
2005	699	215
2006	1236	188
2007	1509	220
2008	1950	261
2009	1192	253
2010	1668	243
2011	1628	275
TOTAL	8877	1616

Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública – SDS e INML CF

Se observa que en el periodo comprendido entre los años 2004 y 2010, se presentaron un total de 8,877 intentos de suicidio, de este total 1.616 casos fueron consumados, que corresponden al 18,20% del total. En este mismo periodo, se ha presentado un aumento de 267.74% en el reporte de intentos de suicidio. El año 2006 es en el que menos intentos consumados se han presentado, con 188 casos y el año de mayor incidencia de suicidio consumado fue el 2008 con un total de 261 casos.

Al observar la distribución de los suicidios consumados en el año 2009, en relación con el intento de suicidio presentado en el período, entre hombres y mujeres, se observa que un 20% de los intentos de suicidio que fueron consumados corresponden al género femenino, mientras que en los hombres el porcentaje correspondió a un 14,39%; en el año 2010 el comportamiento mostró que de un 63,85% de mujeres que hacen intentos de suicidio, solamente el 20,33% lo consuma, mientras que en el caso de los hombres el 33,15% lo intenta y de ese porcentaje el 79,67% lo consuma. Acorde con esta información, para el año 2010 se evidencia una mayor frecuencia de suicidios efectuados en hombres.

El comportamiento en las localidades mostró que entre el año 2005 y el año 2010 se presentó una disminución con relación a los casos de suicidio consumado en las localidades de: Candelaria, Antonio Nariño y Sumapáz; mientras que el fenómeno se incrementó en las localidades de: Suba, Kennedy, Chapinero y Ciudad Bolívar, esta última es donde se presenta la tasa más alta de suicidio<sup>12</sup>.

En el 2010, de acuerdo con la distribución del fenómeno de suicidio con relación a

12 (14ESE primer nivel – CRUE) Datos diciembre de 2010 – datos DANE 2010.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

los grupos de edad, se puede observar que el mayor número de intentos de suicidio se presenta en los jóvenes entre 15 y 19 años, mientras que el mayor número de suicidios consumados se presenta en los jóvenes entre los 20 y 24 años de edad. Como dato importante a resaltar se observa que la población entre 60 y 75 años, no reporta intentos de suicidio; sin embargo, los suicidios consumados en este grupo poblacional oscilan entre 5 y 10, siendo cuestionable el proceso de identificación de riesgo para este grupo poblacional (SDS, 2011a).

En relación con el mecanismo utilizado para el intento de suicidio en hombres y mujeres los más usados son: intoxicación exógena, seguido por objeto corto punzante y lanzamiento al vacío; sin embargo, en los suicidios consumados se reporta como mecanismos más utilizados: ahorcamiento, proyectil de arma de fuego e intoxicación y envenenamiento, en el caso de las mujeres; y, ahorcamiento, intoxicación o envenenamiento y caída de altura para el caso de los hombres (SDS, 2011a).

En lo referente al escenario de intento de suicidio se observa que para el año 2009 en el 79,66% de los casos es el hogar y el 3,35% se presenta en instituciones educativas; en el año 2010 el comportamiento es el siguiente: en la vivienda ocurren un total de 168 casos, en otro lugar especificado 20 casos y en tercer lugar en vía pública con un total de 12 casos reportados (SDS, 2011a).

Al analizar la información relacionada con el motivo o razón del intento de suicidio las mujeres y hombres reportan como principal problema lo relacionado con el núcleo familiar: familia y pareja; el segundo aspecto reportado por las mujeres está relacionado con los problemas con el estilo de vida, en el caso de los hombres son problemas relacionados con la crianza de los hijos. Los suicidios consumados se asocian a: conflicto con pareja y/o expareja, enfermedad mental y desamor (SDS, 2011a).

#### Uso y abuso de sustancias psicoactivas

En Bogotá, las sustancias psicoactivas que presentan la mayor frecuencia de consumo en la ciudad son: las bebidas alcohólicas, el tabaco, la marihuana, la pasta básica de cocaína, el éxtasis y la cocaína; sin embargo, el reporte de vigilancia epidemiológica del abuso de psicoactivas (VESPA, 2010) reporta un mayor uso de sustancias medicamentosas, principalmente de benzodiazepinas, usadas con propósitos recreativos y de búsqueda de estados alterados de conciencia.

En los grupos poblacionales, el 88% de la población entre los 12 y 65 años de edad, reportan haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida. El abuso de sustancias psicoactivas se presenta en su mayoría de casos en los grupos entre 11 y 15 años con un 58,2% y entre los 16 y 20 años con un 84,8%, siendo predominante el consumo en jóvenes varones entre los 11 y los 25 años de edad, siendo prioritaria la orientación de los programas a la población joven (VESPA, 2010).

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



En lo referente al consumo de tabaco, el 54,4% de las personas encuestadas en Bogotá declaran haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida. De ellos el 34% corresponde a los hombres y el 66% a las mujeres; de la población total el 23% se constituyen como consumidor actual, siendo el equivalente a 1,2 millones de fumadores en la ciudad. El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva con la cual los habitantes reportan el inicio de sustancias psicoactivas (VESPA, 2010).

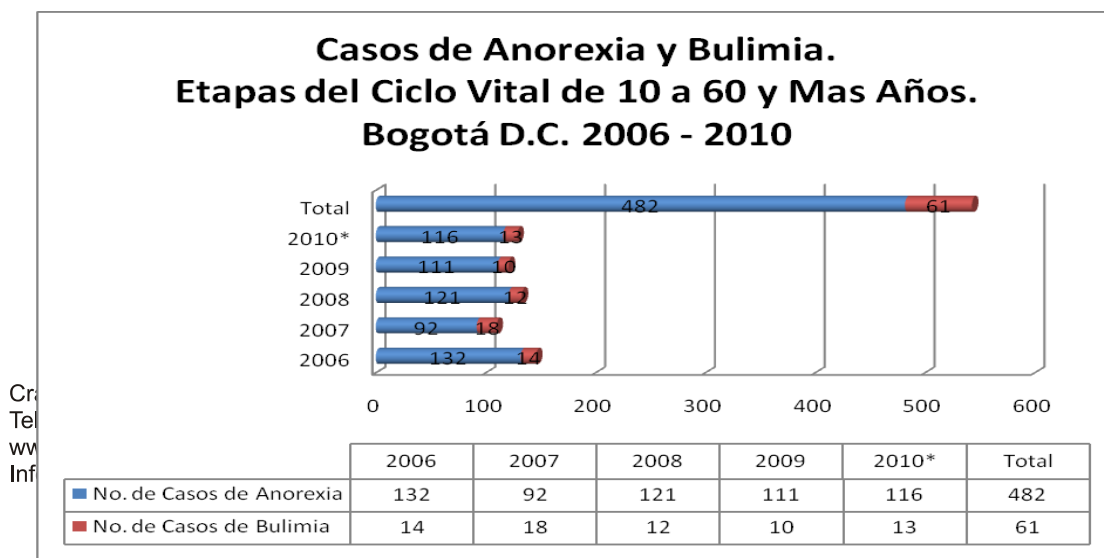
Entre los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas, la mayor frecuencia en el consumo se presenta en personas que no reportan ninguna actividad laboral, de ellos el 40% corresponde a los hombres y el 42% a las mujeres; seguido por los estudiantes hombres con un 28% y un incremento importante en mujeres con el 40% (VESPA, 2010).

Según los datos reportados por el sistema VESPA (2010), la condición de abuso de sustancias psicoactivas disminuye en la proporción que aumenta el nivel de escolaridad, siendo el grupo poblacional con secundaria incompleta el que muestra una proporción de consumo cercana al 55% de los casos, este tipo de hallazgos hacen prioritaria la creación de programas hacia población joven y fundamentalmente incrementar la retención estudiantil.

#### Trastornos de la conducta alimentaria

A través del análisis de los RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios) En los últimos 5 años (2006 - 2010) por lo menos 543 personas han sufrido de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) – Anorexia con un 89% (n=482) y Bulimia con 11% (n=61). El año 2006 presenta el mayor número de casos de anorexia con un 27% (n=132). En relación con la bulimia, el año 2007 registra el mayor número de casos con un 30% (n=18). De acuerdo a los casos registrados, se puede concluir que durante los años 2006 – 2010 los números de casos de TCA – anorexia y bulimia - han sido constantes, sin presentar un incremento o disminución significativa. El promedio por año de la anorexia es de 114,4 casos; para la bulimia el promedio es de 13,4 casos. Ver grafico No. 2.

**Grafico No. 2**



Cr:  
Tel:  
ww:  
Inf:

Á  
R





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Los datos recabados señalan que entre los años 2006 y el primer trimestre del 2010 se presenta una concentración de casos de anorexia atendidos en el grupo de edad comprendido entre los 19 y los 26 años de edad de sexo femenino.

De acuerdo a la información registrada, durante el periodo 2006 a primer trimestre de 2010 en Bogotá, el Trastorno de Conducta Alimentaria – TCA más frecuente ha sido la anorexia con un registro total de 482 casos, donde las mujeres son las más afectadas (344 casos) lo cual equivale al 71%. En relación a la bulimia, durante el mismo periodo se presentaron 61 casos que corresponden al 11% (n=61), donde las mujeres continúan siendo las más afectadas con un 87% (n=53).

### **NÚCLEOS PROBLEMÁTICOS:**

Limitaciones en el acceso a los servicios de salud mental que refuerza la exclusión social, y disminuye las potencialidades de consolidar un proyecto de vida viable.

Afectación negativa de la salud mental de niños y niñas, producto de dinámicas socio-culturales, familiares, económicas.

No detección temprana de la discapacidad y problemas de aprendizaje impidiendo el desarrollo integral.

Limitaciones en las condiciones individuales familiares, sociales, institucionales durante el proceso de gestación para el sano desarrollo de la gestante y su hijo o hija.

Grupos de población en condiciones de mayor vulnerabilidad tales como: Grupos en situación de desplazamiento o en dicha condición, segmentos de población en situación de discapacidad, no reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, de las diferencias políticas y de género e identidad sexual.

Inadecuadas pautas de crianza, afectividad, socialización, comunicación, ausencia de relaciones positivas con cuidadores, padres, madres, redes sociales asociada con las condiciones de vida de los segmentos de población más afectados.

Altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, con consecuencias negativas para los segmentos de población que se hallan en condiciones de mayor vulnerabilidad.

Débil participación de la gestante, los niños y las niñas en las decisiones y en diferentes espacios sociales.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Dificultades de orden estructural para el desarrollo y fortalecimiento de vínculos afectivos adecuados entre los miembros de la familia que contribuya al desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes.

No reconocimiento de niños y niñas en espacios familiares y sociales, conllevando a la vulneración de los derechos de los mismos/as

Inequidad de género visibilizada en la naturalización de los estereotipos, generando condiciones que afectan su salud y su calidad de vida.

Estilos de vida y prácticas culturales inadecuadas que inciden directa e indirectamente sobre la salud mental y percepción de los trastornos mentales

## OBJETIVO GENERAL

Desarrollar procesos de gestión integral y planificación territorial en salud mental generando respuestas a las necesidades identificadas en los territorios de salud a través de la participación social, las acciones integradas de carácter promocional y preventivo, el acceso equitativo, la vigilancia en salud pública que impacten positivamente las prioridades en salud mental de la población del Distrito Capital.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

Desarrollar acciones promocionales y preventivas en salud mental, a través de estrategias de información, comunicación y educación que contribuyan a favorecer la salud mental de la población en los territorios priorizados por salud.

Fortalecer las respuestas de promoción y prevención en salud mental en coherencia con las demandas y necesidades de la población en los ámbitos de vida cotidiana y los territorios priorizados.

Reconocer y propender por la garantía y el goce efectivo del derecho a la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población desplazada por la violencia, fortaleciendo la respuesta sectorial e intersectorial.

Fortalecer el empoderamiento ciudadano a través de las dinámicas de participación comunitaria en los territorios sociales de Bogotá, para promover el tejido social a través del trabajo en red social y red de servicios en el marco del derecho a la salud mental.

Desarrollar acciones de protección específica en individuos, familias y comunidades que incidan positivamente en la toma de decisiones oportunas para el cuidado de la salud mediante la identificación temprana de riesgos para la salud mental, canalizando y facilitando el acceso equitativo efectivo a los servicios sociales y de salud mental en el marco del SGSSS.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



Garantizar las acciones propias de vigilancia en salud pública a nivel distrital, local y territorial, tendientes a mitigar, controlar y prevenir eventos relacionados con salud mental, a través de los sistemas de información y de vigilancia en salud mental que permita la toma de decisiones oportunas, eficaces y eficientes a partir de la vigilancia de los eventos de interés en salud mental.

Consolidar e integrar los sistemas de vigilancia epidemiológica vigentes en salud mental, proveyendo periódicamente información útil, oportuna, válida, confiable y comparable para el conocimiento, análisis y orientación de las intervenciones en los procesos de salud pública demandados en los niveles intrainstitucional e interinstitucional.

Contribuir a la seguridad humana y protección de la vida de los ciudadanos y ciudadanas disminuyendo las lesiones de causa externa con énfasis en conducta suicida y accidentalidad doméstica, en los segmentos de población mas afectados por estas, o en condiciones de vulnerabilidad.

### MAPA DE LA OPERACIÓN DEL PDA DE SALUD MENTAL PIC 2012

PROCESO CENTRAL	SUBPROCESO	AMBITO	INTERVENCION EN LAS UNIDADES OPERATIVAS
PLANIFICACIÓN	Identificación, caracterización, territorialización y priorización	No aplica	Observaciones: tener en cuenta por territorio la caracterización y problematización en salud mental, teniendo presente; tomar en cuenta los sistemas de información y vigilancia existentes.
	Análisis de situación de salud	No aplica	Se sugiere tener en cuenta la información de los eventos en salud mental que aporten al análisis de situación de salud y calidad de vida.
	Plan local de acciones colectivas y planes territoriales	No aplica	Plan local y territorial de acciones colectivas con el PDA de Salud Mental.  Tener en cuenta las metas trazadoras en salud mental que quedan en el plan territorial y el plan de desarrollo distrital, para su cumplimiento a nivel distrital, local, su seguimiento y reporte.
RESPUESTA A NECESIDADES	Acceso equitativo de las personas a servicios sociales y de salud	IPS	(IPS salud mental) Cualificación del talento humano para la canalización y garantía del derecho a la salud mental, socialización de rutas de atención a eventos prioritarios, guías y protocolos de



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

			atención así como la normatividad vigente, participación en las subredes de salud mental y comité de la ESE en salud mental
	Promoción de la movilización y participación social y comunitaria.	Comunitario	Implementación de centros de escucha comunitarios y la estrategia de ciudad protectora (en algunas localidades de la ciudad), en el marco de la promoción de la salud mental en la comunidad.
	Acciones Promocionales Y Preventivas	FAMILIAR	Encuentros con familias – Círculos de Existencia por Ciclo Vital, Condición de discapacidad, Desplazamiento y Etnias. – Intervención Plurimodal. Asesorías a Familias con evento prioritario de salud mental – intervención Psicosocial. Intervención psicosocial en emergencias y desastres.
		ESCOLAR	Habilidades para la vida, fortalecimiento de la salud mental a través de grupos de pares (promotores de la línea 106) , activación de redes de apoyo escolar y promoción de la convivencia. Prevención específica de eventos en salud mental énfasis en conducta suicida, violencias, incluida la escolar, trastornos de la conducta alimentaria, Psicoactivos. Identificación y canalización de eventos que ponen en riesgo la salud mental de NNA.
		LABORAL	Factores psicosociales y de salud mental en menores trabajadores y en peores formas de trabajo infantil como en trabajadores de la economía informal, teniendo como base para su intervención las necesidades de la población ej: (resolución de conflictos, autoestima, trabajo en equipo, pautas de crianza, habilidades comunicativas).
		INSTITUCIONAL	Estrategia Buzón 106. Institucional: Manejo de personas mayores con enfermedad mental, salud mental de familias y cuidadores de persona mayor, acompañamiento técnico a instituciones de adulto mayor.
	Vigilancia en Salud Pública	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Estructurada en 5 procesos, cada uno de los cuales es una guía de operación del subproceso de Vigilancia en Salud Pública: - Consolidación de la red - Gestión de sistemas de información - Otras intervenciones individuales y colectivas - Vigilancia sanitaria - Urgencias y emergencias
<b>GESTIÓN</b>	Gestión de las políticas		Coordinación sectorial e intersectorial de

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

<b>INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA</b>	públicas	<b>GESTIÓN LOCAL</b>	promoción del buen trato y la salud mental y prevención de eventos que la afectan como violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil, explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes; realización de la red local de buen trato.
---	----------	--------------------------	--

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## BIBLIOGRAFIA

Secretaria Distrital de Salud. Ficha del PDA de Salud Mental, 2011. –Plan de Intervenciones Colectivas y Guías Operativas.

Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C 2011.

Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes y la inclusión del componente de salud mental. MPS, UNFPA, 2011.

Concejo de Bogotá - Acuerdos distritales.

Secretaría Distrital de Salud, Política Distrital de Salud Mental, 2005.

Protocolo para el Abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud, 2008.

Plan de Prevención de la Violencia Intrafamiliar, Violencia Sexual, Maltrato Infantil y Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes. 2008. Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Violencia Sexual y ESCNNA.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA