

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 1 de 106

DOCUMENTO TÉCNICO
INSUMO POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL
DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER



Anelfi Balaguera Carrillo
Gobernador (E) de Norte de Santander

Juan Alberto Bitar Mejía
Director
Instituto Departamental de Salud

José Trinidad Uribe Navarro
Profesional Especializado
Coordinador Grupo de Salud Pública

Dirección técnica
Coordinación editorial y cuidado de texto
Alix Karine Pérez Martínez
P.E. Responsable Dimensión Convivencia Social y
Salud Mental
Instituto Departamental de Salud

Acompañamiento técnico:
Grupo Convivencia Social y Ciudadana del Ministerio de
Salud y Protección Social
Grupo Gestión Integral Salud Mental del Ministerio de
Salud y Protección Social
Equipo de profesionales de apoyo a la Dimensión de
Convivencia Social y Salud Mental I.D.S.
Responsables Dimensiones prioritarias I.D.S.
Grupo de Gestión de Salud Pública I.D.S.
Grupo de Vigilancia en Salud Pública I.D.S.
Oficina Planeación I.D.S.
Oficina de Planeación Gobernación NdS
Delegados de Municipios de Norte de Santander



Agradecimientos Especiales
Entidades participantes Taller Departamental de validación

SECTOR COMUNITARIO Y SOCIAL
Organización Crecer en Familia
Representantes de Grupos Religiosos
Asociación Comunal El Zulia
Fundación Hoasis
Fundación Virgilio Barco
Corprodinco
Corporación Viviendo
Representantes Comunidades LGTBI
Comunidad Kicwa
Comunidad U´wa
Comunidad Inga
Fundación Asilo Andrensen
Federación Comunal
Fundación Faro

SECTOR SALUD
ESE IMSALUD
ESE Hospital Mental Rudesindo Soto
ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares
ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz
ESE Hospital Local Municipio de Los Patios
ESE Hospital Jorge Cristo Sahium
ESE Regional Centro
ESE Hospital Regional San Juan de Dios Pamplona
I.P.S San Luis Gonzaga
Liga Norte Santandereana de Lucha Contra el Cáncer
Clínica los Andes
Clínica San José de Cúcuta S.A
Clínica Stella Maris
Sanidad Policial
Secretaria de Salud Los Patios
Secretaria de Salud Villa del Rosario
Aliados en Salud S.A
UBA Vihonco S.A.S
Cruz Roja Seccional Norte de Santander
Salud Vida EPS Subsidiada
Comfaoriente EPS Subsidiada
Ecoopsos EPS Subsidiada
Sanitas EPS
Nueva EPS Contributiva
Ecopetrol- Régimen Especial

INSTITUCIONAL
INPEC- Régimen Especial
Corporación Administrativa para el Desarrollo Social y Educativo
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar I.C.B.F
Alcaldía San Cayetano
Alcaldía de Pamplona
Alcaldía de Salazar
Alcaldía de Lourdes
Alcaldía de Bochalema
Alcaldía de Durania
Alcaldía de Silos
Secretaria de Planeación Departamental
Secretaria de Desarrollo Social Departamental
Secretaria de Fronteras y cooperación Internacional
Secretaria de Desarrollo Económico Departamental
Secretaria de Educación Departamental
Secretaria de Gobierno Departamental
Secretaria de Educación de Cúcuta
Secretaria de Salud de Cucuta
Fiscalía- Seccional Cúcuta
Cámara de Comercio Cúcuta

ACADÉMICO
Universidad Francisco de Paula Santander
Universidad de Santander
Universidad de Pamplona
Universidad Simón Bolívar
Universidad de Santander
Institución Educativa Teodoro Gutiérrez Calderón
Centro Tecnológico de Atalaya De Cúcuta
Escuela De Auxiliares de Enfermería Cúcuta
Institución Educativa : TECNIDENT
Sena Seccional Norte de Santander
Escuela Superior de Administración Pública ESAP

MENCIÓN ESPECIAL
EXPERTOS COLABORADORES
Dr. LUIS GIOVANNI RODRÍGUEZ CASTILLO Trabajador Social Especialista en Análisis de Políticas Publicas Candidato a Magister en Derechos Humanos y Gestión de la Transición del Posconflicto
Dra. JEIMY KARINA DUARTE MALAVER Abogada Asesora Jurídica
Dra. FLOR STELLA AGUIRRE DE CUADROS Administradora Publica Especialista en Finanzas Publica



Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....7

OBJETIVO GENERAL.....8

OBJETIVOS ESPECÍFICOS8

GENERALIDADES..... 9

MARCO NORMATIVO..... 11

MARCO DE ANTECEDENTES..... 15

1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL DEPARTAMENTO

1.1 UBICACIÓN.....19

1.2 EXTENSIÓN.....19

1.3 GEOGRAFÍA.....19

1.4 DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA.....20

1.4.1 SUB-REGIONALIZACIÓN..... 21

1.5 POBLACIÓN GENERAL..... 22

1.6 INFRAESTRUCTURA BÁSICA.....24

1.6.1 VÍAS.....24

1.6.2 TRANSPORTE.....24

1.6.3 VIVIENDA.....24

1.6.3.1 TIPO DE CONSTRUCCIÓN, MATERIAL DE LAS PAREDES.....24

1.6.3.2 MATERIAL DE LOS PISOS..... 24

1.7 POBLACIÓN GENERAL.....25

1.8 POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO..... 27

1.8.1 POBLACIÓN ADULTO MAYOR.....30

1.8.2 POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD.....31

1.8.3 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ..... 32

1.8.4 GENERO.....36

1.9 SITUACIÓN DE FRONTERA Y ATENCIÓN A POBLACIÓN DE
PROCEDENCIA VENEZOLANA.....37

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL.....39

2.2 ESTADO DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD MENTAL.....39

2.3 DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL.....40

2.4 DEFINICIÓN POSITIVA DE SALUD MENTAL.....41

2.5 FACTORES DETERMINANTES DE SALUD MENTAL.....42

2.5.1 FACTORES BIOLÓGICOS.....42

2.5.1.1 EDAD Y SEXO.....42

2.5.1.2 GENÉTICA.....42

2.5.2 FACTORES PSICOSOCIALES.....43

2.5.3 FACTORES SOCIALES.....43

2.5.3.1 POBREZA Y SALUD MENTAL.....43

2.5.3.2 MUJER Y SALUD MENTAL.....43

2.5.3.3 CONDICIONES, FACTORES PSICOLÓGICOS Y CULTURALES..... 44

2.6 LA PERSONA EN RELACIÓN CON LOS DEMÁS..... 44

2.7 ENFOQUES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL.....46

2.7.1 DETERMINANTES SOCIALES: UN ASUNTO DE URGENCIA PARA EL
TRABAJO POR LA SALUD MENTAL.....46

2.7.2 UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL CENTRADA EN DERECHOS.....46

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD MENTAL

3.1 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.....48

3.2 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO.....52

3.2.1 ANSIEDAD.....53

3.2.2 DEPRESIÓN.....54



3.2.3	CONSUMO DE SPA.....	56
3.2.4	INTENTO DE SUICIDIO.....	58
3.2.5	VIOLENCIA DE GÉNERO.....	60
3.3	CASOS PRESENTADOS POR SUBREGIONES.....	63
3.4	METAS DE RESULTADO DE PASE A LA EQUIDAD DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA.....	67
3.4.1	DISPONIBILIDAD INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.....	68
3.5	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.....	71
3.5.1	ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR ÁREAS DE CAPTACIÓN.....	72
3.5.2	HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS ORGANIZATIVAMENTE INTEGRADOS CON SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL.....	72
3.5.3	DISPONIBILIDAD DE INSTITUCIONES AMBULATORIAS DE SALUD MENTAL.....	72
3.5.4	DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN GENERAL CON HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA.....	72
3.5.5	DISPONIBILIDAD DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.....	72
3.5.6	DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.....	72
3.5.7	ATENCIÓN EN SALUD.....	72
3.5.8	EPS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD EN CADA MUNICIPIO DEL DEPARTAMENTO SEGÚN EL RÉGIMEN DE AFILIACIÓN.....	73
3.6	RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL.....	74
3.7	SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HABILITADO POR IPS EN NORTE DE SANTANDER.....	76
4.	ESTRATEGIAS DE SALUD MENTAL	
4.1	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL.....	77
4.1.1	PROCESOS COMUNITARIOS.....	78
4.1.2	RUTAS DE ATENCIÓN.....	79
4.1.3	EL PROCESO DE CONTRA-REFERENCIA.....	81
4.2	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER.....	81
4.2.1	VIOLACIÓN / ASALTO SEXUAL.....	
4.2.2	ABUSO SEXUAL.....	82
4.2.3	EXPLOTACIÓN SEXUAL.....	82
4.2.4	TRATA DE PERSONAS CON FINES DE EXPLOTACIÓN SEXUAL.....	82
4.2.5	EXPLOTACIÓN SEXUAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.....	83
4.2.6	VIOLENCIA SEXUAL EN EL CONTEXTO DEL CONFLICTO ARMADO.....	83
4.3	DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIA Y DESASTRES.....	84
4.3.1	SALUD MENTAL.....	85
4.3.2	MIGRACIÓN.....	86
4.4	ESPACIOS SECTORIALES E INTERSECTORIALES EN SALUD MENTAL.....	87
4.4.1	CONSEJO DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL.....	87
4.4.2	CONSEJO SECCIONAL DE ESTUPEFACIENTES DE NORTE DE SANTANDER.....	88
4.5	COMITÉS INTERINSTITUCIONALES.....	88
4.5.1	COMITÉ INTERINSTITUCIONAL CONSULTIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DEL ABUSO SEXUAL.....	88
4.5.2	COMITÉ INTERINSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	89
4.6	PROPUESTAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	90
4.6.1	PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	90
5.	ANÁLISIS ARGUMENTATIVO SOBRE DEFINICIÓN PRIORIDADES SEGÚN CONDICIONES DE SALUD MENTAL DEPARTAMENTALES	
5.1	PROCESO METODOLÓGICO PARA IDENTIFICAR PRIORIDADES EN SALUD MENTAL NIVEL DEPARTAMENTAL.....	91



5.1.1 PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA Y METODOLÓGICA
DIAGNOSTICA PARA LA ADOPCIÓN Y LA ADAPTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA
NACIONAL DE SALUD MENTAL A NIVEL DEPARTAMENTAL.....91

5.1.1.1. Primer Momento: Acercamiento y Fase de Prealistamiento.....92

5.1.1.2. Segundo Momento: Fase de reconocimiento del Lineamiento técnico de Política
de Salud Mental.....92

5.1.1.3 Tercer Momento: Fase de acercamiento institucional - Mapeo de Actores.....92

5.1. 1.4 Cuarto Momento: Fase de Convocatoria e información.....92

5.1. 1.5 Quinto Momento: Convocatoria a espacio de socialización.....93

5.1. 1.6. Sexto Momento: Despliegue Territorial.....93

5.1. 1.7. Séptimo momento: Gestoría a nivel nacional y Departamental.....93

5.1. 1.8. Octavo momento: Tramite proyecto de ordenanza Política
Pública salud mental.....94

5.1. 1.9. Noveno momento: Difusión de la ordenanza de Política pública salud mental e
nivel departamental y Municipal.....94

5.2. PRESENTACIÓN DE EJES ESTRATÉGICOS

5.2.1. EJE ESTRATÉGICO: Promoción de la convivencia y la salud mental.....94

5.2.2. EJE ESTRATÉGICO: PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL.....95

5.1.3. EJE ESTRATÉGICO: ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA
EN SALUD MENTAL.....95

5.1.4. EJE ESTRATÉGICO: REHABILITACIÓN BASADA EN
COMUNIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL.96

5.1.5. EJE ESTRATÉGICO: GESTIÓN, ARTICULACIÓN Y
COORDINACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL.97

5.1.6. EJE ESTRATÉGICO: SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.97

6. ENFOQUES DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL.

6.1. ENFOQUE DIFERENCIAL.98

6.2. ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO.....98

6.3. ENFOQUE DE SEGURIDAD HUMANA.....98

6.4. ENFOQUE POBLACIONAL.....98

6.5. ENFOQUE DE CICLO DE VIDA.....98

7. PRINCIPIOS.99

8. FUNCIONES DE ACTORES DEL SISTEMA..... 99

9. MONITOREO, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA
NACIONAL DE SALUD MENTAL: METAS E INDICADORES.....99

10. VIGENCIA DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL.101

11. FINANCIACIÓN.101

GLOSARIO.....102

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....105

RELACIÓN DE IMÁGENES

Imagen 1. Mapa físico de Norte de Santander..... 19

Imagen 2. Mapa de la división política Norte de Santander..... 20

Imagen 3. Mapa de Vías Y Transporte Del Departamento Norte De Santander..... 25

Imagen 4. Capacidad Instada- Atención Ciudadanos Venezolanos. 38

Imagen 5. Ría de trastornos asociados al consumo de spa..... 79

Imagen 6. Ruta para la Atención en Salud Mental..... 80

Imagen 9. Ruta municipal de atención a usuarios con enfermedad mental (U.C.E.M)..... 80



RELACIÓN DE GRÁFICOS:

Grafico 1. Aseguramiento Régimen Contributivo de los Adultos Mayores en el Departamento (Fuente ADRES Corte febrero 2019).....34

Grafico 2. Aseguramiento Régimen Subsidiado de los Adultos Mayores en el Departamento (Fuente ADRES Corte febrero 2019).....34

Grafico 3. Aseguramiento: Población Pobre No Asegurada Régimen Subsidiado de los Adultos Mayores en el Departamento (Fuente ADRES Corte febrero 2019).....35

Grafico 4. Servicios Prestados por el CRUE-IDS.....37

Grafico 5. Morbilidad Ciudadanos Venezolanos.....38

Grafico 6. Ansiedad, Rango de edad.53

Grafico 7. Ansiedad, Régimen de Salud.54

Grafico 8. Ansiedad, sexo.....54

Grafico 9. Depresión, Rango de edad.....55

Grafico 10. Depresión, sexo.55

Grafico 11. Depresión, régimen de salud.....56

Grafico 12. Consumo de SPA, Rango de edad.57

Grafico 13. Consumo de SPA, sexo.57

Grafica 14. Consumo de SPA, régimen de salud.....58

Grafica 15. Intento de suicidio, rango de edad.59

Grafica 16. Intento de suicidio, régimen de salud.....59

Grafica 17. Intento de suicidio, sexo.60

Grafica 18. Violencia de género, Rango de edad.....61

Grafica 19. Violencia de género, régimen de salud.61

Grafica 20. Violencia de género, sexo.62

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1. Municipios y subregiones de Norte de Santander.....22

Tabla 2 Población Estimada 2017 por Edades subregiones.....23

Tabla 3. Población Estimada 2017 por Edades.....26

Tabla 4. Población Estimada 2017 Por Sexo.....27

Tabla 5. Estimaciones de población y proyecciones – 205 -2020 DANE.....32

Tabla 6. Problemáticas identificadas según Subregión en el Departamento norte de Santander (fuente plan de desarrollo 2016-2019).....32

Tabla 7. Indicadores Salud Mental por Geografía en Norte de Santander.....48

Tabla 8. Eventos en Salud Mental en SIVIGILA.....52

Tabla 9. Ansiedad.53

Tabla 10. Depresión, Rango de edad.55

Tabla 11. Consumo de SPA, rango de edad.....56

Tabla 12. Intento de suicidio, rango de edad.58

Tabla 13. Violencia de Genero, Rango de edad.60

Tabla 14. Eventos de Salud Mental por subregiones.....66

Tabla 15. Indicador de Metas de Resultado de Salud Mental.....67

Tabla 16. Indicadores de Metas de Resultado Dimensiones Trasversales.68

Tabla 17. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con servicio de psiquiatría.68

Tabla 18. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con servicio de psicología.....69

Tabla 19. afiliados activos según régimen de afiliación, contributivo.....72

Tabla 20. afiliados activos según régimen de afiliación, subsidiado.....73

Tabla 21. Afiliados activos según el régimen de afiliación 2019.....73

Tabla 22. Disponibilidad De Profesionales Habilitados en el área de Salud Mental territorio Norte de Santander.....76

Tabla 23: Servicio de Psiquiatría Habilitado Por IPS en Norte de Santander.....77

Tabla 24: Profesionales independientes en psiquiatría.....77

Tabla 25: Tabla 25. Metas de Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.....100



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 7 de 106

INTRODUCCIÓN

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales y están influidas por una combinación e interacción de estos factores.

La prioridad para generar una política de salud mental en el Departamento Norte de Santander, revela información de la definición de salud mental en donde la OMS ha reconocido desde su creación la importancia de la salud mental, como lo refleja la definición de salud de la constitución de la OMS, según la cual «La salud no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», sino «un estado de completo bienestar físico, mental y social». Así también factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan la salud mental en el departamento.

Se presenta información epidemiológica del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) en donde se establece una alta prevalencia de alteraciones de salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos. Dichos problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades, se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, por los costos que implican y por su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan.

Esta política entiende la salud mental como un derecho de todos los sujetos individuales y colectivos, y como un bien que debe ser promovido y edificado transectorialmente; que además busca el equilibrio entre las acciones locales que se llevan a cabo l; y desea establecer las acciones que se requiere desarrollar. Así mismo, es un documento que se encuentra basado en un marco normativo y conceptual que apoya la importancia de poder contar con una política de salud Mental en el territorio Norte-santandereano.

Por lo anterior, las gestiones en salud mental no se pueden limitar a la intervención de los trastornos mentales, es muy importante que se promueva la salud mental y se la vincule con la búsqueda constante del bienestar de todos y con el acceso a las estrategias necesarias para tal fin.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 8 de 106

OBJETIVO GENERAL

Establecer lineamientos, orientaciones, ejes y estrategias encaminados a contribuir en el favorecimiento de las condiciones en salud mental, el desarrollo de las oportunidades y capacidades de la población para el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas hacia el fortalecimiento de la convivencia y el desarrollo humano y social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Desarrollar acciones promocionales para el cuidado de la salud mental de las personas, familias y comunidades.
2. Promover la transformación de los imaginarios sociales y culturales que generen comportamientos y entornos protectores para la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos.
3. Propender la garantía de los derechos e inclusión, mediante el despliegue de esfuerzos a través de la prestación de servicios integrales y oportunos, contribuyendo a la resolución de problemas de la población.
4. Fortalecer los procesos sectoriales e intersectoriales de gestión de la salud pública en salud mental.
5. Fortalecer la capacidad de respuesta familiar, institucional y comunitaria, frente a la ocurrencia de algún evento, trastorno mental o consumo de sustancias psicoactivas en el Departamento de Norte de Santander.
6. Gestionar y garantizar con los sectores institucionales, sociales y comunitarios, la implementación y sostenibilidad de la Política Departamental.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 9 de 106

GENERALIDADES

Norte de Santander es, ha sido y será tierra de oportunidades, en ello se fundamenta el Plan Territorial de Salud 2016 - 2019 “Salud para la productividad”, emanada por el Instituto Departamental de Salud, entidad aprobada mediante Ordenanza No 018 del 18 de Julio de 2003 pues es innegable que como región nuestro compromiso debe ser el potenciar nuestras fortalezas y minimizar nuestras debilidades en todos los ámbitos, para ello se requiere no solamente de la voluntad popular, pues no solo se debe pedir cambio en la forma de gobernar sino promover y facilitar alternativas a quienes quieren salir de la indiferencia y participar activamente en la construcción articulada de políticas públicas, para buscar juntos el futuro que merecemos.

El fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria permitirá reducir las inequidades en salud este liderazgo es un factor de desarrollo que debemos recuperar pues en esencia en el departamento existen muchas falencias que son factibles de mejorar y para ello se requiere no solamente de la voluntad político administrativa si no de una hoja de ruta que desde el Plan decenal de salud adoptado mediante Resolución 1841 de 2013 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, permita la aplicación de una política de salud pública que le impone a las entidades territoriales conocer su realidad y proponer soluciones a nivel regional en la búsqueda de la equidad en la salud, del ejercicio de esta actividad depende en gran parte el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros conciudadanos pues al ser la salud un eje transectorial permita articular acciones en la búsqueda de grandes programas que generen un impacto positivo en nuestra comunidad y promueva estabilidad económica al núcleo familiar, el mejoramiento en los entornos y estilos de vida saludable, la promoción del autocuidado y adicionalmente sea el motor que dinamice la economía regional para hacer de nuestro slogan una realidad “Salud para la Productividad”

El Modelo de Desarrollo regional debe ser impactado por una lluvia de nuevas ideas que en esencia permitan construir una estructura social, económica y administrativa sólida y abierta a adaptarse a la dinámica fronteriza que nos afecta de manera permanente, al igual que al impacto de las políticas públicas Nacionales y regionales expresadas en los planes de desarrollo nacional y departamental. Todo ello se define en el plan departamental de desarrollo “UN NORTE PRODUCTIVO PARA TODOS 2016-2019” y se hace posible a partir de la transformación de nuestra visión de la salud y su transectorialidad que debe quedar enmarcada en el imaginario colectivo de la participación y la concertación de los procesos que permitan la revolución y renovación de las prácticas de buen gobierno.

Para ello se deben diseñar estrategias que permitan el fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud, con el objetivo de visualizarla más allá de la ausencia de la enfermedad, si no de la intervención organizada de la sociedad para promover y prolongar la vida interviniendo de manera organizada y articulada las determinantes sociales y económicos de la salud, esto depende de desarrollar y ejercer la capacidad como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la economía, la producción, el hábitat, el desarrollo social y la conservación ambiental, por estas razones pongo a su consideración el Plan Territorial de Salud “ Salud para la Productividad” 2016-2019.

El Plan Decenal de Salud Publica 2012- 2021 como respuesta gubernamental a lo establecido en la Ley 1438 de 2011 busca alcanzar mayor equidad en Salud y desarrollo humano sostenible, construir capital humano y disminuirla vulnerabilidad social. Para ello se definieron los enfoques, las orientaciones y las estrategias metodológicas necesarias para intervenir las determinantes sociales en los procesos de planeación integral en salud. El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander se presenta como caso especial por ser junto con el IDS del Departamento de Nariño entidades descentralizadas del orden departamental con autonomía administrativa y



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 10 de 106

financiera motivo por el cual el proceso de trámite y aprobación plantea algunas variantes a la ruta lógica planteada en los lineamientos metodológicos y técnicos.

La resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el plan decenal de salud pública 2012-2021 la cual se constituye la política sectorial, transectorial y comunitaria de salud pública, momento en el cual se inició el proceso de difusión y divulgación a través de lanzamientos regionales y locales. A partir del lanzamiento regional, realizado el 12 de Noviembre de 2013, el Plan Decenal de Salud Pública es una realidad en Norte de Santander estableciendo la hoja de ruta para la gestión pública, a partir de orientaciones técnicas basadas en Atención Primaria en Salud; Participación Social; Consulta Previa a Grupos Étnicos; Redes intersectoriales a favor de la salud pública; Gestión social del riesgo y Unidad metodológica y flexibilidad para la diferencia que retoma los desafíos de las dinámicas Poblacionales, Ambientales, Sociales y Económicas de la Estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 11 de 106

MARCO NORMATIVO

En 1998 mediante Resolución 2358 del Ministerio de Salud se adoptó la primera Política Nacional de Salud Mental, en la que se establecieron objetivos, estrategias, y metas que propendían por el bienestar psicológico de los colombianos (Ministerio de Salud, 1998). Fue expedida en el marco del nuevo sistema de seguridad social integral creado por la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993). La Ley 1616 de 2013 conocida como Ley de Salud Mental dispuso el ajuste de la Política Nacional de Salud Mental de acuerdo con los cambios epidemiológicos y normativos que han ocurrido en el país en los últimos quince años (Congreso de la República de Colombia, 2013). La Política Nacional de Salud Mental de 1998 tuvo en cuenta desarrollos sobre salud mental en Colombia en sus aspectos conceptuales y de servicios, que se describen en producciones como los estudios macrodiagnósticos de salud mental y la serie La salud a la luz de la salud mental (Ministerio de Salud, 1974, 1982, 1992, 1998).

Esa política enfrentó diversas dificultades en el proceso de implementación, entre otras: expedición en un momento de cambio de gobierno nacional; modificaciones constantes de la normatividad correspondiente al Sistema General de Seguridad Social en Salud; fragmentación y segmentación del sistema de salud; falta de decisión política; problemas con la disponibilidad de recursos financieros y escasa divulgación. Todos estos factores impidieron la ejecución plena de la Política, que permaneció como documento de difícil operacionalización. En años recientes se han hecho esfuerzos, desde la nación, los departamentos, distritos y municipios, por brindarles a los colombianos y colombianas una Política de Salud Mental integral, coherente y fundamentada en las necesidades de salud de todos y todas. El documento de Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia 2005 y la Política Nacional del Campo de la Salud Mental 2007 hacen parte de los antecedentes que la presente Política Nacional de Salud Mental retoma e integra con el objeto de construir sobre desarrollos previos (Ministerio de la Protección Social, 2005, 2007).

La Política Nacional de Salud Mental está edificada sobre contribuciones y aportes de los últimos 15 años, junto con avances del estado de conocimiento en salud mental pública. Colombia es hoy un país distinto. Si bien algunas de las consideraciones y propuestas de la Política de 1998 se mantienen vigentes según se desprende del análisis del contenido del documento, los cambios experimentados por la sociedad colombiana son de tal intensidad que han hecho necesario re-contextualizar la situación de la salud mental, modificar descripciones y análisis, y ajustar la Política Nacional de Salud Mental a las condiciones actuales con el fin de asegurar su implementación. La salud mental es concebida por la Ley 1616 de 2013 como derecho, prioridad y asunto de interés nacional; los costos económicos, políticos, y humanitarios de los problemas de salud mental son alarmantes. Con respecto a lo económico, el costo que tiene para la sociedad no atender los problemas de salud mental es significativo (Prince et al., 2007).

Problemas psicológicos desatendidos se traducen en pérdida de oportunidades para el desarrollo social y económico, desempleo, ausentismo laboral, y violencia; en el mundo los trastornos mentales representan alrededor del 14% de la carga de enfermedad. En el campo político, la convivencia pacífica exige acabar con ciclos de venganza y retaliación, impulsar el desarrollo de proyectos colectivos, la construcción de equidad como requisito para generar confianza y lograr relaciones sociales constructivas entre ciudadanos, y la elaboración colectiva de un pasado de violencia y atrocidad. En el campo de los derechos humanos, la atención de la salud mental tiene que ver con la dignidad humana. Pocas condiciones producen tanto dolor, soledad, y discapacidad, como los problemas de salud mental no tratados. La política pública busca afrontar situaciones problemáticas como las descritas para el campo de la salud mental.

La Organización Mundial de la Salud distingue entre políticas, planes y programas de salud (WorldHealthOrganization, 2006). Una política es un sistema de valores, principios y objetivos; un plan es la estructura de una serie de actuaciones definidas como prioritarias mediante el cual se implementan los principios y objetivos de la política. Un programa es un conjunto de intervenciones específicas.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 12 de 106

La propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental define una visión, un valor y unos principios y objetivos que representan aspiraciones y realidades de la sociedad colombiana, enmarcados desde enfoques de derechos, género, pertinencia étnica, psicosocial, de determinantes sociales, diferencial y territorial. Además, acoge el concepto de campo de la salud mental desarrollado en el documento de política propuesto para debate y discusión en 2007, a la vez que reconoce la importancia para la salud mental de la autonomía personal, el ejercicio de derechos, el respeto por las diferencias, y la demanda de justicia (Ministerio de la Protección Social, 2007). Es una política centrada en derechos.

El desarrollo del conocimiento nos ha proporcionado herramientas y estrategias efectivas para promover la salud mental. Muchos de los factores que la afectan tienen que ver con condiciones que se pueden cambiar. Procesos acelerados de urbanización, pobreza, desempleo, condiciones de exclusión y desventaja social, y conflicto armado, son todos determinantes de salud mental. Para la promoción efectiva, esta Política considera el estado de la investigación en salud mental en Colombia y acoge lineamientos técnicos de la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (OMS / OPS). Es una Política basada en evidencias que reconoce saberes y prácticas tradicionales, populares, ancestrales, alternativas y complementarias para el mantenimiento, cuidado y recuperación de la salud. El ajuste de la Política es también resultado de un proceso de consultas y concertaciones con distintos segmentos de la sociedad: gobierno, representantes de organizaciones sociales, usuarios, profesionales, ciudadanos. Es una Política participativa. Además, retoma propuestas de la Política de 1998 ajustándolas e integrando aportes de esfuerzos de los últimos quince años en el proceso de construcción de una política pública nacional de salud mental. Es una Política con continuidad.

La Ley Nacional de Salud Mental (Ley 1616 de 2013), es una guía general que orienta para el territorio nacional el desarrollo de estrategias y actuaciones que se han de diseñar en contextos locales de acuerdo con necesidades, prioridades y particularidades de cada uno de esos contextos. Por lo tanto, esta Política es un marco general para orientar intervenciones concretas llevadas a cabo por autoridades, organizaciones y personas en el ámbito territorial.

La Política Nacional de Salud Mental es una política integral que asume la salud como un todo, incluido el componente de salud mental; considera los niveles de promoción, prevención y rehabilitación como elementos relacionados, y asume la continuidad de la atención. Además, es coherente con la Constitución Política, las leyes de la República de Colombia, la legislación en materia de derechos humanos, con las normas y reglamentos en el campo de la salud, con los planes y programas de salud pública formulados por el Gobierno Nacional, y con los tratados internacionales ratificados por la Nación.

En este orden de ideas la Resolución 4886 del 07 de Noviembre del 2018, permite adoptar a la política de Salud Mental proponiendo la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en término de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos, y reconoce la salud como un derecho fundamental en consonancia con lo establecido por la Ley 1751 de 2015 -Estatutaria de Salud- y con la Política de Atención Integral en Salud, adoptada mediante la Resolución 429 de 2016.

Y finalmente dispone que en cuanto a la enfermedad de Epilepsia se debe acoger a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de gestionar los trastornos mentales y la epilepsia de manera conjunta en la atención primaria de salud, debido a las altas comorbilidades entre epilepsia y trastornos mentales y desenlaces comunes tales como la discapacidad mental o psicosocial y el deterioro cognitivo.

Por otro lado al pretender desarrollarse una Política de Salud Mental para el departamento también se tiene en cuenta la Resolución 089 del 16 de enero del 2019 y es aquella que adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas., basada en la Ley 1566 de 2012. Quien reconoce, de una parte, que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas. es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos, que requiere atención integral por parte del Estado, y de



otra, el derecho de la persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a tales sustancias. a ser atendida en forma integral por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a la normatividad vigente, a las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Es así como La Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, reconoce la problemática y los efectos que genera en los procesos de desarrollo de personas, familias y comunidades. En los años recientes se sabe que este consumo afecta en particular a la población de niños, adolescentes y mujeres, y por otro lado, la evidencia indica que es mayor la incidencia cuando se sigue un abordaje integral, es decir, cuando se interviene en más de uno de los entornos próximos a las personas.

NORMA	ENTIDAD	ASUNTO
Ley 715 del 2001, capitulo II, articulo 42 N° 43.3	Congreso de la Republica	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Resolución 4505 de 2012	Ministerio de Salud y Protección social.	“Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento”
Ley 1566 de 2012	Colombia. Congreso de la Republica.	Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas"
Ley 1616 de 2013	Colombia. Congreso de la Republica.	(Ley nacional de salud mental) El objeto de esta Ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y



		la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.
Resolución 1841 del 28 de Mayo de 2013	Ministerio de Salud y Protección social.	Por el cual se adopta el plan decenal de salud pública 2012 – 2021.
Resolución 1536 de 2015	Ministerio de Salud y Protección social.	Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud
Resolución 518 del 2015	Ministerio de Salud y Protección social.	“Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – Pie” - Se debe identificar los riesgos, priorizar poblaciones y programar la intervención individual necesaria
Resolución 5857 de 2018	Ministerio de Salud y Protección social.	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 3280 de 2018	Ministerio de Salud y Protección social.	Que da vía a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la cual tiene como objetivo buscar un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.
Resolución 4886 de 2018	Ministerio de Salud y Protección social.	Por la cual de adopta la Política nacional de salud mental.

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 15 de 106

MARCO DE ANTECEDENTES

Según el Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe (WHO-AIMS) publicado por la Organización Panamericana de la Salud en 2013, en el cual participaron 34 países de la región – aunque entre ellos no se encuentra Colombia - la formulación de políticas nacionales de salud mental tiene un desarrollo desigual y en su mayoría se han dado en la última década. Frecuentemente la información reportada acerca de las políticas es incompleta en tanto que en algunos casos está vinculada a planes o políticas nacionales de salud cuando en ellas se encuentran componentes específicos de salud mental.

En general, según este informe, “las políticas nacionales de salud mental fueron elaboradas siguiendo las recomendaciones desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud. Los componentes más comúnmente encontrados son los siguientes: financiamiento, legislación y derechos humanos; organización de servicios; recursos humanos y capacitación; promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; distribución de medicamentos esenciales; abogacía; mejoras en la calidad; sistemas de información; investigación y evaluación de políticas y servicios; y colaboración intersectorial” (Organización Panamericana de la Salud. 2013).

Igualmente, se mencionan los avances en materia de legislación siendo pocos países de la región los que cuentan con leyes específicas de salud mental y que aún, una menor cantidad, están en consonancia con los desarrollos mundiales más recientes en materia de derechos humanos.

La Organización Panamericana de la Salud recalca la importancia de contar con leyes, políticas y planes como pilar esencial para el mejoramiento de los sistemas de salud mental además la complejidad de los procesos de formulación e implementación de los mismos, ya que con frecuencia, no cuentan con el impulso interno suficiente para funcionar como herramientas reales de tal mejoramiento y quedan en el olvido.

En el estudio realizado por Foreman DM, Exploring unintended consequences of policy initiatives in mental health: the example of Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in England, publicado en 2016, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la política y la financiación en la actividad y capacidad del servicio de salud mental de niños y adolescentes (CAMHS), de 2003 a 2012, el autor concluye que la priorización a través de políticas públicas a pesar de ser efectiva en asegurar que la prestación del servicio cubra los objetivos más urgentes, al mismo tiempo tiene el potencial de afectar negativamente aquellos objetivos que pueden ser igual de importantes pero menos urgentes, esto puede ser efectivamente manejado, asegurándose de que la priorización se dé por tiempo limitado, una vez se hayan cubierto estas necesidades es necesario volver la mirada hacia otros blancos menos urgentes pero igual de importantes (Foreman DM. 2016).

También explica el estudio que la financiación o asignación de recursos en salud debe tener en cuenta las prioridades de la política y la prestación de servicios de salud; el monitoreo de rutina de los servicios en salud mental, permite en tiempo real, detectar cambios y hacer ajustes en las prioridades. Cuando se trata de evaluar una nueva intervención la comunidad médica está acostumbrada a usar criterios cuantitativos, este estudio indica los riesgos de ignorar esos criterios cuando la nueva intervención es una política pública; el autor hace referencia a la baja sensibilidad de las encuestas para detectar los cambios en las prioridades en salud, frente a los buenos resultados cuando se usan los datos provenientes de sistemas informáticos en salud. En Ghana, Sudáfrica, Uganda y Zambia se llevó a cabo el estudio: An assessment of mental health policy in Ghana, South Africa, Uganda and Zambia, publicado en 2011, por Faydi E. y colaboradores, quienes buscaban realizar una evaluación de las políticas de salud mental de Ghana, Sudáfrica, Uganda y Zambia; los autores encontraron seis (6) brechas que podrían tener



impacto en la política de los sistemas de salud mental de los países: falta de consistencia interna de la estructura y contenido de las políticas, la superficialidad de los conceptos internacionales claves, la falta de evidencia en las que basar las orientaciones de la política, apoyo político inadecuado, pobre integración de la política de salud mental dentro de la política nacional general y el marco legislativo nacional y la falta de especificidad financiera. Se propusieron tres estrategias para abordar estas dificultades: el fortalecimiento de la capacidad de los actores clave en salud mental y el desarrollo de políticas públicas, la creación de una cultura de desarrollo de políticas incluyente y dinámico, y una acción coordinada para optimizar el uso de los recursos disponibles (Faydi E, Funk M, Kleintjes S, et al, 2011).

En Colombia, durante el periodo 2005-2012, las causas externas son las que mayor número de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) causaron: el 34,63% (11.962.788) de todos los AVPP. Seguidas a estas causas, están las agresiones, lesiones auto infligidas intencionalmente e intervenciones legales y operaciones de guerra que produjeron el 22,23% (7.680.332), los homicidios que aportaron el 19,39% (6.697.556) y los accidentes de transporte inclusive secuelas, que contribuyen con un 6,73% (2.326.652). La carga de la mortalidad por suicidios contribuyó en el 2,28% (789.515) y los eventos de intención no determinada aportaron 1,8% (627.955), mientras que el ahogamiento causaron el 1,25% (432.191) y los trastornos mentales y del comportamiento aportaron el 0,3% (104.117) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En hombres la primera causa de mortalidad en 2012 se identifica en las causas externas con una tasa ajustada de 116,37 por 100.000 hombres: se produjeron 29,1 muertes menos por cada 100.000 hombres, pasando de una tasa ajustada de 145,44 en 2005 a 116,37 en 2012. En segundo lugar, figuran las agresiones, lesiones auto infligidas intencionalmente e intervenciones legales y operaciones de guerra con una tasa ajustada de 70,57 por 100.000 hombres, las cuales muestran un comportamiento al descenso al pasar de una tasa ajustada 94,13 en 2005 a 70,57 en 2012. En tercer lugar, están los homicidios que muestran una tendencia al descenso al ocurrir 20,62 defunciones menos por cada 100.000 hombres, la cual pasó de una tasa ajustada de 82,60 en 2005 a 61,98 en 2012. El cuarto lugar lo ocupan los accidentes de transporte inclusive las secuelas con una tasa ajustada de 25,20 en 2005 a 23,57 en 2012. En quinto lugar, están los accidentes de transporte terrestre que muestran un descenso, al pasar la tasa ajustada de 24,82 en 2005 a 23,28 en 2012. El sexto lugar corresponde a los accidentes inclusive secuelas, con una tasa ajustada de 18,02 a 14,15 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Entre 2005 y 2012 todos los eventos de interés de salud mental muestran una tendencia al descenso. En cambio, los trastornos mentales y del comportamiento describen un aumento de 8,04 defunciones por 100.000 hombres pasando de una tasa ajustada de 0,13 a 8,17. Cabe señalar que los hombres presentan valores de tasas ajustadas más altas que las mujeres en el mismo de tiempo analizado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Del mismo modo, las causas externas provocaron el 34,38% (10.234.809) de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en hombres, seguidas de las agresiones, lesiones auto infligidas intencionalmente e intervenciones legales y operaciones de guerra que provocaron el 23,13% (6.885.043), y los homicidios con un 20,51% (6.106.116) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Conviene distinguir, que aunque las tasas ajustadas muestren una tendencia al descenso en el tiempo, se ha incrementado la carga de la mortalidad por Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en los accidentes de transporte inclusive las secuelas con 211.078 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), seguido de los accidentes de transporte terrestre con 208.917,5 AVPP y los accidentes inclusive secuelas con 90.088,1 muertes prematuras. En cambio, se observa un descenso en las muertes prematuras por causas externas en 163.886, seguidas de las agresiones, lesiones auto infligidas intencionalmente e intervenciones legales y operaciones de guerra que describen un declive de 144.032,54 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), los homicidios desciende en 120.724,28 muertes prematuras y los trastornos



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 17 de 106

mentales y del comportamiento en 7.922,4 Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En las mujeres, la primera causa corresponde a las causas externas con una tasa ajustada de 168,26 por cada 100.000 mujeres, seguida de las agresiones, lesiones auto infligidas intencionalmente e intervenciones legales y operaciones de guerra con una tasa ajustada 7,23 y los homicidios con una tasa ajustada de 5,47. En relación con la tendencia de las tasas ajustadas de los eventos de interés, estos muestran un descenso entre 2005 al 2012 con excepción de las tasas ajustadas de trastornos mentales y del comportamiento y eventos de intención no determinada, que revelan un incremento de 1,55 defunciones y 0,33 muertes por 100.000 mujeres, respectivamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En este grupo poblacional, las causas externas son las que mayor número de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) generan. Durante el periodo 2005-2012, las causas externas ocasionaron el 36,22% (1.727.978,49) de todos los AVPP, seguidas de las agresiones, lesiones auto infligidas intencionalmente e intervenciones legales y operaciones de guerra que causaron el 16,67% (795.288,20), y de los homicidios que aportaron un 12,39% (591.444,36). Se ha registrado una tendencia a la disminución de 2,14% (102.319,55) muertes prematuras en las mujeres, con excepción de los trastornos mentales y del comportamiento y los eventos de intención no determinada que aumentaron en 17.961 y 4.820 AVPP respectivamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Igualmente, en nuestro territorio colombiano, de acuerdo con las cifras de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, se encontró una vinculación mayoritaria de la salud mental con la satisfacción de necesidades individuales, particularmente de tipo corporal y con una dimensión temporal en la inmediatez; también, el predominio de altos porcentajes de respuestas que desprenden un panorama positivo en este campo: autovaloración favorable de la salud mental propia; sentimiento común de felicidad; satisfacción en las relaciones con los demás (particularmente con las familiares, las de amigos y compañeros); buenas interacciones entre padres/cuidadores y sus niños; previsión cierta de apoyos de la familia; autopercepción deseable de las formas de ser e interactuar (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, 2015).

Estos resultados, similares a los de otras encuestas que han indagado sobre bienestar y felicidad en los colombianos, deben revisarse con precaución, pues contradicen otros aspectos indagados en el mismo componente de salud mental, como por ejemplo, la ausencia de figuras parentales (solo la mitad de los niños entre los 7 y 11 años vive con sus padres biológicos), y la disfuncionalidad familiar (leve a severa) que se presenta en por lo menos un tercio para todos los grupos de edad (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, 2015).

De igual manera, se evidencia una limitada participación en grupos (apenas lo hace un tercio en el mayor de los casos) y en actividades que benefician a la comunidad, poca confianza en los vecinos (lo hacen la mitad de las personas), alta variabilidad del apoyo social ante dificultades (especialmente en personas de 60 y más años), discriminación percibida hasta por un 1 de cada 4 personas de 45 a 59, y discriminación ejercida, particularmente frente a personas con problemas de adicción a drogas o alcohol (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, 2015).

En la misma línea, respecto a la habitualidad de diversas violencias, el 13,7 % de los niños entre 7 y 11 años, el 18,3 % de los jóvenes entre 12 y 18 años, y el 18,7 % de la población adulta entre 18 y 44 años, han sufrido desplazamiento forzado por algún tipo de violencia. El 7.7% de los adultos han sufrido cualquier tipo de violencia intrafamiliar, el 21,0% de los adultos reportaron algún tipo de violencia durante su infancia en el contexto escolar, y alrededor de un cuarto de los colombianos adultos, acepta la violencia como método de crianza.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 18 de 106

Desde la perspectiva de la cognición social, se es fácil reconocer la alegría y sorpresa, pero se evidencian dificultades para el reconocimiento de las emociones negativas como el miedo, el asco y la tristeza. Así mismo, con respecto a la empatía y sus diferentes expresiones, al menos la mitad reconoce que siente poca o nula tristeza frente a una persona herida, y 6 de cada 10 personas interpretan una acción accidental como intencional. Un hallazgo llamativo es que acciones incorrectas e incluso accidentales son merecedoras de castigo, que para todas las situaciones es acogido por un 40% de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, 2015).

Ahora bien, respecto a los trastornos mentales, en los últimos 12 meses, 1 de cada 20 a 25 niños tiene algún trastorno mental como ansiedad de separación, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo, trastorno oposicionista desafiante, déficit de atención e hiperactividad y trastorno de la conducta, que ameritan intervención oportuna de profesionales de la salud. En adolescentes, en los últimos 12 meses, 1 de cada 25 ha tenido algún trastorno mental como trastornos depresivos, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social. De los tres indicadores del proceso suicida, el más frecuente es la ideación suicida. Sin embargo, en adolescentes es menos frecuente el plan suicida que el intento suicida propiamente dicho, lo que permitiría sugerir el importante papel que juega la impulsividad y el paso al acto en la conducta suicida de esta población. En el caso de la población adulta, en los últimos 12 meses, 1 de cada 25 personas mayores de 18 años ha tenido un trastorno mental (trastornos depresivos, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social) (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, 2015).



1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER

1.1 UBICACIÓN

Norte de Santander está ubicado en la zona nororiental del país sobre la frontera con Venezuela. Hace parte de la Región Andina.

1.2 EXTENSIÓN

Tiene una superficie de 21.648 km² (que en términos de extensión es similar a la de El Salvador o Eslovenia)8 y una densidad de 66.8 hab/km. Limita al norte y al este con Venezuela, al sur con los departamentos de Boyacá y Santander, y al oeste con Santander y Cesar.

1.3 GEOGRAFÍA



Imagen 1. Mapa físico de Norte de Santander.

Norte de Santander tiene una geografía variada y está compuesta por serranías, páramos, mesetas, llanuras y cerros, con municipios de alturas muy variadas, esto lo hace inmensamente rico en paisajes y climas. A lo largo de su territorio lo recorren por ríos y lagunas. Está ubicado en la región nororiental de la República de Colombia sobre la cordillera oriental. Limita al norte y el oriente con la Venezuela, al sur con los departamentos de Boyacá y Santander, departamento con el que también limita al occidente, así como con el Cesar.

El Departamento está conformado por tres regiones naturales: la parte más quebrada está representada por la Cordillera Oriental, se inicia en el sitio conocido como Nudo de Santurbán y Páramo del Almorzadero, y luego se convierte en la Serranía de los Motilones. Por su parte, las llanuras del Río Catatumbo y del Río Zulia se ubican al noroeste y al sur está el valle del Río Magdalena. El sector de influencia del Río Catatumbo tiene temperaturas promedio de 24 °C con climas cálidos y húmedos, mientras que en la zona de Cúcuta, varía de seco a muy seco; y en el área montañosa, se presenta gran variedad de climas que van desde los templados hasta los muy fríos, inclusive inferiores a los 8 °C. Un rico sistema hidrográfico recorre el Departamento con tres cuencas de gran importancia: al norte la del río Catatumbo, al oeste la del Río Magdalena y al suroeste, la del Río Orinoco.

1.4 DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA

El departamento de Norte de Santander está dividido en 40 municipios, 108 corregimientos, 106 inspecciones de policía, así como numerosos caseríos y sitios poblados.

Administrativamente está dividido en 40 municipios, los cuales para efectos de planificación, dada las similitudes ambientales, culturales y económicas que los identifica y a sus relaciones urbano-regionales y urbano-rurales determinadas por la infraestructura vial y de servicios, se agrupan en 6 subregiones nominadas cardinalmente y que conservan en la cotidianidad de sus habitantes sus nombres históricos como provincia o regiones.

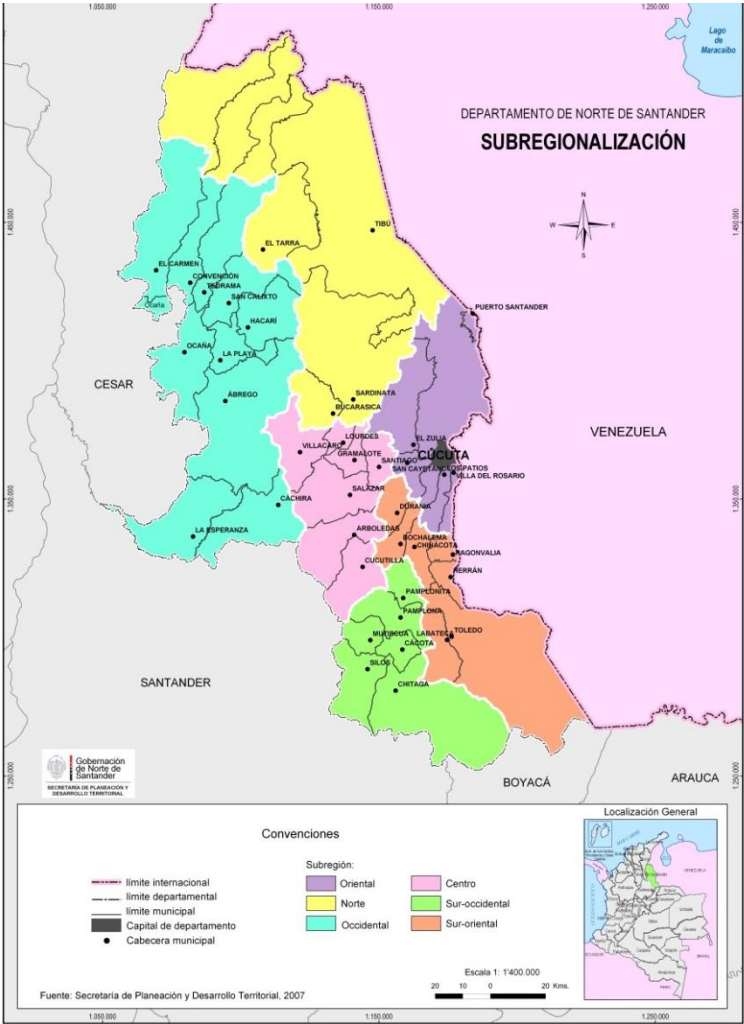


Imagen 2. Mapa de la división política Norte de Santander.



1.4.1 SUB-REGIONALIZACIÓN

El departamento, está dividido en 6 Sub regiones, según la Ordenanza No.15 del 18 de diciembre de 1991, mediante la cual se adoptó el Plan de Desarrollo “Revolución pacífica, y desarrollo sin fronteras para Norte de Santander”.

- Sub-región Oriental: Compuesta por los municipios de Cúcuta, Los Patios, Villa del Rosario, El Zulia, San Cayetano y Puerto Santander. Ocupa el 9.24% del territorio departamental. Cuenta con una población de 824.045 habitantes. Tiene como epicentro al municipio de Cúcuta. Esta región conforma el Área Metropolitana, que por sus expectativas con la Apertura Económica, se ha convertido en un polo de atracción poblacional, alcanzando una concentración del 62% del total del departamento.
- Sub-región Norte: La componen los municipios de Tibú, El Tarra, Bucarasica, Sardinata y la región norte de los municipios de Convención, El Carmen y Teorema. El epicentro es el municipio de Tibú. La región ocupa el 22.99% del territorio Departamental, cuenta con una población de 74.021 habitantes, la cual corresponde al 6% de la población Departamental. Allí se encuentran los territorios indígenas de las comunicaciones Motilón- Barí y grandes reservas forestales.
- Sub-región Occidental: La integran los municipios de Ocaña, San Calixto, Hacarí, La Playa, Abrego, Cachira y la Esperanza; además de la parte sur de los municipios del Carmen, Convención y Teorama. Tiene como epicentro al municipio de Ocaña. Cubre su territorio el 35.75% del departamento. Cuenta con 236.877 habitantes, la cual corresponde al 18% de la población del Departamento de Norte de Santander.
- Sub-región Centro: Está compuesta por los municipios de Salazar, Cucutilla, Gramalote, Arboledas, Santiago, Lourdes y Villa Caro. Actúa como epicentro de la subregión, el municipio de Salazar de las Palmas. Su extensión representa el 9.67% del departamento. Cuenta con una población de 43.097 habitantes, que corresponde al 3% de la población del Departamento de Norte de Santander.
- Sub-región Sur Occidental: Está conformada por los municipios de Pamplona, Pamplonita, Mutiscua, Silos, Chitagá y Cacota. El epicentro es la ciudad de Pamplona. Su extensión es de 10.59% del territorio departamental. Cuenta con una población de 81.969 habitantes, que corresponde al 6% de la población del Departamento de Norte de Santander.
- Sub-región Sur Oriental: Compuesta por los municipios de Toledo, Labateca, Herrán, Ragonvalia, Chinacota, Bochalema y Durania. Tiene como epicentro a la ciudad de Chinacota. Su extensión representa el 11,76% del departamento. Su población es de 60.768 habitantes, que corresponde al 5% de la población del Departamento de Norte de Santander. Se destaca esta subregión por sus relaciones cotidianas binacionales, por su ubicación fronteriza.



Tabla 1. Municipios y subregiones de Norte de Santander.

MUNICIPIOS		
SUBREGIONES		
O R I E N T A L	1 CÚCUTA	TOTAL 6 MUNICIPIOS
	2 EL ZULIA	
	3 LOS PATIOS	
	4 PUERTO SANTANDER	
	5 SAN CAYETANO	
	6 VILLA DEL ROSARIO	
N O R T E	7 BUCARASICA	TOTAL 4 MUNICIPIOS
	8 EL TARRA	
	9 SARDINATA	
	10 TIBÚ	
O C C I D E N T A L	11 ÁBREGO	TOTAL 10 MUNICIPIOS
	12 CÁCHIRA	
	13 CONVENCIÓN	
	14 EL CARMEN	
	15 HACARÍ	
	16 LA ESPERANZA	
	17 LA PLAYA	
	18 OCAÑA	
	19 SAN CALIXTO	
	20 TEORAMA	
C E N T R O	21 ARBOLEDAS	TOTAL 7 MUNICIPIOS
	22 CUCUTILLA	
	23 GRAMALOTE	
	24 LOURDES	
	25 SALAZAR	
	26 SANTIAGO	
	27 VILLACARO	
O C C I D E N T A L	28 CÁCOTA	TOTAL 6 MUNICIPIOS
	29 CHITAGÁ	
	30 MUTISCUA	
	31 PAMPLONA	
	32 PAMPLONITA	
	33 SILOS	
O R I E N T A L	34 BOCHALEMA	TOTAL 7 MUNICIPIOS
	35 CHINÁCOTA	
	36 DURANIA	
	37 HERRÁN	
	38 LABATECA	
	39 RAGONVALIA	
	40 TOLEDO	
TOTAL		40

FUENTE: Secretaría Planeación y Desarrollo Territorial



1.5 POBLACIÓN GENERAL

El departamento Norte de Santander a 2017 tiene una población de 1.379.533 habitantes, según proyecciones DANE 2005. A nivel nacional ocupa el puesto 13 de los 32 departamentos de Colombia y representa el 2,9 % de la población total del país.

SUBREGION		MUNICIPIO	0-4	5 a 14	15-44	45-64	65 años y más	Total
ORIENTAL	1	CÚCUTA	56062	114832	312068	130761	48950	662673
	2	EL ZULIA	2492	4659	10891	3933	1413	23388
	3	LOS PATIOS	6281	12976	36785	16624	5743	78409
	4	PUERTO SANTANDER	961	1992	5181	1878	578	10590
	5	SAN CAYETANO	583	1113	2457	1074	422	5649
	6	VILLA DEL ROSARIO	8226	16504	44349	17844	5738	92661
		SUBTOTAL	74605	152076	411731	172114	62844	873370
NORTE	7	BUCARASICA	484	913	2127	764	278	4566
	8	EL TARRA	1465	2496	5269	1264	508	11002
	9	SARDINATA	2775	4943	9957	3526	1407	22608
	10	TIBÚ	4792	8467	16689	5053	1906	36907
		SUBTOTAL	9516	16819	34042	10607	4099	75083
OCCIDENTAL	11	ÁBREGO	4262	7743	16061	7285	3382	38733
	12	CÁCHIRA	1237	2173	4615	2022	1003	11050
	13	CONVENCIÓN	1314	2498	5523	2490	1205	13030
	14	EL CARMEN	1510	2822	5713	2298	1232	13575
	15	HACARÍ	1475	2424	5065	1333	493	10790
	16	LA ESPERANZA	1596	2840	5534	1639	631	12240
	17	LA PLAYA	790	1517	3318	1863	1071	8559
	18	OCAÑA	8628	18204	44520	19954	8435	99741
	19	SAN CALIXTO	1837	3224	6275	1724	693	13753
	20	TEORAMA	3014	5393	10110	2838	1083	22438
		SUBTOTAL	25663	48838	106734	43446	19228	243909
CENTRO	21	ARBOLEDAS	957	1659	3895	1648	799	8958
	22	CUCUTILLA	869	1641	3605	1110	334	7559
	23	GRAMALOTE	545	1004	2425	982	486	5442
	24	LOURDES	350	625	1495	635	255	3360
	25	SALAZAR	937	1651	3883	1607	822	8900
	26	SANTIAGO	286	527	1270	515	255	2853
	27	VILLACARO	601	1135	2259	857	364	5216
		SUBTOTAL	4545	8242	18832	7354	3315	42288
SUROCCIDENTAL	28	CÁCOTA	182	336	751	375	175	1819
	29	CHITAGÁ	1066	1973	4692	1781	897	10409
	30	MUTISCUA	343	676	1652	721	335	3727
	31	PAMPLONA	4095	9295	29802	10987	4021	58200
	32	PAMPLONITA	475	884	2097	1015	487	4958
	33	SILOS	445	826	1911	736	367	4285
		SUBTOTAL	6606	13990	40905	15615	6282	83398
SURIEN-TAL	34	BOCHALEMA	698	1270	3060	1423	609	7060
	35	CHINÁCOTA	1604	2985	7047	3412	1638	16686
	36	DURANIA	330	678	1522	794	382	3706
	37	HERRÁN	269	635	1721	911	424	3960
	38	LABATECA	616	1131	2760	1026	353	5886
	39	RAGONVALIA	555	1128	3074	1481	664	6902
	40	TOLEDO	1726	3193	7425	3318	1623	17285
		SUTOTAL	5798	11020	26609	12365	5693	61485
TOTAL			126733	250985	638853	261501	101461	1379533

Tabla 2. Población Estimada 2017 por Edades subregiones
Fuente Secretaría Planeación y Desarrollo Territorial

La subregión Oriental es la que presenta una mayor concentración de población con un 63% del total del departamento, le siguen la subregión occidental con 243.909 que representan el 17.5%; la suroccidental con 83.398 que corresponde al 6.0%; la subregión norte con 75.003 equivalente al 5.3% del total; la suroriental con 61.485 correspondiente al 4.4% y la subregión centro con 42.288 que representa el 3.0% del total de la población del departamento.

El departamento presenta un índice de concentración de población en sus cabeceras municipales de 79.2%, especialmente en Cúcuta, Los Patios, Villa del Rosario, Pamplona y Puerto Santander. En la participación por sexos continúa el predominio de la población femenina con un 50,6% frente al 49.4% de la masculina.



1.6 INFRAESTRUCTURA BÁSICA

1.6.1 VÍAS

Las posibilidades de conectividad del Norte de Santander con el mundo son múltiples: primero, tenemos una salida natural al Lago de Maracaibo y por él, al mar Caribe; segundo, la ubicación de nuestra capital sobre la carretera Panamericana (el sistema vial más importante de Suramérica que recorre el continente de norte a sur) nos conecta hacia el nororiente, con el interior de Venezuela y hacia el suroccidente, con el interior de Colombia y varios países de América Latina; y tercero, la posibilidad de atravesar la Cordillera Oriental en diversos puntos nos permite actualmente conectarnos con el río Magdalena y los Llanos Orientales.

La conexión terrestre del Norte de Santander con el interior del País y con la vecina República Bolivariana de Venezuela descansa en los ejes primarios Cúcuta – Sardinata – Ocaña y Cúcuta – Pamplona – Cuesta Boba, con sus extensiones desde Pamplona hasta Chitagá y Presidente pasando por el punto conocido como La Lejía y desde allí hasta Saravena en el departamento de Arauca. El primer eje señalado, permite la comunicación con la línea fronteriza de algunos municipios ubicados del noroccidente del Departamento y facilita la conexión de Cúcuta y todo el corredor fronterizo colombo-venezolano con la zona de la costa norte colombiana al empalmar con la vía Bucaramanga – Fundación a través del trayecto Ocaña – Aguachica en el departamento del Cesar, siendo ésta en el momento, la única opción de salida de nuestro carbón a los puertos marítimos para su posterior exportación a los mercados internacionales. De igual manera, ésta situación permite el acceso de productos de esa región de Colombia hacia el mercado venezolano. La vía Cuesta Boba - Pamplona – Cúcuta permite la comunicación con el cordón fronterizo del centro, suroccidente y suroriente del Departamento. Esta ha sido la única vía de conexión de la zona de frontera del departamento con el centro del País, bien por el corredor Cúcuta - Pamplona – Bucaramanga – Tunja – Bogotá, o bien por Cúcuta – Pamplona - Chitagá -Málaga – Duitama – Bogotá.

1.6.2 TRANSPORTE

En el departamento se encuentra un aeropuerto de carácter nacional, el Aeropuerto Aguas Claras en Ocaña y otro de carácter internacional; Aeropuerto Internacional Camilo Daza en Cúcuta, teniendo de igual manera varios aeropuertos de carácter regional.

1.6.3 VIVIENDA

En el Departamento los ciudadanos prefieren vivir en casas (89,8%), luego en apartamentos (6,0%) y por último en habitaciones (4,2%).

1.6.3.1 Tipo de construcción Material de las paredes:

En Colombia el 85% de las viviendas tiene paredes de bloque o ladrillo, material que es predominante en las construcciones urbanas. A nivel nacional el 6% de los hogares tienen paredes de madera burda.

1.6.3.2 Material de los pisos:

A nivel nacional los dos materiales más usados en la construcción de los pisos son cemento (38%) y baldosa 50%.



HACARI	1475	2424	5065	1333	493	10790
HERRÁN	269	635	1721	911	424	3960
LABATECA	616	1131	2760	1026	353	5886
LA ESPERANZA	1596	2840	5534	1639	631	12240
LA PLAYA	790	1517	3318	1863	1071	8559
LOS PATIOS	6281	12976	36785	16624	5743	78409
LOURDES	350	625	1495	635	255	3360
MUTISCUA	343	676	1652	721	335	3727
OCAÑA	8628	18204	30592	19954	8194	99741
PAMPLONA	4095	9295	29802	10987	4021	58200
PAMPLONITA	475	884	2097	1015	487	4958
PUERTO SANTANDER	961	1992	6202	1878	578	10590
RAGONVALIA	555	1128	3074	1481	664	6902
SALAZAR	937	1651	3883	1607	822	8900
SAN CALIXTO	1837	3224	6275	1724	693	13753
SAN CAYETANO	583	1113	2457	1074	422	5649
SANTIAGO	286	527	1270	515	255	2853
SARDINATA	2775	4943	9957	3526	1407	20608
SILOS	453	429	1942	745	369	4285
TEORAMA	3014	5393	10110	2838	1083	22438
TIBU	4792	8467	16689	5053	1906	36907
TOLEDO	1726	3193	7425	3318	1623	17285
VILLA CARO	601	1135	2259	857	364	5216
VILLA DEL ROSARIO	8226	16504	44349	17844	5738	92661
TOTAL	126741	250588	625333	261510	101222	1379533

Tabla 3. Población Estimada 2017 por Edades
Fuente DANE 2017 – Proyecciones de Población

MUNICIPIO	POBLACIÓN TOTAL	HOMBRES	MUJERES
CÚCUTA	662.673	320.485	342.188
ABREGO	38.733	19.417	19.316
ARBOLEDAS	8.958	4.817	4.141
BOCHALEMA	7.060	3.617	3.443
BUCARASICA	4.566	2.342	2.224
CACOTA	1.819	945	874
CACHIRA	11.050	5.823	5.227
CHINACOTA	16.686	8.670	8.016
CHITAGÁ	10.409	5.351	5.058
CONVENCIÓN	13.030	6.847	6.183
CUCUTILLA	7.559	3.859	3.700
DURANIA	3.706	2.011	1.695
EL CARMEN	13.575	7.116	6.459
EL TARRA	11.002	5.808	5.194
EL ZULIA	23.388	11.967	11.421
GRAMALOTE	5.442	2.952	2.490
HACARI	10.790	5.698	5.092
HERRÁN	3.960	2.067	1.893



LABATECA	5.886	3.170	2.716
LA ESPERANZA	12.240	6.553	5.687
LA PLAYA	8.559	4.389	4.170
LOS PATIOS	78.409	37.651	40.758
LOURDES	3.360	1.772	1.588
MUTISCUA	3.727	1.952	1.775
OCAÑA	99.741	49.210	50.531
PAMPLONA	58.200	28.206	29.994
PAMPLONITA	4.958	2.576	2.382
PUERTO SANTANDER	10.590	5.358	5.232
RAGONVALIA	6.902	3.493	3.409
SALAZAR	8.900	4.678	4.222
SAN CALIXTO	13.753	7.316	6.437
SAN CAYETANO	5.649	2.822	2.827
SANTIAGO	2.853	1.547	1.306
SARDINATA	22.608	12.150	10.458
SILOS	4.285	2.205	2.080
TEORAMA	22.438	11.749	10.689
TIBU	36.907	19.367	17.540
TOLEDO	17.285	8.901	8.384
VILLA CARO	5.216	2.704	2.512
VILLA DEL ROSARIO	92.661	45.844	46.817
TOTAL	1.379.533	683.405	696.128

Tabla 4. Población Estimada 2017 por Sexo.
Fuente DANE 2017 – Proyecciones de Población

1.8 POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO

Contexto histórico y actual del conflicto armado en el municipio Conflicto armado en Tibú Grupos al margen de la Ley FARC – EPL – ELN – PELUSOS – BACRIM – RASTROJOS. Desde comienzos de los años 80 en todo el departamento de Norte de Santander se asentaron los diferentes actores armados que participaban en el conflicto armado interno colombiano.

El primer grupo en llegar fue el ELN que en el año de 1983, desde el departamento de Santander, inicia un proceso de expansión hacia los departamentos del Cesar y Norte de Santander haciendo una fuerte presencia con el desdoblamiento de los frentes Camilo Torres y Domingo Laín, que más tarde se convirtieron en el Frente de Guerra Nororiental cuyo frente de operaciones fue este departamento. Su influencia en la región y principalmente en Cúcuta declinó entre 1999 y 2001 con la llegada de los grupos paramilitares. Aunque hoy la historia pareciera relacionar el pasado violento que sufrió Norte de Santander y únicamente con el accionar de los grupos de autodefensas que operaron en esta zona del país, es válido recordar que el ELN y FARC tiene una alta cuota de responsabilidad en el derramamiento de sangre del que fueron víctimas cientos de familias. Tal y como quedó registrado en el libro Frontera Caliente, Memoria Histórica, que recoge una investigación de la Fundación Arco Iris sobre la dinámica del conflicto en la zona limítrofe entre Colombia y Venezuela, antes de que los paramilitares hicieran su arribo a Cúcuta. No podemos dejar a un lado la situación de violencia generada en el municipio de Cúcuta por ser zona fronteriza, durante muchos años Cúcuta es considerada la frontera más dinámica de Suramérica ya que por su movimiento de masas es generadora de altos índices de contrabando que se genera por ser libre de transitar de un país a otro, esto ha ocasionado el surgimiento de grupos armados ilegales los cuales han sembrado el terror en la población fronteriza por medio de vacunas, extorciones, secuestros y homicidios con el objeto de reinar en dicho territorio. Sometiendo a la población cumplir sus normas. Cúcuta es una ciudad donde su mayoría de habitantes viven del contrabando ya que no existe industria



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 28 de 106

para generar empleos y las que habían se los han llevado fuera de la ciudad incidiendo en que Cúcuta sea una ciudad con mucho desempleo, delincuencia y trabajo informal. En la actualidad Cúcuta es receptora de personas provenientes del vecino país de Venezuela que ingresan a la ciudad sin ninguna restricción y algunos de estas personas han llegado a cometer actos de violencia como hurtos, homicidios y tráfico de drogas.

El 23 de junio pasado, la historia reciente del país se partió en dos. Ese día, en un hecho histórico que fue seguido por millones de colombianos, el presidente Juan Manuel Santos y el máximo comandante de las FARC, Rodrigo Londoño Echeverri (Timochenko), firmaron un cese al fuego bilateral en La Habana (Cuba), el último paso para la firma de un acuerdo de paz definitivo entre el Estado y esa guerrilla. Sin embargo, en Norte de Santander, y su área Metropolitana la salida de las FARC del escenario del conflicto supone apenas la partida de uno de los actores que a diario intervienen en la guerra que se vive en el departamento, donde convergen, además de las FARC, la guerrilla del ELN y las bandas criminales (BACRIM) Los Pelusos (antiguo EPL), Los Rastrojos, Los Urabeños (ahora Clan del Golfo) y una disidencia de esta última. Según fuentes de Inteligencia, sin las FARC, en Norte de Santander seguirían en armas 924 personas, repartidas así: ELN (428), Los Pelusos (152), Los Rastrojos (70), Los Urabeños (98), Disidencia de Los Urabeños (55) y 121 de las milicias urbanas del ELN es el que queda con mayor poder. Si se trazara una línea horizontal sobre el mapa de Norte de Santander, partiendo desde Cúcuta hasta la frontera con el Cesar por el occidente, se podría ver que hacia el norte del departamento, especialmente en la zona del Catatumbo, es donde se concentran todos los grupos armados que intervienen en la guerra que se libra en la región.

No obstante, es el ELN el único de estos actores que logra hacer presencia por debajo de esa línea imaginaria, en los municipios de Toledo y Chitagá. Con esta ‘excepción’, la guerra en Norte de Santander se desarrolla principalmente en torno a los cultivos de coca. Y estos están en el Catatumbo. Por eso, la guerrilla del ELN, ante la salida de las FARC del negocio del narcotráfico, pasará a ocupar los espacios que esta mantenía y a consolidarse como el principal grupo armado de la región. Para ello, reforzará el accionar del Frente de Guerra Nororiental, uno de los 6 frentes de guerra que conforman al ELN en el país, y que hace presencia en su gran mayoría sobre la región del Catatumbo, Cúcuta y su zona Metropolitana. En Toledo y Chitagá, el frente Efraín Pabón Pabón, estructura perteneciente al frente de guerra Oriental, que hace presencia en Arauca, Boyacá y Casanare, se encarga de controlar la zona, principalmente por la presencia del oleoducto Caño Limón Coveñas, blanco de sus constantes ataques.

Según las autoridades, el Frente de Guerra Nororiental está conformado por 7 frentes y 4 compañías, con un aproximado de 428 guerrilleros que se encuentran al mando de ‘Alfred’, un escurridizo guerrillero sobre el que se adelantan incesantes operaciones para dar con su paradero. Además de estos 428 hombres armados, el ELN también tiene una fuerte presencia en las goteras de Cúcuta y su área metropolitana, donde se han podido identificar 121 milicianos pertenecientes al frente Germán Velasco Villamizar. A este frente se le atribuye la explosión ocurrida en el parque Lineal de Cúcuta, el pasado 10 de febrero, que dejó 8 policías heridos. Este año, las autoridades han contabilizado 47 acciones armadas del ELN, delas cuales 31 han sido contra la fuerza pública. De este total, 15 han ocurrido en Tibú, 7 en Teorama, 6 en El Tarra, 3 en Ocaña, 3 en San Calixto, 3 en El Carmen, 3 en Convención, 2 en Bucarasica, 2 en Hacari, 1 en la Playa, 1 en Sardinata y 1 en Toledo. Las 31 acciones contra la fuerza pública han dejado 8 muertos (2 policías y 6 militares) y 13 heridos (7 policías y 6 militares). Los Pelusos y el poder del narcotráfico. De Los Pelusos, que operan bajo el mando de Guillermo León Aguirre, alias David León, y Jader Navarro Barbosa, ‘Caracho’, reemplazante de Megateo (Víctor Ramón Navarro Serrano) en esta estructura criminal, se sabe que en los últimos años han establecido una relación muy cercana con el Frente Nororiental de la guerrilla del ELN y el Bloque Magdalena Medio de las FARC. Esta banda criminal, como es tratada ahora por el gobierno nacional, está conformada por 152 hombres aproximadamente, repartidos de manera estratégica en los 11 municipios del Catatumbo. Además de David León y Caracho, que es el encargado de las finanzas, operan bajo el mando de alias Pedro (ideólogo político), alias Mauricio Pácora (líder militar), y Jesús Lubin Serrano, ‘El Grillo’ (líder de comisión). Para las autoridades, esta banda está dedicada en su totalidad al negocio del narcotráfico, lo que ha desencadenado una serie de ataques contra la población civil, entre homicidios y amenazas. En lo corrido del presente año,



Los Pelusos han cometido 26 acciones armadas, de las cuales 13 han sido contra la fuerza pública y 13 contra civiles.

Las 26 acciones han sido en San Calixto (6), Teorama (6), Tibú (3), Hacari (2), Sardinata (2), Ábrego (1), Bucarasica (1), Convención (1), El Carmen (1), El Tarra (1), La Playa (1) y Ocaña (1). En estos ataques han muerto 4 policías y 5 militares; 6 más han resultado lesionados (1 policía y 5 militares). Los Pelusos han atacado a la Policía en Convención, El Carmen, Sardinata, San Calixto, Teorama, Ábrego y Hacari. Bandas criminales, el azote de Cúcuta y su área metropolitana. Si bien las FARC no tienen presencia armada en la capital del departamento ni los municipios que le rodean, sí existe un temor muy grande porque algunos de los hombres que dejan las armas en esta guerrilla pasan a engrosar las filas de las bandas criminales que desde el 2004 se han tomado a sangre y fuego la ciudad y su área metropolitana. En Puerto Santander, bastión de Los Rastrojos y único municipio en el que aún hace presencia esta banda criminal, se estima que hay 70 integrantes armados dedicados a la extorsión, el contrabando y, principalmente, al narcotráfico.

En los últimos años, esta banda se ha enfrentado con Los Urabeños, ahora llamados Clan del Golfo, por el control de la franja fronteriza que va desde la redoma de la cárcel de Cúcuta hasta Puerto Santander, zona por la que a diario los contrabandistas mueven mercancía traída del vecino país a través de las 46 trochas que las autoridades han podido identificar en la zona, y por la que deben pagar una cuota a las BACRIM. Los Urabeños, las BACRIM más fuerte en Cúcuta y su área metropolitana, tienen en la actualidad 98 integrantes armados que controlan el andamiaje criminal de la ciudad, incluidos los homicidios por encargo, las extorsiones, el microtráfico y el contrabando, entre otros delitos. Sus cabecillas, que en promedio duran 4 meses antes de ser capturados por las autoridades, entraron en conflicto desde hace dos años, dando origen a una disidencia que, con 55 integrantes, hace presencia principalmente en Villa del Rosario y los corregimientos de Juan Frío y La Parada de este municipio.

Esta disidencia, al mando de Eleazar Villamizar Botía, alias El Gringo (capturado), es la responsable de la mayoría de los homicidios registrados en el municipio histórico y que este año ya suman 8. El Gringo, gramolero nacido el 9 de enero de 1977, fue el que en el 2014 decidió abrirse del Clan Úsuga y montar su propia franquicia criminal en la región, llevándose consigo a varios de los hombres que hasta ese entonces integraban dicha banda y enfrentándose a muerte a alias Cristian, máximo comandante de esa BACRIM por esos días. A su disidencia, llamada 'Integración Colombia', quiso promocionarla como una organización político-militar que llegaba a la región para luchar en contra de las otras bandas criminales y grupos guerrilleros, aduciendo tener como su principal objetivo la protección de los campesinos, las víctimas del conflicto y los comerciantes de la zona. Con su BACRIM, El Gringo se erigió como el cabecilla de las disidencias del Clan Úsuga en Cúcuta, los municipios venezolanos de Ureña y San Antonio, y los pasos fronterizos ilegales de El Escobal y Villa del Rosario. Lideraba las finanzas de su estructura obtenidas a través de extorsiones a comerciantes, contrabandistas y narcotraficantes. En la investigación que las autoridades iniciaron en su contra, se le señaló de ser el determinador del ataque ejecutado contra la Policía por esa estructura en julio del 2014 en la vereda La Javilla del corregimiento Aguaclara (Cúcuta), donde resultaron muertos dos uniformados, entre ellos el comandante de la subestación de esa localidad, y otros dos quedaron heridos con arma de fuego. En el prontuario criminal de El Gringo llama la atención que, a pesar de haber sido capturado varias veces, siga como si nada delinquiendo en las calles de la ciudad. Algunas de sus capturas han sido 20 de junio de 2008: Capturado en Tuluá (Valle del Cauca) por el delito de concierto para delinquir 19 de diciembre de 2011: Capturado en Cúcuta por el delito de concierto para delinquir y tráfico de estupefacientes 3 de febrero de 2012: Capturado por el delito de concierto para delinquir 7 de noviembre de 2013: Capturado en Cúcuta por el delito de extorsión 10 de noviembre de 2015: Capturado en Cúcuta por el delito de concierto para delinquir agravado.

La firma de los acuerdos de Paz permitió reducir los efectos negativos del conflicto armado en el Departamento Norte de Santander donde se habían registrado (237134), personas en situación de desplazamiento a diciembre de 2015 Según datos de RNI, de las cuales el 50.76% son mujeres, el 24.2% de la población desplazada es menor de 15 años y el 4.2% es población adulta de 65 o más años, ello facilitó el regreso de las personas en condición de desplazamiento



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 30 de 106

nuevamente a sus hogares donde el 71.6 % de población en edad productiva pudo participar en el desarrollo económico de sus regiones lo cual incide directamente en la capacidad adquisitiva y el sostenimiento de los hogares de los cuales son responsables, , laal no existir ya la principal causa de desplazamiento en el departamento se implementaron con la fuerza pública y las autoridades locales y regionales controles para cultivos ilegales reduciendo la producción , comercialización y consumo de SPA en los municipios receptores la población desplazada un porcentaje de ellos decidió quedarse donde se plantearon programas de readaptación laboral para facilitar la convivencia y el desarrollo personal y comunitario principalmente en Cúcuta y su área metropolitana, Tibú, Ocaña, San Calixto y Teorama.

Esta situación, genera mayor demanda de servicios para brindar unaatención integral en: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, recreación a la población víctima del conflicto armado o desplazada por las complicadas relaciones comerciales y diplomáticas con la República Bolivariana de Venezuela. Dadas las anteriores consideraciones se puede concluir que en lo relacionado con la salud, se debe incrementar la atención PSICOSOCIAL de acuerdo a la caracterización de las personas en el marco del PAPSIVI, obviamente las afectaciones en salud mental y las enfermedades del sistema digestivo ydel sistema genitourinario redujeron su impacto en esta población al igual que la discapacidad y las enfermedades del sistema nervioso, la auto sostenibilidad económica en las personas víctimas del conflicto armado permitió mejorarla capacidad del Estado en cuanto a su capacidad de respuesta técnica y económica para satisfacer estas demandas la aplicación de la normatividad vigente (ley 1448 y sus decretos reglamentarios), el fortalecimiento de los comités territoriales de justicia transicional representativos a nivel territorial, las acciones acogidas por lasONG que velan por los derechos de las víctimas genero cambios para el país, la acciones del Sistema Nacional de Reparación Integral a las Víctimas (SNARIV)y el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral PAPSIVI cumplieron su cometido con las personas víctimas del conflicto armado y su entorno familiar y social.

En el Departamento de Norte de Santander, se han priorizado los municipios de Cúcuta y de Tibú para la implementación y ejecución del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado – PAPSIVI, en la V FASE para la vigencia 2017 y de acuerdo a la Resolución No. 0907 de 28 de marzo de 2017 se presenta el siguiente análisis de contexto. En Norte de Santander, la presencia simultánea de una histórica ausencia del Estado Nacional en muchas zonas rurales, como el Catatumbo, la ubicación del departamento como zona de frontera con las consecuencias en materia de movilidad humana y tráficos ilegales, el desvanecimiento de la pujanza comercial que históricamente ha caracterizado a la región, y en consecuencia la emergencia de economías ilegales e institucionalidades, políticas paralelas, se convierten en los factores que explican la persistente situación del conflicto armado y de emergencia humanitaria que caracteriza a Norte de Santander desde fines de la década de los ochenta del siglo pasado. Sin duda alguna, el conflicto hace parte de la cotidianidad de muchas de las personas que conforman el tejido social de la región y a quienes se les han generado graves violaciones en sus derechos humanos e infracciones al derecho internacional humanitario, situación que constituye un reto ineludible, en razón a la necesidad de conocer el contexto real de la dinámica del conflicto armado para mitigar los efectos psicosociales de la población víctima.

1.8.1 POBLACIÓN ADULTA MAYOR

El Departamento Norte de Santander cuenta con 141.057 personas mayores de 60 años, grupo poblacional que en el período 2005 – 2015 registra tendencia en aumento, de los cuales 65.383 son hombres que corresponde al 46,35% y 75.674 mujeres correspondiente al 53,65% del total de la población, predominando la población femenina. Esta situación refleja en el índice de envejecimiento para el 2015 se proyecta un crecimiento de la población mayor en un 3.51% y del 3.76% para el 2020 (Fuente: DANE- Estimaciones conciliación censal 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020). En el Departamento Norte de Santander y el país, el envejecimiento demográfico se debe en gran parte al desarrollo científico y tecnológico, al mejoramiento del saneamiento básico de las condiciones de salud de la población, que se evidencian en aumentos importantes en la esperanza de vida al nacer y por ende en la sobrevivencia de la población mayor de 60 años. Es así como para el periodo, comprendido entre el 2010 y el 2015 es de 75 años para ambos sexos,



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 31 de 106

siendo para los hombres de 72.1 años y para las mujeres de 78.5. Igualmente el índice de dependencia es de 17.76%; la proporción de la población mayor de 60 años para el año 2015 es del 10.40%. Se ha diseñado conjuntamente con las EAPB, ESES e IPS un modelo de atención integral al anciano ello permitió reducir las tres primeras causas de morbilidad y mortalidad que más afectan la población adulta en condiciones transmisibles y nutricionales, enfermedades no transmisibles y con respecto a las tres primeras causas de mortalidad que se tienen son la enfermedad isquémica del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y enfermedades cerebro vasculares Fuente: DANE: REGISTRO DE ESTADÍSTICAS VITALES – ASIS IDS.

En el Departamento se han trabajado estrategias que promuevan programas de vinculación a fondos de pensiones estatales o privados a fin de aumentar el porcentaje de población adulta mayor que accede a pensión, la necesidad de continuar laborando pese a haber cumplido la edad ya no enfrenta al adulto mayor a la exclusión laboral y social en esta etapa de la vida, por tanto se hace evidente que los procesos de inclusión y envejecimiento activo han disminuido las vulnerabilidades de este grupo poblacional. En el Departamento ha promovido la creación de entidades que actividades de atención en salud a personas mayores, con aumento de la capacidad para atender a la población que lo requiere; no obstante se cuenta con la política de adulto mayor que comprende atención integral, la cual posibilita que esta población envejezca de manera satisfactoria y digna al interior de sus hogares y las familias y que en lo relativo al cuidado, asistencia e integración social, se apoyen con instituciones que brinden servicios especializados en envejecimiento y vejez, a su vez el Departamento ha desarrollado una política de inclusión a personas con discapacidad las cuales han sido georreferenciadas según el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad del DANE aumentando el registro de personas en situación de discapacidad con algún tipo de alteración permanente, de las cuales el 50.2% corresponde a hombres y el 49.7% a mujeres.

La alteración permanente más representativa es aquella relacionada con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (43.8%), seguida por alteraciones del sistema nervioso (40.1%) y la ceguera parcial o total (40.6%). La mayoría de los casos corresponden a población perteneciente a los estratos uno y dos, principalmente con ningún nivel educativo o apenas con algún grado de primaria. El 45% de las personas con discapacidad en el Departamento se han abierto programas de participación en actividades de tiempo libre con la familia y de tipo comunal y se aumenta la participación en algún tipo de organización. El 63% de los hombres y el 71% de las mujeres con discapacidad requieren ayuda para sus actividades de la vida diaria, el tratamiento social, económicas y arquitectónicas y de mobiliario urbano de las barreras actitudinales, de información y comunicación, urbanísticas, de transporte y servicios de educación, salud, laboral que aseguren la calidad y disponibilidad de estos a fin de potenciar la capacidad creadora, artística e intelectual y que esta población pueda exhibir el desarrollo de su potencial.

1.8.2 POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

Dado que existe la política pública en discapacidad con excelente aplicación en el territorio se mejoraron las condiciones de calidad de vida, la existencia del Pos que cubre la atención de habilitación y rehabilitación, la estrategia de Rehabilitación< Basada en Comunidad como proceso intersectorial de desarrollo local inclusivo y los comités municipales de discapacidad. La sociedad debe estar preparada para atender la diversidad y permitir la existencia de las condiciones culturales, académicas para que la persona con discapacidad PcD tenga accesibilidad y participación en el crecimiento económico, socio político de la región.

Es importante aclarar que los comités de discapacidad, son ahora liderados por las secretarías de gobierno para los niveles departamentales y municipales.



1.8.3. ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ:

El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos, es un proceso de cambios biológicos y psicológicos de los individuos.
La vejez constituye un proceso heterogéneo donde se acumulan necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas.

Algunas personas mayores por falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria (comer, caminar, asearse, vestirse, bañarse, ir al baño) y/o instrumentales (usar el teléfono, comprar, preparar la comida, tareas domésticas, utilizar transporte, tomar sus medicamentos, administrar dinero, salir a la calle). De acuerdo a la estimación de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 del DANE, existen en el departamento a 2015, un total de 141.057 adultos mayores de 60 años, de los cuales 65383 son hombres que corresponde al 46,35% y 75674 son mujeres, correspondientes al 53,65% del total de la población, predominando la población femenina. En el siguiente cuadro se puede evaluar el incremento de la población adulto mayor en el Departamento de Norte de Santander por quinquenio desde 1985 hasta el 2015 y año a año desde cuatrienio 2012 al 2015, observándose que dicha variación a partir de 2014 es de más de 4000 personas por anualidad.

Tabla 5. Estimaciones de Población y Proyecciones-2005-2020 DANE.

Rangos de Edad	Años							
	1985	2000	2005	2010	2012	2013	2014	2015
60-64	23.094	29.030	30.901	37.745	40.871	42.442	44.091	45.839
65-69	18.415	22.963	26.369	28.205	30.335	31.679	33.076	34.484
70-74	12.252	18.164	19.755	22.805	22.779	23.040	23.590	24.382
75-79	7.909	13.668	14.582	15.776	17.210	17.741	18.037	18.127
80 Y MÁS	6.012	12.250	14.819	16.676	17.290	17.591	17.901	18.225
Total	67.682	96.075	106.426	121.207	128.485	132.493	136.695	141.057

Tabla 6. Problemáticas identificadas según Subregión en el Departamento norte de Santander (fuente plan de desarrollo 2016-2019)



SUBREGION	PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA
<u>Oriental:</u> Cúcuta, El Zulia, San Cayetano, Puerto Santander, Villa del Rosario, Los Patios	Abandono, pobreza, dificultades de acceso a servicios de salud, bajas oportunidades de acceder a vivienda digna, baja calidad de vida, falta de incentivos u oportunidades de generación de ingresos, escases de ayudas técnicas, como bastones, sillas de ruedas, muletas, prótesis, lentes.
<u>Centro:</u> Cucutilla, Gramalote, Lourdes, Salazar de las palmas, Santiago y Villacaro.	Cultura de asistencialismo, bajo nivel de responsabilidad familiar para el cuidado del adulto mayor, afectaciones de salud y pérdida de la capacidad productiva de los adultos mayores
<u>Norte:</u> Bucarasica, El Tarra, Sardinata y Tibú	Baja Cobertura de los programas de atención al adulto mayor, analfabetismo/ bajo nivel de escolaridad
<u>Sub -oriente:</u> Bochalema, Chinacota, Durania, Herrán, Labateca, Ragonvalia, Toledo	Baja infraestructura para el cuidado del adulto mayor, desconocimiento de los derechos y deberes de los adultos mayores
<u>Occidente:</u> Ábrego, Cáchira, Convención, El Carmen, La Esperanza, Hacari, La Playa de Belén y Ocaña	Pobreza, discriminación, inexistencia de Unidad geriátrica, inexistencia de centros vida en algunos municipios, Baja continuidad de los programas sociales en los municipios, Inexistencia de Políticas públicas de atención y protección al adulto mayor en los municipios
<u>Sur-occidente:</u> Chitagá, Pamplona, Mutiscua, Cácuta, Pamplonita y Silos	Abandono, pobreza y baja calidad de vida, deficiencia en los programas nutricionales, recreativos y culturales

Entre las principales causas identificadas que inciden en dichos problemas enunciados anteriormente, se pueden destacar a nivel general:

- Debilidad en la aplicación de enfoques diferenciales, los cuales particularizan las necesidades de adultos mayores víctimas, en condición de discapacidad o del sector rural.
 - Desconocimiento de los derechos de los adultos mayores
 - Falta de cultura ciudadana con el adulto mayor
 - No hay espacios apropiados, falta más asociatividad.
 - Falta de organización, capacitación y atención al adulto mayor a nivel municipal, sobre todo en la parte lúdico, recreativa y manejo del tiempo libre
 - Falta de programas de Centro Día a nivel municipal, especialmente en las zonas rurales
 - No existen en algunos municipios estrategias para convocatoria de adultos mayores
 - No hay aprovechamiento de oportunidades y no se socializan los programas existentes, que unido a la deficiente planificación de los mismos incide en la vulneración de los derechos de las personas mayores.
 - Abandono de las familias y deficientes espacios de participación
 - Ausencia de espacios orientados para compartir, expresar y contribuir al desarrollo de los adultos mayores.
 - Apatía a pertenecer a un programa porque sienten que no tienen las oportunidades suficientes y les falta motivación para participar
 - Analfabetismo, y bajo nivel escolar
 - Imagen errónea del adulto mayor desde la familia y comunidad
 - Falta de solidaridad y comprensión para con el adulto mayor
 - Desconocimiento de las políticas públicas
 - Falta de acompañamiento a los hogares de adulto mayor, ya que en muchos casos los adultos mayores no son tenidos en cuenta en actividades lúdicas y comunitarias,
 - Desequilibrio social
 - Necesidades básicas insatisfechas
 - Falta de voluntad, compromiso y política de atención por parte de los actores, entre otros.
- En el Departamento en 12 municipios, hay 21 centros de Bienestar privados y 2 centros día, los cuales atienden 824 adultos mayores y en 24 municipios se reporta la creación de 17 centros de bienestar públicos y 8 centros día, donde se atienden 799 adultos mayores, para un total de 1713 personas que se encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad, en algunos casos de



abandono por parte de sus familiares. El acelerado crecimiento de la población adulta mayor en condiciones de dependencia, ha tenido implicaciones sociales y económicas expresadas en el desmejoramiento de su calidad de vida, que se expresa en altas tasas de pobreza, dado que ellos se ubican en los niveles 1 y 2 del SISBEN. Situación que se constituye en un importante reto en el marco de la construcción de un Norte Productivo Para Todos.

El Instituto Departamental de Salud ha venido trabajando con los 40 municipios del departamento en lo que va del cuatrienio, en el cual se ha brindado la asesoría y asistencia técnica correspondiente a la formulación de los plan de acción en salud municipales, para que se incluyan las metas correspondiente a los lineamientos del ministerios de salud y protección social, plan de desarrollo departamental y necesidades a nivel municipal. También ha participado de los comités de adulto mayor departamental liderados por la secretaria de desarrollo social de la gobernación y se participó en la construcción de la ordenanza para la política pública departamental de envejecimiento y vejez en lo que va de la vigencia 2019.

Grafico 1. Aseguramiento Régimen Contributivo de los Adultos Mayores en el Departamento (Fuente ADRES Corte febrero 2019)

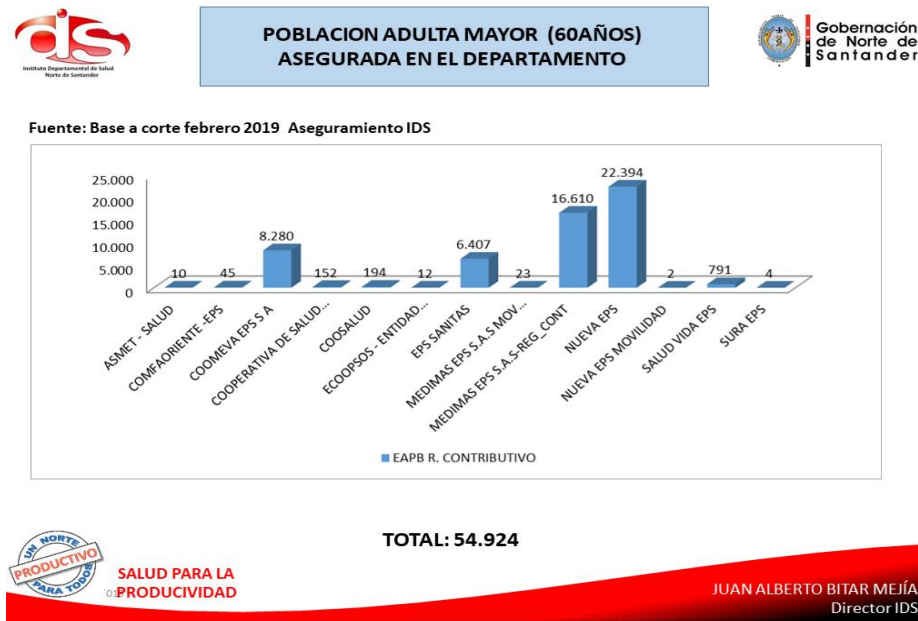


Grafico 2. Aseguramiento Régimen Subsidiado de los Adultos Mayores en el Departamento (Fuente ADRES Corte febrero 2019)

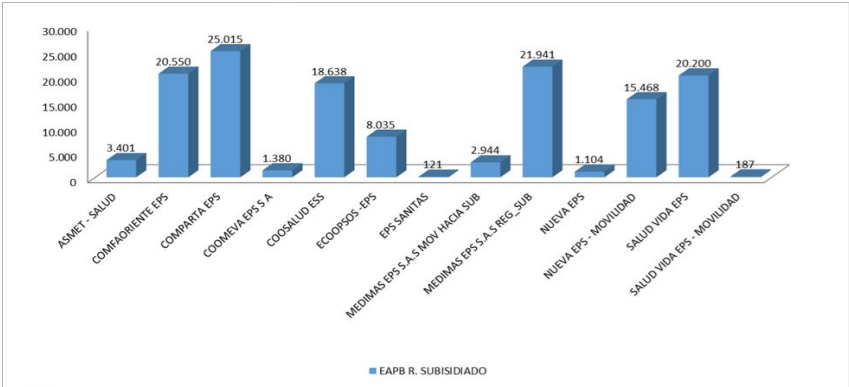


**POBLACION ADULTA MAYOR (60AÑOS)
ASEGURADA EN EL DEPARTAMENTO**



**Gobernación
de Norte de
Santander**

Fuente: Base a corte febrero 2019 Aseguramiento IDS



**SALUD PARA LA
PRODUCTIVIDAD**

TOTAL: 138.984

JUAN ALBERTO BITAR MEJÍA
Director IDS

Grafico 3. Aseguramiento: Población Pobre No Asegurada Régimen Subsidiado de los Adultos Mayores en el Departamento (Fuente ADRES Corte febrero 2019)

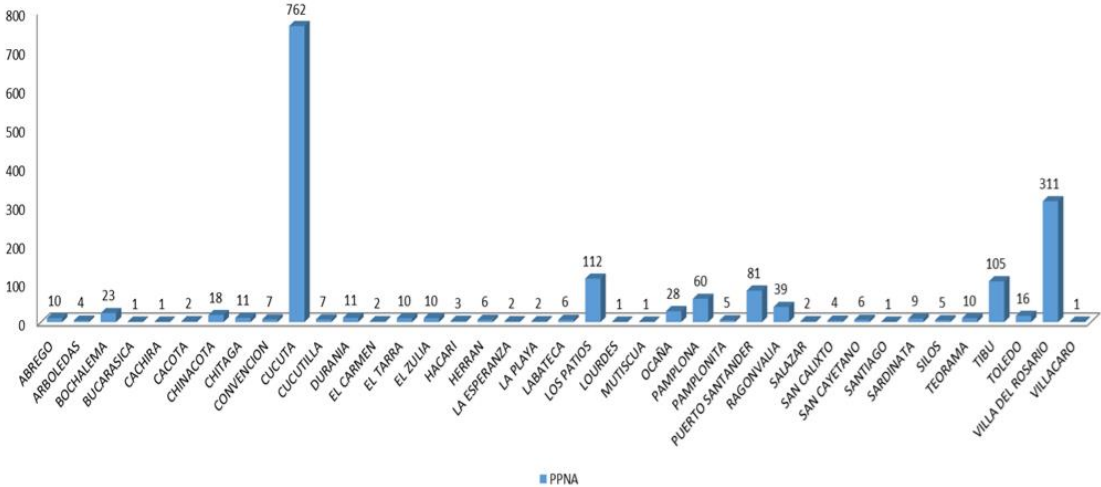


**PPNA ADULTA MAYOR (60AÑOS) EN EL
DEPARTAMENTO**



**Gobernación
de Norte de
Santander**

PPNA



**SALUD PARA LA
PRODUCTIVIDAD**

TOTAL: 1695

JUAN ALBERTO BITAR MEJÍA
Director IDS

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 36 de 106

1.8.4 GÉNERO

El departamento Norte de Santander cuenta con una población femenina en mayor proporción a la tasa de población masculina. Según el DANE para el año 2014 existía una proyección de población total de 1.334.040 personas, con base en el Censo Poblacional de 2005. De ellas, 677.754 son mujeres; lo cual representa una población superior en casi 10.000 personas al número de hombres que habitan en el Departamento ,esto aunado a los arraigados patrones culturales que impiden el libre desarrollo de la personalidad en cuanto a género, identidad sexual, etnias y vejez hacen que los efectos producidos por la violencia física, psicológica y económica o patrimonial contra las mujeres, niñez y población LGTBI, así como la violencia intrafamiliar, conyugal y sexual que estas poblaciones padecen de manera cotidiana cada día se consolide más, según datos de la Dirección Seccional de Fiscalías de Norte de Santander, en el Departamento se pasó de tener 935 casos denunciados de violencia hacia la mujer en el año 2011 a 1708 casos denunciados en el año 2015. De igual manera, se presentó un incremento en el total de denuncias de abuso sexual a menores de 14 años al pasar de 333 casos en 2011 a 408 en 2015(Fuente: Secretaria de la mujer 2015),el aumento en los casos de violencia sexual, familiar y conyugal en Norte de Santander si se tiene en cuenta el hecho que se presentaron casi 1800 denuncias en el año 2014, las cuales pasaron a más de 2.050 casos denunciados a lo largo del año 2015, casi 350 casos más, con un incremento aproximado del 15% en esta clase de delitos contra las mujeres.

En cuanto a las problemáticas de salud que enfrentan las mujeres en el Departamento se presentan situaciones preocupantes, como la alta tasa de mortalidad materna del 51.6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en año 2011, estos se presentan de manera más notoria en los municipios de Teorama, La Esperanza, Chitagá, San Calixto, La Playa y Toledo, con tasas que oscilan entre 465 y 1047 muertes por cada 100000 nacidos vivos; de igual forma los municipios de Cúcuta, Pamplona y Ocaña registran el mayor número de casos (tasas entre 17 y 133 muertes por cada 100000 nacidos vivos), Fuente IDS 2015, igualmente preocupante es el indicador referente al embarazo en adolescentes se ubica en el 24 % en el departamento. En cuanto a morbilidad y mortalidad de las mujeres en el Departamento Norte de Santander, la mortalidad por tumor maligno de mama es 12,84 frente al 11,14 del promedio nacional, al igual que la mortalidad por tumor maligno en cuello uterino, pues es un problema que afecta notablemente a las mujeres del departamento, con un promedio del 7,16 frente al 6,43del nivel nacional.

También las altas tasas de deserción escolar en el departamento que están entre el 5 y 6%, de la cual, la mayor parte corresponde a mujeres que dejan el sistema educativo ya sea por cuestiones económicas, familiares o culturales; todas asociadas a roles de género; entonces se hace más fácil de entender el papel que ello juega en las tasas de empleo y niveles de ingresos de las mujeres en Norte de Santander. Según cifras del DANE a 2014, en el departamento había 550.209 persona ocupadas en un empleo, de las cuales 209.030 eran mujeres; lo cual equivale a que el porcentaje de mujeres empleadas corresponde al 38% de la población total ocupada. Esta situación es reforzada especialmente por la dificultad para recolectar, construir y analizar datos e indicadores de manera permanente, sistemática e interdisciplinaria; sobre los temas atinentes a las problemáticas de género, equidad para las mujeres y garantías y respetos a la diversidad sexual en Norte de Santander, al igual que la cultura patriarcal, machista que caracteriza nuestras regiones, lo cual se pudo evidenciar en las mesas de trabajo con las comunidades, en las cuales se pudo experimentar de manera común que los participantes evitaron opinar, tratar el tema de los derechos de las personas LGTBI y de generar propuestas para la solución de las problemáticas que deben enfrentar en el departamento.

Aunque existen factores liberadores como las políticas públicas que promueven la equidad de género, las normas que sancionan la violencia contra la niñez, mujer y población LGTBI, al igual que la vinculación de planes programas y proyectos diseñados desde el Plan Departamental de Desarrollo 2016-2019 “Un Norte Productivo Para Todos” en el que se hace el reconocimiento a las diferencias y se aplican medidas a favor de aquellos grupos sociales en los que las diferencias significan desventaja o mayor vulnerabilidad. Esta situación se presenta desde hace más de 10 años en todo el departamento especialmente en los municipios ya mencionados anteriormente y afecta a toda la población como actores activos o pasivos, con implicaciones.



Con implicaciones actuales y futuras tales como: Riesgo en el plano psicológico, biológico y aumento en los años de vida potencialmente perdidos, nuevo papel de progenitores que enfrentan los y las adolescentes y jóvenes, incremento de Infecciones de transmisión Sexual, Embarazos recurrentes, Interrupción voluntaria del embarazo y aumento en los gastos en salud y familiar, afectando principalmente el equilibrio social.

1.9 SITUACIÓN DE FRONTERA Y ATENCIÓN A POBLACIÓN DE PROCEDENCIA VENEZOLANA

La gran afluencia de población proveniente de Venezuela, el departamento de Norte de Santander, ha recibido una gran demanda de servicios de salud, con el objetivo de hacer un balance de la situación de salud en la frontera con Venezuela, se ha evaluado la demanda de servicios en Norte de Santander de la población proveniente del vecino país. Se han identificado las necesidades relacionadas con la asistencia técnica, infraestructura sanitaria para los puntos fronterizos destinados a fortalecer la vigilancia en salud pública.



Fuente: CRUE 2018
Grafico 4. Servicios Prestados por el CRUE-IDS.

Han sido más de 18908 las atenciones en salud de la población venezolana, hasta la fecha, y se han inmunizado a más de 86 mil personas provenientes del otro lado de la frontera, durante el 2018.



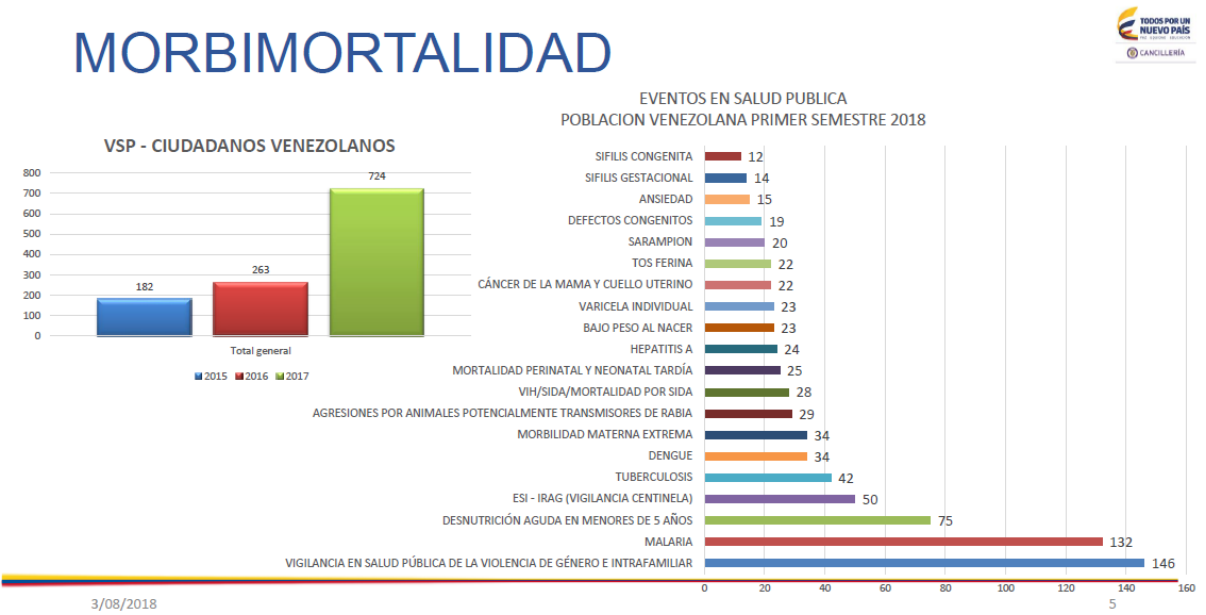


Grafico 5. Morbilidad Ciudadanos Venezolanos

El Instituto Departamental de Salud identificó en ese mismo período 724 eventos de interés en salud pública siendo los más prevalentes los relacionados con violencia de género, malaria, desnutrición y VIH.

Las inversiones - tan solo en vacunación- superan los \$1.200 millones de pesos para evitar que enfermedades infecciosas ya erradicadas en Colombia como el sarampión y la rubéola surjan de nuevo como consecuencia del movimiento poblacional que existe en frontera. El Ministerio de Salud y Protección Social estableció un plan básico de beneficios de atención de salud para los extranjeros, principalmente ante la llegada masiva de venezolanos que se encuentren en Colombia y no están afiliados al sistema.



Imagen 4. Capacidad Instada- Atención Ciudadanos Venezolanos.
Fuente: CRUE 2018



El plan incluye atención de urgencias, controles prenatales y vacunación, entre otros. La elaboración del listado de beneficios básicos para extranjeros forma parte del plan de respuesta del Gobierno a la crisis migratoria originada por el ingreso masivo de ciudadanos venezolanos a Colombia. Con la definición de estos servicios se ha dado un paso para llenar el vacío jurídico sobre los derechos mínimos de los migrantes que no cuentan con aseguramiento en salud. Este programa está dirigido a ciudadanos de países fronterizos y solo incluye las urgencias hospitalarias y algunas actividades de promoción y prevención, como controles prenatales para mujeres en embarazo y algunas vacunas, servicios que son prestados por instituciones públicas.

Así mismo el ministerio informó que durante el 2017 registró 24.727 atenciones de urgencias a inmigrantes del país vecino, cifra que contrasta con las 4.258 registradas en 2016, las 1.475 en 2015 y las 125 en 2014.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

El concepto de salud mental se ha visto enfrentado a la dificultad de su delimitación. Sin embargo se ha reconocido la importancia de acceder a un marco conceptual que oriente el desarrollo de una política nacional, integral y coherente. Cualquier definición de salud mental no debe en ningún momento separarse de la noción de salud en general, a riesgo de concebir una visión fragmentada y parcial del ser humano y de la salud. Teniendo en cuenta que el término salud mental representa un artificio atado al dualismo mente-cuerpo heredado de los postulados cartesianos, y que hasta el momento ha resultado bastante compleja la superación de dicha perspectiva dicotómica, el ámbito más propicio para desarrollar una definición lo conforma el concepto de salud propuesto en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que la salud se considera como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Para efectos del desarrollo de la Política de Salud Mental, y considerando a la salud mental como un proceso que incorpora aspectos biopsicosociales, se propone la siguiente definición:

Salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Así mismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

2.2 ESTADO DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD MENTAL

Conceptualizaciones y conocimientos sobre salud mental se han ampliado de manera considerable (Organización Mundial de la Salud OMS, 2001). Es un hecho que la salud mental trasciende la presencia o ausencia de trastornos mentales (Keyes, 2002). En perspectivas contemporáneas, la salud mental es un estado de bienestar individual y colectivo ligado al desarrollo de sociedades y comunidades. Avances metodológicos y nuevos indicadores de impacto resaltan la importancia de la salud mental en la salud general. La Carga Global de Enfermedad, por ejemplo, demuestra el efecto que tienen problemas mentales y relacionados con el comportamiento tales como depresión mayor, accidentalidad, conflictos armados, violencia y suicidios, en términos de mortalidad y pérdida de calidad de vida (Murray & Lopez, 1997; Whiteford et al., 2013). Al mismo tiempo, circunstancias sociales tales como conflictos armados, intervenciones militares, desplazamientos de población, movimientos sociales, desarrollos científicos y tecnológicos han configurado la importancia creciente de la salud mental para la sociedad.

El impacto de las transformaciones sociales aceleradas tiene efectos cada vez más importantes y directos en las personas (Giddens, 2000); las relaciones entre transiciones socioeconómicas y salud mental son complejas (Almeida-Filho, 1998). También existen modelos que tratan de dar



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 40 de 106

cuenta de cómo condiciones socioestructurales y cambios sociales afectan la salud, relación en la que median una amplia serie de factores, entre ellos, las formas de integración y relaciones sociales (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000). Variables estructurales como pobreza, empleo, género, y violencia, se encuentran entre los determinantes más importantes de la salud mental de los colombianos (Harpham, Grant, & Rodríguez, 2004). Desde la perspectiva de la salud mental pública, variables ligadas a condiciones sociales, políticas, y económicas, son los determinantes más relevantes de la situación de salud mental de las comunidades. Las acciones de promoción y prevención deben por lo tanto orientarse en primer lugar al mejoramiento de esas condiciones. Desde una perspectiva global, la salud mental, por el impacto que tiene para una sociedad, se ha ido posicionando como tema prioritario en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el desarrollo de campañas para conmemorar el Día Mundial de la Salud ha dirigido la atención directa o indirectamente hacia la salud mental. Este tipo de acciones han venido reforzando el interés por el tema, destacando su importancia habida cuenta de la vulnerabilidad del bienestar psicológico y social ante circunstancias y eventos, normales y extraordinarios, que se presentan en el transcurrir de la vida. La difusión pública de temas de salud mental y la apertura de espacios de discusión en los medios de comunicación, es un componente esencial en la sensibilización y educación de las personas.

La investigación ha permitido profundizar el conocimiento sobre los problemas de salud mental y sobre estrategias para resolverlos. Sabemos por ejemplo, que muchos de esos problemas se originan en la infancia; que se expresan de manera distinta de acuerdo con la cultura, el tipo de sociedad, momento del transcurso vital, circunstancias históricas, y grupos sociales a los que se pertenece. Sabemos también que la detección temprana es crítica, que las tasas de tratamiento son bajas, y que cuando no son tratados muestran una tendencia progresiva y de cronicidad. Cuando las manifestaciones clínicas no son bien evidentes, los problemas de salud mental pasan desapercibidos en la consulta de medicina general. Los datos también muestran que la comorbilidad con otros problemas de salud, es frecuente.

2.3. DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL

La concepción, el diseño, la implementación y aplicación de una política de salud mental debe fundamentarse en los Derechos Humanos. Para garantizar el derecho a la salud mental es necesario, también, garantizar el derecho a la salud en general y el derecho a la vida. Este esfuerzo tiene múltiples y complejas dimensiones y trasciende la prestación de servicios. De acuerdo a la ley 1616 del 21 de enero del 2013 son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.



- 9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
- 10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
- 11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.
- 12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
- 13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
- 14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
- 15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
- 16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

Posicionamiento de la salud mental a través de la incidencia política en el ámbito internacional y nacional. A partir de investigaciones y del desarrollo de experiencias internacionales, junto con el impulso de la normatividad a los derechos humanos, se impulsaron declaraciones y principios de distintos organismos enfatizando en la igualdad de los derechos y libertades de las personas que padecen trastornos y patologías en salud mental. En Colombia durante la década de los 70’s, la implementación de la normatividad, marco hitos importantes en la salud mental:

- En 1970, como consecuencia de la intoxicación por alcohol, enfermedad mental y consumo de SPA de implementó el Decreto 1136 con el fin de adoptar medidas de protección social para evitar la perturbación pública.
- En 1974 se creó la División de Salud Mental con dos Secciones; una orientada a la prevención y promoción y la segunda para brindar atención a través de los programas asistenciales.
- A finales de la década pasó a ser el Programa de Comportamiento Humano, responsable de la salud mental en el sector, como parte de la reestructuración dentro del Ministerio de Salud.
- Se realizó el primer macrodiagnóstico de salud mental, junto con el primer programa y el primer plan nacional de salud mental.
- Parte de los hallazgos identificados y las orientaciones de política se encaminaron a aspectos de orden epidemiológico y de prestación de servicios: (relación de camas y prevalencia de patologías, disminución de las estancias, mejora de los hospitales, aumento de profesionales vinculados a equipos de salud mental, creación de unidades en hospitales generales, consultas externas, centros comunitarios, servicios de fármaco - dependencia, de atención infantil, hospitalización parcial y Granjas talleres para estancias prolongadas).
- Como parte de este ejercicio de diversificación de la oferta de servicios en salud mental Colombia adopto el enfoque propuesto en la Declaración de Alma Ata de 1976: Salud para todos a través de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

2.4 DEFINICIÓN POSITIVA DE SALUD MENTAL

Aunque es redundante hablar de salud mental positiva, tanto los documentos previos sobre política de salud mental para Colombia, hasta la Ley 1616 de 2013, asumen una orientación positiva de la salud mental. Una definición positiva implica el cambio de una perspectiva centrada en los trastornos mentales por una perspectiva enfocada en la salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad” (WorldHealthOrganization, 2001). Esa es una definición positiva y tiene en cuenta dos ejes: el de la autonomía y capacidades de la persona por una parte, y el de la responsabilidad con la comunidad a la que se pertenece.

La salud mental está determinada por el conjunto de factores biológicos, culturales, sociales y ambientales. No es solo el resultado de procesos de naturaleza biológica, aún si esa es una de las explicaciones preferidas culturalmente. Es también una situación definida a partir de creencias y prácticas socioculturales. La conceptualización de la salud mental debe superar el



modelo de ausencia de enfermedad. Imponerse sobre concepciones tradicionales de la salud mental implica también el desarrollo de nuevos indicadores, diferentes a los convencionales, centrados en enfermedad. La prevalencia e incidencia de trastornos mentales se deben complementar con datos sobre, por ejemplo, cohesión social, participación, percepciones de coherencia social, relaciones socioafectivas, oportunidades de crecimiento personal, felicidad y satisfacción con la vida, entre otros.

Cualquier definición de salud mental debe tener en cuenta la integralidad de la salud. Desde la definición de salud de la OMS, se destaca que la salud es un todo que abarca los ámbitos físico, mental y social. La evidencia demuestra la entrañable relación entre lo psicológico y lo físico, separadas artificialmente como producto de circunstancias culturales, ideológicas, e históricas. Muchos problemas de salud que muestran prevalencias destacadas se relacionan con la forma como las personas experimentan y afrontan tensiones y problemas a lo largo de la vida. Se puede pensar por ejemplo en enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, diabetes y cáncer. Es posible promover la salud mental de las personas y las comunidades. El trabajo de promoción debe considerar el contexto social y material y a partir del reconocimiento de la diversidad de circunstancias que intervienen en la situación de salud mental, aprovechar las posibilidades de la acción intersectorial.

Dada la evidencia de las relaciones entre salud mental con variables como el nivel socioeconómico, condiciones medioambientales, exclusión y desventaja, es necesario darle a las actividades de promoción una orientación que contemple acciones en espacios más amplios a los tradicionalmente considerados. La salud mental es un asunto político. Uno de los determinantes más importantes de salud mental se relaciona con condiciones de justicia e injusticia. La salud mental se configura a partir del reconocimiento de derechos y libertades, y de procesos de toma de decisión. Para la presente política “la salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Congreso de la República de Colombia, 2013)

2.5 FACTORES DETERMINANTES DE SALUD MENTAL

2.5.1 FACTORES BIOLÓGICOS

2.5.1.1 Edad y sexo

La edad y el sexo influyen en los trastornos mentales y del comportamiento. Se ha observado una relación entre diversos trastornos de ese tipo y la existencia de alteraciones de la comunicación neuronal en determinados circuitos. En la esquizofrenia, la anormal maduración de los circuitos neuronales puede causar alteraciones histopatológicas, detectables a escala tanto celular como tisular macroscópica, que den lugar a un procesamiento incorrecto o mal adaptado de la información. Sin embargo, en la depresión es posible que no se produzcan anomalías anatómicas características; en este caso, el riesgo de enfermedad puede deberse a cambios de la reactividad de los circuitos neuronales. Éstos, a su vez, pueden ser reflejo de cambios sutiles en la estructura, la ubicación o los niveles de expresión de proteínas esenciales para un funcionamiento normal.

Algunas enfermedades psíquicas, como las toxicomanías, pueden considerarse en parte el resultado de una plasticidad sináptica mal adaptada. En otras palabras, las alteraciones de las conexiones sinápticas inducidas por sustancias psicotrópicas o por la experiencia 69 Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012 pueden causar trastornos duraderos de los procesos de pensamiento, las emociones y el comportamiento.

2.5.1.2 Genética

En las tres décadas anteriores se ha venido incrementando evidencia sobre la base genética de los principales trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el autismo y el alcoholismo. En los últimos 15 años se ha llevado a cabo un considerable esfuerzo en tratar de



establecer la información genética asociada con susceptibilidad de estos y otros trastornos mentales, principalmente mediante el análisis de ligamiento. A pesar de esto, sólo un puñado de genes específicos ha sido identificado, y en la actualidad se reconoce que los avances en esta dirección requieren el análisis de cientos de personas afectadas y sus familias. Los trastornos mentales y del comportamiento se deben fundamentalmente a la interacción de múltiples genes de riesgo y factores ambientales. Es más, puede que una predisposición genética a desarrollar un determinado trastorno mental o del comportamiento se manifieste únicamente en personas sometidas también a determinados estresores ambientales que desencadenan la manifestación de la enfermedad. Los ejemplos de factores ambientales abarcan desde la exposición a sustancias psicotrópicas en la vida fetal, a la malnutrición, las infecciones, la desintegración de la familia, el abandono, el aislamiento y los traumatismos.

2.5.2 FACTORES PSICOSOCIALES

Los factores psicológicos individuales guardan también relación con la aparición de trastornos mentales y del comportamiento. A lo largo del siglo XX, un hallazgo fundamental ha conformado nuestra concepción actual: la importancia decisiva de las relaciones con los padres y otros cuidadores durante la infancia. Los cuidados afectuosos, atentos y estables permiten a los lactantes y a los niños pequeños desarrollar con normalidad funciones como el lenguaje, el intelecto y el control de las emociones. Ese desarrollo puede verse interferido si el cuidador sufre problemas de salud mental u otras enfermedades, o si fallece. Los trastornos mentales y del comportamiento pueden considerarse como un comportamiento mal adaptado aprendido, ya sea directamente o por la observación de otros a lo largo del tiempo. Esta teoría se basa en pruebas obtenidas a lo largo de décadas de investigación sobre el aprendizaje y el comportamiento, y se ve corroborada por el éxito de la terapia conductual, que aplica estos principios para ayudar a las personas a modificar sus formas mal adaptadas de pensamiento y conducta.

2.5.3 FACTORES SOCIALES

Se han relacionado los trastornos mentales y del comportamiento con factores sociales como la urbanización, la pobreza y la evolución tecnológica, pero no hay razón alguna para dar por sentado que la repercusión de los cambios sociales sobre la salud mental es igual en todos los segmentos de una sociedad determinada. Por lo general, dichos cambios tienen efectos distintos en función de la situación económica, el sexo, la raza y las características étnicas.

2.5.3.1 Pobreza y salud mental

La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional. Según su definición más estricta, la pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales. En términos más amplios, y quizá más apropiados para hablar de los trastornos mentales y del comportamiento, la pobreza puede entenderse como la insuficiencia de medios, lo que comprende la falta de recursos sociales o educativos. La pobreza y las situaciones que conlleva, como el desempleo, la baja instrucción, las privaciones y la falta de un hogar, no sólo abundan en los países pobres, sino que afectan también a una minoría considerable en los países ricos. Existen también pruebas de que la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento está determinada por la situación socioeconómica del individuo. Puede ser el resultado de una carencia general de accesibilidad a los servicios de salud mental, unida a las barreras que impiden a ciertos grupos socioeconómicos el acceso a la asistencia médica. Los países pobres disponen de muy pocos recursos para la asistencia psiquiátrica, y éstos a menudo quedan fuera del alcance de los segmentos más pobres de la sociedad. Incluso en los países ricos, la pobreza, unida a factores como la ausencia de cobertura de seguro médico, el menor nivel de instrucción, el desempleo y la condición de minoría racial, étnica y lingüística, puede levantar barreras infranqueables para el acceso a la asistencia médica. El desfase terapéutico es grande para la mayoría de los trastornos mentales, pero en la población pobre es enorme.

2.5.3.2 Mujer y salud mental

En los distintos niveles socioeconómicos, los numerosos papeles que las mujeres desempeñan en la sociedad las exponen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y del



comportamiento que otros miembros de la comunidad. Las mujeres siguen soportando la carga de responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al tiempo que se están convirtiendo en una parte fundamental de la fuerza de trabajo; constituyen ya la principal fuente de ingresos para una proporción de hogares comprendida entre la cuarta y la tercera parte. Además de las presiones que las mujeres soportan como consecuencia de sus responsabilidades, cada vez más amplias y a menudo encontradas, se enfrentan a una importante discriminación sexual y a las situaciones adversas que conlleva, como la pobreza, el hambre, la malnutrición, el exceso de trabajo y la violencia doméstica y sexual. Por ello no sorprende constatar que las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de que se les prescriban psicofármacos. La violencia contra las mujeres constituye un importante problema social y de 80 Marco de referencia sobre salud mental salud pública que afecta a estas sin distinción de edad, ámbito cultural o nivel de ingresos.

2.5.3.3 Condiciones factores, psicológicos y culturales

- Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años: De acuerdo con el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas el 35,5% de los estudiantes en el Departamento entre 11 y 18 años consumen alcohol, proporción similar a la observada a nivel nacional (39,8%).
- Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años: El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares – ENSPA 2011, arrojo que el 35,5% de los estudiantes entre 11 y 18 años consumió alcohol durante el último mes previo a la encuesta, siendo la proporción para Colombia igual a 39,8%. Aunque la prevalencia del Departamento fue menor, no presenta diferencias significativas con la observada en el país.
- Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año: El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares – ENSPA 2011, arrojo que el 5,3% de la población escolarizada consumió cualquier sustancia ilícita durante ese año, alcohol durante el último mes previo a la encuesta, siendo, proporción significativamente menor a la observada en Colombia (12,1%).
- Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar: Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, durante el 2014 la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar en Norte de Santander se ubicó en 180,1 casos por cada 100.000 habitantes, la cual es significativamente mayor a la estimada para Colombia, la cual fue de 159,3 casos por cada 100.000 habitantes.
- Tasa de incidencia de violencia contra la mujer: De acuerdo con las cifras del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, durante el 2014 la tasa de incidencia de violencia contra la mujer fue igual a 138,4 casos por cada 100.000, cifra significativamente menor a la observada para el nivel nacional (184,5 x cada 100.000), aunque sin diferencias significativas.

Condiciones socioeconómicas como el desempleo y la alta proporción de necesidades básicas insatisfechas en gran parte de los municipios, la falta de acueducto en las zonas rurales del Departamento, el desplazamientos masivo, la calidad en la prestación de los servicios y sus recursos disponibles, estilos de vida asociados a sedentarismo y obesidad, y la falta de adherencia a los programas de promoción y prevención, principalmente por deficiente gestión de las instituciones responsables. De acuerdo con los problemas priorizados, los municipios del Departamento en peor situación son Tibú, El Tarra, San Calixto, Teorama, Cucutilla, observándose que cuatro de estos cinco municipios hacen parte de la regional Norte y Ocaña, ubicados en la zona del Catatumbo, zona ya conocida a nivel nacional por el problema de conflicto armado, cultivos ilegales y presencia de grupos al margen de la ley.

2.6 LA PERSONA EN RELACIÓN CON LOS DEMÁS

La sociedad colombiana es individualista (Cuellar, 2000; Oyserman, Coon, &Kemmelmeyer, 2002). El individualismo es una expresión cultural en expansión (Twenge, Campbell, &Gentile, 2012). En algunas acepciones el término resulta despectivo porque lo contraponen a lo colectivo y a la vida en comunidad. El individualismo es, sin embargo, un rasgo cultural importante que puede apreciarse en la Constitución Nacional, el sistema legal, y en las creencias y prácticas



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 45 de 106

sociales de los y las colombianas. Supone autonomía individual, igualdad, ejercicio de derechos y libertades, auto-determinación, y búsqueda de la realización personal por medio del logro de metas. Si bien la autonomía y el crecimiento personal son aspectos valorados del bienestar psicológico individual, también lo es que la necesidad de pertenencia, aceptación e integración a una comunidad o grupo social es una dimensión primordial de la experiencia de vivir. Mientras ocurren cambios en las estructuras familiares y se incrementa el número de personas que viven solas, las nuevas tecnologías de información y comunicación proporcionan el medio para desarrollar nuevas formas de interacción a través de redes sociales digitales.

En la paradoja de estar más conectados y más solos se pone en evidencia la lucha constante por lograr equilibrio entre independencia personal y motivación por pertenecer. Ese conflicto está moldeado por circunstancias socio-estructurales. La salud mental no es exclusivamente un problema individual; debe entenderse en un contexto particular en el que el sujeto, como lo señaló Martín-Baró (1990), “es un ser histórico cuya existencia se elabora y realiza en la telaraña de las relaciones sociales” (p.25). La salud mental implica formas de relacionarse con el mundo que dependen de circunstancias históricas y materiales sobre las que se estructuran modos de solidaridad; las relaciones sociales se transforman en el tiempo, de la misma manera que lo hace el concepto de salud mental. Esto quiere decir que las circunstancias socioeconómicas determinan en buena medida las formas en las que interactúan las personas y en cómo se define el bienestar. Estrategias orientadas a la educación ciudadana, promoción de la convivencia, creación de capital social y reconstrucción de tejido social estarán incompletas si de forma simultánea no se tienen en cuenta las condiciones materiales concretas en las que vivimos los colombianos. Esas condiciones comprenden empleo, vivienda, transporte, espacios públicos, infraestructura vial, nutrición, entre otras. Es por esto que la promoción efectiva de la salud mental requiere de intersectorialidad. Una de las áreas de investigación más vigorosas en el tema de los aspectos sociales de la salud es la que comprende relaciones y apoyo social. Su carencia predice mortalidad por todas las causas, se encuentra asociada con el estado de salud de las personas, y es además un factor determinante en el desarrollo de un país (Jaremka et al., 2013; Steptoe, Shankar, Demakakos, &Wardle, 2013). Esa relación es diferencial por género y momento del transcurso vital. La soledad, por otra parte, es considerada un problema de salud pública en varios países (Roxby, 2012); un factor de riesgo importante para la salud y el bienestar de las personas más viejas (Victor& Bowling, 2012). La soledad se vive como algo doloroso (Cacioppo& Patrick, 2008); produce estrés, y desata reacciones fisiológicas cuya activación crónica conduce a enfermedad (Cacioppo et al., 2000), incluidos problemas cardiovasculares y cáncer (Hawkley&Cacioppo, 2003). Promover relaciones sociales constructivas, recuperar tejido social y lograr convivencia pacífica, no es tarea fácil.

Por razones históricas Colombia ha sido un país caracterizado por violencia e injusticia. La nación se construyó sobre fracturas etnoestructurales, y condiciones de exclusión y desigualdad que dificultaron en mucho la creación de un proyecto colectivo común (Múnera, 1998). Ese propósito colectivo, es decir, la nación como comunidad de ciudadanos, está inconcluso (Cuellar, 2000), por construir (Amaya Pulido & Ariza Ruiz, 2000), y fragmentado (Palacios &Safford, 2002). Los programas de educación y pedagogía ciudadanas que buscan promover respeto y tolerancia son solo una estrategia parcial, en un país cuyas regiones avanzan a ritmos distintos y en el que en lugar de una sociedad nacional parecieran coexistir múltiples sociedades. La reconstrucción de tejido social no es un asunto de voluntades individuales; no basta con compañías que inviten a la convivencia pacífica mientras persistan condiciones de desigualdad, injusticia, y exclusión.

En condiciones de fragmentación social, el individualismo asume formas negativas. Una de ellas es el egoísmo, la condición en la cual las personas se orientan por sus propios intereses en detrimento del bien común y sin consideración por los demás. En dicha situación se gesta la dificultad para asumir las perspectivas de otros; de allí surge la intolerancia. Esa situación genera relaciones sociales competitivas que terminan por alterar la confianza entre ciudadanos, y entre estos y el Estado, creando un contexto de incertidumbre y violencia, además de ciudadanos hipervigilantes y con alta reactividad emocional. A esto se suma un sistema de normas y reglas en permanente cambio que dan la sensación de discontinuidad y falta de coherencia social. La otra forma negativa es el narcisismo.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 46 de 106

En esta, las personas vuelcan el interés y la atención sobre sí mismas, como si no existieran los demás, bajo la idea de “Como no me tuvieron en cuenta, ahora YO soy el centro de todo...”. No hay que olvidar que la cultura colombiana es aspiracionista, que las expectativas de movilidad social ascendente son altas, y que estos procesos se llevan a cabo en un contexto de crecimiento económico y restricción en el acceso a recursos. Por lo tanto, ambos, egoísmo y narcisismo, generan una serie de fenómenos importantes a considerar desde la salud mental pública. Debido a que los procesos constitutivos de identidad se generan en buena medida a partir de comparaciones sociales en el marco de expectativas y metas socioculturales globalizadas, que configuran explicaciones sobre éxito y fracaso, el interés excesivo de las personas en sí mismas termina provocando insatisfacción con la vida, sentimientos de aislamiento y soledad, y baja autoestima (Jordan et al., 2011). Dado que se trata de procesos culturales complejos y extensos, no se puede predecir o controlar la dirección que llevan. Es posible, sin embargo, mitigar sus efectos en la salud mental.

2.7. ENFOQUES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

2.7.1 DETERMINANTES SOCIALES: UN ASUNTO DE URGENCIA PARA EL TRABAJO POR LA SALUD MENTAL

Los determinantes sociales de salud son condiciones que emergen de la estructura de una sociedad y de las circunstancias que crea; se trata de variables macro-sociológicas que determinan formas de organización y des-organización de la sociedad. El lugar que una persona ocupa en la estructura social, por ejemplo el estrato socioeconómico, origina la exposición a factores de riesgo, directa e indirectamente relacionados con problemas psicológicos, tales como estrés, discriminación, exclusión social, inequidad, condiciones laborales, desempleo, falta de apoyo social, malnutrición, y precarias condiciones de transporte, entre otros (Wilkinson&Marmot, 2003). La presentación de problemas de salud mental en la población no ocurre al azar, por lo que existe interacción entre salud mental y condiciones socioeconómicas.

En general, son las personas más pobres, y aquellas sometidas a condiciones de exclusión y desventaja social, las más propensas a vivir experiencias que impactan negativamente la salud mental. Son también quienes tienen mayores dificultades en el acceso a la atención en salud. El papel de los determinantes socio-estructurales se articula con la desigualdad en el acceso a recursos, lo que se ha denominado causas sociales fundamentales (Link &Phelan, 1995). Entre las causas sociales fundamentales se destacan: clase social, género y etnia. Las causas sociales fundamentales constituyen factores de riesgo básico y distal que actúan en la producción de enfermedad mental, bien sea directamente (por ejemplo, pobreza), bien favoreciendo la exposición a factores de riesgo más próximos (por ejemplo, violencia), o moderando el efecto de otros factores de riesgo (por ejemplo, depresión materna) (Wade&Cairney, 2006). La inequidad constituye una de las variables más destacadas en la determinación de la situación de salud mental.

2.7.2 UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL CENTRADA EN DERECHOS

Las políticas públicas deben reflejar las aspiraciones de una sociedad por lo que la Política Nacional de Salud Mental se fundamenta en la necesidad de garantizar los derechos y libertades de todos los colombianos y colombianas La salud mental es un derecho que se debe exigir. Existe un amplio acervo jurídico, nacional e internacional, que garantiza los derechos de las personas con trastornos mentales. Algunos instrumentos son de carácter vinculante, por ejemplo la Declaración de Caracas de 1990 (González Uzcátegui&Levav, 1991), mientras que otros actúan como recomendaciones. Tal es el caso de la Resolución 46/199 de Naciones Unidas que expone los principios para la protección de los derechos de personas con enfermedades mentales. En todos los casos el llamado es a favorecer los programas de tratamiento en modelos basados en la comunidad, respetar autonomía y libertades individuales, evitar la discriminación y asegurar la protección de los derechos humanos.

Otros instrumentos relacionados con el tema a tener en cuenta son: la Ley 1618 de 2013, que desarrolla los contenidos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por Colombia el 10 de mayo de 2011; la Ley 1010 de 2006 sobre acoso



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 47 de 106

laboral; la Ley 1098 de 2006 sobre infancia y adolescencia; la Ley 1257 de 2008 sobre no violencia contra las mujeres; la Ley 1448 de 2011 sobre víctimas del conflicto armado interno; la Ley 361 de 1997 sobre integración social de personas con limitaciones, en particular en sus artículos 2, 4 y 18 a 21; los Principios de Brasilia para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas; así como las demás disposiciones de la Constitución Política Nacional, las leyes y normas nacionales que tratan asuntos relativos al disfrute de derechos en el campo de la salud mental, los pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre el tema, y los tratados internacionales sobre Derechos Humanos ratificados por Colombia que por ello hacen parte del bloque de constitucionalidad del país.

La Política Nacional de Salud Mental insta a instituciones y profesionales que prestan servicios en el campo de la salud mental, a favorecer programas de atención basados en la comunidad y a facilitar la integración de las personas al medio social al que pertenecen. Este tipo de abordajes tendrá preferencia sobre cualquier otro. En concordancia con lo anterior, las prácticas de aislamiento social usadas históricamente para el tratamiento de los problemas de salud mental que causan grave deterioro en la calidad de vida y el disfrute de derechos de las personas deberán ser prevenidas y sancionadas. La Ley 1616 de 2013 establece en el artículo 6º los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental, ajustándose al ordenamiento jurídico de la República de Colombia y a las disposiciones internacionales que obligan al Estado colombiano.

Adicionalmente, dicha Ley asume en su objeto la garantía del ejercicio del derecho a la salud mental para la población colombiana. La OMS sustenta de manera detallada estándares técnicos para el tratamiento de personas con trastornos mentales desde una perspectiva de derechos (Freeman&Pathare, 2005). Las intervenciones psiquiátricas y psicológicas no pueden tener fines de control o seguridad del establecimiento, sino que deben hacerse exclusivamente en beneficio de las personas. Acorde con las normativas vigentes en el país, tales como la Ley 23 de 1981 y la Ley 1616 de 2013, entre otras, no se exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni se le someterá a tratamientos médicos o intervenciones que no se justifiquen; igualmente, se garantizará su derecho a recibir aquellas intervenciones que en cada caso resulten menos restrictivas de sus libertades individuales, y se solicitará su consentimiento informado para recibir cualquier tipo de tratamiento o intervención.

En relación con lo anterior, el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) consagra como principios de implementación la autonomía y no discriminación. El artículo 12 de la misma contiene el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, según el cual éstas gozan de este derecho en igualdad de condiciones que las demás personas. Deberán establecerse mecanismos para controlar el riesgo de incentivos económicos perversos para los prestadores de servicios de salud, que alienen la sobreutilización de ciertas modalidades de intervención o tratamientos, incluyendo las hospitalizaciones innecesarias. El estatus político, socioeconómico, de pertenencia a un grupo racial o étnico, a un grupo cultural o religioso, la orientación sexual o identidad de género de las personas y las solicitudes de terceras personas, no pueden ser consideradas indicación para impartir intervenciones y procedimientos psiquiátricos y psicológicos.



3. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL

3.1 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Tabla 7. Indicadores Salud Mental por Geografía en Norte de Santander.

Indicador	Casos atendid os Vigenci a 2009	Casos atendid os Vigenci a 2010	Casos atendid os Vigenci a 2011	Casos atendid os Vigenci a 2012	Casos atendid os Vigenci a 2013	Casos atendid os Vigenci a 2014	Casos atendid os Vigenci a 2015	Casos atendi dos Vigenc ia 2016	Casos atendi dos Vigenc ia 2017
Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento	6.110	4.570	6.523	8.348	8.559	9.386	7.474	5.504	7.186
Porcentaje de personas atendidas por Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	359	275	481	555	595	814	587	865	1.144
Porcentaje de personas atendidas por Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	107	136	218	178	253	353	380	13,7%	9,6%
Porcentaje de personas atendidas por Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	156	149	248	391	662	703	695	345	498
Porcentaje de personas atendidas por Trastornos del humor [afectivos]	632	451	733	975	1.316	1.582	1.102	1.262	1.513
Porcentaje de personas atendidas por Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	2.430	1.782	2.606	3.459	3.191	3.203	2.643	1.619	1.963
Porcentaje de personas atendidas por Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	590	393	510	561	613	702	419	355	414
Porcentaje de personas atendidas por Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	101	61	92	132	126	245	161	73	131
Porcentaje de personas atendidas por Retraso mental	103	109	149	174	224	305	269	166	208
Porcentaje de personas atendidas por Trastornos del desarrollo psicológico	1.270	941	1.260	1.506	1.497	1.549	1.345	936	1.483
Porcentaje de personas atendidas por Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	880	655	962	1.339	1.313	1.391	964	573	1.000
Porcentaje de personas	4	3	6	9	8	6	7	5	6



atendidas por Trastorno mental no especificado									
Porcentaje de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales	1.243	985	1.041	1.651	1.929	1.370	1.359	464	1.222
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con la educación y la alfabetización	131	84	119	186	261	169	168	95	142
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con el empleo y el desempleo	75	35	73	114	95	64	47	5	30
Porcentaje de personas atendidas por exposición a factores de riesgo ocupacional	13	5	7	5	5	40	44	40	19
Porcentaje de personas atendidas problemas relacionados con el ambiente físico	4	7	8	3	2	11	20	11	16
Porcentaje de personas atendidas problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias	14	24	8	8	20	13	11	0	20
Porcentaje de personas atendidas problemas relacionados con el ambiente social	141	71	28	58	87	69	77	7	30
Porcentaje de personas atendidas problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	88	27	37	31	41	31	22	22	40
Porcentaje de personas atendidas problemas relacionados con hechos Otros problemas relacionados con la crianza del niño	114	71	61	89	189	78	146	75	174
Porcentaje de personas atendidas por otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	517	357	576	1.047	1.164	759	450	168	689
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales	101	31	50	83	30	81	27	13	30
Porcentaje de personas atendidas por problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	89	291	87	41	66	92	396	32	70
Porcentaje de personas atendidas por Psicosis de origen no orgánico, no especificado; por Trastorno	307	224	382	495	742	1.004	775	841	1.026



afectivo bipolar									
Porcentaje de personas atendidas por epilepsia(CIE-10: G40 – G41)	1.240	1.250	1.518	1.468	1.555	2.019	1.615	1.275	1.312
Porcentaje de personas atendidas por Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques de inicio localizado	26	24	26	37	31	56	31	46	35
Porcentaje de personas atendidas por Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales simples	18	16	21	72	33	49	51	77	51
Porcentaje de personas atendidas por Epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales) (parciales) y con ataques parciales complejos	76	45	66	48	186	320	281	235	145
Porcentaje de personas atendidas por Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados	240	262	224	118	240	328	262	173	119
Porcentaje de personas atendidas por Otras epilepsias y síndromes epilépticos generalizados	150	69	117	117	116	160	83	80	65
Porcentaje de personas atendidas por Síndromes epilépticos especiales	6	21	21	16	17	41	38	29	57
Porcentaje de personas atendidas por Ataques de gran mal, no especificados (con o sin pequeño mal)	2	0	0	2	1	7	1	5	3
Porcentaje de personas atendidas por Pequeño mal, no especificado (sin ataque de gran mal)	4	3	0	2	1	4	3	2	4
Porcentaje de personas atendidas por Otras epilepsias	130	120	163	163	156	169	170	170	136
Porcentaje de personas atendidas por Epilepsia, tipo no especificado	846	858	1.188	1.143	1.106	1.409	987	702	939
Porcentaje de personas atendidas por Estado de gran mal epiléptico	5	3	4	1	1	2	3	4	18
Porcentaje de personas atendidas por Estado de pequeño mal epiléptico	2	1	0	1	1	2	4	1	5
Porcentaje de personas atendidas por Estado de mal epiléptico parcial complejo	3	3	0	0	0	2	1	0	1

Porcentaje de personas atendidas por Otros estados epilépticos	12	6	6	16	0	5	2	2	5
Porcentaje de personas atendidas por Estado de mal epiléptico de tipo no especificado	12	3	2	5	1	6	3	3	3
Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento	65	52	87	158	230	212	291	87	130
Número de personas hospitalizadas en los servicios de salud por Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos								4	5
Porcentaje de personas hospitalizadas por Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	5	3	10	8	12	15	12		
Porcentaje de personas hospitalizadas por Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	7	7	10	21	36	33	65	40	49
Porcentaje de personas hospitalizadas por Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	11	5	11	53	107	92	140	25	29
Porcentaje de personas hospitalizadas por Trastornos del humor [afectivos]	26	19	28	46	65	57	50	11	34
Porcentaje de personas hospitalizadas por Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	17	16	25	34	20	27	22	8	9
Porcentaje de personas hospitalizadas por Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	3	2	1	1	0	2	1	0	3
Porcentaje de personas hospitalizadas por Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	0	0	2	1	1	1	1	0	1
Porcentaje de personas hospitalizadas por Retraso mental	1	0	3	1	2	3	10	0	2
Porcentaje de personas hospitalizadas por Trastornos del desarrollo psicológico	0	1	2	0	0	1	0	0	1
Porcentaje de personas hospitalizadas por Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en	0	0	1	0	1	0	3	0	0



la adolescencia									
Número de personas hospitalizadas en los servicios de salud por trastorno mental no especificado	36	97	299	340	254	645	2057	2563	3073
Porcentaje de personas hospitalizadas por Trastorno mental no especificado	0	0	0	0	0	0	2		
Letalidad de intoxicaciones	7	6	19	12	9	9	19	4	8
Letalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente	44	33	31	29	34	39	34	30	0
Número de camas de psiquiatría							38	27	17
Número de camas de cuidado agudo mental							17	19	19
Número de camas de farmacodependencia							20	20	30

FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD).**Nota:** las fichas técnicas de los indicadores se encuentran disponibles en el Observatorio Nacional de Salud Mental en: <http://onsaludmental.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Indicadores.aspx>. O consultar el documento: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/fichas-tecnicas-indicadores-salud-mental.pdf>

En la tabla anterior se evidencia el registro de casos atendidos por trastorno mental de las vigencias 2009 a 2017 en el departamento de Norte de Santander según SISPRO-Sistema Integral de Información de la Protección Social.

3.2 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

Los eventos de salud mental hacen referencia a sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud mental de una comunidad. Incluyen los problemas, trastornos mentales y del comportamiento, así como los desenlaces que pueden derivarse de estos o de hechos vitales como desastres naturales, desplazamiento (Alcoholismo, ansiedad, violencias, sustancias psicoactivas e intoxicaciones).

Clasificación de los eventos en salud mental:

Código	Evento
875	Vigilancia en salud pública de las violencias de género
356	Intento de Suicidio
025	Alcoholismo
030	Ansiedad
041	Consumo sustancias psicoactivas
040	Depresión
047	Intento de Suicidio
060	Psicosis
065	Síndrome Convulsivo/Epilepsia
080	Trastorno Afectivo Bipolar
085	Trastorno Alimentario (Bulimia- Anorexia)
202	Consumo de sustancias psicoactivas inyectadas

Tabla 8. Eventos en Salud Mental en SIVIGILA.
Fuente Instituto Departamental de Salud Norte de Santander SIVIGILA

Dentro de estos los más frecuentes en el reporte en SIVIGILA se encuentran:



3.2.1. ANSIEDAD

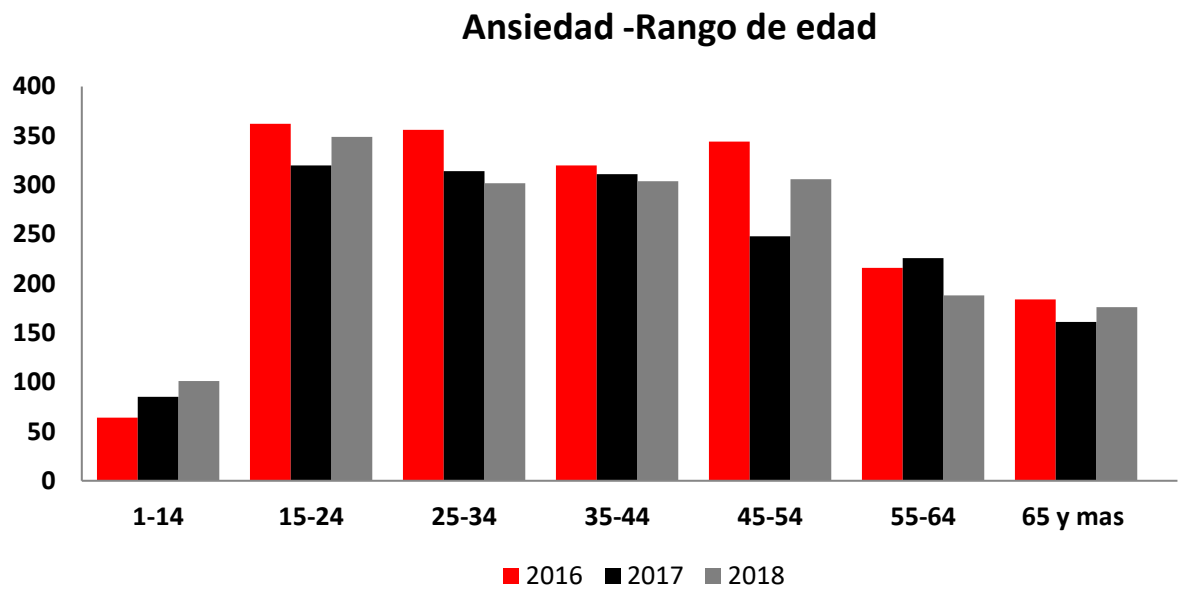
La ansiedad es definida según el CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades) como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. En el departamento de norte de Santander mediante la notificación realizada por los municipios al SIVIGILA se evidenció que el rango de edad que predominó en el año 2015 fue de 35 a 39 con 219 casos a diferencia en el año 2016 donde se encontraron 187 casos de 45 a 49, en el 2017 se encontró que en el rango de edad de 35 a 39 se presentaron 186 casos. En torno al régimen de salud se observó que el subsidiado era el régimen que mayor número de casos presentaba en las 3 vigencias. El sexo donde se determinaron un alto número de casos en los 3 años fue el femenino.

Tabla 9. Ansiedad

año	Rango de Edad							Total general
	1-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y mas	
2016	64	362	356	320	344	216	184	1846
2017	85	320	314	311	248	226	161	1665
2018	101	349	302	304	306	188	176	1726

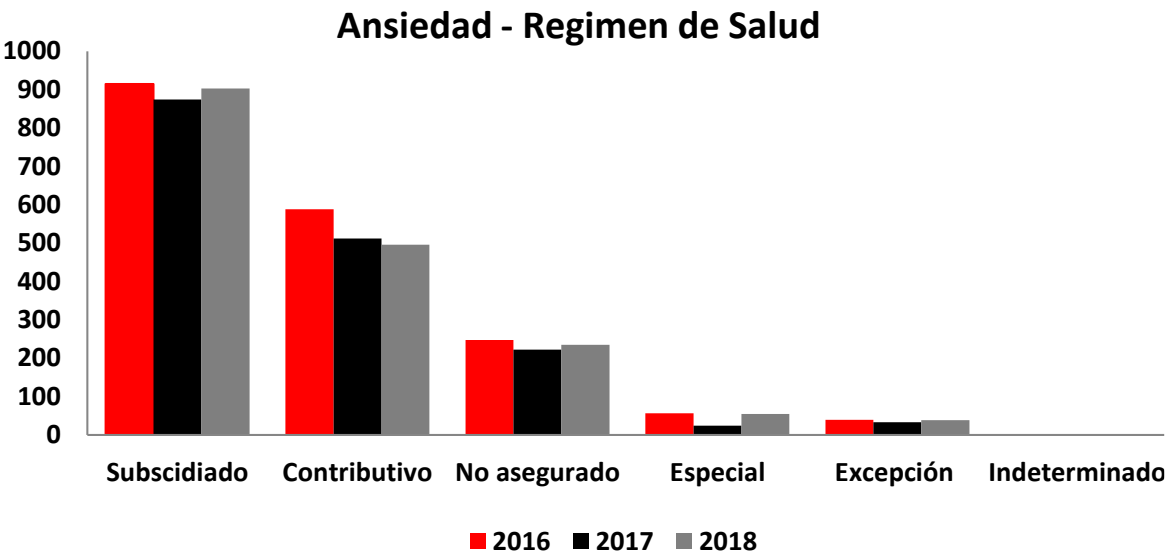
Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Grafica 6. Ansiedad, Rango de edad.



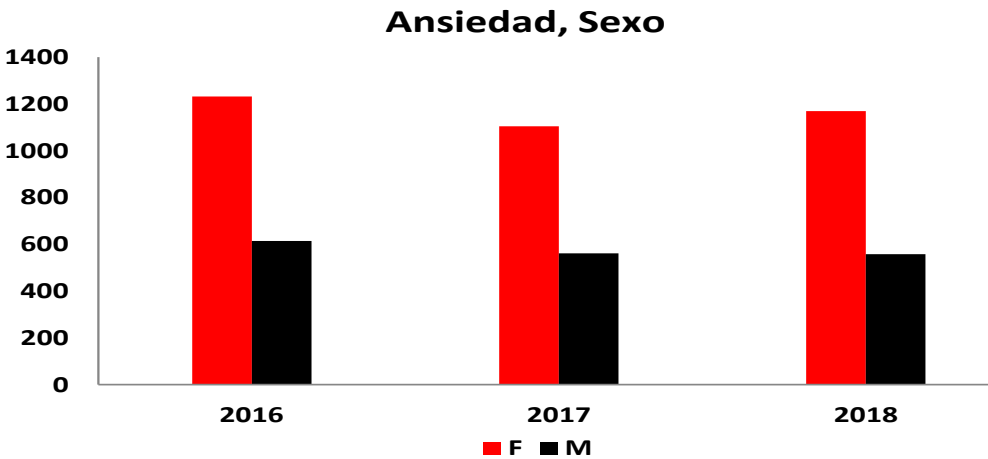
Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Grafica 7. Ansiedad, Régimen de salud.



Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Grafico 8. Ansiedad, sexo.



Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

3.2.2. DEPRESIÓN

La depresión es definida por la OMS (Organización mundial de la salud) como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Según el sistema de vigilancia del departamento de norte de Santander mediante la notificación realizada por los municipios al SIVIGILA se evidencio que el rango de edad que predomino en el año 2016 fue de 55 a 64 y 2017 fue de 15 a 24 a diferencia del año 2018 donde se encontró que el rango de 45 a 24 fue el más afectado. En torno al régimen de salud se observó que en los 3 años el régimen subsidiado fue el más representativo. El sexo donde se determinaron un alto número de casos en los 3 años fue el femenino.

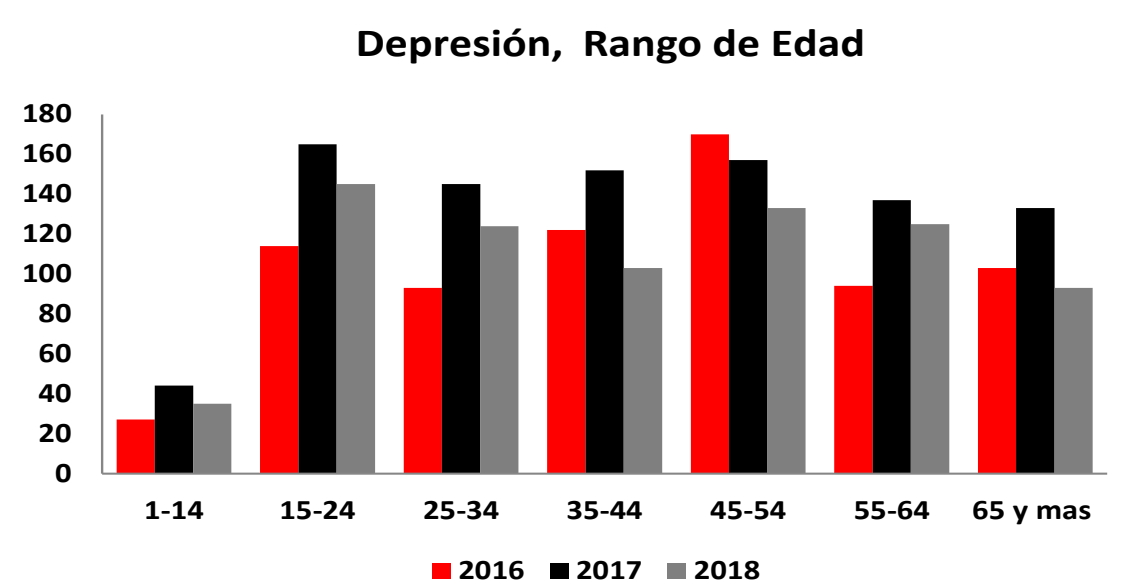


Tabla 10. Depresión, Rango de edad.

Año	Rango de Edad							Total general
	1-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y mas	
2016	27	114	93	122	170	94	103	723
2017	44	165	145	152	157	137	133	933
2018	35	145	124	103	133	125	93	758

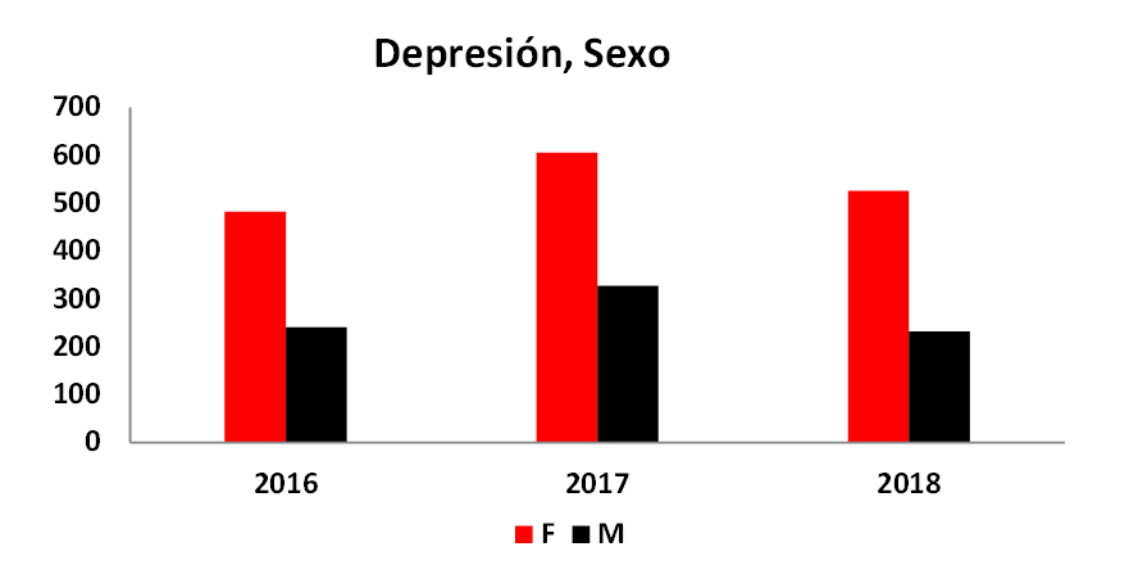
Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Grafica 9. Depresión, Rango de edad



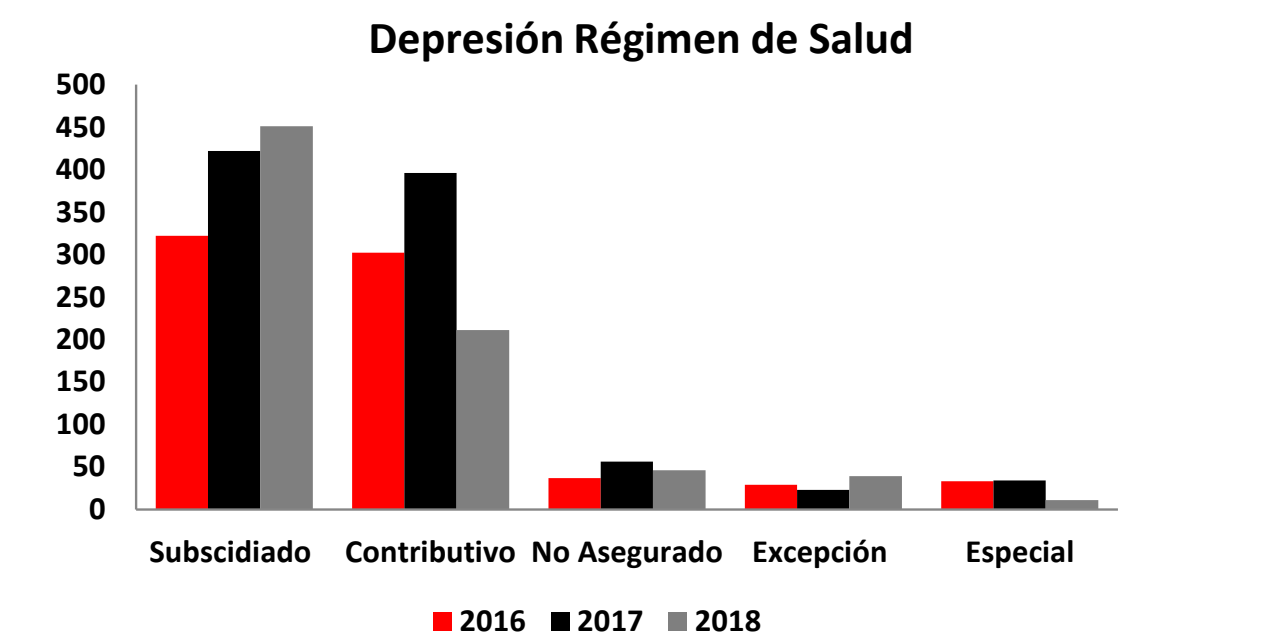
Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Grafica 10. Depresión, sexo.



Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Grafica 11. Depresión, régimen de salud



Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

3.2.3. CONSUMO DE SPA

El consumo de sustancias psicoactivas es definido por la INS (Instituto nacional de salud) Las sustancias psicoactivas son aquellas cuyo consumo tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones; pueden alterar los estados de conciencia, de ánimo, de pensamiento, percepciones e incluso son capaces de inhibir el dolor. Según el sistema de vigilancia del departamento de norte de Santander mediante la notificación realizada por los municipios al SIVIGILA se evidencio que el rango de edad que predominó durante los 3 años fue de 15 a 19. En torno al régimen de salud se observó que, en los años 2016, 2017 y 2018 el régimen subsidiado presentó la mayor parte de los casos. El sexo más representativo en las 3 vigencias es el masculino.

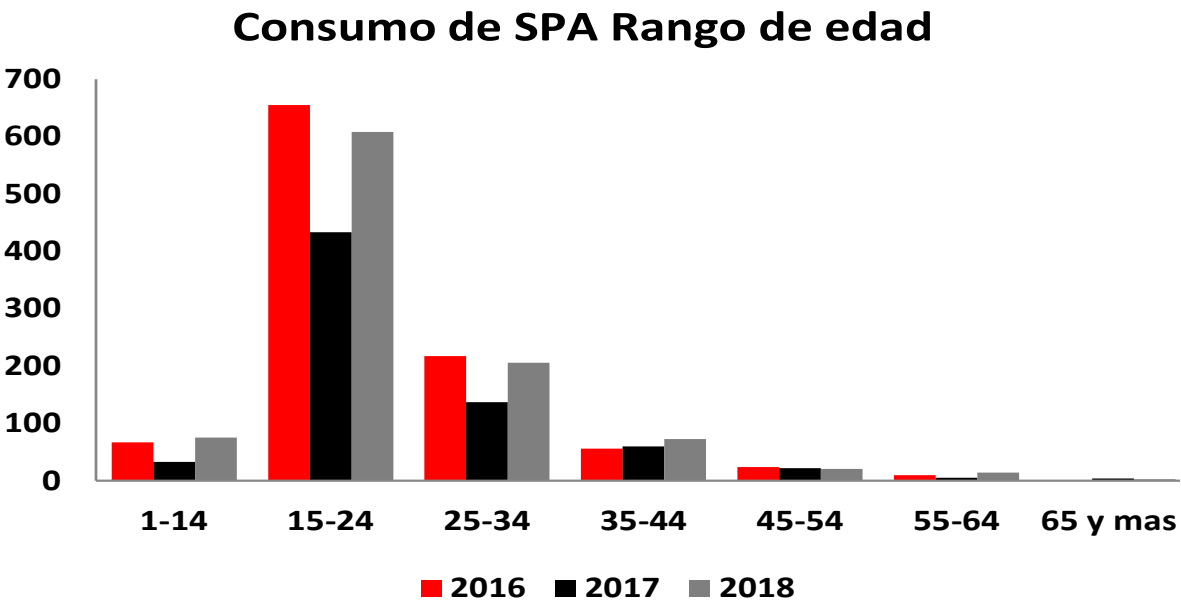
Tabla 11. Consumo de SPA, rango de edad

Año	Rango de edad							Total general
	1-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y mas	
2016	67	655	217	56	24	10	1	1030
2017	33	433	137	60	22	5	4	694
2018	75	608	206	73	21	14	3	1000

Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

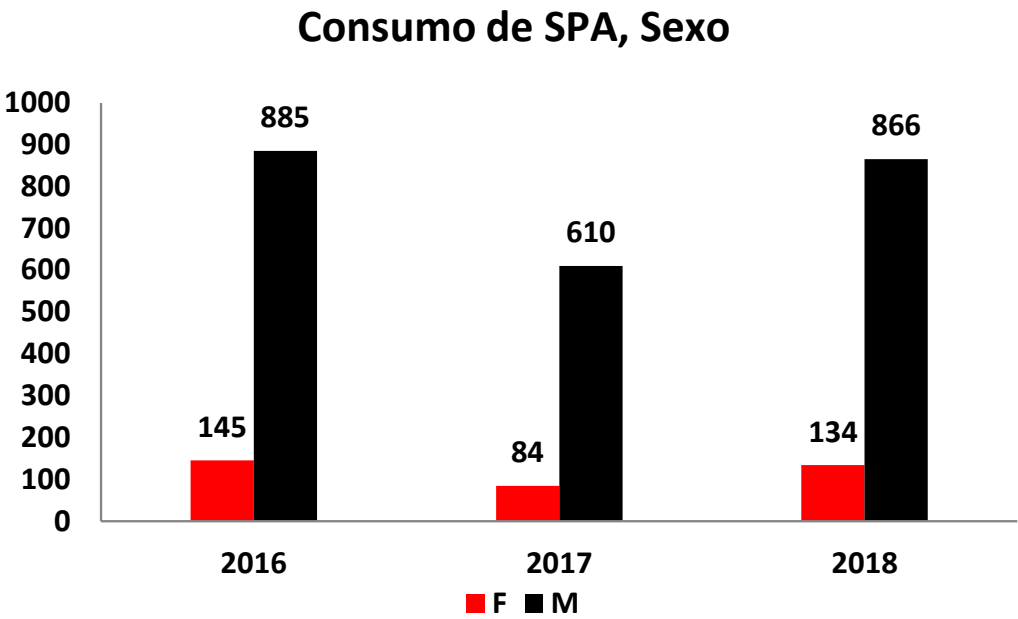


Grafica 12. Consumo de SPA, rango de edad



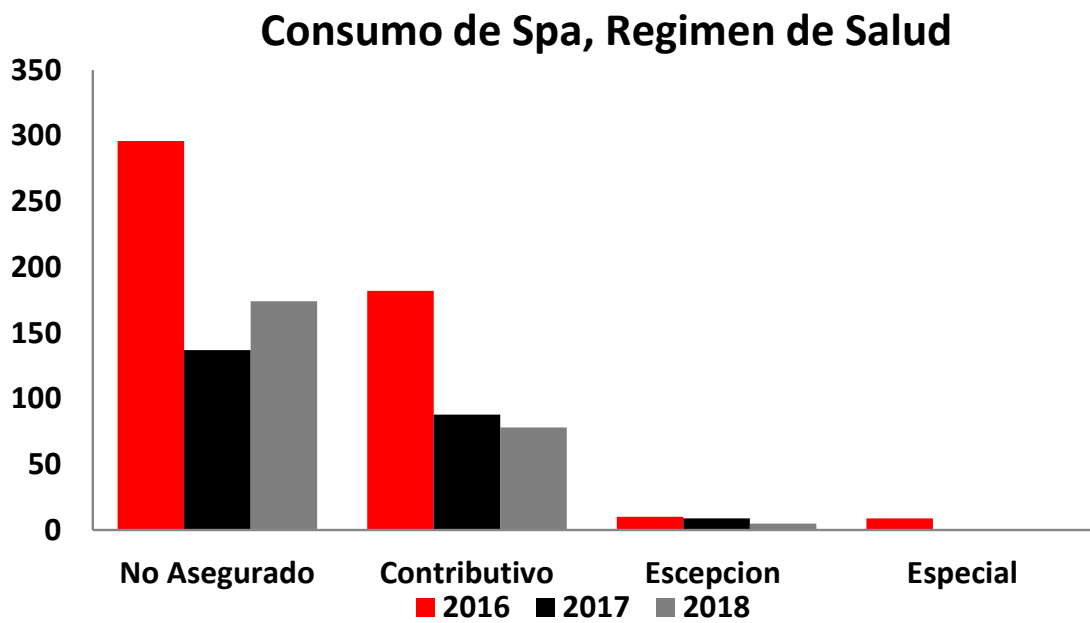
Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Grafica 13. Consumo de SPA, sexo



Fuente:
SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Grafica 14. Consumo de SPA, régimen de salud



Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

3.2.4. INTENTO DE SUICIDIO

El intento de suicidio es definido por la INS (Instituto nacional de salud) como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica. Según el sistema de vigilancia del departamento de norte de Santander mediante la notificación realizada por los municipios al SIVIGILA se evidencio que el rango de edad que predominó en el año 2016, 2017 y 2018 fue de 20 a 24 años. En torno al régimen de salud se observó que en ambas vigencias el régimen subsidiado presentó la mayor parte de los casos, en cuanto al sexo se observó que las mujeres presentaron el mayor número de casos en ambos años.

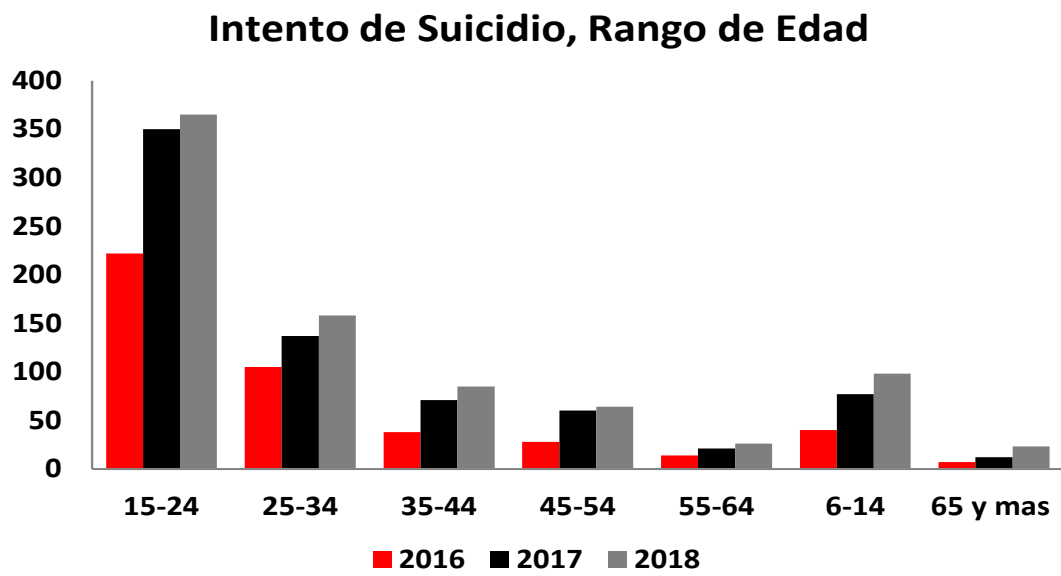
Tabla 12. Intento de suicidio, rango de edad.

Años	Rango de Edad							Total general
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	6-14	65 y mas	
2016	222	105	38	28	14	40	7	454
2017	350	137	71	60	21	77	12	728
2018	365	158	85	64	26	98	23	819
Total general	937	400	194	152	61	215	42	2001

Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

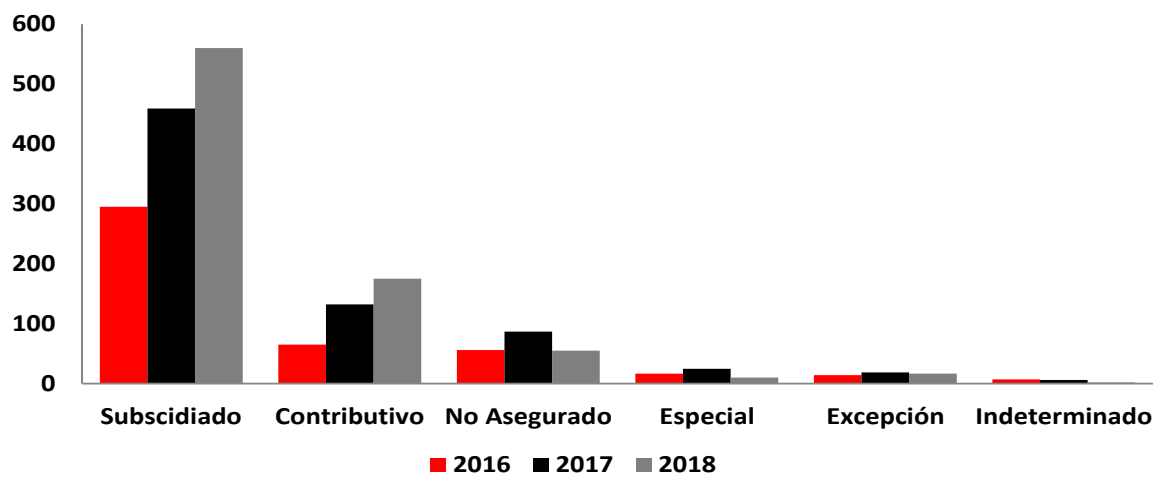


Grafica 15. Intento de suicidio, rango de edad.



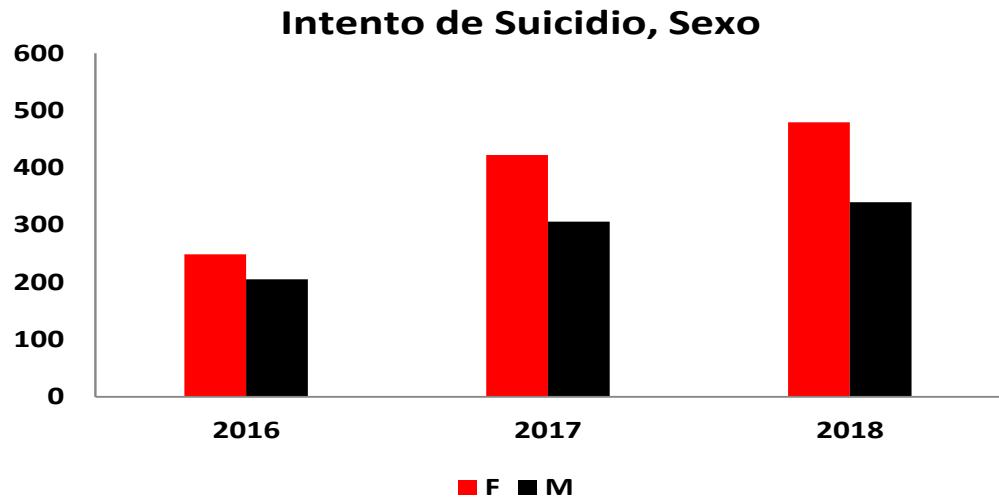
Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Grafica 16. Intento de suicidio, régimen de salud.



Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Grafica 17. Intento de suicidio, sexo.



Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

3.2.5. VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género es definido por la INS (Instituto nacional de salud) como violaciones sistémicas y masivas de los derechos humanos que afectan la vida, la salud física, mental y social, la integralidad, la libertad e igualdad de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres, hombres y personas con orientaciones diferentes a la heterosexual en particular a las de la comunidad LGTBI .Según el sistema de vigilancia del departamento de norte de Santander mediante la notificación realizada por los municipios al SIVIGILA se evidencio que el rango de edad que predomino en el año 2016, 2017 y 2018 fue de 1 a 14 años. En torno al régimen de salud se observó que en los tres años el régimen subsidiado presento la mayor parte de los casos, en cuanto al sexo se observó que las mujeres presentaron el mayor número de casos en los 3 años.

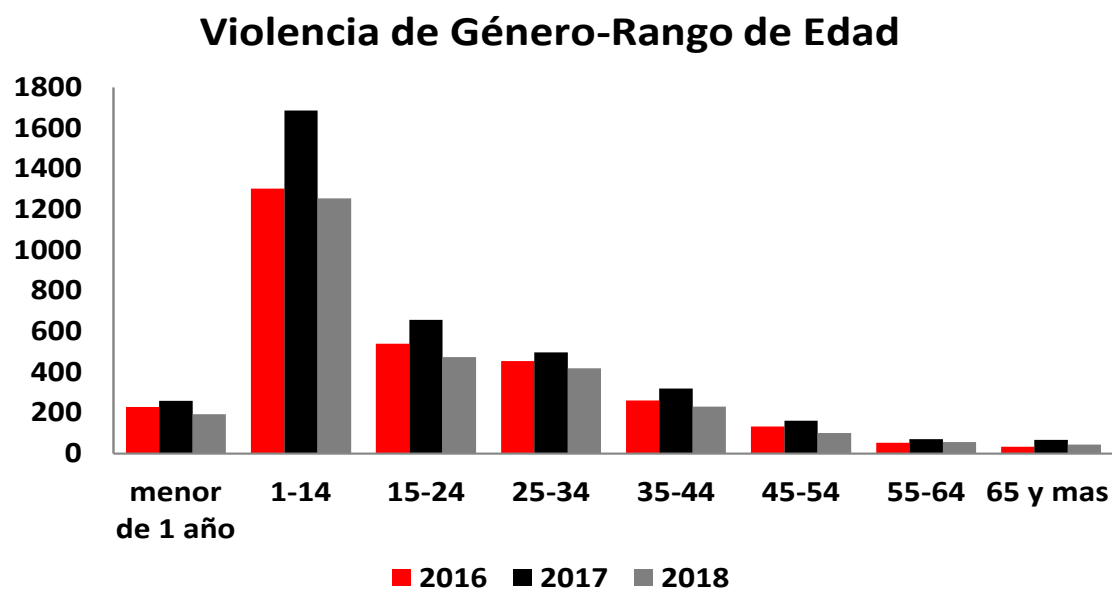
Tabla 13. Violencia de género, Rango de edad

Año	Rango de Edad								Total general
	menor de 1 año	1-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y mas	
2016	229	1301	540	454	261	132	52	33	3002
2017	259	1685	657	496	319	161	71	66	3714
2018	192	1253	474	418	231	101	56	43	2768
Total general	680	4239	1671	1368	811	394	179	142	9484

Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

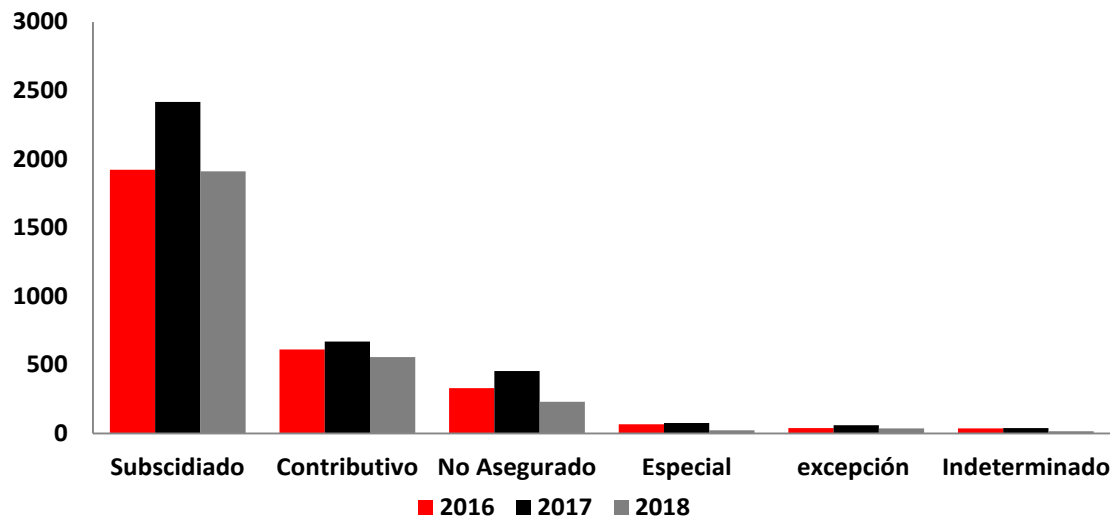


Grafica 18. Violencia de género, Rango de edad



Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

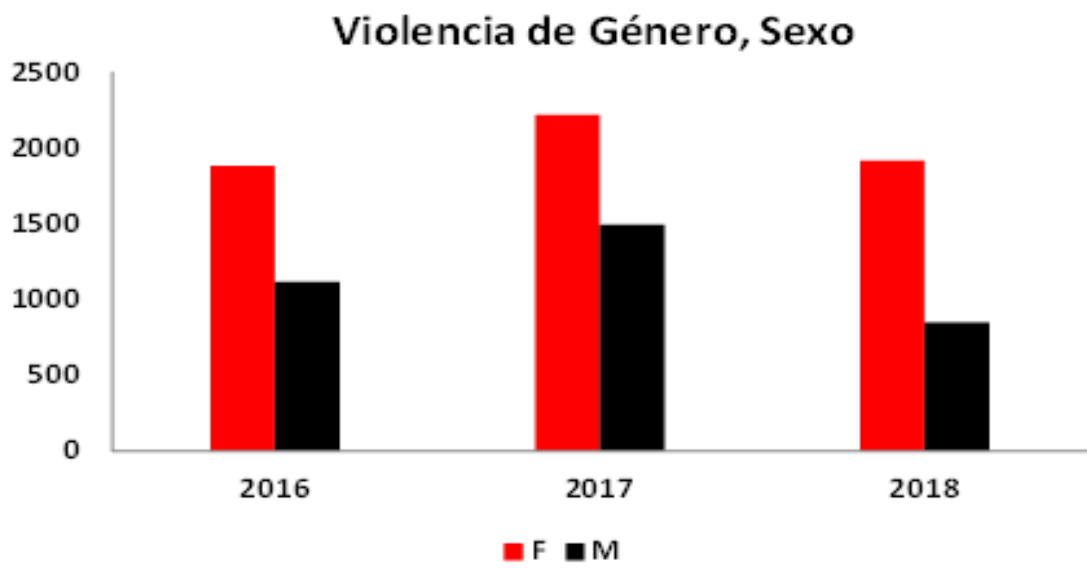
Grafica 19. Violencia de género, régimen de salud.



Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019



Grafica 20. Violencia de género, sexo



Fuente: SIVIGILA. IDS, Norte de Santander, 2019

Adicionalmente, al SIVIGILA, para el evento de violencias se presenta información de FORENSIS, donde se resalta que para el año 2017 el sistema médico legal colombiano conoció la existencia de 27.538 casos de violencia intrafamiliar en el país, cuya tasa estimada fue de 55,87 casos por cada 100.000 habitantes; del acumulado total de las víctimas, el 59,78% (16.463 casos) corresponde a mujeres y el 40,22% (11.075 casos) a los hombres. En términos generales, para todas las subcategorías de la violencia intrafamiliar (violencia contra niños, niñas y adolescentes, violencia contra la población adulta mayor y la violencia entre otros familiares), las mujeres fueron las más victimizadas; en cuanto al cálculo de tasas para la variable sexo, las mujeres arrojaron un resultado de 65,97 casos por cada 100.000 habitantes y los hombres de 45,51.

A continuación se resaltan los hallazgos más relevantes de acuerdo a las subcategorías de la violencia intrafamiliar. Violencia contra niños, niñas y adolescentes: El mayor número de afectados fueron los menores comprendidos en edades de los 10 a 14 años, con grado de escolaridad básica primaria, y según el factor de vulnerabilidad se relaciona con aquellos que refirieron consumo de sustancias psicoactivas o alcohol. Además, se determinó que los padres son los principales agresores; las causas circunstanciales asociadas a estas agresiones estaban ligadas con la intolerancia y el machismo; el mecanismo causal empleado por excelencia fue el contundente, y el diagnóstico topográfico más común corresponde al politraumatismo; en las distribución espacial, la vivienda fue el escenario predominante; en lo concerniente a la distribución temporal, septiembre, el martes y el rango de 6:00 a 9:00 p. m. fueron los periodos en los que ocurrieron con más frecuencia los casos.

Es importante tener presente que para medicina legal El término violencia familiar hace referencia a cualquier forma de maltrato, ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar entre los miembros de una familia; como todo maltrato, implica un desequilibrio de poder, y es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil con el fin último de ejercer un control sobre la relación. Tradicionalmente, en nuestra sociedad, dentro de la estructura familiar jerárquica actualmente predominante, los dos principales ejes de desequilibrio los han constituido el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 63 de 106

No cabe duda de que la visibilidad social de la violencia familiar en sus distintas manifestaciones (menores, mujeres, personas mayores) se ha incrementado progresivamente en las últimas décadas, quizás porque la tolerancia social hacia esos problemas se ha ido reduciendo de forma paralela. Es cierto que hay una mayor visibilidad social y una menor tolerancia social hacia la violencia familiar, pero desgraciadamente queda todavía mucho camino que recorrer.

Para el año 2017 el INMLCF realizó 27.538 exámenes medico legales por violencia intrafamiliar; de estos, 10.385 (37,71%) corresponden a violencia contra niños, niñas y adolescentes, 1.944 (7,06%) a violencia contra el adulto mayor y 15.209 (55,23%) a violencia entre otros familiares. De forma general, se encontró que las mujeres son las mayores víctimas, con 16.463 casos (59,78%), mientras que los hombres registraron 11.075 (40,22%).

3.3. Casos presentados por subregiones



SUBREGIÓN	MUNICIPIO PROCEDENCIA EVENTO	Alcoholismo	Ansiedad	Depresión	Intento de Suicidio	Psicosis	Síndrome Convulsivo/ Epilepsia	Suicidio	Trastorno Afectivo Bipolar	Trastorno Alimentario (Bulimia- Anorexia)	Vigilancia en Salud Pública de las Violencias de Género	Consumo de SPA	Consumo de sustancias psicoactivas inyectadas	Total general
Subregión Centro	ARBOLEDAS		1	1	1		1		1		8	1		14
	CUCUTILLA			3	1	2		2	1		7			16
	GRAMALOTE										5			5
	LOURDES		3	1	1		1				1			7
	SALAZAR		5		1	4			1		7	1		19
	SANTIAGO			1							2			3
	VILLA CARO		1						1		3			5
Total Subregión Centro			10	6	4	6	2	2	4		33	2		69
Subregión Norte	BUCARASICA		2		1		1		2		1			7
	EL TARRA		3		12	4	1	1	1		29	2		53
	SARDINATA		3	5	6				1		28			43
	TIBU		18	7	9	5	1	2	3		80	1		126
Total Subregión Norte			26	12	28	9	3	3	7		138	3		229
Subregión Occidental	ABREGO		6	3	18	6		1	2		44	2		82
	CACHIRA				3						24			27

	CONVENCION		7	1	18	1					38			65
	EL CARMEN		1	1	3	1					26			32
	HACARI		4		3	5	2	1			14	1		30
	LA ESPERANZA			1	4						6			11
	LA PLAYA		1	1	3	1					10			16
	OCAÑA	1	428	37	112	48	20	3	30	2	414	23		1118
	SAN CALIXTO		1		8	2	3	1			6			21
	TEORAMA		4		16	2					27			49
Total Subregión Occidental		1	452	44	188	66	25	6	32	2	609	26		1451
Subregión Oriental	CUCUTA	9	563	501	241	79	22	1	141		1382	482	19	3440
	EL ZULIA		6	7	8	3			1		64	1		90
	LOS PATIOS	2	59	57	23	6	19	1	10		184	29	1	391
	PUERTO SANTANDER		7	1	4			1	4		19	1		37
	SAN CAYETANO		3								10	1		14
	VILLA DEL ROSARIO		74	43	25	6	24	1	14		195	26	1	409
Total Subregión Oriental		11	712	609	301	94	65	4	170		1854	540	21	4381
Subregión	CACOTA			2							8			10

Sur - Occidental	CHITAGA		2	4	1				1		10	1		19
	HERRÁN								1		1			2
	MUTISCUA				1				1		4			6
	PAMPLONA	3	13	15	28	4			3	1	83	7		157
	PAMPLONITA		1	2			2	1	1		5			12
	SILOS				2						6			8
Total Subregión Sur - Occidental		3	16	23	32	4	2	1	7	1	117	8		214
Subregión Sur - Oriental	BOCHALEMA		12	5	4	2	3		2		17	1		46
	CHINACOTA		11	11	5		2		4		13			46
	DURANIA		2		2						7			11
	LABATECA		1	1	2		2				2			8
	RAGONVALIA		8	5		2			1		4			20
	TOLEDO		2	2	2	1					7			14
Total Subregión Sur - Oriental			36	24	15	5	7		7		50	1		145
#N/A	MUNICIPIO DESCONOCIDO													
Total #N/A														
Total general		15	1252	718	568	184	104	16	227	3	2801	580	21	6489

TABLA 14: Eventos de Salud por Subregiones.
FUENTE: SIVIGILA A SEMANA 52 VIGENCIA 2018

3.4 METAS DE RESULTADO DE PASE A LA EQUIDAD DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

SE ENMARCAN EN ÉSTOS INDICADORES DE IMPACTO EN SALUD RELACIONADOS CON LA DIMENSIÓN DE CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL.

Nombre del indicador	Unidad de medida	Línea de Base al iniciar período de gobierno		Fuente
		Valor	Año	Obtención dato
Política pública de salud mental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el ministerio de salud y protección social.	Número	0	2015	Informes de gestión de dimensión
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento.	Porcentaje	0.96	2015	Proyecciones DANE. Cálculos MSPS
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente.	Porcentaje	6.8	2015	EEVV. CALCULOS MSPS
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios).	Porcentaje	39.6	2015	EEVV. CALCULOS MSPS
Prevalencia de personas de 12 a 65 años que consumen SPA ilícitas.	Prevalencia	2,82	2013	Estudio Nacional de consumo de SPA
Número de Municipios con planes para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el ministerio de salud y protección social.	Porcentaje	0	2015	Informes de gestión de dimensión
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer.	Incidencia	138.4	2015	SIVIGILA
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar.	Incidencia	180	2015	SIVIGILA
Número de Municipios con planes de acción para la prevención y respuesta integral al impacto individual y colectivo de las diferentes formas de violencia.	Porcentaje	0	2015	Informes de gestión de dimensión

TABLA 15: Indicadores de Metas de Resultado Salud Mental



SE ENMARCAN EN ÉSTOS INDICADORES DE IMPACTO EN SALUD RELACIONADOS CON LA DIMENSIÓN TRASVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES.

Nombre del indicador	Unidad de medida	Línea de Base al iniciar período de gobierno		Fuente
		Valor	Año	Obtención dato
Funcionamiento y operatividad de los comités municipales de discapacidad	Porcentaje	75%	2015	Referentes poblaciones vulnerables/Salud pública
Ampliación y cobertura del RLCPD.	Porcentaje	100%	2015	Planeación IDS/MSPS
% de municipios con modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado.	Porcentaje	25%	2015	Referentes poblaciones vulnerables/Salud pública.
% de Municipios que Implementan, seguimiento de las políticas públicas de envejecimiento y vejez y de apoyo y fortalecimiento a las familias.	Porcentaje	50%	2015	Referentes poblaciones vulnerables/Salud pública.
% de Municipios a los que se han socializado los avances de la adecuación del modelo nacional atención integral al enfoque de género, orientado	Porcentaje	0%	2013	Estudio Nacional de consumo de SPA

TABLA 16: Indicadores de metas de resultado dimensiones transversales.

3.4.1 DISPONIBILIDAD INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

En el sector salud existe un registro especial de prestadores de servicios de salud-REPS- en el que deben estar todos los prestadores habilitados y que cuentan con las condiciones mínimas esperadas para brindar una atención con calidad, en el marco de la Resolución N° 00002003 de 2014(28 MAYO 2014), por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, se encuentran estos prestadores registrados:

Tabla 17. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con servicio de psiquiatría.

PUBLICAS	PRIVADAS
ESE Hospital Mental Rudesindo Soto	IPS CLÍNICA STELLA MARIS INSTITUTO NEUROLÓGICO INFANTIL S.A.S. UBA VIHONCO SAS
ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares	CENTRO ESPECIALIZADO UBA VIHONCO SAS CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA



ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	AMES S.A.S Sede Cúcuta SANATY IPS CUCUTA SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S CENTRO DE ATENCIÓN NEUROPSIQUIATRICO DE OCAÑA S.A.S. IPS SAN LUIS GONZAGA IPS EL REENCUENTRO
--	---

Tabla 18. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con servicio de psicología.

PUBLICAS	PRIVADAS
• ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO • ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES • E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ • E.S.E HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDENTAL ABREGO • IPS CONVENCIÓN • IPS EL CARMEN • E.SE HOSPITAL MIGUEL DURAN DURAN- CACHIRA • IPS CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA • ESE HOSPITAL JUAN LUIS LONDOÑO • EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITAL ISABEL CELIS YAÑEZ • CENTRO DE ATENCIO BASICA PATIOS CENTRO • HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA • CENTRO DE SALUD EL TARRA • IPS HOSPITAL SAN JOSE DE TIBU • CENTRO DE SALUD LA GABARRA	• CENTRO DE PSICOLOGÍA Y TERAPIAS • INSTITUTO DE REHABILITACION NEURO PSICOLOGICA • Fundación Virgilio Barco • NORTE SALUD S.A. • RTS SUCURSAL CUCUTA • RTS SUCURSAL CUCUTA AGENCIA SEDE 02 • RTS SUCURSAL OCAÑA • SERVICIO INTEGRAL DE SALUD OCUPACIONAL LTDA • CENTRO TERAPEUTICO DEL NORTE LTDA • IPS LLERAS • IPS EL PARQUE • IPS CAOBS • IPS LA CERO • IPS SAN RAFAEL • CUCUTA ESTE • IPS LOS ALPES • ALARCON PREVENIR SALUD OCUPACIONAL LTDA • FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL S.A. • FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL S.A. • FUNDACION MEDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL S.A. • ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA – PROFAMILIA • AGESO LTDA - ACSESORIOS EN GERENCIA Y SALUD OCUPACIONAL • ONCOMEDICAL I.P.S. S.A.S. • COMFAORIENTE I.P.S. • GASTROQUIRURGICA S.A.S. • CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES A PRUEBA CUCUTA CENTRO • IPS A-PRUEBA NO. 7 • EVALUACION Y TECNOLOGIA LTDA • EVALUACION Y TECNOLOGIA OCAÑA



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 70 de 106

	• Rehabilitar Cúcuta Ltda. • BIOENERGETICA SERVICIOS MEDICOS ALTERNATIVOS • UNIDAD HEMATOLOGICA ESPECIALIZADA IPS SAS • CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS C.D.I. S.A • ALIADOS EN SALUD S.A. • MEDICUC IPS • VIDAMEDICAL IPS SAS • ATENCION EN REHABILITACION INTEGRAL LTDA - "ATERIN LTDA" • CLINICA STELLA MARIS • CENTRO DE PREVENCION Y REHABILITACION CARDIOVASCULAR • SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD • CONTACTO IPS S.A.S • IPS FIGURA`S SPA CUCUTA S.A.S • CIA DE NEUROLOGOS.NEUROCIRUJANOS Y ESPECIALIDADES AFINES, SOCIEDAD ACCIONES SIMPLIF CONEURO S.A.S. • NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL • NEUROCOOP S.A.S • IPS REHABILITACION INTEGRAL MARTA OMAÑA ASOCIADOS S.A.S • IPS REHABILITACION INTEGRAL MARTA OMAÑA & ASOCIADOS S.A.S. SEDE COLEGIO • EL PRINCIPIO DE UNA ESPERANZA • IPS ASSOT IMAGNORTE • INSTITUTO NEUROLOGICO INFANTIL S.A.S. • ORGANIZACIÓN VIHONCO IPS SAS CUCUTA • UBA VIHONCO SAS • UBA VIHONCO GRAN COLOMBIA • UBA VIHONCO SAS SEDE 4 • SAB ESTETICA Y REHABILITACION • FUNDACION INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD SUEÑOS DE COLORES • UPREC UNIDAD DE PREVENCIÓN CLÍNICA CÚCUTA • CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES EXAMINAR CUCUTA • CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA • EUREKA CLUB DE APRENDIZAJE S.A.S • AMES S.A.S Sede Cúcuta • PRINSO I.P.S SAS • CON-SENTIDOS CENTRO DE REHABILITACION FISICO Y NEUROLOGICO • EQUIPO CODIGO AZUL IPS • CODIGO AZUL MEDICINA EN SU HOGAR PAMPLONA • PRINCIPAL • DAVITA CUCUTA • GLOBAL SAFE SALUD • NORFETUS S.A.S.
--	---



	• IPS CLINICAL HOUSE • FRESENIUS MEDICAL CARE SERVICIO RENAL S.A.S • SANATY IPS CUCUTA • IPS PROGRESANDO EN SALUD S.A.S • RUAN REHACER IPS CUCUTA • CEPAIN IPS CUCUTA • INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DOMICILIARIOS SANARTE CLÍNICA DE HERIDAS Y OSTOMIAS • CENTRO DE REHABILITACION FISICA INTEGRAL CEFINORT • IPS SALUD SOCIAL INTERVENCION DEL RIESGOKARISALUD IPS LTDA • KARISALUD IPS LTDA • IPS NUEVO MILENIO SAS • CRC 132 PATIOS • SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S • CENTRO DE REHABILITACION FISICA Y ASESORIA SEXUAL CERAS SAS • Fundación Centro de terapia Integral Amor "FUNDAMOR" • DR PROSALUD IPS S.A.S • UNESAT LTDA IPS OCAÑA • SERVICIOS MEDICOS INTEGRADOS MEDICA IPS SAS OCAÑA • FUNDACION OPCION VIDA • CENTRO MEDICO INTEGRAL SERVICIOS DE SALUD "C.M.I." S.A. • SOCIEDAD CLINICA PAMPLONA LTDA • ASOCIACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS Y SUMINISTROS DE SALUD - CRD-ASSALUD-IPS CUCUTA • Fundación Amiga del Paciente • DROGUERIA MAGRETH S.A.S. • IPS CENTRO CLINICO TIBU • INTEGRADOS EN SALUD IPS Ltda. • IPS SAN LUIS GONZAGA • IPS EL REENCUENTRO
•	•

3.5 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

3.5.1 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL POR ÁREAS DE CAPTACIÓN

Se ha incorporado la salud mental en la estrategia de Atención Primaria en Salud, que incluye la detección temprana de problemáticas de salud mental mediante la aplicación de tamizajes en salud mental en las instituciones públicas y privadas de nivel primario y baja complejidad de los 40 municipios del departamento.



3.5.2 HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS ORGANIZATIVAMENTE INTEGRADOS CON SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL

En el departamento Norte de Santander existe un Hospital Psiquiátrico, la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto que cuenta con el servicio hospital día, para pacientes, hasta la fecha no ha incluido el servicio ambulatorio de salud mental.

3.5.3 DISPONIBILIDAD DE INSTITUCIONES AMBULATORIAS DE SALUD MENTAL

Se cuenta con una Unidad de Salud Mental en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares del municipio de Ocaña.

3.5.4 DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN GENERAL CON HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

En la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, existen 16 camas para Psiquiatría.

3.5.5 DISPONIBILIDAD DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

Existe en el departamento solo la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto.

3.5.6 DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

En la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto existen 107 camas distribuidas así:

Psiquiatría: 17
Farmacodependencia: 30
Cuidado Agudo Mental: 16
Cuidado Intermedio Mental: 44
Para un total de 107 camas de la ESE Hospital Mental Rudesindo Soto que está ubicado en Cúcuta, capital del departamento.

3.5.7 ATENCIÓN EN SALUD:

Entidades prestadoras de servicios de salud presentes en el Departamento con número de afiliados activos según régimen de afiliación, contributivo y subsidiado.

DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	
EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO	CANTIDAD DE AFILIADOS ACTIVOS
MEDIMAS EPS S.A.S-REG_CONT	139.910
NUEVA EPS	118.879
COOMEVA EPS S A	68.699
EPS SANITAS	58.675
SALUD VIDA EPS	14.060
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA - COMPARTA	7.098
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LLTDA. COOSALUD	5.665
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR C.C.F. DEL ORIENTE COLOMBIANO - COMFAORIENTE -CM	2.560
MEDIMAS EPS S.A.S MOV HACIA REG CONT	1.644
ECOOPSOS - ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDADARIA DE SALUD ECOOPSOS ESS	1.242
NUEVA EPS MOVILIDAD	865
ASMET - ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA DE EL TAMBO ASMET ESS	288
COMPENSAR EPS	19
SURA EPS	18
FONDO PASIVO SOCIAL FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	13
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	4
SALUD TOTAL	3
FAMISANAR LTDA	2
Empresa Mutua para el desarrollo integral de la salud E.S.S. Emdisalud ESS	1
Total general	419.645

TABLA 19: Afiliados activos según régimen de afiliación, contributivo.
Fuente: Base maestro contributivo afiliados activos con corte a 31 de julio de 2019



DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	
EPS REGIMEN SUBSIDIADO	NUMERO DE AFILIADOS ACTIVOS
COMPARTA - COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA	185.975
SALUD VIDA EPS	149.462
MEDIMAS EPS S.A.S REG_SUB	143.512
COOSALUD ESS	136.507
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO - CONFAORIENTE	130.500
NUEVA EPS - MOVILIDAD	87.122
ECOOPSOS - ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDADARIA DE SALUD ECOOPSOS ESS	55.175
MEDIMAS EPS S.A.S MOV HACIA SUB	39.433
ASMET - ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA DE EL TAMBO ASMET ESS	30.409
COOMEVA EPS S A	19.526
NUEVA EPS	17.375
SALUD VIDA EPS - MOVILIDAD	3.058
EPS SANITAS	1.719
CAPRESOCA EPS	1
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	1
Total general	999.775

Tabla 20: Afiliados activos según régimen de afiliación, subsidiado.
Fuente: Base maestro subsidiado afiliados activos con corte a 31 de julio de 2019

3.5.8 EPS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD EN CADA MUNICIPIO DEL DEPARTAMENTO SEGÚN EL RÉGIMEN DE AFILIACIÓN

DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER EPS REGIMEN SUBSIDIADO														
MUNICIPIO/EPS	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR C.C.F. DEL ORIENTE COLOMBIANO "COMFAORIENTE"	CAPRESOCA EPS	COOMEVA E.P.S. S.A.-CM	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA- COMPARTA	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.	E.P.S. SANITAS S.A.-CM	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	ENTIDAD COOPERATIVA SOL.DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA ECOOPSOS	LA NUEVA EPS S.A.	MEDIMAS	NUEVA EPS S.A.-CM	SALUDVIDA S.A. E.P.S	SALUDVIDA S.A. E.P.S - CM
CÚCUTA		X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
ABREGO	X				X	X				X	X	X	X	X
ARBOLEDAS		X								X	X	X	X	X
BOCHALEMA					X					X		X		
BUCARASICA					X					X	X	X		
CÁCOTA		X			X							X		
CÁCHIRA	X	X										X		
CHINACOTA					X	X				X	X	X		
CHITAGÁ					X					X		X		
CONVENCIÓN		X								X	X	X	X	X
CUCUTILLA		X										X	X	X
DURANIA										X	X	X		
EL CARMEN	X	X			X							X	X	X
EL TARRA		X			X					X		X	X	X
EL ZULIA		X				X				X	X	X	X	X
GRAMALOTE		X								X	X	X		
HACARÍ					X	X				X		X		
HERRÁN		X			X							X		
LABATECA					X					X		X		
LA ESPERANZA					X	X						X		
LA PLAYA					X	X						X		
LOS PATIOS				X		X			X	X	X	X		
LOURDES										X	X	X	X	X
MUTISCUA										X	X	X	X	X
OCAÑA	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
PAMPLONA		X			X					X	X	X	X	X
PAMPLONITA					X					X		X		
PUERTO SANTANDER					X							X		
RAGONVALIA		X			X							X		
SALAZAR					X					X	X	X		
SAN CALIXTO	X									X		X	X	X
SAN CAYETANO					X					X		X		
SANTIAGO		X										X	X	X
SARDINATA					X	X				X	X	X	X	X
SÍLOS					X					X		X	X	X
TEORAMA	X	X								X	X	X	X	X
TIBÚ		X			X	X				X	X	X	X	X
TOLEDO					X	X			X		X	X	X	X
VILLA CARO		X	X									X	X	X
VILLA DEL ROSAR	X				X	X		X		X	X	X	X	X

Tabla 21. Afiliados activos según el régimen de afiliación 2019
Fuente: Base maestro subsidiado afiliados activos con corte a 31 de julio de 2019



DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO																				
MUNICIPIO/EPS	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD-CM	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR C.C.F. DEL ORIENTE COLOMBIANO - COMFAORIENTE-CM	COMPENSAR E.P.S.	COOMEVA E.P.S. S.A.	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA-CM	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S.-CM	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	E.P.S. SANTITAS S.A.	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS-CM	ENTIDAD COOPERATIVA SOL DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA ECOPOSOS-CM	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.- EPS S.O.S. S.A.	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NALES	FUNDACIÓN SALUD MIA EPS	LA NUEVA EPS S.A.	LA NUEVA EPS S.A.-CM	MEDIMAS	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	SALUDVIDA S.A. E.P.S.-CM	SALUDVIDA S.A. E.P.S
CÚCUTA		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X		X	X
ABREGO	X					X		X							X	X	X		X	X
ARBOLEDAS		X													X	X				X
BOCHALEMA					X										X	X				
BUCARASICA					X										X		X			
CÁCOTA		X			X										X					
CÁCHIRA	X	X						X												
CHINACÓTA					X	X		X							X	X	X			X
CHITAGÁ					X										X					X
CONVENCIÓN		X													X	X	X		X	X
CUCUTILLA		X						X							X					
DURANIA															X	X	X			
EL CARMEN	X	X			X										X					X
ELTARRA		X			X										X				X	
ELZULIA		X				X		X					X		X	X	X		X	X
GRAMALOTE		X													X	X	X		X	X
HACARÍ					X	X									X	X				
HERRÁN		X			X			X							X					
LABATECA					X										X					
LA ESPERANZA					X	X									X	X				
LA PLAYA					X	X									X					
LOS PATOS				X		X		X		X					X	X	X	X	X	X
LOURDES															X	X	X			X
MUTISCUA															X		X			
OCANA	X	X		X	X	X		X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X
PAMPLONA		X			X			X					X	X	X	X	X		X	X
PAMPLONITA					X										X	X				
PUERTO SANTANDER					X										X	X				
RAGONVALIA		X			X										X					
SALAZAR					X			X							X	X	X			X
SAN CALIXTO	X														X	X				
SAN CAYETANO					X										X					
SANTIAGO		X													X					
SARDINATA					X			X							X	X	X		X	X
SILÓS					X										X					
TEODRAMA	X	X													X		X			
TIBÚ		X			X	X		X							X	X	X		X	X
TOLEDO					X	X		X							X		X		X	X
VILLA CARO		X						X							X		X			
VILLA DEL ROSARIO					X	X		X				X			X	X	X		X	X

Fuente: Base maestro contributivo afiliados activos con corte a 31 de julio de 2019

3.6 RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL

Los profesionales de la salud mental son cruciales para que pueda brindarse atención efectiva en salud mental en servicios especializados de salud mental, y en el ámbito de la atención general en salud. Los siguientes indicadores dan un panorama general sobre la caracterización del recurso humano destinado a realizar acciones de salud mental.

SERV_NOMBRE	CODIGO_HABILITACION	SEDE_NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	EMAIL	NITS_NIT
344-PSICOLOGÍA	5400100669	GERSON ENRIQUE QUINTERO CACERES	CLL. 12 N° 6-80 Edif. TRINIDAD CONS. 302	5714426	gersonquintero@hotmail.com	13503372
344-PSICOLOGÍA	5400100875	BEATRIZ ZULUAGA URIBE	AVENIDA 1 #17-93			41525494
344-PSICOLOGÍA	5400101521	JOSE DEL CARMEN VILLAMIZAR VILLAMIZAR	AV. 0 No. 10-76 EDIFICIO COLEGIO MEDICO CONS. 801	5846175 - (315) 6002734	josevi41@hotmail.com	13470160
344-PSICOLOGÍA	5400101534	MONICA YUDIT HURTADO MORA	CALLE 13 # 1E-44 TORREB CONSULT. 211B	5730682		60375700
344-PSICOLOGO	5400101716	JORGE HUMBERT	MZ 17 CASA 18	315770484	psicomalpi@hotmail.com	13813621



GÍA		O MALPICA	CIUDAD JARDIN			
344-PSICOLOGÍA	5400101939	LUDY MARINA RAMIREZ ARIAS	CALLE 18A No. 12-55	3124758266	lumara_04@hotmail.com	60344525
344-PSICOLOGÍA	5400102053	EDGAR ALEXIS DIAZ CAMARGO	AV 13 E #8 AN-14	3143619217	PSICOALEXIS.ORG@HOTMAIL.COM	80762713
344-PSICOLOGÍA	5400102068	MANUEL ERNESTO RIAÑO GARZÓN	Av. 4E No. 6-49 consultorio 112	5891793	manuelrgarzon@gmail.com	13278205
344-PSICOLOGÍA	5400102182	XIMENA CARDENAS ACEVEDO	Calle 1 No. 15-43- Consultorio 704-Edificio Jericó	5721271-3177189122	ximenacard@hotmail.com	60359630
344-PSICOLOGÍA	5400102207	OSGARDO DE JESUS HERRERA CIRO	Av. 1 N° 13-90 Consultorio 102 Edificio Centro Integral de Especialistas	3003190464	osgardo_herrearaciro@yahoo.com	88186419
344-PSICOLOGÍA	5400102351	RICHARD OSWALDO BELTRAN PINILLA	CALLE 8 AV 2 2 PISO	3143494998	richardbeltran_79@hotmail.com	88237388
344-PSICOLOGÍA	5400102385	WILMER MENDOZA MANZANO	Av 0b N 21-113	5896032	wilmermanzano1102@hotmail.com	88223665
344-PSICOLOGÍA	5449800264	MIRTHA CECILIA SARMIENTO CASADIEGO	CALLE 12 # 16-50	5622992	marthasarmiento88@hotmail.com	37312870
344-PSICOLOGÍA	5449800645	JACQUELINE LEMUS MAICHEL	CALLE 11 No. 13-81	0975624407	jlemusm16@hotmail.com	37316212
344-PSICOLOGÍA	5451802078	LEIDY DAYANNA OROZCO MONSALVE	CLINICA PAMPLONA	5681060	leidy_orozco22@hotmail.com	60267268
344-PSICOLOGÍA	5400102408	CAROLINA GONZALEZ GARCIA	AVENIDA 11E N° 8A-15 EDIFICIO BALCONES BARRIO LA RIVIERA	5740015-3178543202	cgonzalezg09@gmail.com	60391062
344-PSICOLOGÍA	5400102446	RODOLFO ANDRÉS JAUREGUI OJEDA	AVENIDA 4E #7-20 OFICINA 104	3124020162 - 3219308636	psicologorodolfojauregui@gmail.com	1090395115



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 76 de 106

344- PSICOLO GÍA	54001025 06	JACQUELI NE LAGUADO GONZALEZ	CALLE 5N Nº 7E-92 APTO 3 BARRIO LA CEIBA	31080653 26	laguadogjacqu eline@gmail.c om	6038841 2
344- PSICOLO GÍA	54498020 84	WILLIAM DAVID SANJUAN IBÁÑEZ	Calle 8 # 35 - 110	31740058 11 - 31181745 68	drwidasai@g mail.com	5469698
344- PSICOLO GÍA	54498025 14	HEBER PICON TORRADO	Calle 8 # 35 - 110	31124839 23 - 31181745 68	epito00@hotm ail.com	1890389 8
344- PSICOLO GÍA	54874024 86	SOCORRO CELIS SANDOVAL	CRA. 7 #3N-32	31433247 65	socorrocelis_4 2@hotmail.co m	2771985 8

Tabla 22. Disponibilidad De Profesionales Habilitados en el área de Salud Mental territorio Norte de Santander.

Fuente: Oficina de vigilancia y control Instituto Departamental de Salud

3.7 SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HABILITADO POR I.P.S. EN NORTE DE SANTANDER

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ	AV. 11E #5A - 71 GUAIMARAL	info@herasmomeoz.gov.c o	5743175	CÚCUT A
HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	CALLE 17 AVENIDAS 19A-19B	hosmentalcucuta@hotmail .com	5824956	CÚCUT A
CLINICA STELLA MARIS	CALLE 14 # 1 - 55	clinicastella@msn.com	5717802 5717001	CÚCUT A
INSTITUTO NEUROLOGICO INFANTIL S.A.S.	CALLE 17 # 0-49	infaneuro@hotmail.com	5834348	CÚCUT A
UBA VIHONCO SAS	CALLE 9 0-77 y/o 0- 83	directora.cucuta@vihonco. org	5715587	CÚCUT A
CENTRO ESPECIALIZADO UBA VIHONCO SAS	CALLE 15A NUMERO 1E-88	rolandoco3@hotmail.com	3005523018	CÚCUT A
UBA VIHONCO SAS SEDE 4	Calle 7 n#12e-163	rolandoco3@hotmail.com	5777272	CÚCUT A
CENTRO INTEGRAL DE ATENCION DIAGNOSTICA ESPECIALIZADA	AV 11E 4 - 09 LC 4	ciade.gerencia@hotmail.c om	3132029811	CÚCUT A
AMES S.A.S SEDE CÚCUTA	CALLE 17 N° 1E - 91	direccionadministrativa@a mes.com.co	5956205	CÚCUT A
AREA DE SANIDAD NORTE DE SANTANDER	CALLE 22N N° 2-03 BARRIO TASAJERO	denor.grusa- garca@policia.gov.co	5723860	CÚCUT A
IPS MARIA DE LOS ANGELES	LOTE 9 MANZANA J3 ATALAYA 1 ETAPA	ipsmariadelosangeles@ho tmail.com	3132151954	CÚCUT A
SANATY IPS CUCUTA	CALLE 13A N 1E- 112 CAOBOS	gtovarovallos@gmail.com	5955421	CÚCUT A



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	CALLE 7 #29-144			OCAÑA
SANAMEDIC SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - S.A.S	CARRERA 13 # 12- 68	sanamedic@gmail.com	3176688218 - 5622020	OCAÑA
CENTRO DE ATENCION NEUROPSIQUIATRI CO DE OCAÑA S.A.S.	KDX 7-2 VIA OCAÑA-ABREGO	canoocana@hotmail.com	3187315362	OCAÑA

TABLA 23: servicio de psiquiatría habilitado por I.P.S. en norte de Santander

PROFESIONALES INDEPENDIENTES EN PSIQUIATRÍA				
1	REINALDO NICOLAS OMAHNA HERRAN	AV 11E # 8-15 COLSAG CONS 202	cons202dr.reinaldo_oh@hotmail.com	5743845 CUCUTA
2	CARLOS ENRIQUE CASTRO HERNANDEZ	AV 0 # 11-129 CONS 401	cabolls@hotmail.com	5715323 CUCUTA
3	MANUEL GUILLERMO SERRANO TRILLOS	CALLE 14 NO 1-55 LA PLAYA	manuelgmo55@gmail.com	5717001 – 5717802 CUCUTA
4	DORIS REYES GONZALEZ	CALLE 14 NO 1-55 LA PLAYA	dorisreyes2007@hotmail.com	5717001 – 5717802 CUCUTA
5	YEZMIN ELIME ABRAJIM RINCON	CALLE 18 N 1AE-31	abrajimar@hotmail.com	5717607- 5837802- 3142131511 CUCUTA
6	NOHORA XIMENA MONSALVE QUINTERO	AVENIDA 1 NO. 17-93 CONS. 204	nohoramonsalvequintero@yahoo.com	5713690-5712367 CUCUTA
7	GUSTAVO ADOLFO DELGADO SIERRA	AV 11 E# 8A-39 CONSULTORIO 103	votagusdogadel@hotmail.com	3005575722 CUCUTA
8	JUAN OMAR CARRILLO PARADA	CALLE 15 N 2- 92	juancarrillo@synapsis.co	5833063 CUCUTA
9	LEONARDO JOSE ALVAREZ ÁLVAREZ	CARRERA 11 Nº 12-29. LOCAL 2	leonardoalvarez3103@hotmail.com	5690557 OCAÑA

Tabla 24: Profesionales independientes en psiquiatría

4. ESTRATEGIAS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

4.1. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

El modelo del componente de salud mental en A.P.S. requiere del trabajo conjunto entre las instituciones pertenecientes a todos los sectores involucrados en la promoción de la salud y la calidad de vida de la población, pero de manera coordinada con el trabajo propio de la comunidad, que debidamente organizada y capacitada debe ir generando “sus propios procesos comunitarios de salud mental”, cuya dinámica y desarrollos particulares irán complementando y descongestionando los servicios existentes. De tal manera se va concretando un proceso integral de salud que responde a las necesidades propias de cada territorio y localidad.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 78 de 106

4.1.1 Procesos comunitarios

Se espera que la comunidad sea capaz de desarrollar procesos en salud mental, tales como:

- a) Tamizajes en salud mental: Consiste en una serie de preguntas, que cuando son contestadas, pueden indicar la presencia o ausencia de un problema de salud mental en particular. Es importante tener presente que un tamizaje no diagnostica un trastorno mental.
- b) Detección temprana: Que en este caso se genera del tamizaje. “Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte”.
- c) Canalización de casos: Es el proceso mediante el cual una persona es orientada de forma efectiva y eficaz para la atención de un problema o un trastorno en salud mental.
- d) Primeros Auxilios en salud mental: Como su nombre lo indica, son aquellas medidas o cuidados adecuados que se ponen en práctica en forma provisional tan pronto se reconoce una emergencia y mientras se obtiene una atención profesional especializada para salvar la vida, lograr estabilidad emocional y recuperar la salud.

En el caso de los trastornos mentales al igual que en los accidentes o enfermedades que afectan nuestra salud física, hay ciertas reglas básicas que se deben seguir para que la víctima pueda superar la etapa crítica y reasuma su vida normal, en algunos casos sin necesidad de atención por parte de un profesional de la salud.

- e) Rehabilitación en salud mental basada en la comunidad: busca desarrollar habilidades en las comunidades para brindar el afecto, comprensión y ayuda adicional para que las personas que sufren trastornos mentales y del comportamiento puedan llevar una vida tan normal como sea posible. Tiene en cuenta además, que algunas intervenciones ambientales contribuyen a la rehabilitación y buscan posibilitar una mayor integración y participación en la familia, en la institución educativa, en el sitio de trabajo y en la comunidad. Estos esfuerzos, combinados con medicamentos han probado ser efectivos para ayudar a las personas con discapacidad secundaria a un trastorno mental para que puedan realizar muchas de sus actividades diarias y quizás llevar una vida normal.
- f) Actividades de promoción de la salud y la calidad de vida, así como actividades de prevención de trastornos mentales. Los anteriores procesos de atención en salud mental, al desarrollarse desde la misma comunidad, debidamente organizada y capacitada para brindarlos, mantienen el enfoque diferencial, teniendo en cuenta las características de sus miembros en términos de género, edad y etnia, al igual que sus patrones socioculturales. Lo anterior facilita que los servicios de atención en salud mental que se creen y/o fortalezcan en la comunidad respondan efectivamente a sus propios intereses de desarrollo, propendiendo por una atención integral en el marco de la protección y la garantía de derechos.

La canalización y la atención en salud mental desde el primer nivel y los procesos de baja complejidad. Los procesos de canalización, a través de las rutas de atención, dependerán de la particularidad de los casos (podría tratarse de casos de maltrato y violencias, discapacidad, población en situación de desplazamiento), sin embargo, la primera atención en salud generalmente es brindada a través de los médicos generales ubicados en las IPS de primer nivel; dentro del modelo de salud mental en APS, estos médicos deben estar capacitados para emitir un diagnóstico en relación con la presencia de algún problema o algún trastorno mental y prescribir un tratamiento ambulatorio propio del nivel de baja complejidad, así como los procesos de referencia a los que haya lugar.



Igualmente se cuenta con piezas orientadoras para la atención en salud mental como:

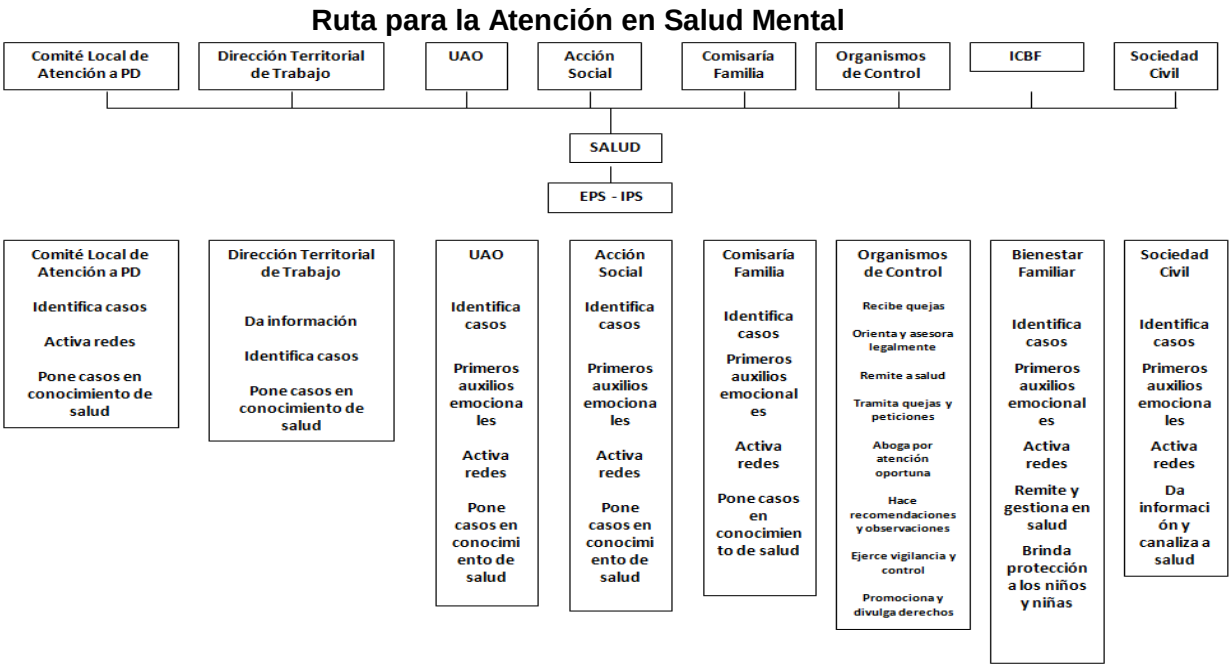


Imagen 6. Ruta para la Atención en Salud Mental.
Fuente: Instituto Departamental de Salud

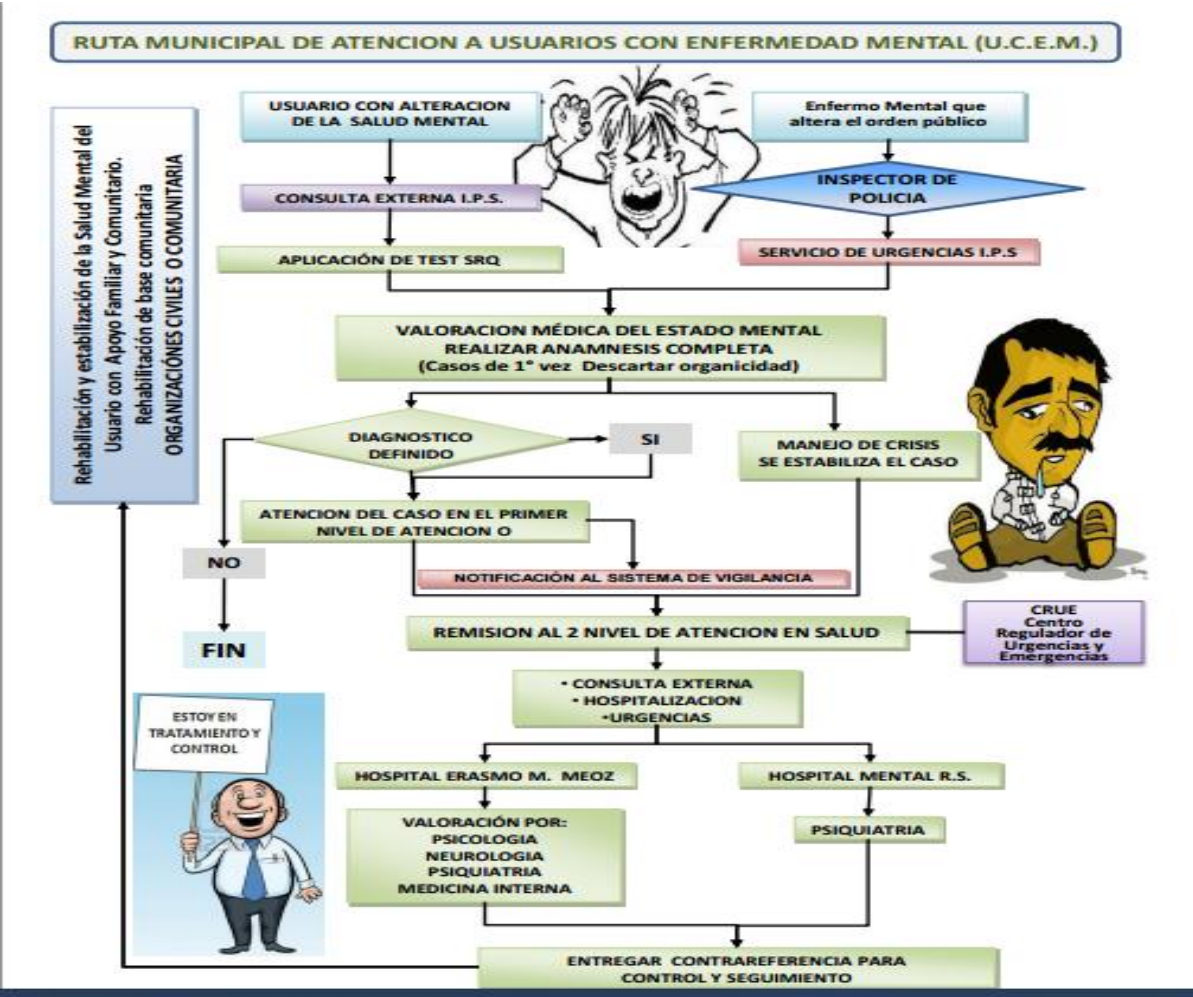


Imagen 7. Ruta municipal de atención a usuarios con enfermedad mental (U.C.E.M.).
Fuente: Instituto Departamental de Salud

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 81 de 106

4.1.3 El proceso de contra-referencia

Los pacientes referidos a niveles secundarios, pasan por procesos de contrareferencia que regresan a la comunidad (generalmente sus familias), la cual debe estar preparada para recibirlos y ayudarles a mantener sus tratamientos mediante estrategias de Rehabilitación Basada en Comunidad Estas familias y las comunidades dentro de las que se encuentran inmersas, deben ser capacitadas, asesoradas y acompañadas por gestores, promotores de salud o agentes comunitarios, previamente formados para esto.

4.2 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER

El Instituto Departamental de Salud, cuenta con sistema de información epidemiológica para los eventos en salud pública dentro de los cuales tenemos el evento 875 Violencia de Género. A continuación se revisan las definiciones de violencia utilizados por los diferentes sectores constituyendo un avance en la homologación de las definiciones de violencia de género, se describen a continuación:

Violencia Intrafamiliar: Toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico o síquico, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar.

Violencia contra la Mujer: Cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.

Violencia física: es cualquier acto de agresión, mediante el uso de la fuerza o cualquier mecanismo, que pueda u ocasione daños físicos internos o externos a la persona agredida y pone en riesgo o disminuye su integridad corporal. Dentro de este tipo de violencia se incluyen golpizas, empujones, sacudidas, estrujones, agresiones con objetos o con líquidos, ácidos, álcalis, sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano.

Violencia Psicológica: Violencia psicológica Entendida como toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de cualquier conducta que implique perjuicio, afectaciones en la salud psicológica, mental, la autodeterminación, la percepción de sí mismo o el desarrollo personal.

Negligencia o abandono: Son acciones u omisiones realizadas por parte de quienes son responsables del cuidado de niños, niñas, adolescentes, personas mayores o personas con discapacidad cuando no atienden ni satisfacen sus necesidades básicas, como: físicas, psicológicas, intelectuales, las cuales incluyen entre otras: salud, protección, educación, nutrición, recreación, soporte emocional, higiene.

Violencia sexual: Todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre una persona a través del uso de la fuerza; la amenaza del uso de la fuerza; la coacción física, psicológica o económica; o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal aprovechando las situaciones y condiciones de desigualdad; y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor. Se aclara, que todo acto sexual con persona menor de 14 años es considerado abuso en tanto no existe la capacidad de consentir y esto afecta su desarrollo personal, consecuentemente siempre será considerado violencia sexual. Las formas de coacción pueden ser chantaje, soborno, manipulación, entre otros.

Definición de Violencia Sexual según Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona”



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 82 de 106

Entre las formas de violencia sexual están:

4.2.1 Violación / Asalto Sexual

El asalto sexual es definido por la OPS como "cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona". la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia establece que para efectos de los delitos contra la libertad sexual, se entiende por violencia la fuerza, el constreñimiento, la presión física o psíquica -intimidación o amenaza que "el agente despliega sobre la víctima para hacer desaparecer o reducir sus posibilidades de oposición o resistencia a la agresión que ejecuta.

4.2.2 Abuso Sexual

Teniendo en cuenta la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia el delito sexual abusivo tiene que ver con el aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima. Estas circunstancias que le dan ventaja al agresor ante la vulnerabilidad pre-existente en la víctima, pueden ser del orden de la "superioridad manifiesta" o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agresor, victima menor de 14 años); poder o autoridad, jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de ventaja o de la condición de vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual.

4.2.3 Explotación Sexual

Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. Según la legislación colombiana (Ley 985/05), se define explotación como: "el obtener provecho económico o cualquier otro beneficio para sí o para otra persona" (Artículo 3). Aplicada al contexto de la explotación sexual, ésta consiste en el ejercicio de dominio o propiedad sobre el cuerpo de otro ser humano, utilizado para provecho o beneficio. La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer - CEDAW, plantea que los Estados Partes deben tomar todas las medidas necesarias para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer (Art. 6).

4.2.4 Trata de Personas con Fines de Explotación Sexual

La trata de personas es una manifestación contemporánea de esclavitud que va en detrimento de la dignidad humana al equipar a los seres humanos a la condición de objetos y someterlos a diferentes formas de explotación y violencia. El delito se configura cuando el agresor capta, es decir, atrae a alguien, en este caso, la victima (por ejemplo, con una oferta, un aviso clasificado, etc.), con la intención de trasladarle o le traslada (dentro o fuera de su ciudad, departamento, país) y, finalmente, la acoge con la finalidad de explotarla sexualmente. Este delito puede tener como víctimas tanto personas adultas como niñas, niños y adolescentes, y el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación), ni si la víctima era consciente o no de la finalidad para la cual se la captaba.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 83 de 106

4.2.5 Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes

De acuerdo con el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes: "La explotación sexual consiste en el abuso sexual cometido contra una persona menor de 18 años de edad, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar o se le paga en dinero o en especie. La víctima es tratada como mercancía u objeto, siendo vendida y comprada por parte de adultos, en lo que reproduce una forma actual de esclavitud". Algunas formas en las que se manifiesta esta explotación son: la pornografía, la utilización de niñas, niños y adolescentes en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes por parte de actores armados y la explotación sexual asociada al contexto del turismo. En los delitos introducidos por las leyes 1329 y 1336 de 2009, el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación).

4.2.6 Violencia Sexual en el Contexto del Conflicto Armado

A la luz del Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) y la Ley 1448 de 2011, en concordancia con los tipos establecidos por el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, se considera que en el contexto del conflicto armado colombiano pueden describirse, entre otros posibles, los siguientes tipos de violencia sexual:

- Acto sexual violento con persona protegida
- Acceso carnal violento con persona protegida
- Esclavitud sexual
- Prostitución forzada
- Embarazo forzado
- Tortura en persona protegida
- Entre otras

El abuso sexual: tiene que ver con el aprovechamiento del agresor, de circunstancias que le dan ventaja frente a la víctima, aprovechándose de una situación de vulnerabilidad pre-existente en la víctima, puede ser del orden de la “superioridad manifiesta” o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agresor, víctima menor de 14 años); poder o autoridad (Jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, policía, etc.); por la condición de discapacidad (discapacidad física, psicológica o cognitiva de la víctima). También en el abuso sexual el agresor no utiliza ningún medio para someter a la víctima, sino que este, ya se encuentra en una condición de inconsciencia o incapacidad preexistente (Por ejemplo, cuando una mujer se emborracha por si misma o se encuentre drogada o ha sufrido un desmayo o tiene una condición de inferioridad psicológica frente a la posición y conocimiento del agresor, entre otras).

Desde el año 2012, el Departamento de Norte de Santander, realizaba acciones bajo la ley 1146 de 2007 “por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente”, y por la cual se expedida la creación del comité nacional interinstitucional para la atención integral de los NNA víctimas de violencia sexual, bajo esta ley se venía realizando el comité y realizando planes de acción con las instituciones que participaban. Para el año 2017 se realizó gestión en busca de lograr crear el decreto departamental para la creación del comité departamental, y el día 07 de junio de 2017, se logró la firma del Gobernador William Villamizar Laguado, del Decreto #771 “Por el cual se crea el Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los NNA Víctimas del Abuso Sexual”, con el fin de generar acciones de prevención, detección y atención integral de los NNA se cuenta con plan de acción bajo la supervisión y ejecución de las instituciones que integran el comité para el cual se realizaran III sesiones durante el año para seguimiento del plan de acción. De igual manera se realiza asistencia técnica a los municipios para que generen decretos municipales para la



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 84 de 106

conformación del comité de prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, en el año 2017, 29 municipios del departamento cuentan con decreto municipal de creación del comité.

Para garantizar la atención integral en salud a NNA Víctimas del Abuso Sexual se realizan acciones bajo la Resolución 459/2012 del Ministerio de Salud y Protección Social “Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”, las acciones de asistencia técnica y monitoreo en las IPS, EAPB y Direcciones Locales de Salud que cuentan con servicio de urgencia habilitado se viene realizando desde el momento que salió la resolución, para garantizar las víctimas la atención desde el sector salud en busca de restablecer los derechos y garantizar una atención integral, eficiente y de calidad.

La atención en salud de NNA Víctimas de Violencia Sexual, debe ser inmediata y en cumplimiento del principio de prevalencia de sus derechos, sin distinción de nacionalidad u otros aspectos, clasificando y atendiendo estos casos como de urgencia médica, debe incluir el examen y tratamiento de prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, interrupción voluntaria del embarazo adquiridas con ocasión del abuso, debe incluir la provisión de antirretrovirales en caso de violación y/o riesgo de VIH/Sida, durante la atención de la urgencia se realizará una evaluación física y psicológica del niño, niña o adolescente víctimas del abuso, teniendo cuidado de preservar la integridad de las evidencias, y debe incluir la recolección oportuna y adecuada las evidencias, siguiendo las normas de la Cadena de Custodia. Además de la atención en salud se debe dar aviso inmediato a los sectores de protección y justicia la policía judicial y al ICBF, y practicar de inmediato las pruebas forenses, patológicas y psicológicas necesarias para adelantar el proceso penal correspondiente.

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), es responsable por la referencia y contra referencia en la región, en la actualidad se coordinan y orientan en promedio 76 remisiones diarias de las cuales el componente de salud mental está inmerso directa o indirectamente en el 23% de estas requiriendo el manejo integral y/o interconsultante por psiquiatría; del total de las referencias durante los últimos 3 años la solicitud de manejo e internación en IPS psiquiátrica se encuentra en el 9%, una vez descartado el componente orgánico.

Aun así la infraestructura pública y privada de la región es insuficiente para el abordaje en la fase aguda de trastornos psiquiátricos, particularmente el primer nivel de atención no cuenta con la dotación, medicamentos y recurso humano capacitado para el diagnóstico certero y manejo apropiado; adicionalmente la oferta de manejo especializado intramural no cubre las 24 horas de atención ni el número de solicitudes de internación.

4.3 DIMENSIÓN SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Lo anterior dificulta la labor que desde el CRUE se adelanta y representa una debilidad del sector frente a posibles eventos adversos de origen natural, antrópico, tecnológico y/o social.

El impacto de las emergencias y desastres no necesariamente causa múltiples víctimas mortales, heridos y/o lesionados; es tras la fase aguda producto del desabastecimiento, desplazamientos, interrupción de los servicios de salud y daños en la infraestructura sanitaria, lo que realmente impacta a las comunidades, haciendo prioritario el intervenir, empoderar y no revictimizar, haciendo de las personas y comunidades más resilientes.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 85 de 106

4.3.1 SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

El impacto de los desastres, en términos de morbilidad por trastornos mentales, el límite entre lo patológico ligero y las reacciones emocionales “comprensibles y no necesariamente patológicas” es sumamente impreciso. La amplia gama de reacciones y problemas psicosociales relacionados con el sufrimiento de las personas es difícil de cuantificar, pero sin embargo estas requieren de atención y apoyo humano.

Uno de los problemas más frecuentes que encontramos en situaciones de desastres y emergencias es que los sistemas de salud son débiles y no están preparados para enfrentar el evento traumático; los recursos son muy limitados, la atención primaria tiene poca capacidad resolutive y el componente salud mental no está integrado en la red de servicios de salud, entre otras cosas. En estas condiciones es imprescindible construir la respuesta desde la propia comunidad, fortaleciendo la primera línea de contacto de los servicios de salud con la población afectada por el desastre y descentralizando los recursos especializados. Una intervención apropiada implica fortalecer el componente salud mental en el marco de la actuación de los servicios integrales de salud, sin medicalizar el sufrimiento humano, ni “institucionalizar” o necesariamente depender de la especialización.

El país presenta el nivel de ocurrencia de desastres más alto en América Latina durante los últimos treinta años, al registrar en promedio 597,7 eventos por año. Entre los fenómenos que con mayor frecuencia originan desastres se encuentran las inundaciones con 36,8%, los deslizamientos de tierra con 25,5% y los incendios urbanos con 7,6%. En su conjunto, estos han causado 70% de todos los desastres de las últimas tres décadas. Pero no solo los grandes desastres naturales han generado las mayores pérdidas. En estos treinta años, los desastres de menor escala pero recurrentes han ocasionado daños equivalentes a 2.227 millones de dólares y han dejado más de 9.000 muertos, 14,8 millones de personas afectadas, 89.000 viviendas destruidas y 185.000 averiadas y cerca de 3 millones de hectáreas de cultivos deteriorados. En la situación de salud de la población general en Colombia, se destacan los problemas y trastornos mentales y de consumo de sustancias psicoactivas.

Según el Estudio nacional de salud mental de 2003, al menos 40,1% de la población colombiana ha padecido alguna vez en su vida de algún trastorno mental y la prevalencia anual es de 16%, siendo los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo los más frecuentes entre las mujeres y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas los más prevalentes en los hombres. Así mismo, los efectos de la violencia y las lesiones de causa externa tienen alto impacto en la salud mental de la población: son los homicidios y las lesiones infligidas intencionalmente por otra persona las que producen mayor morbimortalidad en el país. Además, existen grupos poblacionales en situación de desplazamiento forzoso, grupos étnicos y población en situación de discapacidad que comparten, por condiciones étnicas, culturales o sociales, mayores vulnerabilidades que las observadas en la población general. Este fenómeno, por razones obvias, adquiere una mayor magnitud en situaciones de emergencias y desastres.

La recuperación de la salud mental es un área de especial interés para las instituciones encargadas de brindar ayuda simultáneamente con otras actividades como la coordinación, el diagnóstico y la evaluación, la protección social y de derechos humanos, la educación, la difusión de información, la seguridad alimentaria y nutricional, la educación, la organización y el apoyo a la comunidad, la provisión de albergues, el abastecimiento de agua y saneamiento, la reparación de casas y edificios y la reconstrucción de infraestructura vial y comunitaria.

Actividades:



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 86 de 106

1. Asegurar que las intervenciones se desarrollan con base en las necesidades y los recursos identificados.
2. Fortalecer las capacidades de los miembros de la comunidad, incluidas personas marginadas, a través de los mecanismos de la auto-ayuda y el apoyo mutuo.
3. Garantizar que los trabajadores de ayuda humanitaria, agentes comunitarios, equipos de respuesta (incluidos voluntarios), así como el personal de los servicios de salud estén capacitados y ofrezcan la Primera Ayuda Psicológica a las víctimas y personas con un elevado grado de sufrimiento, luego de una exposición a estresores intensos.
4. Asegurar que los equipos de salud que están actuando como primera línea de contacto con la población (atención primaria) dispongan de capacidad para identificar y manejar los problemas psicosociales y de salud mental más frecuentes; así como que los servicios especializados se fortalezcan y se acerquen a la comunidad.
5. Gestionar y apoyar las medidas de seguridad; así como aquellas orientadas a satisfacer las necesidades y derechos básicos de las personas con trastornos mentales, que están internadas en instituciones.
6. Minimizar el daño relacionado al alcohol y las drogas
7. Como parte de una recuperación temprana, iniciar los planes para desarrollar un sistema de salud mental comunitario sostenible.
8. Contribuir a una apropiada comunicación de riesgo y gestión de la información en la respuesta a emergencias y desastres
9. Garantizar la atención priorizada a condiciones identificadas de alto riesgo psicosocial

4.3.2 MIGRACIÓN

A la fecha son más de 82 mil ciudadanos venezolanos residentes en el territorio norte santandereano, donde el 90% de la población adulta joven y mediana edad recurren al trabajo informal y quienes producto del desarraigo manifiestan serios signos y síntomas de depresión y ansiedad, algunos de ellos corresponden a solo episodios de acuerdo a lo descrito en la literatura, más una gran mayoría presentan agudización de un trastorno ya diagnosticado previamente o que cumple criterios diagnósticos para establecer cronicidad.

Desde el 2015 producto del cierre de frontera los municipios de Norte de Santander, recibieron en primera instancia, más de 18 mil personas que requirieron atención en alojamientos temporales para lo cual se declaró inicialmente estado de emergencia garantizando la oferta del sector salud a través de las líneas prioritarias de salud pública, bajo la coordinación del centro regulador de urgencias y emergencias (CRUE); los años posteriores 2016 a la fecha, la crisis humanitaria del vecino país se instauró y permitió la migración a cuenta gota de diversos grupos poblacionales donde venezolanos, extranjeros hijos de colombianos y connacionales retornados, donde el 68% ingresa en condiciones de irregularidad y por tanto solo cuenta con una oferta de servicios de urgencias a través de la red pública de la región; dejando de lado la continuidad de programas destinados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, situación que incide en los indicadores de morbilidad de la región y el impacto en las comunidades receptoras.

La oficina CRUE en el puesto de mando unificado instaurado en Marzo 2017, ha adelantado la coordinación de las acciones del sector ante la actual emergencia compleja, integrando la cooperación intersectorial y agencias internacionales que apoyan el fortalecimiento de la autoridad sanitaria e intervención mediante unidades móviles de salud, estas últimas contemplan el apoyo psicosocial como medida de intervención en la fase aguda, mas no garantiza redes de apoyo y manejo integral de la patología crónica y casos de novo.

El Hospital Mental Rudesindo Soto, tiene serias limitantes para el ser IPS de referencia ante la situación migratoria, debido a que a pesar de contar con rutas claras, los recursos financieros y capacidad instalada no puede soportar los riesgos asociados, tales como



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 87 de 106

abandono y adherencia a manejo ambulatorio integral e interdisciplinario, que particularmente presenta esta población.

4.4 ESPACIOS SECTORIALES E INTERSECTORIALES EN SALUD MENTAL

4.4.1 CONSEJO DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL

En la Ley 1616 de 2013, en su artículo 29, se destaca la formalización de una instancia especializada responsable de hacer el seguimiento y evaluación a las ordenes consignadas en la ley 1566 de 2012 y la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental.

Según la Ley 1616 DE 2013, en su artículo 29, especifica que:

El Consejo es una instancia mixta integrada por:

1. El-la Ministro-a de Salud y Protección Social o el Viceministro Delegado, quien lo presidirá
2. El-la Defensor-a del Pueblo o su delegado.
3. El-la Director-a de Salud Pública, quien ejercerá la secretaria técnica de manera indelegable.
4. Un (1) representante de cada una de los siguientes colegios, consejos o asociaciones profesionales: Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colegio Colombiano de p-icólogos, Asociación Nacional de Enfermeras, Consejo Nacional de Trabajo Social, Federación Médica Colombiana, Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Pre Hospitalaria, Emergencias Y Desastres, Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional.
5. Dos (2) representantes de los prestadores de servicios de Salud: Uno de la Asociación Colombiana De Hospitales y Clínicas; y uno de la Asociación ~, Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI. ~
6. Dos (2) representantes de las asociaciones de pacientes, sus familiares o cuidadores de patologías en Salud Mental.
7. Un (1) representante de las asociaciones de Facultades de las Ciencias de la Salud.
8. Un (1) representante de las Facultades de las Ciencias Sociales.
9. Un (1) representante de las organizaciones sociales y comunitarias.

Ante las ausencias por parte de las instancias en el territorio, se procedió a analizar una adaptación territorial ajustando los integrantes así;

- Director IDS, Juan Alberto Bitar Mejía
- Defensor del pueblo N/S
- Coordinador Salud Publica IDS, José Trinidad Uribe Navarro
- Colegio Psicólogos, Frank Ordúz
- Asociación nacional de enfermeras, Zoraida Pinto
- Asociación de trabajo social, Magaly Alba Niño
- Federación médica colombiana, Medico del HMRS
- Asociación colombiana de hospitales y clínicas, Gerente HUEM Juan Agustín Ramírez Montoya
- Representantes pacientes y sus cuidadores, Víctor Garcia
- Representante facultades ciencias sociales, Gloria Inés Silva Monsalve
- Representante ciencias de la salud, Rector Universidad de pamplona Ivaldo Torres Chávez, Rector Universidad Francisco de Paula Santander Héctor Miguel Parra López, Rectora Universidad de Santander Carmen Elisa Araque.
- Organizaciones sociales y comunitarias, Fundación Viviendo Raúl Félix

INVITADOS

- IPS El Reencuentro, Juan Chaustre representante legal
- Clínica Stella Maris, Rosalva Rodriguez, representante legal



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 88 de 106

- Hospital Emiro Cañizares
- Centro de atención Neuropsiquiátrico de Ocaña, Tatiana Restrepo, administradora
- IPS San Luis Gonzaga, Wilson Eloy Montañez Cáceres, Representante legal

De conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la ley 1566 de 2012, las funciones de este consejo serán apoyadas por un equipo funcional interdisciplinario, idóneo y suficiente de servidores públicos de la planta del Ministerio expertos en la formulación, prestación, auditoría y calidad de servicios en salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Los representantes de las organizaciones profesionales, de pacientes y demás señalados en este artículo serán elegidos por aquellas, y su designación será oficialmente comunicada a la Secretaría Técnica del mismo.

4.4.2 CONSEJO SECCIONAL DE ESTUPEFACIENTES DE NORTE DE SANTANDER

En cumplimiento del Decreto 000701 de junio de 2015 expedido por el Gobernador de Norte de Santander, el Instituto Departamental de Salud ejerce la secretaria técnica del Consejo Seccional de Estupefacientes de Norte de Santander y el cual es presidido por el Gobernador de Norte de Santander. El consejo lo integran las siguientes instituciones:

- ☐ Gobernador del Departamento de Norte de Santander, quien preside el Consejo.
- ☐ El Director del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, quien desempeña la Secretaría Técnica del Consejo.
- ☐ El Secretario de Educación Departamental
- ☐ El Secretario de Desarrollo Económico
- ☐ El Director de la Corporación Autónoma Regional de Norte de Santander
- ☐ El Procurador Regional de Norte de Santander
- ☐ El Comandante de la Policía Departamento de Norte de Santander.
- ☐ El Comandante de la Policía Metropolitana de San José de Cúcuta
- ☐ El Comandante de la Policía Antinarcóticos de la región.
- ☐ El Comandante de la Trigésima Brigada del Ejército Nacional de Colombia
- ☐ El Director Seccional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- ☐ El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF
- ☐ INVITADOS ESPECIALES: Secretaría de Gobierno Departamental, Secretaría de Planeación departamental, Secretaría de Salud de San José de Cúcuta, Secretaría de Gobierno de San José de Cúcuta, Secretaria de Educación de San José de Cúcuta, Defensoría del Pueblo Regional, Dirección Seccional de Fiscalías, Dirección Seccional del Cuerpo Técnico de Investigación – CTI, Instituto penitenciario y carcelario de Colombia INPEC, Dirección Regional Oriente Migración Colombia, Cámara de Comercio de Cúcuta, Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA-.

A través de este consejo, se busca velar e impulsar el cumplimiento de las políticas formuladas por el Gobierno Nacional para la lucha contra la producción, tráfico y comercialización ilegal de drogas, el lavado de activos y actividades relacionadas, así como promover la salud mental y la convivencia social, prevenir el consumo, especialmente en niñas, niños y adolescentes y mejorar la cobertura, el acceso y la calidad de la atención a personas usuarias de sustancias psicoactivas en el país. Este consejo cuenta con los Planes Departamentales de reducción de oferta (A cargo de la secretaria de Gobierno Departamental) y demanda de Drogas (A cargo del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander).

4.5 COMITÉS INTERINSTITUCIONALES DESDE SALUD MENTAL

4.5.1 COMITÉ INTERINSTITUCIONAL CONSULTIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DEL ABUSO SEXUAL



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 89 de 106

En cumplimiento del Decreto Departamental N° 771 del 2017, la Dimensión de convivencia social y salud mental preside el Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual, junto con el I.C.B.F., quien ejerce la secretaria técnica. El comité lo integran las siguientes instituciones:

1. Gobernador del Departamento o su delegado
2. El Director del Instituto Departamental de Salud, o su delegado, quien lo presidirá.
3. El Secretario de Educación Departamental, o su delegado.
4. El Secretario de Gobierno, o su delegado
5. El Director del Instituto Colombiano del Bienestar, Regional Norte de Santander, quien ejercerá la Secretaría Técnica.
6. El Secretario de desarrollo social de Norte de Santander, o su delegado.
7. La Secretaria de la mujer de Norte de Santander, o su delegado.
8. El Jefe de Prensa Departamental, o su delegado.
9. El Secretario de las Tecnologías de la información y comunicación de Norte de Santander, o su delegado.
10. El Coordinador Regional de Fiscalías, o su delegado.
11. El Procurador Regional de Norte de Santander, o su delegado.
12. El Defensor del Pueblo para el Norte de Santander, o su delegado.
13. El Director del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Norte de Santander, o su delegado.
14. Comandante Policía Nacional Departamento Norte de Santander, o su delegado.
15. Grupo de Infancia y Adolescencia y Grupo de Prevención de la Policía Metropolitana de San José de Cúcuta.
16. El presidente del Consejo Superior de la Judicatura Seccional Norte de Santander, o su delegado.
17. Director de Migración Colombia para Norte de Santander, o su delegado.
18. Un representante de las organizaciones no gubernamentales que tengan por finalidad la prestación de servicios de protección de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, será elegido entre ellas por cooptación y su participación será rotativa.
19. Un representante de Comisarios de Familia de Norte de Santander.
20. Representante de los Jueces de familia Municipal o de los Jueces Promiscuos.
21. Secretario de Salud Municipal, de san José de Cúcuta o su delegado.

A través de este comité, se busca desarrollar un proceso articulado interinstitucional de entidades públicas y privadas con la participación de la comunidad en el departamento de Norte de Santander, que permita el fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención y atención de las víctimas de violencias con enfoque diferencial y el desarrollo en los individuos, familias y comunidades de instrumentos básicos familiares para la resolución de conflictos de manera pacífica.

Este comité cuenta con un plan departamental de prevención de la violencia y promoción de la convivencia.

4.5.2 COMITÉ INTERINSTITUCIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Teniendo como referencia la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto y además, el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014 – 2021, el Instituto Departamental de Salud a través de la dimensión de convivencia social y salud



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 90 de 106

mental, preside el comité interinstitucional para la prevención y reducción de consumo de sustancias psicoactivas. Actualmente el comité lo integran las siguientes instituciones:

- ☐ Instituto departamental de salud
- ☐ Secretaría de educación departamental
- ☐ Secretaría de cultura departamental
- ☐ Secretaría de desarrollo social
- ☐ Secretaría de gobierno departamental
- ☐ Secretaría de salud de San José de Cúcuta
- ☐ Dirección Seccional del Cuerpo Técnico de Investigación
- ☐ Grupo de Infancia y Adolescencia y Grupo de Prevención de la Policía Metropolitana de San José de Cúcuta
- ☐ Grupos de Infancia y Adolescencia y Grupo de Prevención del Departamento del Policía de Norte de Santander
- ☐ Grupo de Prevención de la Dirección de Policía Antinarcóticos – Región 5
- ☐ Instituto de Deportes de Norte de Santander - INDENORTE
- ☐ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF
- ☐ Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA
- ☐ Un representante de las instituciones prestadoras de servicio de salud en atención de consumo de SPA registrados en el REPS
- ☐ Un representante de cada una de las universidades que existen en el Departamento.
- ☐ Un representante de organizaciones no gubernamentales con experiencia en el tema de drogas, atendiendo criterios de representatividad geográfica y debidamente comprobada su idoneidad por el Instituto departamental de salud.

A través de este comité, se busca propiciar un espacio de coordinación y concertación interinstitucional para la formulación, implementación y seguimiento a planes, programas, subprogramas y proyectos relacionados con la prevención y control de la demanda de drogas y como estructura de apoyo técnico del Consejo Seccional de Estupefacientes de Norte de Santander. Este comité cuenta con un plan para la prevención y reducción de consumo de sustancias psicoactivas. El acto administrativo del comité se aprobó en sesión ordinaria de consejo seccional de estupefacientes de Norte de Santander, y es el 000701 del 22 de junio de 2015.

4.6 PROPUESTAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

4.6.1 PARTICIPACIÓN SOCIAL

Con la Política de Participación Social en salud (PPSS) se propone dar respuesta a las necesidades y problemáticas que afectan, limitan o restringen la participación de la ciudadanía en salud en el marco de lo establecido en las leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015, adoptada mediante Resolución 2063 de 2017.

Al desarrollar el componente de participación en cualquiera de los procesos y/o actividades se debe tener en cuenta las siguientes directrices y conceptos:

- El Objetivo de la participación social es: garantizar el derecho a la ciudadanía a vincularse en la toma de decisiones del sector que le afecten o interesen por parte de los integrantes del SGSSS, con el fin dar cumplimiento a la Ley Estatutaria de Salud.
- La PPSS busca desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar y fortalecer el derecho a la participación en salud y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación reconociendo que las poblaciones tienen procesos de participación social y dinámicas históricas y territoriales.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 91 de 106

- El Alcance de la participación social en salud de acuerdo con la Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015 la participación tiene alcance decisorio. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan.
- La Gradualidad en la implementación de la PPSS: La implementación se considerará por fases. La fase I de socialización y posicionamiento de la PPSS, implica garantizar que esta sea conocida y apropiada, tanto por la institucionalidad, la ciudadanía y el resto de actores del sistema, Entidades territoriales, EPS e IPS. Así mismo las entidades del nivel nacional y territorial en tanto implementen actividades o se relacionen con procesos de participación social vinculados a la garantía del derecho fundamental a la salud deberán incorporar en sus respectivos lineamientos, prácticas y procesos la PPSS.

5. ANÁLISIS ARGUMENTATIVO SOBRE DEFINICIÓN DE PRIORIDADES SEGÚN CONDICIONES DE SALUD MENTAL DEPARTAMENTALES

5.1 PROCESO METODOLÓGICO PARA IDENTIFICAR PRIORIDADES EN SALUD MENTAL NIVEL DEPARTAMENTAL

Teniendo en cuenta que una política pública, es un conjunto integrador de decisiones estratégicas en un curso de acción intencionada y coherente que se da como respuesta a una necesidad percibida, al poseer en el Departamento una meta de producto relacionada con el adoptar y adaptar la Política Nacional de Salud Mental, se implican el aunar esfuerzos participativos, con el propósito de transformar esa realidad que se considera prioritaria orientándola hacia escenarios más equitativos e incluyentes mediante una propuesta de soluciones que busquen mejorar la calidad de vida de su comunidad, para lo cual es decisiva la concertación entre los diferentes actores involucrados, dirimiendo sus diferencias y potenciando esfuerzos en torno a las transformaciones deseadas en salud mental.

En consecuencia, se asumió con una voluntad férrea para lograr un proceso coherente, solido, permanente y sostenible para lo cual, se definieron unos pasos recomendados para avanzar en este propósito.

Se resalta que en esta meta, un insumo básico el diagnostico departamental de la situación de salud mental, para lograr las mesas técnicas con actores claves para validar los contenidos y prioridades resultantes de ese documento diagnóstico, luego desarrollar los ajustes, validar y demás formalidades que deban lograrse para así pasar a gestionar el acto administrativo y lograr su expedición.

Así pues, se definieron uno pasos básicos que deben surtirse en este proceso, apuntando a un ejercicio participativo amplio, a partir de un ejercicio de la actualización del documento diagnóstico de política pública mediante una estrategia de coordinación, planeación, convocatoria e implementación atendiendo a lo señalado en el Título VI, de la ley 1616 de 2013, en el cual se busca garantizar un espacio consultivo, de seguimiento y monitoreo al proceso de implementación de la política nacional de Salud mental a nivel departamental, organizados así:

5.1.1 PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA Y METODOLÓGICA DIAGNOSTICA PARA LA ADOPCIÓN Y LA ADAPTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL A NIVEL DEPARTAMENTAL.

Se realizara teniendo en cuenta los siguientes momentos:



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 92 de 106

5.1.1.1. Primer Momento: Acercamiento y Fase de Prealistamiento

Durante esta primera fase se realizan acuerdos teniendo en cuenta:

- Socialización de los objetivos y alcances del proceso.
- Proceso de alistamiento para la definición del cronograma y de las actividades a realizar.
- Entrega de insumos y mecanismo de seguimiento y monitoreo del proceso.
- Programación de Asistencias Técnicas Virtuales y/o presenciales
- Evaluación del proceso de conformación e implementación
- Visualizar la generación de un Documento Técnico final que describa todo el proceso que se surtirá en la construcción de la política: memoria técnica (este es aparte del documento diagnóstico).

5.1.1.2. Segundo Momento: Fase de reconocimiento del Lineamiento técnico de Política de Salud Mental

Siendo un insumo básico para lograr la generación de la política se hace necesario que se realice la revisión y apropiación del documento nacional de política de salud mental y construcción de paz y el documento diagnóstico departamental, a partir de la cual se pautan las siguientes actividades:

- Descripción del documento y recomendaciones clave para la adopción y adaptación del proceso a nivel Departamental.
- Determinación de interrogantes y preguntas
- Definición de los requerimientos técnicos, operativos y metodológicos que aportaran al proceso de construcción de política.
- Establecimiento de acuerdos y compromisos
- Generación del documento base Departamental como diagnóstico básico en salud mental.

5.1.1.3 Tercer Momento: Fase de acercamiento institucional - Mapeo de Actores

Como parte del ejercicio anterior, se debe identificar y hacer un mapeo institucional, social y comunitario con el objetivo de identificar quienes son los actores que serán parte del proceso de participación e interlocución dentro de las dinámicas adaptación de la política.

Para ello se requiere de las siguientes actividades:

- Construir un mapa de actores de acuerdo a cada uno de los sectores relacionados, así: Sector Comunitario y social, Sector Salud, Sector Académico y Sector Institucionalidad existentes a nivel Departamental.
- Elaborar las respectivas cartas de solicitud de datos de los representantes de cada uno de los actores de los sectores Comunitario y social, Salud, Académico e Institucionalidad existentes a nivel Departamental.
- Hacer gestión del proceso de convocatoria y de contacto de los actores de los representantes de cada uno de los actores de los sectores Comunitario y social, Salud, Académico e Institucionalidad existentes a nivel Departamental.
- Identificar intereses, recomendaciones y aportes que mejoren la articulación entre la coordinación de Salud y los demás actores.
- Establecer mecanismos de comunicación para brindar información que apoye el proceso de movilización y de gestión.

5.1. 1.4 Cuarto Momento: Fase de Convocatoria e información



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 93 de 106

En esta fase se debe gestionar y hacer la abogacía frente a los actores delegados como representantes de cada uno de los sectores Comunitario y social, Salud, Académico e Institucionalidad existentes a nivel Departamental, con el fin de realizar un taller teórico practico, cuyo objetivo sea el de dar a conocer los objetivos y alcances del proceso de adaptación de la política reflejados en el documento diagnostico; para tal fin se hace necesario adelantar las siguientes acciones:

- Elaboración y gestión de las cartas de convocatoria por medio físico, electrónico de invitación formal a cada uno de los actores de los sectores Comunitario y social, Salud, Académico e Institucionalidad existentes a nivel Departamental
- Preparación Logística del evento- Taller: Coordinación de agendas, preparación de material impreso, digital, y demás necesarios para la realizaciones de los espacios de revisión del documento diagnóstico de salud mental Municipal
- Establecimiento de estrategias de comunicación y visibilización para la difusión del proceso de revisión.

5.1. 1.5 Quinto Momento: Convocatoria a espacio de socialización

En este momento es importante la formalización y el establecimiento pleno de los espacios que permitan el avance de los procesos de salud mental a través de la participación local; para tal fin es importante las siguientes acciones:

- Confirmación del proceso de convocatoria realizado a través de la recepción y confirmación vía correo electrónico, llamadas telefónicas y seguimiento a las cartas de convocatoria por medio físico, electrónico de invitación formal a cada uno de los actores a cada uno de los actores de los sectores Comunitario y social, Salud, Académico e Institucionalidad existentes a nivel Departamental.
- Preparación Logística del evento: Coordinación de agendas, preparación de material impreso, digital, y demás necesarios para las realizaciones de los espacios.
- Ejercicio de abogacía y de gestión para su participación y asistencia en los espacios.
- Convocatoria y alistamiento de las estrategias de comunicación y visibilización para la difusión del proceso.
- Desarrollo de la Agenda: Establecimiento del proceso formal de revisión del documento diagnóstico, propuestas de plan de trabajo en salud mental, definición de acuerdos, recomendaciones (implica levantar actas para sistematizar el proceso).
- Establecimiento de obligaciones, responsabilidades y definición de tareas y compromisos.

5.1. 1.6. Sexto Momento: Despliegue Territorial

Para el despliegue se contará con el documento actualizado de política pública en salud mental junto con sus ejes estratégicos.

Buscando establecer acuerdos acordes con las dinámicas y contextos locales con el fin de impulsar la implementación de la política nacional de salud mental en el territorio y posicionar su adopción departamental.

5.1. 1.7. Séptimo momento: Gestoría a nivel nacional y Departamental

El proceso de gestoría se propondrá de manera coordinada con el proceso de actualización de la política nacional de salud mental al igual que con la conformación del Consejo de Salud Mental a través del grupo de gestión integrada de la salud mental, de la subdirección de enfermedades no transmisibles en el marco de la asistencia técnica



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 94 de 106

entre el MSPS y el I.D.S, quienes darán las orientaciones técnicas para la construcción y establecimiento de los indicadores de seguimiento y monitoreo; del mismo modo concertará y coordinará los mecanismos para hacer seguimiento a los mismos a través de los informes y de la gestión que los actores realicen a partir de esta instancia, con carácter consultiva y de gran incidencia para el país.

5.1. 1.8. Octavo momento: Tramite proyecto de ordenanza Política pública salud mental.

Este momento se abordara de manera coordinada entre la dirección del I.D.S, la Oficina de Planeación y la comisión de salud de la Asamblea, teniendo en cuenta que, dentro del Plan de Desarrollo para Norte de Santander 2016-2019 “Un Norte Productivo Para Todos”, en el eje temático “SALUD PARA LA PRODUCTIVIDAD”, se encuentra la meta de contar con la política pública de salud mental departamental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5.1. 1.9. Noveno momento: Difusión de la ordenanza de Política pública salud mental e nivel departamental y Municipal

Descritos los nueve momentos descritos y que han trazado el proceso de la generación de la política pública de salud mental, se han dado avance superando los momentos de:

- Primer Momento: Acercamiento y Fase de Prealistamiento
- Segundo Momento: Fase de reconocimiento del Lineamiento técnico de Política de Salud Mental
- Tercer Momento: Fase de acercamiento institucional - Mapeo de Actores
- Cuarto Momento: Fase de Convocatoria e información
- Quinto Momento: Convocatoria a espacio de socialización

Para este último momento se planeó y logro un taller sobre el proceso de adopción y adaptación de la política pública de salud mental en Norte de Santander, el cual fue realizado los días 29 y 30 de octubre de 2018.

De este taller se levantó memoria detallada que se encuentra como manuscrito poste disponible página web del Instituto Departamental de Salud.

De este ejercicio resultaron priorizados 6 ejes estratégicos para el departamento, los cuales se describen a continuación:

5.2. PRESENTACIÓN DE EJES ESTRATÉGICOS

La Política Pública de Salud Mental del Departamento de Norte de Santander, se estructura a partir de los siguientes ejes y estrategias que organizan las actuaciones, responsabilidades, conceptos, relaciones, acciones y decisiones, dirigidos a la promoción de la convivencia y la salud mental y la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas y los problemas de trastornos de salud mental en los 40 municipios del Departamento, así:

5.2.1. EJE ESTRATÉGICO: PROMOCIÓN DE LA CONVIVENCIA Y LA SALUD MENTAL

A través de éste eje se busca agrupar a todas aquellas acciones intersectoriales orientadas al desarrollo de capacidades individuales, grupales, familiares, comunitarias y poblacionales que le



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 95 de 106

permitan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía vivenciar una salud mental que les permita afrontar los desafíos de la vida, trabajar y establecer relaciones significativas y contribuir a un tejido comunitario basado en relaciones de poder equitativas, dignas y justas para todas y todos.

ESTRATEGIAS

- Promover el desarrollo de habilidades para la vida- competencias psicosociales y ciudadanas para la convivencia social y la salud mental que permitan afrontar los retos y riesgos en la población.
- Promover entornos resilientes, saludables y protectores mediante el fortalecimiento de redes de apoyo a nivel familiar, institucional y comunitario.
- Fomentar el involucramiento parental en la cotidianidad familiar para generar vínculos de afecto y confianza, en un ambiente de respeto y autoridad positiva.

5.2.2. EJE ESTRATÉGICO: PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Este eje orienta las acciones para intervenir los factores de riesgo y el mejoramiento de la capacidad de respuesta individual, familiar, comunitaria e institucional.

ESTRATEGIAS

- Desarrollar las capacidades de los dispositivos de base comunitarias o espacios relacionales en los entornos donde se presenten riesgos para la convivencia, problemas y trastornos mentales, riesgo de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia.
- Adaptar las acciones en salud mental de los dispositivos de base comunitaria a la medicina tradicional y las formas organizativas de los grupos étnicos.
- Gestionar acciones intersectoriales de prevención de la conducta suicida en el Departamento, orientadas a la restricción del acceso a medios letales y la creación de una línea telefónica de ayuda.
- Identificar y gestionar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo y alteraciones que inciden en la salud de la mujer gestante, el recién nacido y primera infancia para la prevención de la epilepsia y así mismo promover la identificación y manejo integral de la población diagnosticada.

5.1.3. EJE ESTRATÉGICO: ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL

Este eje busca el fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental, que aumenten el acceso, la pertinencia y la calidad de los servicios, disminuyendo el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas que afecten la convivencia social, a través de la atención integral e integrada de la salud mental.

ESTRATEGIAS

- Gestión para la implementación de la ruta integral de atención en salud mental en los servicios de salud del departamento, con énfasis en consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y las distintas formas que afecten la convivencia social.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 96 de 106

- Promover la prestación de servicios primarios para la atención integral en salud mental y epilepsia a las personas en el territorio.
- Incentivar el desarrollo de los servicios especializados en salud mental y epilepsia que se requieran.
- Fortalecimiento de la capacidad de respuesta del personal de salud en torno a la atención no especializada y especializada de los problemas y trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.
- Gestión para la reorganización e implementación de lineamientos técnicos y operativos en los servicios de salud mental.
- Fomentar en la comunidad la exigibilidad del derecho a la salud mental, en todos sus componentes y en los específicamente ligados con la prevención de factores que afecten la convivencia y la atención de las necesidades en la salud mental, que se generan como consecuencia de la exposición individual y colectiva por diversos eventos en salud mental.

5.1.4. EJE ESTRATÉGICO: REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL.

Este eje se orienta a lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural), de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario) hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros. Es de carácter sectorial, intersectorial y transectorial.

ESTRATEGIAS

- Implementar a nivel Departamental y Municipal la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en salud mental.
- Identificar y caracterizar a las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y comunidad de referencia a nivel municipal a través de las Secretarías de Salud.
- Crear e implementar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social.
- Fortalecer las redes socio-institucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas, recreación y cultura para las personas con trastornos mentales.
- Fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.
- Gestionar y monitorear la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad en salud mental en el Departamento.
- Apoyar la formación de los actores institucionales y de los agentes comunitarios en rehabilitación basada en comunidad.
- Gestionar la vinculación de diversos consejos, comités y redes departamentales y municipales según Lineamientos Nacionales para el fortalecimiento de la



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 97 de 106

estrategia de rehabilitación basada en comunidad en Salud Mental para que puedan aportar a la estrategia.

- Incluir la rehabilitación basada en comunidad en los planes de acción Departamental y Municipal a fin de que sea un mandato para todos los sectores y guíe las acciones de éstos como un hilo conductor de la estrategia.
- Gestionar la estrategia desde una instancia intersectorial de alto nivel en la toma de decisiones, o en cabeza del mismo Gobernador y alcaldes municipales, para que todos los actores involucrados asuman su corresponsabilidad en la implementación de la estrategia.

5.1.5. EJE ESTRATÉGICO: GESTIÓN, ARTICULACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL E INTERSECTORIAL.

Este eje articula los diferentes procesos de la salud pública a los objetivos, principios y alcance de la presente Política de Salud Mental, mediante la gestión sectorial e intersectorial a fin de promover el goce efectivo del derecho a la salud, la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas en sus diferentes entornos de desarrollo.

ESTRATEGIAS

- Realizar los ajustes requeridos para el desarrollo de redes integrales para la atención en salud mental y epilepsia en lo relacionado a:
 - Cualificación y suficiencia del talento humano.
 - Procesos de habilitación y acreditación.
 - Procesos y procedimientos de atención en salud.
 - Mecanismos de contratación y pago.
 - Sistemas de monitoreo y seguimiento de las coberturas y resultados en salud.
 - Fortalecer la vigilancia en salud pública de los eventos de salud mental con énfasis en la conducta suicida y la violencia intrafamiliar.
 - Fortalecer el funcionamiento del Consejo Departamental de Salud Mental.
 - Gestión territorial de la implementación de la Política de Salud Mental.
 - Promover la creación de planes de prevención y atención a nivel municipal de la conducta suicida.
- Promover la generación, gestión y transferencia de conocimiento nacional y territorial en materia de salud mental.

5.1.6. EJE ESTRATÉGICO: PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Este eje busca el fortalecimiento de factores protectores por curso de vida y entornos orientados al desarrollo de capacidades para el afrontamiento de los retos físicos, emocionales y sociales que impone la vida, favoreciendo respuestas resilientes que permitan la prevención del uso y consumo de sustancias psicoactivas, y en casos de riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas propender la atención integral de las personas familias y comunidades mediante acciones programáticas, continuas y efectivas, en su reconocimiento como sujetos de derechos.

ESTRATEGIAS

- Promover la creación e implementación de planes municipales de control de oferta y reducción del consumo de sustancias psicoactivas.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 98 de 106

- Fomentar el fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas mediante el desarrollo de capacidades en personas, familias y comunidades en el curso de vida y de entornos protectores.
- Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental frente al consumo de sustancias psicoactivas, mediante la intervención para la prevención y reducción de los factores de riesgo en los entornos y el mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional y comunitaria.
- Lograr el tratamiento integral mediante la prestación de servicios de salud basados en la gestión del riesgo individual y la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Coordinar acciones para el fomento de la rehabilitación integral e inclusión social mediante el fortalecimiento y ampliación de redes de apoyo comunitarias, sociales e institucionales.
- Promover la gestión, articulación y coordinación sectorial, intersectorial y transectorial, mediante el fomento de desarrollo de capacidades en los procesos de gestión para la atención integral al consumo de sustancias psicoactivas y la participación social en salud de personas familias y comunidades.
- Mantener y actualizar los eventos de salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas incluidos en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica-SIVIGILA o el sistema que haga sus veces.

6. ENFOQUES

La política pública de salud mental tendrá lo siguientes enfoques:

6.1 ENFOQUE DIFERENCIAL: Como un principio de actuación y mecanismo de respeto y ejercicio de los derechos desde la diferencia étnica, de género, de procedencia territorial, de contexto social, de edad orientación e identidad sexual o por condición de discapacidad, las estrategias señaladas en la presente política, deben garantizar la igualdad, equidad, no discriminación y real accesibilidad estas poblaciones.

6.2 ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO: Bajo el cual se reconocen y promueven las capacidades y potencialidades de las personas a partir de la generación de oportunidades para decidir.

6.3 ENFOQUE DE SEGURIDAD HUMANA: Bajo el cual se busca garantizar unas condiciones mínimas básicas que generen seguridad emocional, física, psicológica, de las personas y las sociedades y asegurar la convivencia pacífica en cada territorio.

6.4 ENFOQUE POBLACIONAL: Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan y con orientación a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de los desequilibrios entre la población y su territorio.

6.5 ENFOQUE DE CICLO DE VIDA: El ciclo de vida es un abordaje que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante cada una de las etapas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes y que el mayor



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 99 de 106

beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones previas en períodos vitales anteriores. El ciclo vital, puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo, aunque no deben tomarse en forma absoluta y se debe recordar que existe diversidad individual y cultural.

7. PRINCIPIOS.

La política se basa en los siguientes principios:

- **Transectorialidad:** Comprende la acción conjunta y coordinada de los diferentes ámbitos, sectores, organizaciones y demás actores que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.
- **Concurrencia:** Busca que se propicie que los actores en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines de generar una mayor percepción de bienestar y seguridad de las personas.
- **Subsidiariedad:** Participación favorable en apoyo de las actividades que deben lograrse en la comunidad mediante la destinación solidaria de recursos disponibles.
- **Complementariedad:** Busca que los actores sectoriales, intersectoriales y transectoriales se complementen con acciones y recursos.
- **Multiculturalidad:** El reconocimiento a las condiciones culturales diversas a quienes se debe lograr ofrecer garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
- **Corresponsabilidad:** En el entendido de que toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.

8. FUNCIONES DE ACTORES DEL SISTEMA:

Todas las entidades públicas y entes territoriales cumplirán con las obligaciones y acciones que la normatividad Nacional o Departamental regula en materia de convivencia social y salud mental.

9. MONITOREO, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL: METAS E INDICADORES

El monitoreo, evaluación y seguimiento de la presente política se realizará bajo las directrices de la Oficina de Planeación del Departamento, con la metodología que se defina para el tal fin a partir del documento CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Social). Este documento expedirá en 2019 con el concurso de los diferentes sectores que tienen competencias directas en la financiación e implementación de las acciones de la Política Nacional de Salud Mental.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, Objetivo 3, Meta 3.4 “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”, los indicadores de impacto hasta 2021 de la presente política son los definidos por el Plan Decenal de Salud Pública, a saber:



Tabla 25. Metas establecidas dentro de la política pública de salud mental.

Esfera: Promoción de la salud mental y la convivencia
a. A 2029 el 100% de los Municipios adoptan y adaptan la política departamental de salud mental conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos desde el Ministerio de Salud Y protección Social y el Departamento.
b. A 2029 aumentar en un 5% la percepción de satisfacción de los parques o sitios públicos con respecto a mantenimiento, infraestructura, ruido, basuras e iluminación.
c. A 2029 mantener en 180 por 100.000 habitantes la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar.
e. A 2029 aumentar al 40% el promedio de la toma de decisiones conjunta con la pareja sobre asuntos específicos del hogar.
h. A 2029, aumentar a 30% el involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.

Esfera: Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia
a. A 2029 contener en 6,8 por 100,000 habitantes la tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente.
b. A 2029 contener en 1 por 100,000 habitantes la tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento.
c. A 2029 disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal.



Esfera: Prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas
a. A 2029 mantener por debajo de 5.5% la prevalencia año del consumo de marihuana en la población escolar.
b. A 2029 aumentar a 15.5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.
c. A 2029 aumentar a 15.5 años la edad promedio de inicio de consumo de alcohol.
d. A 2029 contener en 2,82 la prevalencia del consumo de SPA ilícitas de 12 a 65 años de edad.
e. A 2029 el 100% de los Municipios demostraran la operativización de los planes de control de la oferta de drogas y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas por cada vigencia, conforme a las líneas de acción de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas

10. VIGENCIA DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL.

La Política Pública de Salud Mental del Departamento Norte de Santander, tendrá una vigencia de 10 años, para el periodo 2019-2029.

11. FINANCIACIÓN

Los ejes y estrategias de la Política Pública de Salud Mental del Departamento de Norte de Santander, tendrán las siguientes fuentes de financiación:

Recursos propios, recursos del sistema general de participaciones, recursos que se definan en el plan territorial de salud para la dimensión de salud mental y convivencia social, recursos del Plan de Intervenciones Colectivas -P.I.C., recursos provenientes de los fondos de regalías, Recursos de gestión en articulación con la Secretaría de fronteras y cooperación internacional de la Gobernación, ante organismos cooperantes internacionales del sector público y privado u otros recursos que autorice la normatividad vigente en cada periodo.

...



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 102 de 106

GLOSARIO

Accesibilidad: Condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados.

ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA: La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

Cobertura: Es el derecho al aseguramiento a través de las administradoras de riesgos profesionales, quienes asumen los costos de prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Contrareferencia: Es la respuesta que las IPS receptoras de la referencia, dan al organismo o la unidad familiar. La respuesta puede ser la contraremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o, simplemente, la información sobre la atención recibida por el usuario en una institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Departamento: división geográfica y política de Colombia, que tiene competencias administrativas en la salud pública.

Discapacidad: Es toda restricción en la participación y relación con el entorno social o la limitación en la actividad de la vida diaria, debida a una deficiencia en la estructura o en la función motora, sensorial, cognitiva o mental. La discapacidad es vivida por cada individuo en forma diferente, dependiendo no solo de su alteración funcional, sino de las oportunidades que le ofrezca el entorno en el que se desarrolla.

Enfoque o perspectiva: punto de vista desde el cual se considera o se analiza un asunto, en este caso, las acciones en salud mental.

Enfoque diferencial: Se entiende como el “método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población en situación o en riesgo de desplazamiento, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria”. Involucra las condiciones y posiciones de los/las distintos/as actores sociales como sujetos/as de derecho, desde una mirada de grupo socioeconómico, género, etnia e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital - niñez, juventud, adultez y vejez.

EPS – Empresas Promotoras de Salud: Entidad Promotora de Salud, encargada de afiliar a los ciudadanos al sistema de seguridad social. Sus funciones son de tipo administrativo y comercial, en este caso, de los recursos que se inviertan en los servicios de salud mental que se presten en las IPS

Estigma: Creencia negativa sobre un individuo o un grupo al no encajar de conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales de un colectivo ante la incertidumbre que genera desconocer el fondo de la ocurrencia del (los) evento(s).

Estrategia: conjunto de directrices que van orientando la toma de decisiones frente a un tema en diferentes momentos, y que permiten llegar a un objetivo o meta.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 103 de 106

Inclusión: Elaboración e implementación de acciones y políticas encaminadas al desarrollo socioeconómico y humano que apuntan a la igualdad de oportunidades y de derechos para todas las personas.

Intervención en salud mental: actividad cuyo propósito es promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar tratamiento o la rehabilitación.

IPS - Institución Prestadora Servicios de Salud: institución que presta servicios generales de salud, y que también puede prestar servicios específicos para la salud mental, o intervenciones en salud mental articuladas a los primeros.

Participantes: personas u organizaciones con algún interés en mejorar la salud mental de las comunidades. Incluyen a las personas con trastornos mentales, familiares, profesionales, gestores, y otras entidades interesadas.

Principio: doctrina fundamental sobre la que se basan las normas de conducta.

Política de salud mental: conjunto organizado de valores, principios, objetivos y tareas destinado a mejorar la salud mental de la población

Problemas Mentales: Situación que afecta la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero sus manifestaciones no son suficientes para encuadrarlos dentro de un trastorno específico, son más comunes, menos severas y menos persistentes en el tiempo. Sin embargo con frecuencia son objeto de atención clínica ya que pueden derivar en trastornos mentales. (Minsalud, 2014)

Promoción De La Salud Mental: Es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

Promoción de la salud: Busca establecer estilos de vida saludables, a fin de instaurar o fortalecer conductas que influyan en el mantenimiento de estados de salud óptimos en la persona.

Redes Integrales De Prestadores De Servicios De Salud: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS–, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información.

Régimen contributivo: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Régimen subsidiado: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 104 de 106

- **Rehabilitación Basada En Comunidad:** Es una estrategia para la prevención, atención, rehabilitación y gestión de riesgos en salud mental que promueve la coordinación intersectorial, mediante la integración de saberes y experiencias de los diferentes actores involucrados corresponsablemente en la planeación, realización y evaluación de acciones integrales que favorezcan el mejoramiento de las condiciones de vida y la inclusión de las personas con problemas o trastornos mentales, sus familias y cuidadores, en busca de un efecto sinérgico en el desarrollo social.
- **Salud Mental:** Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.
- **Sustancias Psicoactivas:** Es toda sustancia que introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Además las sustancias psicoactivas, tienen la capacidad de modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de la persona que las consume. (OMS)
- **Trastornos Mentales:** Actualmente no existe una manera biológicamente sólida para hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de los desequilibrios en este campo. Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos y problemas mentales (CIE-10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos.
- **Vulnerabilidad:** Características internas del sujeto (Individuo, Familia o Comunidad) que contribuyen a incrementar la probabilidad de que un desenlace negativo ocurra.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 105 de 106

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Congreso de la República. (21 de Diciembre de 2001). Ley 715 de 2001. *Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los.* Colombia: Diario Oficial No 44.654 de 21 de diciembre de 2001.

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá.

Ministerio de salud y protección social. (2012). *Plan decenal de salud pública PDSP 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú.* Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (01 de Abril de 2014). Resolución 01067: por la cual se crean, organizan y conforman los Grupos Internos de Trabajo. *Diario oficial.*

Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.* Bogotá: Javegraf.

ONU. (2011). *A66/L.Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles.* Nueva York. Estados Unidos de America.

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Conferencia Sanitaria Internacional: Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).* Nueva York: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Atlas 2001. Recursos de salud mental en el mundo.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre políticas y servicios.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Programa Mundial de Acción en salud mental mhGAP.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Política, planes y programas de salud mental.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación.* OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.* Ginebra: OMS.



 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	 Gobernación de Norte de Santander Instituto Departamental de Salud
Código: F-DE-PE05-03 Versión: 04	COMUNICACIÓN EXTERNA	Página 106 de 106

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Atlas de Salud Mental 2014*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

World Health Organization. (1996). *Public Mental Health. Guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes*. Geneve: World Health Organization.

World Health Organization. (1999). *Setting the WHO Agenda for mental health*. Geneve: WHO.

World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneve: World Health Organization.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guia-implementacion-politicas-salud-mental.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co>

<http://www.descentralizadrogas.gov.co>

<https://www.asivamosensalud.org>

