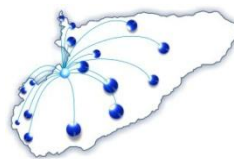




# PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL

CASANARE

2010-2013



**Red Salud**  
Casanare E.S.E.



**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

*Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud*

**Oscar Raúl Iván Flórez Chávez**  
**Gobernador**

**Zeuri Araía Prada Prieto**  
**Secretaria de Salud de Casanare**

**Claudia Orozco**  
**Directora de Salud Pública**

**Julieta Palacio**  
**Referente Departamental de Salud Mental**

## **EQUIPO COORDINADOR DE LA FORMULACIÓN**

**Julieta Palacio**  
**Referente Departamental de Salud Mental**

**José Ventura Escalante**  
**Director General**

**María Helena Restrepo Espinosa**  
**Asesora Técnica**

**Gloria del Pilar Cardona**  
**Asesora Técnica**

**Magnolia del Pilar Ballesteros**  
**Coordinadora General**

**Sofía Malagón Díaz**  
**Coordinadora de Enlace**

## Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. MARCO REFERENCIAL .....	6
2.1. Aspectos Geográficos.....	6
2.2. Aspectos Socioeconómicos .....	6
2.3. Marco Teórico .....	6
2.4. Marco Político .....	10
2.5. Marco Normativo .....	14
3. SITUACIÓN ACTUAL O DIAGNÓSTICO .....	21
3.1. Demografía.....	21
3.1.1. Tamaño .....	21
3.1.2. Distribución por género y grupos de edad.....	22
3.1.3. Distribución por área de residencia urbana-rural.....	25
3.1.4. Indicadores Demográficos: Natalidad, Mortalidad, Migración .....	26
3.1.5. Pirámide Poblacional .....	26
3.2. Variables Socioeconómicas y Políticas.....	27
3.2.1. Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI .....	27
3.2.2. Actividad Económica.....	27
3.2.3. Educación.....	28
3.3. Morbilidad General.....	29
3.3.1. Por Consulta Externa .....	29
3.3.2. Por Egresos Hospitalarios.....	29
3.3.3. Mortalidad por las principales Causas .....	30
3.4. Morbilidad Específica de los Trastornos del Campo de la Salud Mental.....	32
3.4.1. Caracterización de problemas según Instituciones .....	33
3.4.2. Caracterización del problema según comunidad .....	52
3.5. Oferta de Servicios.....	53
3.5.1. Inventario de recursos públicos en salud.....	53
3.6. Análisis Financiero .....	59
3.6.1. Recursos.....	59
4. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN .....	60
4.1. Fases .....	60
5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL .....	63
5.1. Fin y Propósito.....	63
5.2. Principios.....	63
4.2. Visión .....	64
4.3. Misión .....	64
4.4. Objetivos.....	64
4.5. Áreas o líneas de Acción .....	65
Bibliografía.....	104

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Algunas diferencias entre Políticas, Planes programas de Salud Mental.....	1
Tabla 2. Mapa Normativo del Ordenamiento Jurídico Nacional en relación con las disposiciones que regulan la Salud Mental por nivel de jerarquía.	
Tabla 3. Estructura de la población 2010. Secretaría Departamental de Salud de Casanare.2010. ....	21
Tabla 4. Población por zona y sexo según municipio. Casanare 2010. Secretaría Departamental de Salud. 2010.....	22
Tabla 5. Población por municipios y grupos de edad. Casanare 2010. Secretaría Departamental de Salud...	24
Tabla 6. Población de Casanare por área de Residencia, censos 1973- 2005 .....	25
Tabla 7. Necesidades Básicas insatisfechas a junio 30 de 2010. DANE NBI 2010. ....	27
Tabla 8. Sociedades constituidas, según sectores económicos 2008-2009.....	28
Tabla 9. Número de alumnos matriculados por nivel educativo y sector. ....	28
Tabla 10. Diez primeras causas mortalidad por grupos de causas. ....	32
Tabla 11. Núcleos y temas generadores .....	51
Tabla 12 Portafolio de Servicios Zona Uno. Red Salud.....	54
Tabla 13 Portafolio de Servicios Zona Dos. RED SALUD CASANARE.....	56
Tabla 14 Portafolio de Servicios Zona tres. ....	57

## LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Población por grupos de edad y sexo. Casanare 2008.....	23
Ilustración 2. Población de Casanare por área de Residencia, censos 1973- 2005 .....	25
Ilustración 3. Población por área de residencia. Casanare 2008. ....	25
Ilustración 5. Pirámide Poblacional. Casanare 2010. Secretaría Departamental de Salud. 2010 .....	26
Ilustración 6. Esquema de la Matriz de Hanlon modificada .....	66

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Grupo se participantes de la Fase Seminario-taller “Salud Mental: Un Reto para la Salud Pública del Departamento de Casanare, Yopal Octubre 8 de 2010, Centro de Convenciones El Maná. ....	107
--	-----

# 1. INTRODUCCIÓN

En el Departamento de Casanare, la salud mental ha venido ha venido experimentando un cambio en su concepción, posibilitando que el concepto no sólo se centre en lo curativo y en lo opuesto a la enfermedad mental, sino que se considere implícito en el concepto de salud como algo indisoluble y entendido en un sentido amplio e integral, de modo que se considera que desde esta visión más amplia de la salud mental se incluyan aspectos como el entorno, los factores de riesgo, el estilo de vida y la educación sanitaria que contribuyen a su promoción y prevención (González, Política de Salud Mental para Colombia y sus Proyecciones a nivel Departamental y Local, 2003).

Según la Organización Mundial de la Salud (2006), un Plan de Salud Mental es un detallado esquema formulado para poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un plan de esta naturaleza permite no sólo aplicar la filosofía, los valores, los principios y los objetivos definidos en la Política Nacional de Campo de la Salud Mental, sino que debe incluir las estrategias, los plazos, los recursos necesarios, objetivos, los indicadores y las actividades.

Para el presente trabajo se toma como marco de referencia las principales diferencias entre políticas, planes y programas que se resume en la tabla 1.

Tabla 1. Algunas diferencias entre Políticas, Planes programas de Salud Mental.

	Política	Planes	Programas
Objetivos	- Filosofía/Panorámica - Valores - Principios - Objetivos generales	- Estrategias - Marcos temporales - Financiación - Recursos humanos - Objetivos - Actividades	- Intervenciones específicas - Recursos (físicos y humanos) - Presupuesto
Asignación de las prioridades	Entre la salud mental y otros problemas de salud y entre diferentes aspectos de la salud mental	Áreas de actuación y tipos de estrategias	Focos específicos identificados sobre prioridades a corto plazo.
Ambito de los contenidos	General	General o específica (de acuerdo con las estrategias)	Específica
Duración	Larga (5 a 10 años)	Media (3 a 8 años)	Corta (1 a 5 años)
Área geográfica	País o sección amplia de un país	Desde un país a una sección pequeña de un país	Desde un país a pequeñas áreas locales

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2006)

Otros factores sociales tales como los entornos, los recursos, la equidad, la seguridad, el sistema político, las relaciones, los comportamientos, los modos de vida, las prácticas culturales denominado también capital simbólico, etc. Este campo asume que la salud es producto de la interacción compleja de los procesos de salud enfermedad y está determinada por estas interrelaciones. Entre ellos se mencionan:

**El ambiente:** Comprende los factores como la violencia, la nutrición, la vivienda, la educación, el empleo, la recreación, la situación económica y política de un momento determinado.

**Los servicios de Salud:** Hace referencia a la accesibilidad, cobertura, entrenamiento y actitudes de los profesionales de la salud, la oportunidad y la calidad de los servicios.

**La herencia:** Incluye el componente biológico y los factores relacionados con el componente genético que convierten a las personas en más vulnerables o no, frente a los trastornos mentales. Estos factores se pueden controlar al momento de medicalizar a una persona que tiene un trastorno mental.

**El comportamiento:** El comportamiento es entendido como una manifestación externa de los procesos y las estructuras internas de la psiquis y de la personalidad de un sujeto. Dentro de este campo la salud mental ha desarrollado una perspectiva basada en el paradigma del afrontamiento. En esta, los factores se convierten en insumos que pueden ser considerados fortalezas o riesgo. Por ejemplo, las redes de apoyo, las estructuras familiares, un ecosistema estable, justo y equitativo, habilidades comunicativas etc,

En nuestro país, la salud Mental es una de las 10 prioridades de la salud Pública (Ministerio de Protección Social, 2007), dada la reconocida importancia que tiene la salud mental como consta en los diagnósticos realizados por Ministerio de la Protección Social. Debido a esto el Plan Departamental de Salud Mental recoge y sistematiza la experiencia de trabajo de muchas personas que —en su condición de usuarios, familiares, administradores y profesionales de la salud— hicieron un valioso aporte a la reflexión y al análisis colectivo que permitió llegar a este plan. En él se señalan los objetivos y las estrategias que se deben seguir para orientar los recursos en salud mental del Departamento hacia acciones que mejoren el bienestar y la salud mental de los casanareños. El Plan tiene como propósito desarrollar líneas de acción que dentro de la concepción articulada de los diferentes actores y sectores sociales, tiene el propósito de contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la

mayor capacidad posible para relacionarse, garantizar el desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos.

Desde los inicios de los 80's y debido a la nueva orientación de la salud pública hacia un concepto más amplio de salud entendida como bienestar social, aunado al movimiento de reorientación de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe por la OPS en cabeza del Dr. Isaac Levav; dentro de las nuevas orientaciones, la atención en salud mental (en particular al atención primaria) reconoce el papel de la comunidad, la cultura y el papel de los agentes tanto familiares como culturales en el mantenimiento de la salud mental a nivel del individuo, de la familia y de la comunidad. Por ello, el Plan Departamental de Salud Mental Casanare 2010-2013, hace énfasis en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental. En términos estratégicos, este plan establece que se deben crear servicios de salud mental y psiquiatría en red —dentro del sector de la salud y junto con otros sectores— en los que participen el usuario y sus familiares y en los que las organizaciones municipales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los servicios.

El modelo de atención basado en la comunidad se sustenta en la razón de que el uso de los recursos, su garantía y accesibilidad así como el fortalecimiento de las redes de apoyo social, el capital cultural, son determinantes en los procesos de construcción de salud mental y es lo que se puede intervenir en un campo de política pública que trascienda el modelo asistencialista de la atención de la enfermedad como única competencia estatal.

El desarrollo del modelo de atención comunitario permitirá que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen en una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural. Este modelo cumple con las recomendaciones de la OMS para la organización de los servicios de salud mental. Además, este modelo reconoce que la salud es un derecho humano básico y busca lograr una mayor equidad en el acceso a los servicios y una mayor calidad en la atención sanitaria. Este abordaje de las problemáticas de salud mental desde un enfoque poblacional, implica que el afrontamiento, las prácticas de vida, los estilos o modos de los individuos en la perspectiva de la vida en colectivo, puede ser mejoradas a través de dos estrategias reconocidas en la salud pública: La prevención del riesgo y la promoción de la salud, que complementarias permiten construir



propositivamente una mejor condición de vida en los individuos, lo grupos y los colectivos y permitiría reorientar los servicios de la atención de la salud. Para esto es importante tener en cuenta varios enfoques que permiten en conjunto pensar la intervención en una forma integral.

## **Enfoques**

Los enfoques son paradigmas que orientan la visión y por lo tanto el quehacer del Plan Departamental de Salud Mental 2010-2013; estos son:

**Enfoque Comunitario:** Hace referencia a la capacidad de autogestión de la comunidad para un mejor aprovechamiento de los recursos, que parte de un proceso global de transformación de los roles y actitudes de las partes comprometidas; también el fortalecimiento de las redes sociales, de la capacidad de agenciamiento de procesos, la transferencia de poder o empoderamiento y la participación comunitaria. Todos estos van encaminados hacia el cambio social y cultural, pero también la consolidación de un campo de acción política que incluye al estado como al ciudadano en una democracia. Dentro de este el papel de la participación comunitaria y de la transferencia de poder como agente de cambio social y cultural es muy importante.

**1) Enfoque Poblacional:** De acuerdo a la caracterización de ciclo vital (Infancia, Adolescencia, juventud y persona Mayor) de acuerdo a la zona (rural y urbana, ubicación geográfica y accesibilidad), que fue desarrollada por Erick Erickson en el NIH y que se asume como referencia de las necesidades emocionales y vitales del individuo en relación con la sociedad.

**2) Enfoque de derechos humanos:** Basado en el reconocimiento de los derechos humanos fundamentales que permita garantizar la equidad entre las personas para que tengan condiciones de igualdad en el acceso a bienes y servicios para aquellos que por algún tipo de dificultad han sido marginados.

**3) Enfoque de Acción Intersectorial:** Al reconocer que la salud mental es un fenómeno determinado por múltiples factores sociales, económicos, del sistema de salud y políticos, se requiere de aproximaciones desde diversos sectores como salud, educación, justicia, medio ambiente, etc.

**4) Enfoque de Construcción de Capacidad:** Entendido como la forma progresiva en que se organizan los recursos y capacidades necesarios para responder a las demandas de salud mental, principalmente desde el sistema de servicios de salud ya sea aumentando la cobertura de atención según las necesidades del

Departamento, capacitando a personal en detección temprana y a los profesionales de salud en intervenciones comunitarias y enfocadas a indicadores positivos de salud.

**5) Enfoque Territorial:** Concibe la aplicación de directrices y orientaciones en salud mental pensadas desde el Departamento y para el Departamento, con base en el respeto por la diversidad cultural, social, demográfica y epidemiológica desde la perspectiva de su territorio.

**6) Enfoque Diferencial:** El enfoque diferencial hace referencia a la diversidad cultural e incluye la perspectiva de las necesidades particulares acorde con la perspectiva de las razas, etnias o grupos minoritarios.

**7) Enfoque de Determinantes Sociales:** En el cual se identifique los determinantes singulares (diferencias Individuales, Estilos de vida), Particulares (Grupos Comunitarios, Soporte Social y Servicios Sociales) y Generales (Condiciones de Vida y de trabajo, Condiciones socioculturales y económicas).

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1. Aspectos Geográficos

El Departamento de Casanare está localizado al nororiente del país, en la región de la Orinoquía. Tiene una superficie de 44.640 km<sup>2</sup> la cual corresponde al 3.91% del total del área nacional y un poco menos de 1/5 de la región de la Orinoquía (17.55%). Sus coordenadas geográficas están entre los 4°17'25" y los 06°20'45" de latitud norte y los 69°50'22" y 73°04'33" de longitud oeste. Limita al norte y oriente con Arauca, al sur oriente y sur con Vichada y Meta y al occidente con Boyacá. Salvo una angosta e interrumpida faja occidental correspondiente a las estribaciones de la cordillera oriental, el resto del territorio Casanareño es plano o suavemente ondulado (Gobernación de Casanare, 2008, pág. 20).

Política y administrativamente el Departamento cuenta con 19 municipios: Aguazul, Chámeza, Hato Corozal, La Salina, Maní, Monterrey, Nunchía, Orocué, Paz de Ariporo, Pore, Recetor, Sabanalarga, Sácama, San Luís de Palenque, Támara, Tauramena, Trinidad, Villanueva y Yopal (Gobernación de Casanare, 2008, pág. 20).

### 2.2. Aspectos Socioeconómicos

Históricamente la economía departamental ha estado sustentada en la ganadería vacuna, y en las últimas décadas en la agricultura, principalmente cultivos de arroz y en segundo orden plátano, yuca, caña, frutales y algodón. La explotación petrolera se concentra en los municipios de Aguazul y Tauramena. Las actividades comerciales y de servicios están localizadas en Yopal (Gumilla, 1955).

### 2.3. Marco Teórico

Si bien la conceptualización de la salud mental<sup>1</sup> ha evolucionado desde una mirada patológica articulada a la noción de enfermedad psiquiátrica hacia propuestas de construcción mucho más amplias que provienen de la psicología, la antropología y la misma sociología y que permiten integrar aspectos biológicos, sociales, culturales y políticos. Desde esta perspectiva se presentan a continuación algunas de las definiciones más aceptadas sobre salud mental y sus implicaciones.

A finales de la década de los 80's la OMS definía la SM como *“un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se*

---

<sup>1</sup> SM de ahora en adelante.

*encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social”* (Levav, 1989), aproximación que otorgaba un carácter de estado al concepto, desconociendo los determinantes generados en el proceso histórico-social que viven los sujetos.

Una comprensión más clara de la naturaleza de la salud mental fue ofrecida por el National Institute of Mental Health (NIMH) según el cual *“la salud mental desde la infancia hasta la muerte es el trampolín de las destrezas de pensamiento y comunicación, aprendizaje, desarrollo emocional, resiliencia y autoestima”* (Department of health and human services, 1999), concepto que sitúa la salud mental en el plano puramente interno e individual.

En la misma línea, el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos ((NIMH), 1994) definió la salud mental como la relación armoniosa y productiva entre el hombre (individuo), el medio ambiente y las instituciones de manera constructiva y tendiente a la justicia y la equidad. En la Política de la Salud y el Bienestar de la Provincia de Québec en Canadá, trabajo insuperable como ejercicio de integración, claridad y elaboración, se hace referencia a la salud mental como la capacidad que puede tener la persona de utilizar las emociones de manera apropiada en sus acciones (afectividad), de establecer los razonamientos que permitan adaptar sus gestos a las circunstancias (cognición) y de relacionarse de manera significativa con su medio ambiente (relacional). Pero además de estas consideraciones, hoy se postula que el equilibrio psíquico de una persona se determina, entre otras cosas, por el nivel de bienestar, por la utilización de su capacidad mental y la calidad de las relaciones con su entorno para trabajar por el bienestar individual y social (Québec, 1994). Salvo algunas excepciones, la mayoría de los seres humanos gozan de mejor salud y de una vida más larga. Sin embargo, los cambios sociales han promovido nuevos problemas que afectan la calidad de vida de los grupos y de los individuos. Las mujeres, por ejemplo, viven más, pero con peor calidad de vida. (Restrepo-Espinosa, 2006).

Es así, que en pleno siglo XXI la SM en un sentido amplio es un estado de bienestar definido de acuerdo con estándares socioculturales, más precisamente *“un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus capacidades, afronta las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad* (WHO, 2001), concepto en el que una vez más se hace

responsable al individuo por su salud mental y el bienestar de su comunidad, donde “estado de bienestar” hace referencia a la provisión de ciertos servicios o garantías sociales a la totalidad de los habitantes de un país.

En Colombia, en 1998 se adoptó la Política Nacional de SM mediante Resolución 2348, en la cual se definió como “*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*” definición que no solo asigna una responsabilidad individual sobre la salud del sujeto y desconoce los determinantes sociales de la salud; sino que mantiene la visión dicotómica predominante que divide sujeto/objeto, individuo/sociedad, salud/enfermedad, interno/externo (Ministerio de Salud de la República de Colombia, 1998).

Posteriormente se emitió el decreto 3039 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (Ministerio de Protección Social, 2007) en el cual la SM es una de las prioridades nacionales (la cuarta para ser más precisos). En el documento propuesta “Política Nacional de Campo de la Salud Mental” (República de Colombia Ministerio de la Protección Social, 2007) construido por la Asociación Colombiana de Psiquiatría se presentan las consideraciones básicas sobre el concepto de SM aquí resumidas:

*“La salud mental va más allá de la enfermedad o trastorno (...) es un derecho, representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos. La salud mental es una construcción dinámica y multidimensional, determinada y determinante; es, a la vez, fin, medio y producto: un fin, en cuanto bien con el que se cuenta; un medio para el desarrollo individual y colectivo, el incremento de capitales y el ejercicio de los derechos, y un producto de lo que ella misma ha contribuido a desarrollar, incrementar y garantizar (...) (Política Nacional del Campo de la Salud, 2007)*

Es imposible reconocer que el documento Política Nacional del Campo de la salud (2007), avanza hacia la conceptualización de la SM desde una perspectiva de derechos, rescata la idea de trascender la visión asistencialista, reconoce y se interesa por los determinantes sociales de la salud y lo más interesante, propone la SM como una política de campo complejo en el sentido Bourdeano.

Por otra parte, si bien las enfermedades mentales se encuentran entre los problemas más graves de Salud Pública a nivel mundial, situándolas como la primera causa de discapacidad que se manifiesta en el comportamiento humano, es necesario

reconocer que su complejidad en la comprensión, delimitación conceptual y en las soluciones que demanda requiere de una nueva mirada. La SM requiere continuar trabajando desde una perspectiva crítica que incluya nociones como poder, dominación, desigualdad social y las formas en las que el lenguaje se encuentra involucrado en su producción y reproducción.

Según el Doctor Miguel Ángel Sabogal García, presidente de la Asociación Colombiana para la Salud Mental (Sabogal, 2008)<sup>2</sup>, se habla de 400 millones de personas en el mundo aquejados de trastornos de ansiedad y de 300 millones que sufren trastornos depresivos. Así mismo, es bien reconocido que factores como la calidad del medio social, la cultura, las experiencias traumáticas y las condiciones de desigualdad económica, son factores de riesgo que precipitan y aumentan la cronicidad de la enfermedad mental.

El Estudio Nacional de SM (Ministerio de la Protección Social, 2003) reveló que los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes 25,3%, seguidos por los trastornos del estado de ánimo 14.6% y que el riesgo para trastornos mentales en Colombia parece estar incrementándose a través de las cohortes históricas de nacimiento. En relación con las bases conceptuales que sustentan el estudio, afirma Zulma Urrego (2007)<sup>3</sup> que *“en los últimos treinta años la acepción de salud mental como ausencia de enfermedad ha sido la que domina el panorama en Colombia, pues ninguno de los estudios realizados hasta el momento, ha buscado comprender la situación de salud como resultante de procesos históricos, ni ha trascendido el modo de asumir la esfera de lo social a manera de un conjunto de variables extrínsecas a la salud mental”*.

La SM como campo, debe ser entonces comprendida de una manera no dicotómica, priorizando una comprensión cultural e histórica de la salud y la enfermedad mental, que redireccione la atención al contexto social, que rompa con la atribución del origen y la responsabilidad individual, considerando particularmente aspectos como la distribución desigual de bienes y de poder social. Su reevaluación no consiste únicamente en incorporar los factores sociales al diseño de la investigación científica, sino también en establecer fuertes vínculos con el mundo de la política teniendo en cuenta que la articulación de las acciones efectivas para corregir las inequidades en salud es compatible

---

<sup>2</sup> Sabogal, M. (2008). Médico Psiquiatra UMNG, Jefe Dpto. Psiquiatría HONAC, Coordinador Unidad salud mental y Familiar UHHDLV y Presidente Asociación Colombiana para la Salud Mental. Consultado en: [http://www.acsam.com.co/paginas/informacion/monog\\_SaludMentalColombia.htm](http://www.acsam.com.co/paginas/informacion/monog_SaludMentalColombia.htm)

<sup>3</sup> Quien analizó con una perspectiva historiográfica, los diferentes estudios exploratorios colombianos sobre la situación de salud mental durante el período 1974-2004 con el fin de identificar cómo se operaron en éstos los conceptos de salud mental y situación de salud.

con el descubrimiento de las vías por las que el contexto y la posición social se relacionan con los resultados finales de salud y las consecuencias de la enfermedad.

## **2.4. Marco Político**

El Estado colombiano ha mantenido una actitud moderadamente activa en cuanto al tema de la salud mental manifestada mediante la realización de estudios nacionales de morbilidad llevados a cabo en 1993, 1997 y el más reciente en 2003; igualmente ha formulado políticas nacionales en el tema una en 1998 otra en 2007, contribuyendo a hacer de la SM una de las cuatro prioridades básicas en salud la atención a la salud mental (Ministerio de Protección Social, 2007).

Por otra parte, son escasas las respuestas específicas a este problema, pues en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en salud, la accesibilidad a la atención en salud mental está disminuida frente al conjunto de problemas de salud de la población. Salvo los contenidos programáticos de prevención y atención de la violencia intrafamiliar y los aportes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en cuanto a protección integral de los niños y niñas, son escasas las acciones tendientes a disminuir las tasas de morbilidad mental (Áreas de Acción Incluidas en la política Nacional de Salud Mental).

Según (República de Colombia Ministerio de la Protección Social, 2007) para entender y ofrecer respuestas en el campo de la SM debe tenerse en cuenta, al mismo tiempo, los siguientes aspectos:

- Los nexos entre salud mental, derechos y capital global.
- Las dimensiones sociales, económicas, culturales y simbólicas y sus relaciones con la salud mental.
- Las posibilidades y necesidades individuales y colectivas.
- Las potencialidades de los territorios.
- Los diferentes ámbitos en que transcurre la vida cotidiana (familiar, escolar, laboral, comunitario).
- La presencia de situaciones específicas (desplazamiento, conflicto armado, desastres, pobreza).
- Las condiciones y circunstancias vitales (momento del ciclo vital, circunstancias como discapacidad y falta de protección social).
- Los referentes cognoscitivos y normativos.

- Las necesidades, expectativas y posibilidades según la generación, el género, la procedencia (rural/urbana) y la etnia.

Atender a esta complejidad implica un ejercicio comprensivo que permite no sólo entender las situaciones que aborda la política, sino también el diseño de acciones individuales y colectivas en pro de la salud mental y de la provisión, disponibilidad y acceso a los servicios y beneficios. En otras palabras, incluir la perspectiva de la salud mental en todas las acciones e intervenciones políticas y sociales que se realicen, reflexionando y preguntando siempre por las implicaciones en la salud mental (en los modos de pensar, las relaciones que se establecen, el bienestar emocional de las personas) de todo aquello que se haga o se deje de hacer.

Una intervención por la salud mental implica abordar los determinantes sociales que generan y mantienen las condiciones y circunstancias de vulnerabilidad, no sólo desde la perspectiva de quienes están expuestos a estos determinantes, como ya se ha subrayado, sino también desde la perspectiva de aquellos o aquello que los ocasiona. El actual Ministerio de protección Social propone el fortalecimiento de la Gestión integral de la Salud Mental de toda la población con énfasis en los grupos más vulnerables a nivel nacional y territorial en el marco del SGSSS (González, 2003).

Entre las metas enunciadas a corto y mediano plazo para desarrollar una política Nacional de Salud Mental que reduzca el impacto de la enfermedad mental en las condiciones generales de salud de la población colombiana que opere en todos los niveles territoriales, se contemplan:

- Todas las entidades territoriales operando con planes de salud mental
- Los contenidos de prevención y atención en salud mental estarán definidos y articulados a los planes de beneficios del SGSSS.
- Se ampliará la cobertura de detección temprana y atención de problemas de salud mental con énfasis en grupos más vulnerables
- Los planes territoriales de Salud Mental serán evaluados y ajustados.

Dentro de su función como organismo de dirección del SGSSS en el ámbito departamental, el plan de desarrollo enuncia las siguientes estrategias relacionadas con el



fortalecimiento de programas de salud mental. Estas orientaciones están enmarcadas dentro de las condiciones normativas propias del sistema de seguridad social.

1. Adaptar los planes municipales a la política departamental de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en 100% de los 19 municipios del departamento de Casanare.

2. Construcción de redes sociales para el desarrollo de actividades de promoción de la política de salud mental y prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.

3. Apoyar las iniciativas actuales para la salud mental y reducción de sustancias psicoactivas otros actores locales, la construcción conjunta de nuevas propuestas, buscando sinergias y sincronías junto a las entidades promotoras de salud - EPS, Ministerio de Educación, Ministerio del Interior y Justicia, Ministerio de Cultura y Deporte, Secretarías de Desarrollo Social, Personerías, Organizaciones Internacionales y Organizaciones de Base Comunitaria.

4. Tamizaje en salud mental, detección temprana y canalización seguimiento y rehabilitación comunitaria.

5. Concurrencia a los 19 Municipios con actividades de promoción y prevención de las enfermedades de salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

6. Diseñar e implementar un modelo de atención primaria en salud mental en los 19 Municipios.

7. Fortalecimiento de la vigilancia de los eventos más prevalentes en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia, así como actualización de los diagnóstico departamental.

8. Municipios con seguimiento y rehabilitación a casos de intentos de suicidio.

9. Realizar estudios de costo efectividad e impacto en la unidad de pago por capitación de las intervenciones prioritarias en salud mental.

En el nivel Departamental, la Política Pública tal como ha sido plasmada en el Plan de Desarrollo para el periodo 2008-2011 (Gobernación de Casanare), corresponde en sus fundamentos y escogencias institucionales a los retos del cuatrienio para el sector salud denominado “Salud integral: comunidades y entornos saludables”, cuyo propósito es el mejoramiento de la calidad de vida de los casanareños y el mantenimiento de condiciones adecuadas de salud. En una visión integral que abarca, tanto, la disminución de la

morbilidad y la mortalidad como el mantenimiento de un entorno y ambiente saludables. Esto se logra, a partir de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el mejoramiento de la nutrición, la prestación del servicio con calidad y eficiencia, el acceso oportuno, como la modernización, el mejoramiento de los sistemas de información y la vigilancia de cada uno de los componentes del sistema (Gobernación de Casanare, Plan de Desarrollo de Casanare: Pensando en Todos, 2008).

Igualmente, el Plan Departamental de Salud (2008-2011) elaborado por la Secretaria de Salud del Departamento de Casanare, en cumplimiento del reto de desarrollo “Salud Integral: Comunidades y Ambientes Saludables” del Plan de Desarrollo propone la estrategia departamental intersectorial “Casanareños sanos con entornos saludables” cuyos objetivos específicos son:

- Reestructurar y fortalecer la capacidad operativa de la Secretaria de Salud Departamental para enfrentar los retos en salud, sus funciones y competencias.
- Identificar los riesgos, prevenir y mitigar el daño en la salud de la población.
- Consolidar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Definir un modelo de prestación de servicios de salud que incluya la reestructuración de la red de prestadores, la puesta en marcha del centro regulador de urgencias y emergencias, fortalecimiento del sistema de garantía de la calidad y de Inspección, Vigilancia y Control.
- Involucrar a los diferentes sectores en las acciones de salud para lograr mayor cobertura e impacto.
- Fortalecer y consolidar las acciones de vigilancia, control y monitoreo en salud en el departamento.
- Vigilar la universalidad en la afiliación al SGSSS.

Las Líneas de Política que el departamento desarrollará en el cuatrienio 2008-2011 son:

- La promoción de la salud y la calidad de vida
- La prevención de los riesgos
- La recuperación y superación de los daños en la salud.
- La vigilancia en Salud y gestión del conocimiento.
- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública

Estas líneas de políticas sectorial exigen una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre el Departamento, los municipios, las entidades promotoras de Salud – EPS (contributivo y subsidiados), las administradoras de riesgos profesionales, los prestadores de servicios de salud IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud y las entidades de cooperación técnica internacional.

## **2.5. Marco Normativo**

El actual Ministerio de protección Social propone el fortalecimiento de la Gestión integral de la Salud Mental de toda la población con énfasis en los grupos más vulnerables a nivel nacional y territorial en el marco del SGSSS (González, 2003).

Entre las metas enunciadas a corto y mediano plazo para desarrollar una política Departamental de Salud Mental que reduzca el impacto de la enfermedad mental en las condiciones generales de salud de la población colombiana que opere en todos los niveles territoriales, se contemplan:

- Los contenidos de prevención y atención en salud mental estarán definidos y articulados a los planes de beneficios del SGSSS.
- El Plan Departamental de Salud Mental será diseñado, aprobado e implementado.
- Se ampliará la cobertura de detección temprana y atención de problemas de salud mental con énfasis en grupos más vulnerables.
- Los planes municipales de Salud Mental serán evaluados y ajustados.

La Constitución Política de Colombia (1991) establece la salud como uno de los derechos fundamentales de la persona y de la sociedad y la obligación del estado de garantizarla dentro de los principios de solidaridad, universalidad, oportunidad y eficiencia. en sus diferentes artículos relacionados, en el artículo 13, señala que el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición mental, o, física se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta. De igual forma, en el artículo 47 se dispone que el Estado adelantará políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos psíquicos, a quienes brindará la atención especializada que requieran. En el inciso final del artículo 68 se establece la necesidad de erradicar el analfabetismo garantizando el acceso a la educación adecuada de las personas con limitaciones mentales. Existen además otras normas reglamentarias de la Constitución Nacional que regulan aspectos específicos relacionados con el tema.

Posteriormente la ley 100 de 1993 establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y su respectiva reforma mediante ley 1122 de 2007, buscando mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios e implementando el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) para toda la nación. En desarrollo del Artículo 33 de la ley 1122, el decreto 3039 de 2007, adopta el PNSP para el periodo 2008 - 2011, involucrando en su ejecución a todos los actores, que hasta la fecha no habían estado articulados (entidades territoriales, EPS, ARP, IPS, resguardos indígenas y a toda la sociedad civil). Por último, la Resolución 425 de 2008 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Territorial de Salud (PTS) y las acciones que integran el Plan de Salud pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales. Las resoluciones 412 y 3384 de 2000 establecen las actividades de promoción y prevención y las guías de atención, y los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud (CNSSS) que definen las acciones del Plan Obligatorio de Salud (POS). La nación ha legislado un conjunto de normas del orden nacional, relacionadas con algunos aspectos de la salud mental, lo integran básicamente, diecisiete leyes, once decretos, dieciocho resoluciones, un acuerdo y una circular (Echeverri Arango G y Otálora Soler N, 2005). Recientemente es posible ubicar a nivel Nacional la Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; el Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 el cual ubica como cuarta prioridad la Salud mental y las violencias evitables y la Resolución 0425 del 11 de Febrero de 2008 por la cual se define la metodología, para la elaboración, ejecución, seguimiento y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

A nivel departamental se ubica la Ordenanza 004 del 24 de Mayo de 2008, por la cual se adopta el Plan de desarrollo del departamento de Casanare, la Resolución 621 del 10 de Septiembre de 2007 por la cual se incluyen dentro del sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA del Departamento de Casanare los sistemas de vigilancia alimentario y nutricional SISVAN y el sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar SIVIM. A continuación se presenta el cuadro resumen tomado del documento Guía para la planeación del Componentes de SM (N, 2005) (pp.29-33), a manera de mapa normativo en donde se relacionan cronológicamente y de manera jerárquica las principales normas jurídicas vinculadas al manejo de la salud mental, útiles para sustentar las acciones de salud en las entidades territoriales.

Tabla 2. Mapa Normativo del Ordenamiento Jurídico Nacional en relación con las disposiciones que regulan la Salud Mental por nivel de jerarquía.

Norma	Propósito
<b>LEYES</b>	
1. Ley 906/04	Por medio de la cual se expide el código de procedimiento penal.
2. Ley 790/02	Por medio de la cual se ordena la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y se crea el Ministerio de la Protección Social.
3. Ley 789/02	Por medio de la cual se define el Sistema de Protección Social.
4. Ley 745/02	Por medio de la cual se establecen las sanciones sobre el consumo de SPA, aún para dosis personales, cuando se hace en sitios públicos en presencia de menores.
5. Ley 715/01	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 2.001) de la Constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
6. Ley 575/00	Por medio de la cual se reforma la ley 294/96.
7. Ley 383 de 1997	En donde se establece la destinación del IVA social, según grupos de riesgo, entre los cuales se encuentran las personas con trastorno mental-inimputables y discapacitados menores de edad.
8. Ley 361 de 1997	Por medio de la cual se establece el mecanismo de integración social de las personas con limitación, reconociendo su dignidad sus derechos fundamentales de carácter económico, social, cultural para su completa realización personal y su total integración social y garantizar a las personas con limitaciones severas y profundas la asistencia y protección necesarias.
9. Ley 294/96	Por medio de la cual se desarrolla el artículo 42 de la CP, en lo relativo al tratamiento integral de las diferentes modalidades de violencia en la familia.
10. Ley 115/94	Por medio de la cual se definen, entre otros, los fines de educación respecto a la formación para la promoción y la prevención de la salud, e, higiene y la prevención integral de problemas socialmente relevantes.
11. Ley 152 de 1994	Ley orgánica (*) de planeación, por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo, define los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes, así como, la regulación de los demás aspectos previstos en el artículo 342 de la CN.
12. Ley 124 de 1994	Por la cual se reglamenta la venta de licor a los menores de edad.
13. Ley 100 de 1993	Hace referencia a las coberturas, los planes de beneficios, las urgencias, la libertad de escogencia de los prestadores y administradores de los servicios de salud, y la provisión de recursos económicos provenientes del FOSYGA y de otras fuentes del Estado.

14. Ley 65 de 1993	Por la cual se señala que los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos tiene el carácter de centros asistenciales y pueden especializarse en tratamientos psiquiátricos y de drogadicción, formando parte el subsector oficial y estarán destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental, o, inmadurez psicológica, según dictamen pericial.
15. Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud, prevé el establecimiento de la junta nacional de tarifas, para la venta e los servicios en los hospitales públicos. Obliga a los gobernadores y a los jefes seccionales de salud a responder por la política regional de salud y les entrega la administración de los hospitales regionales y universitarios. Declara la salud como un servicio público y define los servicios de urgencia que deben ser prestados obligatoriamente a la población. Establece los servicios básicos gratuitos y moderniza la gestión hospitalaria. Crea la participación comunitaria y los fondos especiales de medicamentos.
16. Ley 30 de 1986	Conocida como la ley antidroga. Plasma principios generales y adopta definiciones relacionadas con las sustancias, sus usos, dosis, etc. Así mismo, señala los programas de educación en la materia, la formación de comités cívicos para luchar contra el flagelo de la drogadicción. Limita el trabajo de menores en sitios donde se expenden licores y obliga a incluir en las cajetillas de cigarrillos la nocividad del tabaco.
17. Ley 9ª de 1979	Se relaciona con la temática en sus artículos cuatrocientos sesenta, quinientos noventa y cuatro, y quinientos noventa y nueve, en lo relacionado a los medicamentos de control especial, el carácter de bien común que tiene la salud, el derecho a vivir en un ambiente sano, el cuidado y auto cuidado de la salud, el carácter de orden público de las normas relativas a la salud de la población, respectivamente.
<b>DECRETOS</b>	
1. Decreto 205/03	Por medio del cual se estructura y se definen las funciones del Ministerio de la Protección Social.
2. Decreto 1320/97	Por medio del cual se crea el comité de evaluación interinstitucional para la atención de los pacientes inimputables.
3. Decreto 1757/94	Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud, en particular lo planteado en el capítulo V "Participación Social", en donde se habla de su expresión en los procesos cogestionarios de planeación y veeduría comunitaria en salud.
4. Decreto 1108/94	Por medio del cual se reglamenta el consumo de SPA.
5. Decreto 2177/89	Por el cual se desarrolla la ley 82 de 1.982, aprobatoria del convenio No.: 159, suscrito con la OIT relativa a la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.
6. Decreto 2737/89	Por el cual se expide el código del menor.
7. Decreto 3788/86	Sobre estupefacientes y control a las campañas para promover el consumo de alcohol y tabaco.

8. Decreto 3430/82	Por medio del cual se reglamentan los artículos 16, 18 y 20 del decreto-ley 1188/74m, sobre la propaganda para promover el consumo de alcohol.
9. Decreto 2358/81	Por el cual se coordina el sistema nacional de rehabilitación.
10. Decreto 1136/70	Por medio del cual se dictan algunas medidas sobre protección social, sobre rehabilitación de la vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos.
11. Decreto 1355 /70	Por medio del cual se dictan normas sobre policía, disposiciones relativas a contravenciones nacionales de policía y sus medidas correctivas.
<b>RESOLUCIONES</b>	
1. Resolución 474/03	Por la cual se definen los cupos indicativos para la distribución de los recursos de la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.
2. Resolución 196/02	Por medio de la cual se adoptan normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral que prestan servicios a personas con problemas asociados al consumo de SPA.
3. Resolución 412/00	Por la cual se reglamenta el acuerdo 117/98, en lo relativo a la demanda inducida, protección específica y detección temprana. Permite la definición de las normas técnicas y las guías de atención integral (Guía de atención a la mujer y menor maltratada, y normas técnicas sobre crecimiento y desarrollo).
4. Resolución 2358/98	Por medio de la cual se acoge la política Nacional de Salud Mental.
5. Resolución 3997/96	Por medio de la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS.
6. Resolución 5261/94	<p>Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio e saluden el sistema general de seguridad social en salud, en lo relativo a:</p> <p>Artículo 8. Asistencia domiciliaria: es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará e acuerdo a las guías de atención integral establecidas para tal fin. Este artículo constituye un argumento jurídico para incluir acciones de atención primaria en salud mental.</p> <p>Artículo 37. La estancia en instituciones psiquiátricas y en unidades de salud mental, de cualquier tipo y nivel, comprende además de los servicios básicos, los de terapia ocupacional, recreativa y de grupo, y la atención médica especializada.</p> <p>Artículo 52. Se clasifican como actividades de control y seguimiento en las guías de atención integral de grupos específicos tales como hipertensos, diabéticos, crecimiento y desarrollo, atención prenatal, higiene mental e industrial, salud ocupacional, etc. Incluye las actividades realizadas por personal de la salud en las áreas de Enfermería, Trabajo Social, Salud Mental, Optometría, Nutrición, Terapia y otros.</p>

	Artículo 54. El paciente psiquiátrico se manejará preferencialmente en el programa de "Hospital día". Se incluirá la internación de pacientes psiquiátricos solo durante la fase aguda de su enfermedad, o, en caso de que ésta ponga en peligro su vida, o, integridad, o, la de sus familiares o de la comunidad. Para los servicios de Psiquiatría y Psicología, serán considerados en el nivel II de atención los siguientes exámenes y procedimientos: Valoración por psiquiatría, valoración por psicología, Psicoterapia individual por psiquiatría, o, psicología solo en la fase aguda de la enfermedad, Psicoterapia de grupo por psiquiatría o psicología.
7. Resolución 5165/94	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración, y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos.
8. Resolución 03913/94	Por la cual se adoptan unas medidas sanitarias en desarrollo de políticas de salud mental en lo relativo a la adquisición y distribución de los fármacos básicos.
9. Resolución 04108/93	Por medio De la cual se establecen los criterios técnicos para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas y se deroga la resolución No.: 003001/93.
10. Resolución 02417/92	Por medio de la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental.
11. Resolución 06980/91	Por medio de la cual se expiden normas para el control de la importación, exportación, fabricación, distribución y venta de medicamentos, materias primas y precursores de control especial.
12. Resolución 14130/85	Por medio de la cual se adopta el documento denominado "Manual general de organización, modelo normativo para trabajo social en el programa de salud mental, según niveles de atención, organización y funciones.
13. Resolución 14129/85	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización "Modelo normativo para la psicología en el programa de salud mental, organización y funciones.
14. Resolución 9090/82	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización "Modelo normativo para la unidad de terapia ocupacional en el hospital psiquiátrico y la unidad de salud mental integrada al hospital general".
15. Resolución 02417/82	Relativa a los criterios técnicos para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas.
Resolución 08187/82	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización "Modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental, según niveles de organización y atención y funciones.
16. Resolución 08186/82	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización "Modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental a nivel local.



17. Resolución 08185/82	Por medio de la cual readopta el documento para la organización del departamento de nutrición y dietética en los hospitales psiquiátricos.
18. Resolución 09089/82	Por medio de la cual se adopta el manual normativo y de organización "Propuesta para un taller protegido, en el área de la salud mental".
<b>ACUERDOS</b>	
1. Acuerdo 265 del CNSSS	Por medio del cual se regula el empleo de los recursos provenientes del impuesto social a las municiones y explosivos.
<b>CIRCULARES</b>	
1. Circular Externa del Ministerio de la Protección Social No.: 00018/04	Está dirigida al ejecutivo de la administración pública en las entidades territoriales y a los integrantes de los de los consejos territoriales de seguridad social en salud. En ella se establecen los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2.004-2.007 y de los recursos asignados para salud pública. Define como una acción prioritaria para el país de conformidad con el numeral 12 del artículo 42 de la Ley 715/01 la reducción del impacto de la violencia e implementación de las políticas de salud mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Fuente: Documento Guía para la planeación del componente de Salud Mental en los planes territoriales de Salud en Colombia. Ministerio de la Protección Social. 2005.

### 3. SITUACIÓN ACTUAL O DIAGNÓSTICO

#### 3.1. Demografía<sup>4</sup>

Según la proyección del DANE y la Secretaría Departamental de Salud, la población de Casanare para el 2010 es de 325.596 habitantes la cual corresponde al 0,71% de la población Nacional (población nacional 44.450.260).

Tabla 3. Estructura de la población 2010. Secretaría Departamental de Salud de Casanare.2010.

Población Total 2010	325.596	100,00%
Población femenina	159.870	49,10%
Población masculina	165.726	50,90%
Proporción de población menor de 15 años	106.535	32,72%
Proporción de población adolescente entre 15 y 19 años	35.270	10,83%
Proporción de mujeres en edad fértil (15 a 49 años)	85.671	26,31%
Proporción de población de 60 años y más	21.717	6,67%
Índice de masculinidad	1,037	

##### 3.1.1. Tamaño

La obligatoriedad de brindar atención en salud mental con enfoque diferencial se sustenta en la Sentencia T 025 dictada por la corte constitucional desde el año 2003.

**Población desplazada:** Este grupo poblacional presenta unas condiciones muy especiales de vulnerabilidad que requieren una serie de servicios especiales por parte del estado en salud, educación y vivienda entre otros. Desde 1997, de Casanare han salido 8.618 personas desplazadas; los municipios con mayor número de desplazados son Yopal, Tauramena, Paz de Ariporo y Pore. Como receptor, hasta el 2007, al Departamento llegaron 13.784 personas. Los municipios que han recibido la mayor cantidad de desplazados son Yopal, Tauramena, Paz de Ariporo, Sácama y Villanueva.

**Población Indígena:** Según el censo 2005, la población indígena residente en Casanare era de 4.102 habitantes (1,48% de la población del Departamento), pertenecientes a 10 etnias Amorúa, Kuiba, Masiguare, Sáliba, Sikuaní, Tsiripu, Yaruros, Wipiwi, Yamalero y U' Wa. Se agrupan en 10 resguardos indígenas, Chaparral Barronegro, Caño Mochuelo, Duya, Médano, Suspiro, Consejo, San Juanito, Paravare, Saladillo, y Macucuana en los municipios de Sácama, Támara, Hato Corozal, Paz de Ariporo, y Orocué. Según la Secretaría de Gobierno Departamental, la población actual es de 4.236 indígenas.

<sup>4</sup> Análisis Poblacionales aportados por la Secretaría de Salud de Casanare como soporte para el logro de coberturas mínimas de acuerdo con la ley de regalías.

**Población con Discapacidad:** Según el censo de caracterización de discapacidad DANE 2007, el 4,10% (12.573) de la población del Departamento registra algún tipo de discapacidad. Los municipios con la mayor proporción de esta población son La Salina con 14,82%, Chámeza 11,38% y Recetor 11,37%. Con relación al origen de la discapacidad, el 38% no lo sabe, el 20% la atribuye a enfermedad general, el 15% a accidentes, el 7% a complicaciones en el parto, el 5% a condiciones de salud de la madre durante el embarazo y el 5% a problemas hereditarios.

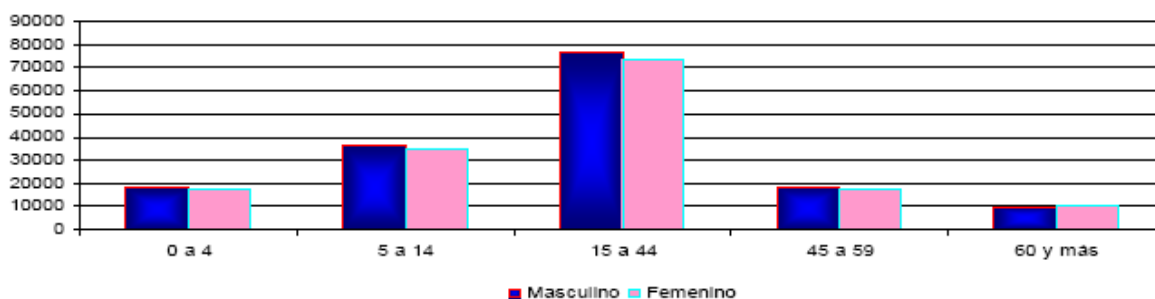
### **3.1.2. Distribución por género y grupos de edad**

El 50.90 % de la población Casanareña es del sexo masculino para todos los grupos de edad. La diferencia total es de 1.8% frente al sexo femenino (49.10 %) y es más notoria en el grupo de 45 a 59 años (6,92%).

Tabla 4. Población por zona y sexo según municipio. Casanare 2010. Secretaría Departamental de Salud. 2010

MUNICIPIO	TOTAL	DISTRIBUCION POR SEXO				DISTRIBUCION POR ZONA DE RESIDENCIA			
		Hombres	%	Mujeres	%	Urbano	%	Rural	%
Total Casanare	326.596	165.726	50,90%	159.870	49,10%	106.931	87%	15.978	13%
Yopal	122.909	61.438	49,99%	61.471	50,01%	24.547	74%	8.625	26%
Aguazul	33.172	16.499	49,74%	16.673	50,26%	1.377	66%	710	34%
Chámeza	2.087	1.042	49,93%	1.045	50,07%	4.333	39%	6.776	61%
Hato Corozal	11.105	5.918	53,27%	5.191	46,73%	565	41%	812	59%
La Salina	1.377	700	50,84%	677	49,16%	7.434	66%	3.830	34%
Maní	11.264	5.918	52,54%	5.346	47,46%	11.476	83%	2.351	17%
Monterrey	13.827	6.908	49,96%	6.919	50,04%	1.984	23%	6.643	77%
Nunchia	8.627	4.533	52,54%	4.094	47,46%	4.665	58%	3.378	42%
Orocúe	8.043	4.161	51,73%	3.882	48,27%	18.140	67%	8.934	33%
Paz de Ariporo	27.074	13.672	50,50%	13.402	49,50%	3.836	48%	4.156	52%
Pore	7.992	4.138	51,78%	3.854	48,22%	1.124	35%	2.087	65%
Recetor	3.210	1.701	52,99%	1.509	47,01%	1.508	47%	1.701	53%
Sabanalarga	3.205	1.607	50,08%	1.602	49,92%	1.229	66%	633	34%
Sácama	1.862	944	50,70%	918	49,30%	2.063	27%	5.577	73%
San Luis de Palenque	7.640	4.217	55,20%	3.423	44,80%	2.193	31%	4.882	69%
Támara	7.075	3.703	52,34%	3.372	47,66%	12.366	65%	6.659	35%
Tauramena	19.025	10.495	55,15%	8.532	44,85%	7.177	55%	5.872	45%
Trinidad	13.045	6.598	50,56%	6.451	49,44%	19.588	85%	3.457	15%
Villanueva	23.045	11.536	50,06%	11.509	49,94%	232.536	71,3%	93.060	29%

Ilustración 1. Población por grupos de edad y sexo. Casanare 2008.



El 37,74% (n= 122.909) de la población de Casanare reside en Yopal, seguido por Aguazul con el 10,18% (n= 33.172) y Paz de Ariporo con el 8,31% (n: 27.074).

La misma tabla 4 muestra que población de los municipios es predominantemente urbana excepto en los municipios de Chámeza, Hato Corozal, Monterrey, Paz de Ariporo, Pore, Recetor, Sácama y San Luís de Palenque en donde predomina la población residente en el área rural.

La población de un año proyectada para el Departamento es de 7.008 habitantes. El 48,44% (n=157.728) de la población Casanareña pertenece al grupo de 15 a 44 años, seguido de la población con edad comprendida entre 5 a 14 años con el 21,90% (n=71.318).

Tabla 5. Población por municipios y grupos de edad. Casanare 2010. Secretaría Departamental de Salud.

Municipio	Población	Menor 1 año			1-4			5-14			15-64			65-94			95 y más		
		Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
CASANARE	325 595	7.043	3.600	3.443	26.168	14.393	11.775	71.318	36.407	34.911	187.728	80.265	77.473	47.184	24.181	23.003	24.149	8.892	7.287
Yopal	102 908	2.831	1.281	1.240	19.208	8.216	4.990	26.838	11.188	11.650	89.139	31.383	31.808	18.908	8.470	8.433	4.302	1.990	2.312
Aguazul	33.172	688	380	308	2.790	1.411	1.345	7.302	3.728	3.574	26.933	9.021	9.312	4.770	2.404	2.366	1.267	590	507
Chiméza	2.087	41	21	20	174	89	85	497	231	266	1.328	506	828	308	158	152	84	38	48
Hato Correal	11.108	289	138	151	1.073	560	513	2.761	1.394	1.367	9.544	2.710	2.514	1.487	810	677	555	248	218
La Salina	1.377	32	16	14	127	63	64	318	160	158	817	323	494	208	102	104	68	31	38
Maní	11.384	338	153	118	948	484	462	2.398	1.200	1.198	9.239	2.788	2.490	1.870	989	877	877	300	278
Montenegro	13.827	299	162	147	1.188	604	584	3.084	1.503	1.581	8.409	3.180	3.279	2.212	1.170	1.049	889	348	318
Nunchía	8.627	211	108	103	816	414	402	3.021	1.514	1.507	9.988	3.133	3.855	1.180	644	541	408	200	188
Oriental	8.943	261	133	98	809	412	397	1.988	984	994	5.593	1.873	2.890	1.171	589	582	401	200	201
Paz de Ariporo	27.074	917	318	302	2.607	1.218	1.229	8.288	3.218	3.068	12.271	4.220	4.057	4.014	1.995	2.019	1.801	648	738
Pore	7.882	188	96	91	721	370	351	1.881	984	897	5.529	1.817	1.712	1.217	648	571	488	248	242
Recetor	3.210	80	41	39	303	160	148	788	397	391	1.488	503	981	471	254	187	145	79	88
Sabanalarga	3.209	88	33	35	278	140	133	760	348	412	1.478	723	755	528	277	251	180	84	78
Sisacá	1.882	43	22	21	172	88	84	408	221	207	844	451	413	281	154	142	94	48	51
San Luis de Palenque	7.640	172	88	84	672	347	328	1.900	987	913	3.094	1.089	1.545	1.219	680	538	393	221	170
Támpa	7.078	190	97	93	713	360	351	1.834	841	793	9.128	1.877	1.471	898	518	440	451	207	244
Tauramena	19.828	273	141	132	1.497	768	732	3.848	1.927	1.921	8.323	3.084	3.829	1.328	1.817	1.421	800	488	411
Trinidad	13.048	313	159	154	1.220	610	610	3.123	1.548	1.575	9.899	3.094	2.801	1.789	874	915	827	309	318
Villanueva	23.548	601	288	243	1.887	1.017	870	8.128	3.718	4.410	10.737	3.285	3.482	1.988	1.853	1.748	1.134	548	588

### 3.1.3. Distribución por área de residencia urbana-rural

El cambio más importante es la distribución de la población por área de residencia. Mientras en el censo de 1973 el 21,86% de la población residía en el área urbana, pasó al 69,66% en el año 2005.

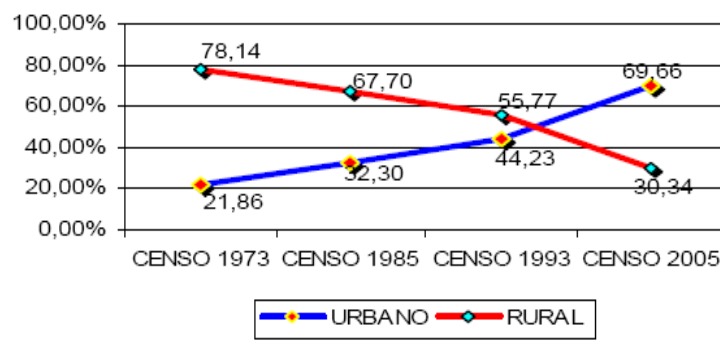
Tabla 6. Población de Casanare por área de Residencia, censos 1973- 2005

Municipio	Población	Menor 1 año			1 - 4			5 - 14		
		Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
CASANARE	325.596	7.049	3.600	3.449	28.168	14.393	13.775	71.318	36.407	34.911

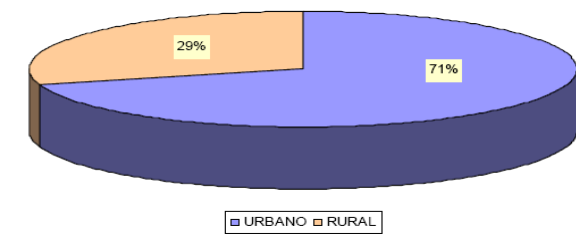
15 - 44			45 - 64			65 y más		
Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
157.728	80.253	77.475	47.184	24.181	23.003	14.149	6.892	7.257

Ilustración 2. Población de Casanare por área de Residencia, censos 1973- 2005



Según la proyección DANE, la población actual residente en el área urbana es del 71% (n= 221.3189).

Ilustración 3. Población por área de residencia. Casanare 2008.



El municipio con la mayor población es Yopal con 116.456 habitantes, seguido por Aguazul con 31.169 y Paz de Ariporo con 27.143 habitantes.

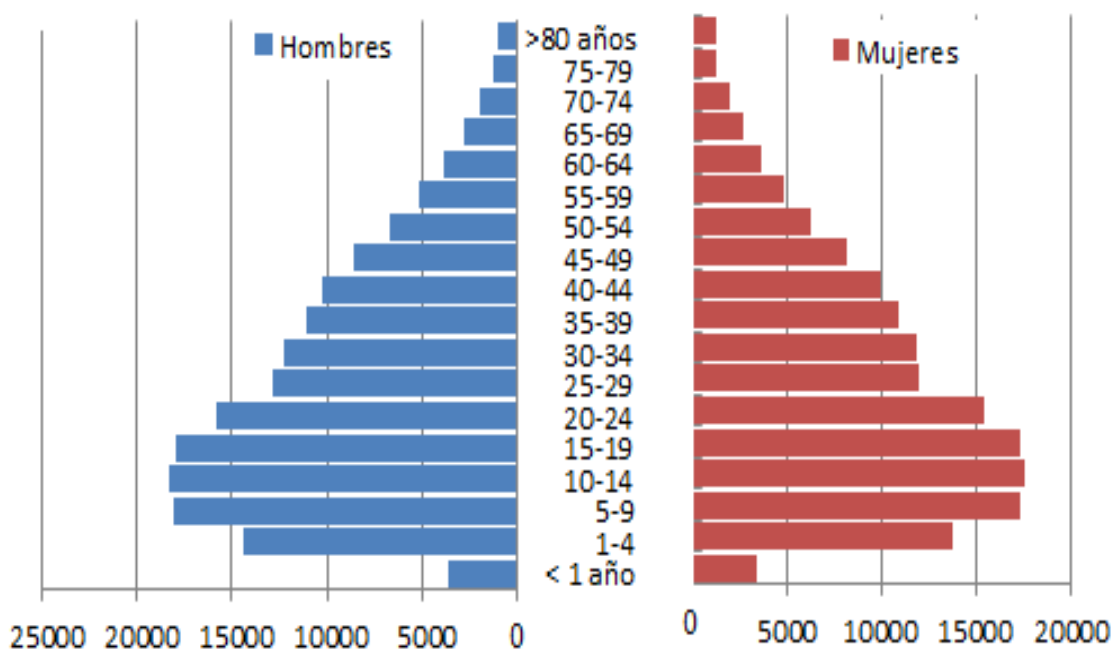
### **3.1.4. Indicadores Demográficos: Natalidad, Mortalidad, Migración**

La tasa media anual estimada de crecimiento natural de la población expresada en porcentaje para el periodo 2005-2010 es de 17,48 superior a la tasa nacional (14,05%). La esperanza de vida al nacer estimada para el quinquenio 2005 - 2010 es de 65-60 años para los hombres y de 72-58 para las mujeres, cifras inferiores a las estimadas para el nivel nacional. (70-67) años para los hombres y 77-51 años para las mujeres.

La tasa de natalidad del año 2006 fue de 19,34 (por mil nacidos vivos): La tasa más alta la presentó el municipio de Yopal (22,26) mientras que la más baja fue Recetor (5,05). La proporción de nacimientos en mujeres menores de 19 años fue 25,46%, superior al promedio Nacional (22,87), indicador con tendencia leve a la disminución. El 75% de los nacimientos se presentó en menores de 29 años. La proporción de bajo peso al nacer fue de 4,55%. El municipio que presentó la mayor proporción de nacimientos con bajo peso fue Pore (7,52%).

### **3.1.5. Pirámide Poblacional**

Ilustración 4. Pirámide Poblacional. Casanare 2010. Secretaría Departamental de Salud. 2010



## 3.2. Variables Socioeconómicas y Políticas

### 3.2.1. Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI

El índice de pobreza de la población Casanareña medido a través del NBI, ha disminuido ostensiblemente. Según el DANE, en 1993 la proporción (%) de personas en NBI era de 52,10 y en el año 2005 sin embargo según el DANE hasta junio 30 de 2010 se considera una proporción del 35,55%, como se evidencia en la siguiente tabla: pasó a 35,61;

Tabla 7. Necesidades Básicas insatisfechas a junio 30 de 2010. DANE NBI 2010.

#### RESULTADOS CENSO GENERAL 2005

Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según departamento y nacional a Julio 30 de 2010.

#### COLOMBIA

Código Departamento	Nombre Departamento	Personas en NBI					
		Cabecera		Resto		Total	
		Prop (%)	cve (%)	Prop (%)	cve (%)	Prop (%)	cve (%)
85	CASANARE	26,16	2,74	57,34	1,37	35,55	1,56
86	PUTUMAYO	26,54	1,71	46,22	-	36,01	0,66
88	SAN ANDRES	50,83	3,88	15,34	11,80	40,84	3,69
91	AMAZONAS	30,83	6,03	59,38	-	44,41	2,19
94	GUAINIA	45,66	-	81,17	-	60,62	-
95	GUAVIARE	34,02	4,49	61,86	-	39,89	3,02
97	VAUPES	40,26	-	88,18	-	54,77	-
99	VICHADA	41,94	2,12	84,40	-	66,95	0,55

Fuente: DANE, Censo General 2005.

### 3.2.2. Actividad Económica

Según el informe de Coyuntura Económica Regional del 2009 del Departamento de Casanare, presentado por el DANE, se evidencia que los sectores económicos que mostraron un alza en sus movimientos fueron: “ La industria manufacturera, 296,1% (\$3.082 millones); agricultura, 62,5% (\$2.545 millones); comercio, 32,6% (\$684 millones); y servicios, 27,7% (\$903 millones)” (Banco de la República y DANE (2009) Informe de coyuntura económica regional ICER (p.p 15); debido a la creación de nuevas oportunidades en estos sectores; Como se evidencia en la siguiente tabla:



Tabla 8. Sociedades constituidas, según sectores económicos 2008-2009.

Sectores económicos	Millones de pesos					
	Año				Variación	
	2008		2009		capital	
	Número	Capital	Número	Capital	Absoluta	%
Total	435	15.477	321	21.352	5.875	38,0
Agricultura, caza y pesca	27	4.071	38	6.616	2.545	62,5
Explotación de minas y canteras	6	96	2	10	-86	-89,6
Industria manufacturera	29	1.041	17	4.123	3.082	296,1
Electricidad, gas y vapor	3	290	5	114	-176	-60,7
Construcción	116	2.767	63	1.681	-1.086	-39,2
Comercio <sup>1</sup>	66	2.096	65	2.780	684	32,6
Transporte	28	1.841	24	1.856	15	0,8
Intermediación financiera	4	10	2	3	-7	-70,0
Servicios <sup>2</sup>	156	3.265	105	4.168	903	27,7

Fuente: Cámara de Comercio de Casanare.

Fuente: Informe de coyuntura económica regional ICER. 2008 (p.p 15).

### 3.2.3. Educación

Según las estadísticas de educación del DANE para el 2008 se matricularon en el Departamento de Casanare 94.498 estudiantes; de los cuales 89.473 cursaron sus estudios en el sector oficial, 4970 en el sector no oficial y 55 estudiantes en educación subsidiada. Del total de estudiantes para el 2008, se matricularon 9331 en educación preescolar, seguida de 44618 que se matricularon en educación primaria, mientras que para secundaria y media se matricularon 34716 estudiantes, se matricularon 5687 jóvenes y adultos, y en programas de aceleración de aprendizaje se matricularon 146. Según esta información se puede evidenciar que el mayor número de estudiantes se encuentra concentrado en la educación primaria seguida de secundaria y media. Como se evidencia en la tabla 8.

Tabla 9. Número de alumnos matriculados por nivel educativo y sector.

SECCIONES DEL PAIS	PREESCOLAR				PRIMARIA				SECUNDARIA Y MEDIA			
	Total	Oficial	No Oficial	Subsidiada	Total	Oficial	No Oficial	Subsidiada	Total	Oficial	No Oficial	Subsidiada
AMAZONAS	2.304	1.905	398	1	10.151	10.016	130	5	6.483	6.359	124	0
ANTIOQUIA	126.111	66.811	40.633	18.667	619.825	505.230	60.021	54.574	550.266	421.142	73.916	55.208
ARAUCA	6.403	5.503	900	0	29.966	28.770	1.196	0	21.551	20.539	1.012	0
ATLANTICO	78.099	34.570	39.573	3.956	222.917	137.383	64.932	20.602	206.554	148.353	47.769	10.432
BOGOTA D.C.	171.374	64.440	95.919	11.015	639.758	371.268	199.434	69.056	696.487	426.085	207.863	62.539
BOLIVAR	61.701	37.937	19.224	4.540	256.936	199.607	32.872	24.457	206.187	162.137	26.882	17.168
BOYACA	29.122	20.308	8.717	97	132.624	118.266	13.199	1.159	128.585	116.921	9.794	1.870
CALDAS	20.513	15.511	4.973	29	91.507	84.418	7.054	35	91.792	83.250	8.542	0
CAQUETA	10.512	9.194	1.289	29	63.658	62.410	1.248	0	33.948	33.249	635	64
CASANARE	9.331	7.150	2.181	0	44.618	43.304	1.314	0	34.716	33.952	764	0
CAUCA	23.675	19.341	4.141	193	169.789	162.327	7.407	55	112.072	102.484	9.089	499
CESAR	36.097	25.030	10.303	764	135.256	116.333	16.021	2.902	94.726	85.978	8.027	721
CHOCO	11.393	10.737	656	0	70.804	70.161	643	0	36.899	36.075	824	0
CORDOBA	45.583	35.568	8.899	1.116	217.228	200.674	14.228	2.326	163.961	150.578	12.307	1.076
CUNDINAMARC	57.934	30.260	26.544	1.130	258.098	191.789	56.814	9.495	255.115	193.782	53.804	7.529
GUAINIA	1.118	1.096	22	0	5.303	5.265	38	0	2.120	2.120	0	0
GUAVIARE	2.052	1.775	277	0	12.798	12.372	426	0	7.209	7.121	88	0
HUILA	23.303	17.015	6.006	282	131.892	120.065	11.026	801	100.644	92.218	7.966	460

JÓVENES Y ADULTOS				ACELERACIÓN DEL APRENDIZAJE				TOTAL			
Total	Oficial	No Oficial	Subsidiada	Total	Oficial	Total	Oficial	No Oficial	Subsidiada		
1.359	1.359	0	0	81	81	20.378	19.720	652	6		
108.054	47.364	21.602	39.088	2.885	2.885	1.407.141	1.043.432	196.172	167.537		
2.703	2.106	597	0	255	255	60.878	57.173	3.705	0		
24.828	19.010	5.194	624	653	653	533.051	339.969	157.468	35.614		
62.045	31.838	30.207	0	4.743	4.743	1.574.407	898.374	533.423	142.610		
42.784	39.789	2.903	92	665	665	568.273	440.135	81.881	46.257		
13.722	10.030	3.672	20	33	33	304.086	265.558	35.382	3.146		
12.624	10.199	2.220	205	321	321	216.757	193.699	22.789	269		
9.800	7.589	2.211	0	469	469	118.387	112.911	5.383	93		
5.687	4.921	711	55	146	146	94.498	89.473	4.970	55		
22.520	15.633	6.752	135	198	198	328.254	299.983	27.389	882		
23.496	20.386	2.925	185	658	658	290.233	248.385	37.276	4.572		
6.784	6.329	455	0	2.007	2.007	127.887	125.309	2.578	0		
29.873	25.412	3.466	995	1.401	1.401	458.046	413.633	38.900	5.513		
32.037	22.250	9.589	198	602	602	603.786	438.683	146.751	18.352		
1.677	1.677	0	0	60	60	10.278	10.218	60	0		
3.731	3.731	0	0	237	237	26.027	25.236	791	0		
30.284	18.445	6.354	5.485	618	618	286.741	248.361	31.352	7.028		

FF

FUENTE: DANE, estadísticas económicas, educación; 2008.

### 3.3. Morbilidad General

#### 3.3.1. Por Consulta Externa

Según datos contenidos en el Plan Departamental de Salud Casanare (2008-2011), en los menores de un año, las tres primeras causas de consulta (causas agrupadas CIE 10) fueron la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas) (3,17%), las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados (1,75%). En el grupo de 1 a 4 años, la parasitosis intestinal, sin otra especificación (3,84%), la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (3,29%) y la rinofaringitis aguda (3,56%), fueron las primeras causas.

En el grupo de 5 a 14 años, las primeras causas de consulta fueron la caries dental (3,19%), la parasitosis intestinal sin otra especificación (3,01%) y la gingivitis y enfermedades periodontales (1,32%). En el grupo de edad de 15 a 44 años fueron: consulta para supervisión de embarazos (4,53%), el dolor abdominal y pélvico (2,79%) y los trastornos urinarios. En personas mayores de 45 años, la hipertensión esencial primaria, la dorsalgia, los trastornos del metabolismo de los lípidos y la gastritis fueron las primeras causas de consulta.

#### 3.3.2. Por Egresos Hospitalarios

Hospitalización: Las primeras causas (CIE 10) en el año 2006 según egresos hospitalarios fueron la atención del parto (13,70%), seguido de otros trastornos del sistema urinario (4,10%) y el parto único por cesárea (3,90%). En menor proporción, la neumonía, la fiebre de origen desconocido y la apendicitis.

Urgencias: Las primeras causas de consulta en los servicios de urgencias durante el año 2006 fueron el dolor abdominal y pélvico (9,10%), la fiebre de origen desconocido (7,30%), la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (6,20%) y otros trastornos del sistema urinario (3,80%). Síntomas como náusea vomito, dorsalgia, dolor de garganta y pecho, insuficiencia cardiaca y asma demandaron servicios en menor proporción.

### **3.3.3. Mortalidad por las principales Causas**

Según el Plan Departamental de Salud Casanare (2008-2011) la tasa bruta de mortalidad (defunciones por 100.000 habitantes) en Casanare de los años 2000 a 2006 osciló entre 323,87 y 397,32. El año en que presentó la menor tasa fue 2005, mientras que el año con mayor número de defunciones fue el 2004 con una tasa bruta de 397,32 (n=1.149). La tasa específica de mortalidad masculina fue mayor que la femenina. En promedio durante este periodo, la razón de defunciones hombre/ mujer fue de 2:1, lo que significa que por cada dos hombres que murieron, falleció una mujer.

La primera causa de mortalidad en el periodo 2000 - 2006 fue el homicidio, indicador que ha disminuido notoriamente: mientras que en el año 2000, fue la causa del 23% de las defunciones, en el 2006, esta cifra descendió al 11%. La segunda causa de mortalidad fue el accidente de tránsito, causa que muestra tendencia a la disminución pasando de 9,82% en el 2000 a 6,74% en el 2006. Las enfermedades isquémicas del corazón fueron la tercera causa de defunción y la tendencia es al aumento: de 6,78% en el 2002 pasó a 10,39% en el 2006. La mortalidad por enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA afectó principalmente a población entre 15 y 44 años, el cáncer de estómago y el cáncer uterino muestran una clara tendencia al aumento.

La tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año en el año 2006 fue de 14,36 por mil nacidos vivos, inferior a la tasa nacional (16 por mil), indicador con tendencia a la disminución. (16,24 en el 2000, 14,36 en 2006). Las tres primeras causas de mortalidad infantil en el periodo 2000- 2006 fueron los trastornos respiratorios específicos del recién nacido (28,16%), las malformaciones congénitas, deformidades y alteraciones cromosómicas (19,90%) y las infecciones respiratorias (10,63%).

La mortalidad específica en el grupo de 1 a 4 años 2006 fue de 72.5 (DANE 2.005) por cien mil. Las principales causas de muerte fueron el ahogamiento y la sumersión accidental, las infecciones respiratorias agudas y las infecciones intestinales. En el grupo de 5 a 14 años, la primera causa de muerte fueron los accidentes de tránsito,

el ahogamiento y sumersión accidental y las infecciones respiratorias agudas fueron en su orden las principales causas.

La mortalidad materna en Casanare, aunque inferior a la tasa nacional, muestra una tendencia al aumento, pasando de 34,20 por cien mil en el año 2000 a 49,20 en 2006. Los trastornos hipertensivos del embarazo, las complicaciones del trabajo de parto y las complicaciones relacionadas con el puerperio fueron las principales causas de muerte materna.

La mortalidad perinatal presenta tendencia al aumento, de 8,7 por mil nacidos vivos pasó a 13,2 en el año 2006. Los municipios con las mayores tasas fueron Chámeza, Hato Corozal y Trinidad.

En los casos de mortalidad perinatal ocurridos en el 2006, se encontró que el 84,7% de los casos correspondió gestantes de baja escolaridad (primaria incompleta), el 72,88% no cuentan en su vivienda con servicios públicos, el 66,1 de las maternas no tenían una pareja estable, el 28,81 de las maternas presentaron quejas sobre violencia intrafamiliar, el 30,5% de los casos analizados presentaron deficiencias en la prestación de los servicios de salud y dificultades por barreras administrativas (Secretaría de Salud de Casanare, 2008).

Sin embargo según las estadísticas de Secretaría de Salud de Casanare, permiten evidenciar en la Tabla 9 que para el 2008 se presentaron 1023 defunciones, de las cuales 645 se presentaron en hombres y 378 en mujeres; encontrándose como primera causa las no identificadas con 507 defunciones, seguida de enfermedades isquémicas del corazón con 94, enfermedades cerebro vasculares con 77; agresiones (homicidios) con 77; accidentes de transporte terrestre con 70; enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores con 40, ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia con 32; enfermedad cardiopulmonar de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón con 32; otras enfermedades del sistema digestivo con 32; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 32 y eventos de intensidad no determinada con 30.

Tabla 10. Diez primeras causas mortalidad por grupos de causas.

TOTAL DEFUNCIONES (LISTA 6/67 CIE 10 DE OPS)	Total	Hombres	Mujeres	Indeterminado	TASA DE MORTALIDAD POR CIENTO MIL HABITANTES
<b>TOTAL CASANARE</b>	1023	645	378	0	<b>326</b>
303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	94	61	33	0	<b>30</b>
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	77	41	36	0	<b>25</b>
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	77	71	6	0	<b>25</b>
501 ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	70	57	13	0	<b>22</b>
605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	40	19	21	0	<b>13</b>
103 CIERTAS ENF. TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIA	32	18	14	0	<b>10</b>
304 ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON	32	19	13	0	<b>10</b>
611 OTRAS ENF. SISTEMA DISGESTIVO	32	23	9	0	<b>10</b>
615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	32	18	14	0	<b>10</b>
514 EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL. SECUELAS	30	23	7	0	<b>10</b>
OTRAS CAUSAS	507	295	212	0	
TOTAL CAUSAS	62				

FUENTE: Secretaría Departamental de Salud. 2008

### 3.4. Morbilidad Específica de los Trastornos del Campo de la Salud Mental

Para detectar de manera oportuna los problemas relacionados con salud mental, los problemas evitables por violencia y la violencia intrafamiliar, se ha implementado el Sistema de Vigilancia de Violencia Intrafamiliar y maltrato infantil (SIVIM). Con la detección oportuna de los casos y el trabajo articulado entre las redes sociales de apoyo, se busca brindar asistencia oportuna y seguimiento con el fin de disminuir los riesgos. El maltrato físico, psicológico y sexual son los casos reportados con mayor frecuencia. El número de casos de violencia intrafamiliar reportados en el 2007, fue de 1445.

El consumo de sustancias psicoactivas en población de 18 a 59 años, según el Diagnostico de Salud Mental (2007) presenta una prevalencia general del consumo patológico del 19% según estudio realizado por la Universidad Militar Nueva Granada 2007. Es importante reconocer que para los otros grupos de población, no existe línea de base, que indique la situación actual mental de estos grupos. Los indicadores de psicopatologías las más elevadas en el departamento fueron la ansiedad, desordenes afectivos y depresión.

Los principales factores de riesgo son las inhabilidades sociales y familiares para hacerle frente a las situaciones de salud mental (Violencia intrafamiliar), ausencia de redes sociales de apoyo, niveles mínimos de comunicación, pautas de crianza inadecuadas, baja autoestima, desplazamiento forzoso y la inexistencia de oferta institucional para el manejo de problemáticas de salud mental (Secretaría de Salud de Casanare, 2008).

### **3.4.1. Caracterización de problemas según Instituciones**

En el Departamento de Casanare se encuentran varios trabajos de tipo diagnóstico en salud mental a nivel departamental y municipal a saber: Diagnóstico de Salud Mental del Departamento de Casanare (Urrego Mendoza, 1997); Diagnóstico de Salud Mental municipio de Hato Corozal (IPS Salud Total, 2006); Diagnóstico de Salud Mental municipio de Támara (López Chaparro, 2005); y más recientemente el estudio Departamental de Salud mental en el Departamento de Casanare, el cual se describirá brevemente a continuación:

#### **Resultados estudio departamental “Salud Mental en el Departamento de Casanare”**

(Universidad Militar Nueva Granada, 2007)

El estudio realizado durante el año 2007 por la universidad Militar Nueva Granada en el Departamento de Casanare con el objetivo de “describir el perfil de salud mental de la población adulta urbana y rural del Departamento de Casanare tanto a nivel individual en sus dimensiones positiva (bienestar psicológico) como negativa (psicopatologías), así como a nivel contextual (violencias), con el fin de aportar información pertinente a la Secretaría de Salud, que le permita revisar y ajustar los programas de prevención y promoción en salud mental y de esta manera mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la población casanareña” (Universidad Militar Nueva Granada, 2007).

El estudio fue cuantitativo transversal tipo encuesta de prevalencia, aplicada a una muestra de 2000 hogares de zona rural y urbana del Departamento de Casanare. El diseño de la muestra fue probabilístico, estratificado, de conglomerados y trietápico.

Entre los principales hallazgos se encuentra que un poco más de la mitad de la población (58,9%) reporta un alto bienestar psicológico, indicando que un poco más de la mitad de la población percibe que sus condiciones son óptimas para experimentar felicidad y bienestar y que un poco menos de la mitad (41%) presenta alguna dificultad para ello, siendo los hombres quienes presentan una mayor percepción de bienestar que las mujeres. Entre las psicopatologías evaluadas, el departamento de Casanare reportó

una mayor prevalencia para la ansiedad, seguida por la depresión sobretodo en mujeres y en grupos de edad entre los 45 y 60 años, siendo el estrés postraumático la psicopatología con la prevalencia más baja.

La prevalencia del intento de suicidio fue de 6,2% que la prevalencia de vida encontrada por Posada en 2003 de 4,9% para la población general. La prevalencia general de trastorno por consumo de alcohol en la población de Casanare es del 19%, siendo mayor la intoxicación (11,6%), seguida por el abuso (9,9%) y menor la dependencia (8%) siendo los hombres quienes presentan las prevalencias más altas. Indicadores tales como que la mayoría de la población mayor de edad (77%) ha experimentado una borrachera, de manera que una de cada dos personas se ha emborrachado en el último año y que 1 de cada 4 habitantes mayores de edad se ha emborrachado en el último mes. El estudio señala que aunque no se tienen datos de otras poblaciones, este indicador unido al de trastorno por consumo de alcohol, indica que esta conducta se constituye en un problema de salud pública para el Departamento.

El consumo de cigarrillo presenta una tendencia al aumento indicando que la prevalencia casi se ha triplicado en comparación con cifras obtenidas de estudios anteriores, 29,2% mensual y 37,5% anual desde 199 hasta la fecha, siendo los hombres (39,3%) quienes tiene más del doble del consumo en la prevalencia mensual. El consumo del chimú se presenta principalmente en las zonas rurales por parte de los hombres siendo la prevalencia global de consumo de chimú en le departamento del 12,4%.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas ilegales el consumo de marihuana durante el último año 2007 fue de 2,5%, 9,2% para alguna vez en la vida lo que indica un aumento considerable; la disponibilidad es más alta en la zona urbana y ofrecida de manera más frecuente a hombres 25,6% entre los 18 y 29 años. La prevalencia del consumo de cocaína fue más baja que la de marihuana; el consumo de último año de alguna droga ilícita (marihuana, cocaína, éxtasis y heroína) fue de 4,1%. Otras sustancias ilegales como hongos, ácidos anfetaminas tienen valores muy cercanos a cero y con errores muestrales muy grandes.

Respecto a la violencia el estudio señala que se observa una tendencia a no justificar la violencia contra niños y niñas, la pareja o en situaciones de injusticia, siendo el castigo físico a los niños para su educación siempre y cuando sea un hijo el aspecto más aceptado en la medida en que las personas tienen más edad. Aunque bajas, se mantienen normas provenientes de la cultura patriarcal en la cual el hombre se adjudica el derecho de castigar físicamente a su esposa e hijos. La violencia se justifica sobre todo

cuando se afecta a la familia, pero en particular a los hijos, siendo el caso de abuso sexual el que toca muy íntimamente las emociones de los padres llevándolos a justificar la violencia homicida con mayor frecuencia. Con respecto a las habilidades para el manejo de la violencia alrededor del 70% de las personas usan alternativas no violentas y de control de la ira a través de la palabra. Por otra parte, la violencia de pareja es la más reportada como frecuente por el 20% o menos de las personas, la conducta violenta más usada es el grito.

Lo que más se denuncia ante las autoridades es el secuestro, el maltrato de un grupo armado y el robo a mano armada.

### **Resultados Seminario-taller “Salud Mental: Un Reto para la Salud Pública del Departamento de Casanare**

En el Seminario-taller “Salud Mental: Un Reto para la Salud Pública del Departamento de Casanare” llevado a cabo el 8 de octubre de 2010 en Yopal con la participación de diversos actores y organizaciones como la Secretaría de salud Departamental, las Secretarías de salud, desarrollo social y educación de 15 de los 19 municipios, las comisarías de familia, procuraduría, ICBF, representantes de centros de salud, centros educativos, asociaciones y líderes comunitarios entre otros; se refirieron las siguientes problemáticas como las más relevantes para la salud mental en el departamento.

1. Problemas del contexto cultural y social: La concepción cultural sobre la salud y la enfermedad mental es desfavorable para la demanda y el uso de los servicios de promoción, prevención y atención puesto que se sustenta en un enfoque de enfermedad, de estigma social que determina la forma en que se da la demanda y el uso de servicios en salud mental; ya que la población tiende a negar los problemas mentales reflejando como la población estigmatiza a los sujetos que padecen enfermedad mental.
2. Falencias en conocimiento y formación del recurso humano: Las interpretaciones de las normas en salud mental son diversas y "acomodadas". El personal de salud de los niveles I y II de atención no dispone de los elementos técnicos y conceptuales necesarios para el abordaje de la salud mental. La atención mental se equipara a la atención psiquiátrica.
3. Fallas en la integración social y en la participación de sectores: Los acuerdos mínimos sobre alcances y prioridades en salud mental entre los actores involucrados



incluida la ciudadanía son inexistentes, visibilizando que las instituciones y los actores de la atención en salud mental actúan de manera desarticulada.

4. Problemas en la gestión de salud: la pertinencia, operatividad y suficiencia de los servicios no están acordes a las necesidades y los problemas: La información sobre situación de salud mental es discontinua y fraccionada. Los eventos relevantes en salud mental no están incluidos en el sistema de vigilancia epidemiológica del departamento. Los procesos de promoción de estilo de vida saludables aún son débiles, los procesos de prevención en salud mental son débiles, el diagnóstico temprano y la intervención oportuna de la enfermedad mental no se realiza en el primer nivel de atención, no funciona el sistema de referencia y contrarreferencia y la población de hombres adultos está excluida en los planes.

5. Es posible observar que las diferencias competen los diversos niveles que han sido planteados anteriormente y que en conjunto comprenden el campo de salud mental. Entre estos, cabe mencionar, las prácticas culturales, el sistema de aseguramiento y de atención en salud la accesibilidad, las condiciones de vida, los sistemas de vigilancia. En este foro, se constata que la salud mental en el departamento implica una planeación estratégica desde diferentes campos y sectores para dar respuesta a las necesidades de la población.

## **ACTA DE LA SESIÓN ENCUENTRO REGIONAL SALUD MENTAL CASANARE**

**Octubre 8 del 2010**

Acorde con la participación de diferentes entidades y actores sociales y con la presencia de la gobernación, de la academia de los sectores público y privado. Consideramos:

La Salud Mental, es un problema de todos.

Su relevancia se sustenta en que existe una oportunidad actual dado que los desórdenes mentales significan 12% de la carga global de discapacidad en el mundo. Situación que se reconoce en el Departamento del Casanare.

La salud mental es transversal, se integran las siguientes áreas: Educación, justicia, hacienda, desarrollo, seguridad entre otros.

La salud mental, ha estado relegada de los planes de beneficio y de las intervenciones en salud, es por esto que es urgente desarrollar acciones y compromisos orientados hacia el mejoramiento de la calidad de vida, de las oportunidades justas para el desarrollo de las capacidades.

EL Estudio de consumo de Sustancias Psicoactivas con la Universidad del Rosario permite ver la importancia de la Atención, de la prevención pero sobre todo de la promoción. Entendiendo que el consumo compete las singularidades y particularidades de la cultura, del contexto local dentro de los referentes globales que sirven como marcos normativos.

Se proponen ejes o nodos que pueden constituir nodos de trabajo intersectorial

Uno primero que concrete el lema de Salud mental como más que ausencia de enfermedad.

Otro que desarrolle un pensamiento crítico sobre la Salud mental y el concepto de normalidad- anormalidad.

El tercero que compete la abogacía de la visión y la misión orientadora de la construcción de Salud Mental como estado de armonía y de equilibrio. A nivel de los sujetos, las familias, los grupos y la sociedad.

Salud Mental: 2007: La salud mental va más allá de la enfermedad o trastorno, es un derecho, representa una construcción colectiva.

Salud mental efecto de la construcción de múltiples criterios, diversidades, sensible a las necesidades particulares de poblaciones concretas y en contextos particulares.

Encuentro de saberes que incluye a tanto actores comunitarios como institucionales, compete el análisis de Estratégica. Negociación, participación y compromiso.

Promoción de la garantía de derechos: Principio de corresponsabilidad.

Trabajar en pro del Incremento de capital global, traducido en Líneas de acción, comunicación y participación que fortalezcan la participación comunitaria y la transferencia de poder a comunidades y diversos actores y sectores sociales, entre ellos grupos minoritarios, poblaciones en condición de vulnerabilidad y exclusión social.

Desarticular y articular las diversas Representaciones sociales y su presencia en el mantenimiento de relaciones excluyentes, estigmatizadas, que fragmentan a las poblaciones y los grupos humanos.

Focalizar en la Formación y capacitación del recurso humano, acorde con la visión y la misión.

Desarrollar la Investigación y los sistemas e indicadores de evaluación de gestión, de impacto y de procesos en concordancia con la academia y con entidades financiadoras como por ejemplo Colciencias u otros.

Atender a las necesidades en particular a los las poblaciones y grupos en riesgo de padecer Problemas o trastornos Mentales, el consumo de sustancias psicoactivas y las diferentes violencias.

Mantener el abordaje desde el concepto de Ciclo vida. Implica tener en perspectiva que el Desarrollo humano es permanente, implica oportunidades y las carencias se deben convertir en retos para la acción. Significa también tener en perspectiva el concepto de coherencia y orientación salutogénica.

Mantener un abordaje diferencial que promueva la equidad, disminuya la iniquidad puesto Los mismos eventos afectan diferencialmente: embarazo, primera infancia y niñez, extensión y gravedad. Garantizar los accesos proporcionalmente a los recursos según necesidades.

Esto conducente al Desarrollo de:

Marco Referencial que represente una Articulación de los intereses y diversas posiciones de actores y sectores sobre la Misión y Visión.

Política y normativa e institucional que se traduzca en la capacitación y formación del recurso humano para el desarrollo de la acción así como la garantía de los recursos para hacer efectiva la salud como bien social colectivo e individual.

Caracterización demográfica, con indicadores de morbilidad, de vulnerabilidad desde un enfoque de desarrollo a Escala Humana.

Comprenda la reorientación de los servicios de salud mental. Que reordene la oferta de servicios en forma amigable e integral.

Reconozca la importancia de desarrollar Indicadores que sean relevantes, entendibles, sistemas de información confiable, con cifras y datos verificables.

Mantenga en su Misión y visión en tanto la razón y el deber ser es construir una sociedad pluralista e incluyente. Se oriente bajo los principios de equidad y dignidad para todas y todos independiente de raza, etnia, o género y que conforme la Plataforma estratégica del Plan desde un Enfoque de Derechos.

Represente el conjunto de personas que constituyen la comunidad y la responsabilidad del Gobierno, incluya la participación y concertación de sectores y actores de las instituciones públicas y privadas, así como la sociedad civil deben responder por el desarrollo y el cumplimiento de ese plan municipal.

Se determinen Actividades de cumplimiento a corto, mediano y largo plazo. Significa que cada actor y sector comprende su función desde la coordinación articulada del Desarrollo humano para brindarles oportunidad de ejercer la capacidad a las personas.

El plan Nacional de Salud Pública está basado en el enfoque de riesgo pero también comprende la mitigación del sufrimiento y de la vulnerabilidad, no sólo desde el Artículo 40 de la Constitución política de Colombia. El Acto legislativo 02 del 21 de Diciembre del 2009 reformó el anterior: El porte y consumo está prohibido. Es un delito constitucional. 248 del 2010 en el Senado, proyecto de ley.

Existe una urgente necesidad de coordinación y articulación.

Se incluyen algunas discusiones de las mesas de trabajo.

Mesa 5:

Definiciones del grupo, calidad de vida: Satisfacción adecuada de necesidades básicas y humanas, potenciación de recursos y capacidades.

Salud Mental es el estado del bienestar psicosocial de las personas buscando mejorar su calidad de vida.

Acceso oportuno de los programas, sistema de contratación.

Coherencia, articulación y corresponsabilidad.

Mesa de trabajo, diferentes instituciones.

Grupo tres: Falta de recursos, adecuada información en salud mental.

Sistemas de información.

Debilidades, fortalezas: Falta de continuación y oportunidad.

Demanda de servicios y oferta no utilizada. Reconocimiento de la problemática de salud mental.

NO se cumplen las políticas del plan Nacional de Salud Pública.

Bien estar, desarrollo, integralidad.

Problemas: violencia intrafamiliar, abuso sexual, desplazamiento, maltrato infantil, comportamiento inadecuado. Manejo inadecuado en sistemas de información.

Programas: PID: Entornos saludables, políticas Haz Paz.

So inadecuado de los recursos.

Definiciones de salud mental: Palabras bienestar, equilibrio, fin un propósito. Es hacia dónde queremos llegar.

Salud Mental como un derecho, económico, social, afectivo, emocional.

Problemática: falta de continuidad, problemas inherentes.

Paternalismo, asistencialismo.

Diferenciación entre salud mental y calidad de vida.

Colectivo e individual.

Necesidades: Dimensión fenomenológica, dimensión de derechos: Psicoactivos, tiempo libre.

Enfoque de derechos: Pilar fundamental de una población.

Manejo del tiempo libre, necesidades organizacional que tienen que ver con la detección temprana de los casos.

Componente social: Problema de todos.

Problemas de legalidad e ilegalidad.

El Dr. Montenegro, resalta la importancia de que se empieza a generar una Voluntad política pública.

La justicia depende del sistema general de participaciones. Incluye el problema de accesibilidad y el reconocimiento de la condición humana, que potencialicen al humano. Max Neef, necesidades existenciales: Ser, Tener y hacer.

Diferentes formas de capacidad de respuesta. Estructuras intersectoriales y fortalecimiento territorial.

Desmitificar el consumo de sustancias psicoactivas y articular esta problemática al Modelo de determinantes sociales, reconociendo además Factores individuales y estilos y modos de vida.

Reconocer el papel de las Familias nucleares y potencializar soportes.

Garantizar el acceso a servicios sanitarios, sociales.

## **Diagnóstico Departamental sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2010 (Universidad del Rosario)**

Con el objetivo de caracterizar la dinámica del consumo de sustancias psicoactivas en el departamento del Casanare, se llevó a cabo un estudio liderado por la Universidad del Rosario durante el segundo semestre de 2010, el cual tuvo como objetivo identificar determinantes sociales, escenarios y sustancias, con el fin de establecer una línea de base y con ella elaborar una propuesta de intervención articulada a los planes de salud Mental municipales y departamental. Para ello, se procedió a definir la dinámica de consumo de sustancias psicoactivas desde variables de tiempo, lugar y persona con el fin de identificar su incidencia, prevalencia, diferentes niveles de consumo y tipo de sustancia. Caracterizar la población, los determinantes sociales, escenarios y sustancias que están inmersas dentro de la problemática e identificar los núcleos problematizadores y temas generadores de acuerdo a los enfoques poblacional, diferencial, de determinantes sociales y de riesgo para la construcción de las propuestas alrededor del tema de SPA articuladas a Salud Mental.

El estudio fue de tipo mixto (cualitativo-cuantitativo), dividido en tres fases a saber: a) descriptiva, b) etnográfica y c) de Investigación Acción Participativa IAP. El estudio consistió en la aplicación de 3008 encuestas en los 19 municipios del departamento de Casanare, a hombres y mujeres entre los 10 y 59 años tanto de la Zona rural y urbana; en el diligenciamiento de diarios de campo por parte de los pares comunitarios y los coordinadores municipales en cada uno de los 19 municipios, la realización de entrevistas y de grupos de participación comunitaria (GPC); información que posteriormente fue digitada en una base de datos creada en Excel, que posteriormente fue exportada a SPSS para su análisis. Se utilizó estadística descriptiva y se tuvo en cuenta estadísticos como: mediana, promedio, porcentajes y estimaciones. Las variables que se tendrán en cuenta en aquellos estadísticos que lo requieran son: el sexo, la edad y la Zona.

### **Dinámica del consumo de sustancias psicoactivas**

El consumo de sustancias psicoactivas en el departamento de Casanare está prácticamente modelado por las practicas cotidianas de interacción social en las cuales la utilización de estas sustancias es muy normal; por ejemplo, para el desarrollo de sus labores cotidianas, el festejo de acontecimientos importantes o como un medio de socialización entre pares, familiares o amigos, entre otros, encontrándose que el consumo de sustancias psicoactivas legales es mucho más frecuente que el de sustancias ilegales,

el grupo de las primeras ha sido utilizado alguna vez en la vida por un 67% de los encuestados, y las segunda solo 0,6% y la utilización de las dos tanto legales como ilegales en 3,5%, para este último tipo de consumo que se encontró es la utilización de alcohol, marihuana y cocaína, las otras sustancias ilegales por lo general son utilizadas por la población una sola vez en la vida, por probar.

Sustancias legales como el tabaco y el chimú son utilizadas por un número de personas menor que aquellas que consumen alcohol, (1806 consumen alcohol de 3008 encuestadas) se encontró que 259 personas encuestadas respondieron que si consumían actualmente tabaco y 56 personas chimú, hubo otras sustancias que durante el trabajo etnográfico se identificaron, como el guarapa y la chicha, sustancias a base de caña y maíz que son utilizadas cotidianamente por los jornaleros y campesinos del departamento como una bebida de fabricación y uso casero, estas bebidas por lo general no son comercializadas pero si son utiliza frecuentemente por la población de la zona rural. Otras bebidas que se reconocen socialmente aceptadas son: el Redbull bebida energizante, bebidas negras y medicamentos que al ser utilizadas también generan cambios en el comportamiento y alteración del sistema nervioso.

Esta zona cuenta con un determinante social como el estilo de vida (Desarrollo de actividades del campo especialmente en sus fincas y parcelas, los espacios de socialización se hacen especialmente con la familia) de su población que incide de forma positiva sobre el consumo de sustancias ilegales y hace que sea mucho menor, que el que se encuentra en la zona urbana, como se puede observar en los resultados por Zonas (Norte, Centro y Sur) el consumo de ilegales se da especialmente en las zonas urbanas de los municipios identificando a Yopal y Aguazul de la Zona Centro, Villanueva y Tauramena de la Zona Sur y Pore, Hato Corozal y Paz de Ariporo de la Zona Norte donde el consumo de sustancias ilegales se visualizo.

Lo que sí es importante resaltar es que el consumo de sustancias legales e ilegales independientemente de la zona urbana o rural, no se hace en una edad específica y se encontró que las personas pueden llegar a iniciar su consumo de sustancias legales entre un año y los 40 años de edad y las sustancias ilegales entre los 12 a los 40 años, durante el trabajo de campo y las entrevistas realizadas a la comunidad, solo la Zona Norte reconoce a la población joven como aquella consumidora de cualquier sustancia; la cual muchas veces percibe que puede perder su vida por ser estigmatizados como “viciosos”, término utilizado por la comunidad para identificar las personas que consumen sustancias ilícitas ya que en especial la Zona Centro cuenta con grupos de limpieza social

que arremeten sobre la población consumidora apoyada como lo reportan ellos por personas adultas.

En esta población se encontró que entre los 10 a 14 años pueden iniciar el consumo de SPA en una proporción menor, por ejemplo, en legales del 5,9%, 1,2% tanto ilegal como legal, que la población que está entre los 15 a los 24 años, donde el inicio de legales e ilegales puede ser entre 14% y el 27,2%, desde esta edad hasta los 44 años se mantiene el consumo y luego de los 45 a 59 años el consumo comienza a descender; el consumo de sustancias legales se presenta tanto en hombres como mujeres, aunque el consumo de chimú es una práctica de hombres, relacionado como se describe en el trabajo etnográfico como una sustancia que ayuda a inhibir el apetito en los jornaleros que se dedican a trabajar largas jornadas en ganadería; en cuanto a las sustancias ilegales son más los hombres que las mujeres quienes mantienen su consumo pero el inicio o consumo una vez en la vida por curiosidad, por ejemplo lo hacen independientemente del sexo entre las edades anteriormente descritas.

La edad promedio para el inicio de consumo de sustancias en el Departamento es de 16,33 años. Aproximadamente 12.8 millones de norteamericanos, cerca del 6 % de la población mayor de doce años, usa drogas ilegales regularmente, más de un tercio de los norteamericanos mayores de doce años han probado una droga ilícita y el noventa por ciento de aquellos que han usado drogas ilícitas usaron marihuana<sup>5</sup>.

De las sustancias que mayor se consumen en el Departamento como marihuana y cocaína se hacen especialmente por los hombres, la cocaína la consume el 90,9% y la marihuana 72,3%, con el consumo de cocaína también llamada “perica” jóvenes entrevistados por los pares comunitarios refieren su utilización durante el cole, que actúa para reducir el miedo; en las mujeres el consumo de marihuana es mucho más alto 27,6% que el de cocaína que es del ,9%. De las sustancias legales el alcohol es la sustancia que más se consume y mayor impacto tiene en la comunidad, como anteriormente se mencionó, es utilizada como sustancia de consumo incipiente en la población de niños, niñas y adolescentes, quienes reconocen que su acceso es fácil y puede adquirirse en el hogar, sitios públicos o la familia.

Esta sustancia reconocida como la sustancia de mayor impacto en las tres zonas del Departamento está relacionada con los problemas de violencia comunitaria<sup>6</sup> como riñas y violencia intrafamiliar, en Sacamá, por ejemplo, se le atribuye como una de las

---

<sup>5</sup> Recuperado el 15 de Julio de 2010 de la pagina web: <http://www.ncjrs.gov/htm/chap2.htm>

<sup>6</sup> Violencia comunitaria definida por la Organización Mundial de la Salud como aquella que se presenta por terceros que tiene una relación de conocidos o que comparten el mismo territorio.



causas de violencia intrafamiliar en las familias rurales; su utilización cotidiana en festividades y celebraciones hace que la población normalmente la consuma. Las sustancias ilegales identificadas con mayor impacto en la población son las que menos se consume, por ejemplo, el éxtasis, sustancia sintética que ingreso a Colombia en la década pasada y ha causada especial preocupación en los años recientes<sup>7</sup> y el basuco que en total consumidores de las dos sustancias fueron 10 personas. En el estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia encuentro que el 0.9% de las personas de la muestra habían consumido alguna vez en la vida éxtasis y el 1,1% basuco.

Al evaluar la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias en el Departamento se encuentra que cada año hay más personas que consumen tanto legales como ilegales, al establecer la proporción de incidencia como aquella primera vez de consumo se encontró que la población encuestada antes de un año ya había consumido alguna sustancia, por ejemplo para consumo legal en la Zona Centro el 57.6% ya lo había hecho y el 56,6% de los hombres del departamento también, y en el último mes en la Zona Norte lo había iniciado el 23,4% y en las mujeres del departamento el 44,6%; la proporción de incidencia de las sustancias ilegales es todavía más alto teniendo en cuenta que solo 110 personas contestaron ya haberlas utilizado alguna vez en la vida, este inicio incipiente tuvo una proporción de incidencia 78.7% en hombres antes de un año, en las edades de 10 a 14 años en el último año fue 6,7% y en las edades 15 a 29 años de edad donde está el inicio y el mantenimiento del consumo entre un 16,7% a un 50% durante el último mes.

Este inicio y mantenimiento del consumo puede estar relacionado con la percepción que tiene las personas frente a si están o no bien informados y si han participado o no en actividades de prevención del consumo, que dentro del estudio se encuentra que no están bien informados y no participan de actividades en el tema, además, dentro de las causas que se identifican en el trabajo etnográfico están los mitos frente al consumo que pueden justificar su uso, por ejemplo, se encontró que su utilización puede ayudar a potencializar habilidades en las personas como la sexualidad, la creatividad y el rendimiento deportivo; también su utilización está muy relacionada con la rumba, cuando se pregunta sobre cuáles son los motivos que llevan a su consumo especialmente el de sustancias legales el compartir con los amigos, la celebración y la diversión justifican su utilización; en las ilegales la curiosidad, compartir con los amigos y la diversión son las que los motivan, la primera ha sido uno de los factores que más se

---

<sup>7</sup> Estudio nacional de consumo de sustancias Psicoactivas en Colombia (2008)

encuentra en los estudios sobre SPA, ya que justifica el inicio de consumo de sustancias ilícitas especialmente, en jóvenes. Llama la atención la utilización de “quipitos” como una práctica de consumo ante una sustancia que se parece a la cocaína que por sus componentes de fabricación no genera alguna alteración en el sistema nervioso pero si establece la forma en la cual se consume por inhalación.

La proporción de prevalencia del consumo se evaluó por sustancias y se estimó la frecuencia de su utilización en aquellas de mayor uso, legales: alcohol, tabaco y chimú, e ilegales: marihuana y cocaína; además se hizo el análisis de las mezclas. En alcohol por ejemplo, el 37,9% de los encuestados lo utilizo durante el último mes, 17,7% una vez por semana y 6,8% varias veces por semana; el tabaco 16,3% lo utilizo en el último mes, 14,7% una vez por semana y varias veces el 33,7%; el chimú, el 16,6% alguna vez en el último mes, 8,9% una vez por semana y 35,9% varias veces por semana; en consumo de marihuana se encontró una proporción de prevalencia de 20% alguna vez en el último mes, del 10,8% durante la última semana y del 15% varias veces a la semana, para cocaína en el último fue del 18,2% y varias veces a la semana del 9,1%.

Si se define en el estudio el abuso de sustancias psicoactivas por el número de veces que se consume a la semana podríamos encontrar que de las sustancias que mayor generan dependencia son el tabaco con una prevalencia de 33,7%, el chimú 35,9% y la marihuana el 15%.

Las otras sustancias ilícitas identificadas dentro de la investigación como: inhalantes, cacao sabanero, basuco, éxtasis, polvo de ángel, alucinógenos y borrachero, fueron utilizadas alguna vez en la vida por las personas que las reportaron pero su consumo no es habitual, aunque estas sustancias no tienen una alta prevalencia en el municipio si son sustancias que son conocidas por la comunidad como se describe en el trabajo etnográfico y la clasificación que ellos mismos dan de la sustancia.

Las sustancias por lo general su hábito de consumo es en compañía, tanto para las legales como las ilegales, aunque es mayor el hábito de consumo de sustancias ilegales solo en un 20% mientras que las legales es del 7%, este hábito puede estar relacionado con los motivos que generan su consumo, en las legales como se mencionó anteriormente están relacionadas con procesos de socialización mientras que en las ilegales esta la curiosidad, presión de los amigos 8.1%, manejo de emociones, evadir la realidad y evadir la realidad en un 6,3%, estos motivos pueden estar relacionados con lo que se encontró tanto en la etnográfica y el análisis de la situación en IAP quienes

identifican factores y causas individuales (se explican en el siguiente numeral) como la falta de orientación, fuerza de voluntad, irresponsabilidad, falta de voluntad entre otras.

El acceso a estas sustancias por lo general es por personas conocidas como amigos, sitios públicos, familia y hogar; las sustancias legales principalmente se consiguen en sitios públicos en un 44% y las ilegales el 54,5% se consigue con los amigos y en 23,2% vendedores ambulantes, conocidos con el nombre de “jibaros” el cual comercializa en diferentes lugares las sustancias, los cuales pueden llegar hasta las instituciones educativas y como lo describe un joven en la entrevista puede convertirse los baños en los sitios donde se comercializa, la comunidad identifica estas personas como ajenas o foráneas a su comunidad, al percibir por proximidad aquellas personas cercanas como las que no serían capaces de comercializar sustancias en especial las ilícitas; esta es una forma social de protección y seguridad sobre las mismas personas que pertenecen al mismo grupo territorial, al cual, se le llama endogrupo, donde sus miembros son protegidos por el mismo grupo al que pertenecen<sup>8</sup>.

Para finalizar, se puede concluir que las personas perciben el consumo de sustancias psicoactivas en su comunidad como un problema que se evidencia especialmente en las familias y reconocen que las familias, los individuos y las prácticas culturales son factores que inciden sobre la problemática, en especial a la familia, a la cual se le atribuye la falta de diálogo, su desintegración, el conflicto entre de sus miembros y la falta de normas con los hijos, como situaciones que facilitan el consumo. En el próximo apartado se describe cada una de ellas.

#### **Determinantes sociales y factores de riesgo del consumo de SPA**

El análisis de los resultados se hizo mediante el enfoque de determinantes Sociales y factores de riesgo, los cuales son complementarios y permiten explicar las causas del consumo de sustancias psicoactiva, el primer enfoque, es utilizado por la estrategia de promoción de calidad de vida y Salud (EPCVYS). Esta estrategia más que intervenir en factores de riesgo busca intervenir y fortalecer las potencialidades de los seres humanos, como agentes promotores de cambio y búsqueda de calidad de vida de su entorno y la sociedad, como parte fundamental de su existencia, el determinante puede ser positivo o negativo a diferencia del segundo enfoque que establece solo factores de riesgo que como su nombre lo dice son negativos y por lo general directamente

---

<sup>8</sup> Myers D (2005) Psicología Social. Mc Grall Hill. España

relacionados con el sujeto, a diferencia de los determinantes que no solo se relacionan con el sujeto sino con su entorno micro social y macro social<sup>9</sup>.

En este plano, el ordenamiento político, social, económico, cultural, y las condiciones de vida que de ahí se desprende, son asuntos centrales a la hora de comprender la distribución de los procesos de salud –enfermedad, los cuales desde los determinantes están organizados en tres planos:

- **General:** Modelo de desarrollo, Modelo Económico y la lógica de las relaciones políticas.
- **Particular:** Alude al medio, oportunidades, experiencias que rodean a grupos específicos
- **Singular:** corresponde al plano individual.

El análisis de resultados de este apartado se hace de la II y III fase, (la primera fase de la investigación permitió caracterizar la dinámica del consumo, su diseño no permitió la identificación de determinantes sociales) busca establecer los procesos de interacción entre los tres planos, teniendo claro su relación y desarrollo histórico social de la problemática. A continuación, se describe el análisis de cada uno de los determinantes, aclarando que el enfoque de riesgo solo se utilizará para explicar los determinantes singulares, donde el enfoque si aplica. Es importante aclarar que dentro del proceso de investigación a las personas de la comunidad, se les hizo más fácil aplicar un modelo de riesgo a la explicación del consumo que un modelo de determinantes por eso los resultados se basa más en los individuos que en el contexto.

#### **Determinantes Singulares:**

Los determinantes singulares son los factores Individuales (Psicológicos y biológicos) y las preferencias en estilos de vida; el estudio evidencio que las personas no perciben el consumo de SPA como un problema y solo el 30,7% de las personas tienen la sensación de querer consumir menos, además al identificar el consumo como una problemática o factor de riesgo las personas dejarían de consumirlas en 71,2% por salud, es decir cuando directamente esa práctica incida directamente sobre un proceso de salud y enfermedad y solo el 19.7% lo haría por mejorar su calidad de vida, como un proceso determinante y propositivo para su bienestar. Esta conclusión evidencia porque solo 36 personas de 434 que reconocen haber tenido problemas psicológicos, económicos, familiares y laborales decidieron realizar un programa terapéutico.

---

<sup>9</sup> Cartillas promocionales de calidad de vida y Salud. Secretaria Distrital de Salud (2005)

Entre los factores individuales que se identifican la mayoría de ellos están relacionados con procesos psicológicos como por ejemplo, la curiosidad, rasgos de personalidad, falta de autoestima, ignorancia, inseguridad, necesidad de aceptación, falta de orientación, Inconformidad, fuerza de voluntad, falta de afecto, evasión de la realidad, dificultades en las relaciones interpersonales, falta de educación, desconocimiento, falta de voluntad, dificultades en la toma de decisión, problemas académicos y desviación del proyecto de vida; otras variables socio demográficas que se identificaron fueron la edad y el género, donde se evidencia que son los jóvenes y adultos jóvenes los que más consumen pero además es más en hombres que en mujeres

Los estilos de vida son la forma de vida y los comportamientos cotidianos que realizamos, dentro de estos se encontró que el consumo de sustancias es una forma de socialización con grupos sociales, como se pudo observar en el estudio descriptivo cuando se le pregunta a las personas con quien consume y por medio de quien accede a ellas; además se identifica el ocio y mal manejo del tiempo libre como otra causa de consumo que puede estar relacionada con actividades deportivas, recreativas y culturales.

#### **Determinantes particulares**

Estos determinantes están relacionados con los soportes sociales, las influencias comunitarias y el acceso a los servicios atención social con las cuales los individuos establecen vínculos de afecto cercano como la familia, los profesores y amigo (soportes sociales) y el barrio, la vereda o la comunidad (influencias comunitarias) y cuentan con la respuesta de sus necesidades para el mejoramiento de la calidad de vida mediante los servicios sociales. Entre los soportes sociales se identifico la Influencia de los pares, en especial en niños, niñas y adolescentes quienes ejercen influencia en el consumo, como se pudo observar en las sustancias ilícitas 8,1% se hace por presión de los amigos, además cuando se pregunta sobre el medio en el cual se informa sobre este tema el 15% de la información también se hace por medio de ellos, los profesores por ejemplo no se identifican como un determinante positivo ni negativo pero si se encuentra que ellos al igual que los amigos informan sobre el tema en 15%. La familia, es el soporte social más relevante que se evidencia en la investigación e identifica la comunidad como un determinante que más que ser positivo es negativo, es por medio de su dinámica entre sus miembros que se generan o justifican muchas de las causas del consumo no solo en lo individual como se describió anteriormente en el determinante singular sino también a nivel colectivo cuando hay falta de dialogo, problemas entre los miembros, patrones familiares inadecuados, pautas de crianza permisivas o autoritarias, ausencia de reglas,

rechazo de alguno de los miembros, violencia intrafamiliar, falta de atención, modelos inadecuados, exceso de trabajo de los padres y problemas de pareja que justifican el uso de sustancias por alguno de los miembros como una forma de evadir la realidad que se vive en sus familias aunque estos problemas también pueden ser vistos como consecuencia de la problemática. También se reconoce la familia como aquel espacio de socialización donde puede darse el inicio de consumo de alcohol principalmente en niños y niñas.

Las influencias comunitarias que se evidenciaron fueron las zonas de residencia urbana y rural y la influencia de las personas foráneas, estos dos determinantes ya fueron descritos anteriormente en la investigación y sus implicaciones en el consumo.

Por último está el determinante acceso a servicios de atención social, los cuales justifican por ejemplo, un determinante singular como el estilo de vida relacionado con la falta del manejo del tiempo libre y el ocio cuando la comunidad estable que en sus municipios hay ausencia de programas para el manejo del tiempo libre y falta de zonas de recreación y esparcimiento, además también identifican la falta de educación, omisión de información, ausencia de programas de promoción y prevención, falta de centros o grupos de autoayuda, falta de oportunidades para los jóvenes, los cuales pueden estar justificados por la falta de recursos en general y falta de gestión administrativa para conseguirlos.

### **Determinantes Generales**

Los determinantes generales hacen partes de proceso macro sociales como las condiciones de vida y trabajo y las condiciones macro sociales, culturales y económicos que por lo general pueden ser vistas como procesos indirectos que por lo general no inciden directamente sobre la calidad de vida y las problemáticas sociales pero estos determinantes empiezan a tener un papel importante en la definición e identificación de problemas sociales, entre ellos el consumo de SPA:

Las condiciones de vida y de trabajo como los problemas económicos, la zonas de residencia, las diferencias intergeneracionales y los medios de comunicación identificados dentro del proceso de investigación juegan un papel importante que incide sobre los otros determinantes singulares y particulares, por ejemplo, los problemas económicos pueden incidir sobre la violencia intrafamiliar, el exceso de trabajo en los padres que afectan la dinámica familiar para que no se establezcan pautas y modelos adecuados de crianza que conlleven a que los jóvenes ante el consumo de SPA no realice toma de decisiones adecuadas y termine viéndose influenciado por su grupo de pares.

Las condiciones macro sociales y económicos como las políticas sociales insuficientes, (Ley 715 – forma de asignación de presupuestos a municipios) pueden conllevar a que la asignación de recursos sea menor para el desarrollo de acciones en promoción y prevención, entre estas, la conformación de grupos de autoayuda para personas con adicción o dependencia en sustancias; otros determinantes generales que incidir en el consumo y se reconocen en las dos fases cualitativas de investigación son los mitos y patrones culturales y el machismo, este último relacionado por ejemplo con el consumo de chimú, como se pudo observar, es una sustancia utilizado por hombres y no mujeres, ya que el trabajo de ganadería es realizado por hombres.

La identificación de los determinantes sociales como se puede observar en su descripción solo identifica una sola parte del problema de las sustancias psicoactivas, el consumo, su producción y comercialización no se evidencia claramente, el problema para el departamento como lo percibe la comunidad parte del sujeto que la consume de ahí que la mayoría de determinantes termine siendo especialmente factores de riesgo. De ahí que la línea técnica propuesta dentro del plan Departamental de Salud Mental establece diferentes estrategias que permitan poder trabajar en mitigar el riesgo del consumo.

#### **Núcleos problematizadores y temas generadores**

Los núcleos problematizadores y los temas generadores fueron el resultado de la III fase de investigación que permitieron el marco para la elaboración de la línea técnica que se incluyó dentro de la Plan Departamental de Salud Mental, los cuales fueron el resultado de las discusiones establecidas en cada uno de los municipios del departamento con los grupos de base comunitaria, resultado de la identificación de los determinantes sociales y su priorización para el desarrollo de la implementación del Política Nacional y los resultados de la caracterización del consumo de SPA.

Núcleos problematizadores:

Habilidades personales inadecuadas que facilitan el consumo de SPA relacionadas con la dimensión biológica, psicológica social y cultural.

Dificultades en la dinámica de socialización en las familias del departamento.

Falta de actividades de promocionales de calidad de vida y salud y preventivas en el consumo de sustancias psicoactivas.

Destinación de los recursos financieros que inciden de forma negativa en la en los recursos físicos, humanos, técnicos y tecnológicos que los municipios destinan a la problemática y desconocimiento de la Política Nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas y su impacto que permita la vigilancia y control de las mismas.

En la tabla 11 se puede observar para cada núcleo problematizadores sus temas generadores, es importante aclarar que el núcleo cuatro es transversal a cada uno de los núcleos y sus temas, sin la destinación de los recursos por parte de la administración departamental y municipal difícilmente se puede lograr impactar sobre el consumo, con este estudio el departamento establece su línea de base para poder monitorear las estrategias que de aquí en adelante se formulen y desarrollar los indicadores de gestión, ejecución y de impacto que permitan evaluar las acciones propuestas.

**Tabla 11. Núcleos y temas generadores**

NUCLEOS PROBLEMATIZADORES	TEMAS GENERADORES
Desconocimiento de la Política Nacional de Consumo de sustancias Psicoactivas y su impacto que permita la vigilancia y control de las mismas	<p><b>SISTEMA SOCIAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecimiento de alianzas estratégicas con universidades y el sector deporte para el desarrollo de programas de manejo del tiempo libre.</li> <li>2. Fortalecer las acciones de vigilancia sobre el consumo de alcohol.</li> <li>3. Conformación de equipos satélite en salud mental con capacidad de desplazamiento y articulación de acciones en la Zona.</li> </ol>
Falta de actividades de promocionales de calidad de vida y salud y preventivas en el consumo de sustancias psicoactivas	<p><b>ENTORNO EXTERNO (INFRAESTRUCTURA Y APOYO COMUNITARIO)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reacción y mantenimiento de grupos de Autoayuda.</li> <li>2. Capacitación de Recurso Humano sobre el tema de identificación y manejo del consumo de SPA.</li> <li>3. Invertir en la creación y mantenimiento de espacios para la recreación y esparcimiento que permitan el buen uso del tiempo libre.</li> <li>4. Desarrollar acciones educativas con la comunidad en general sobre el consumo de SPA legal e ilegal y su relación con las violencias.</li> <li>5. Concertar acciones de control sobre el horario y expendio de sustancias psicoactivas legales a menores de edad.</li> <li>6. Visibilización de los programas existentes hasta el momento en el tema de SPA, y visibilización de diagnósticos y resultados o experiencias departamentales.</li> </ol>
Dificultades en la dinámica de socialización en las familias del departamento.	<p><b>ENTORNO PRÓXIMO (CASA Y FAMILIA)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementación de programas educativos dirigidos a la familia sobre temas como: Estilos de crianza Fortalecimiento de la confianza y el Vínculo Afectivo Autocuidado de la Salud mental Manejo del Tiempo libre</li> <li>2. Llevar a cabo foros comunitarios dirigidos a visibilizar la relación entre las prácticas culturales, mitos y las SPA legales e ilegales</li> </ol>
Habilidades personales inadecuadas que facilitan el consumo de SPA relacionadas con la dimensión biológica, psicológica social y cultural	<p><b>FACTORES INDIVIDUALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimiento del Autoestima</li> <li>2. Identificación del proyecto de vida</li> <li>3. Fortalecimiento de las habilidades sociales</li> </ol>



### **3.4.2. Caracterización del problema según comunidad**

Del análisis de la situación realizado y teniendo en cuenta el marco de referencia normativo y de planificación de la OMS, el país y el Departamento, así como las expectativas de los colectivos afectados y profesionales relacionados con la salud mental en los diversos ámbitos implicados, se extraen las siguientes áreas de mejora:

— Necesidad de apostar por programas de prevención y promoción de la salud mental, haciendo especial hincapié en determinados colectivos que están en condiciones de desigualdad y presentan mayor vulnerabilidad para padecer trastornos mentales. Así mismo, se considera imprescindible incorporar la prevención en la población infantil y juvenil como un elemento necesario en la planificación de salud mental.

— A partir de la constatación de cómo los roles y estereotipos tradicionales de género resultan ser factores de riesgo importantes para la violencia de género y para el padecimiento de enfermedades mentales, se hace necesario incluir la perspectiva de género en cada una de las iniciativas planteadas en este Plan. Asimismo, las cifras de violencia hacia las mujeres obligan a las distintas administraciones a prestar una atención integral a las víctimas de estas agresiones, donde la atención sanitaria y en especial la de salud mental son fundamentales.

— La mayor prevalencia de problemas de salud mental o las dificultades en el acceso a los recursos en determinados colectivos (como son las personas sin hogar, la población penitenciaria, las personas con drogodependencias, en ocasiones la población desplazada), justifica la inclusión de estrategias específicas para su atención.

— Las expectativas manifestadas por pacientes y familiares obligan a mejorar la calidad de la atención sanitaria y social, con un enfoque comunitario que contemple la humanización de la asistencia como elemento clave.

— Las nuevas demandas y la evolución de los sistemas sanitarios y sociales generan la necesidad de analizar y adecuar los recursos existentes y de establecer una cartera básica de servicios que garantice la equidad en todo el Departamento.

— Además, son necesarias estrategias que mejoren la coordinación intersectorial y la continuidad asistencial y que garanticen una atención especializada basada en la mejor evidencia científica disponible.

— La ausencia de algunos datos de prevalencia e incidencia en el entorno y de morbilidad atendida hacen necesario el desarrollo de sistemas de información que faciliten su conocimiento para mejorar la planificación y organización de los servicios de salud mental.

### **3.5. Oferta de Servicios**

#### **3.5.1. Inventario de recursos públicos en salud**

El Departamento de Casanare cuenta una Empresa social del Estado (ESE) de segundo nivel de Atención que se encuentra debidamente habilitada por El Ministerio de la Protección; ésta contó para el 2009 con 214 cargos aprobados y una planta de personal de 207, entre técnicos, profesionales y profesionales especialistas (Secretaría Departamental de Salud (2010) Ministerio de La Protección Social).

La Institución ofrece el siguiente portafolio de Servicios durante el año 2009:

Urgencias: Aquí se cuenta con disponibilidad permanente de la especialidades como: Ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, ortopedia, cirugía general, cirugía craneofacial, urología y otorrinolaringología. Se dispone con infraestructura física para: consultorio triage, tres consultorios para atención clínica, dos salas de procedimientos para suturas y yesos, una sala de reanimación, área para observación en urgencias con 32 camillas, una central de enfermería y un consultorio para ginecología y obstetricia.

Consulta Externa: El recurso humano está compuesto por 2 urólogos, 7 ginecólogos, 1 nutricionista, 1 psicólogos, 4 terapeutas físicas, 3 terapeutas respiratorias, 1 enfermeras, 6 auxiliares de enfermería, 1 médico general, 1 Cardiólogo, 5 cirujanos generales, 7 anesthesiólogos, Grupo rotatorio de cuatro gastroenterólogos, 1 cirujano laparoscopista, 4 ortopedistas, 5 pediatras, 5 Internistas, 2 neurocirujanos, 1 neurólogo, 1 cirujano plástico, 1 cirujano maxilofacial, 2 otorrinolaringólogos y oftalmología. El recurso físico está enmarcado en 18 consultorios destinados para las consultas con especialistas, éstos se encuentran dotados con computadores en red.

Hospitalización: Está área del Hospital cuenta con 104 camas; 45 eléctricas, 15 pediátricas y 44 convencionales.

Cirugía: Se cuenta con personal altamente calificado y salas debidamente dotadas para garantizar la vida del paciente.

Apoyo diagnóstico: Aquí se encuentran los servicios de Laboratorio clínico, rehabilitación física y respiratoria, imagenología, y banco de sangre.

Programas especiales como caritas felices donde se brinda atención integral para niños con malformaciones congénitas para permitir una adaptación social del menor; Cirugía bariátrica que busca dar tratamiento quirúrgico para la obesidad y el programa de cirugía estética. (Hospital de Yopal (2009)<sup>10</sup>. El Departamento también cuenta con la Empresa Social del Estado RED SALUD, cuenta con primer nivel de atención a través de 16 IPS ubicadas en los municipios de: Villanueva, Sabanalarga, Monterrey, Chámeza, Recetor, Maní, Támara, Orocúe, Trinidad, San Luís de Palenque, Hato Corozal, Pore, Sácama, La Salina, Paz de Ariporo y Nunchía. Red Salud Casanare cuenta con 318 cargos aprobados y una planta de personal de 313 funcionarios entre técnicos, tecnólogos, profesionales y especialistas.

Según Informe de RED SALUD encontrado en la oficina de planeación de la Secretaría Departamental de Salud la prestación de servicios se encuentra organizada por zonas; la zona uno está compuesta por los municipios de Paz de Ariporo, Hato Corozal, Sácama y la Salina, donde se prestan los siguientes servicios de primer nivel de atención en la tabla 10, puesto que para los otros niveles de atención se hace referencia de pacientes a la ciudad de Duitama para el caso de Sácama y la salina.

Tabla 12 Portafolio de Servicios Zona Uno. Red Salud

Servicios de Prevención y Promoción	V	S	C	RE
1. Aplicación de Sellantes ( 3 a 15 años )	X	X	X	X
2. Aplicación de Flúor ( 5 a 19 años )	X	X	X	X
3. Control crecimiento y desarrollo.	X	X	X	X
4. Control Prenatal	X	X	X	X
5. Toma de Citologías Cérvico-vaginales	X	X	X	X
6.Prevencción de EDA e IRA	X	X	X	X
7. Prevencción y control de ETS.	X	X	X	X
8. Educación en Estilos de Vida Saludables.	X	X	X	X
9.Actividades preventivas para las comunidades indígenas	X	X	X	X
10.Control y detección temprana de la HTA	X	X	X	X
11.Control de la puérpera	X	X	X	X

<sup>10</sup> Portafolio de servicios [http://www.hospitalyopal.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&layout=form&Itemid=57](http://www.hospitalyopal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&layout=form&Itemid=57)

Servicios Extramurales de Salud Pública	V	S	C	RE
1. Apoyo a la jornada nacional de vacunación contra el sarampión.	X	X	X	X
2. Prevención y control de la rabia bobina.	X	X	X	X
3. Prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles	X	X	X	X
4. Apoyo a campañas nacionales de promoción.	X	X	X	X
5. Monitoreo del agua para la distribución doméstica.	X	X	X	X
6. Medición de impacto sobre salud pública.	X	X	X	X
7. Mejoramiento sistema del procesamiento de basuras y excretas.	X	X	X	X
8. Prevención y control de TBC.	X	X	X	X
9. Prevención y control de la Lepra	X	X	X	X
10. Prevención y control de ETV	X	X	X	X
11. Planificación Familiar	X	X	X	X
12. Desparasitación escolar	X	X	X	X
13. Educación en salud individual y colectiva	X	X	X	X
Servicios asistenciales de Baja complejidad	V	S	C	RE
1. Servicios de urgencias médicas 24 horas.	X	X	X	X
2. Atención del Parto de bajo Riesgo, dos mesas de partos	X	X	X	X
3. Servicios ambulatorios de medicina general (consulta y pequeñas cirugías) y de salud oral POS.	X	X	X	X
4. Atención del Recién Nacido de Bajo Riesgo.	X	X	X	X
5. Servicios de hospitalización con 25 camas para medicina general, 24 horas al día.	X	X	X	X
6. Cirugía programada de baja complejidad	X	X	X	X
7. Servicios Laboratorio clínico bajo nivel. Urgencias (24) horas.	X	X	X	X
8. Servicios Radiología de bajo nivel de complejidad	X	X	X	X
9. Servicios Ecografía de bajo nivel de complejidad.				
10. Terapia respiratoria por enfermería.	X	X	X	X
11. Electrocardiografía con lectura por médico general	X	X	X	X
12. Servicio de farmacia				

Fuente: Portafolio de Servicios RED SALUD CASANARE. Secretaría Departamental de Salud.

La zona dos está compuesta por los siguientes municipios Villanueva, Monterrey, Sabanalarga, Maní, Chámeza y Recetor, los servicios que se prestan en estas IPS se encuentran mencionados de forma detallada en la tabla 12.

Tabla 13 Portafolio de Servicios Zona Dos. RED SALUD CASANARE

Servicios de Prevención y Promoción	V	S	C	RE
1. Aplicación de Sellantes ( 3 a 15 años )	X	X	X	X
2. Aplicación de Flúor ( 5 a 19 años )	X	X	X	X
3. Control crecimiento y desarrollo.	X	X	X	X
4. Control Prenatal	X	X	X	X
5. Toma de Citologías Cérvico-vaginales	X	X	X	X
6. Prevención de EDA e IRA	X	X	X	X
7. Prevención y control de ETS.	X	X	X	X
8. Educación en Estilos de Vida Saludables.	X	X	X	X
9. Actividades preventivas para las comunidades indígenas	X	X	X	X
10. Control y detección temprana de la HTA	X	X	X	X
11. Control de la puérpera	X	X	X	X
Servicios extramurales	V	S	C	RE
1. Apoyo a la jornada nacional de vacunación contra el sarampión.	X	X	X	X
2. Prevención y control de la rabia bobina.	X	X	X	X
3. Prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles	X	X	X	X
4. Apoyo a campañas nacionales de promoción.	X	X	X	X
5. Monitoreo del agua para la distribución domestica.	X	X	X	X
6. Medición de impacto sobre salud pública.	X	X	X	X
7. Mejoramiento del sistema del procesamiento de basuras y excretas.	X	X	X	X
8. Prevención y control de TBC.	X	X	X	X
9. Prevención y control de la Lepra	X	X	X	X
10. Prevención y control de ETV	X	X	X	X
11. Planificación Familiar	X	X	X	X

12.Desparasitación escolar	X	X	X	X
13.Educación en salud individual y colectiva	X	X	X	X
Servicios asistenciales de Baja Complejidad	V	S	C	RE
1. Servicios de urgencias médicas 24 horas.	X	X	X	X
2.Atención del Parto de bajo Riesgo	X	X	X	X
3. Servicios ambulatorios de medicina general (consulta y pequeñas cirugías) y de salud oral POS.	X	X	X	X
4. Atención del Recién Nacido de Bajo Riesgo.	X	X	X	X
5. Servicios de hospitalización con 14 camas para medicina general, 24 horas al día.	X	X	X	X
6. Cirugía programada de baja complejidad	X	X	X	X
7. Servicios Laboratorio clínico bajo nivel. Urgencias veinticuatro (24) horas.	X	X	X	X
8. Servicios Radiología de bajo nivel de complejidad	X	X	X	X
9. Terapia respiratoria por enfermería.	X	X	X	X
10.Electrocardiografía con lectura por médico general	X	X	X	X
11.Servicio de farmacia	X	X	X	X

Fuente: Portafolio de Servicios RED SALUD CASANARE. Secretaría Departamental de Salud.

La zona tres está compuesta por los municipios de Pore, San Luís de Palenque, Trinidad, Orocué, Támara y Nunchía; los servicios que se prestan se describen a continuación en la tabla 13.

**Tabla 14 Portafolio de Servicios Zona tres.**

Servicios de Prevención y Promoción	V	S	C	RE
1. Aplicación de Sellantes ( 3 a 15 años )	X	X	X	X
2. Aplicación de Flúor ( 5 a 19 años )	X	X	X	X
3. Control crecimiento y desarrollo.	X	X	X	X
4. Control Prenatal	X	X	X	X
5. Toma de Citologías Cérvico-vaginales	X	X	X	X
6.Prevencción de EDA e IRA	X	X	X	X
7. Prevencción y control de ETS.	X	X	X	X
8. Educación en Estilos de Vida Saludables.	X	X	X	X

9.Actividades preventivas para las comunidades indígenas	X	X	X	X
10.Control y detección temprana de la HTA	X	X	X	X
11.Control de la puérpera	X	X	X	X
Servicios ambulatorios de Salud pública	V	S	C	RE
1. Apoyo a la jornada nacional de vacunación contra el sarampión.	X	X	X	X
2. Prevención y control de la rabia bobina.	X	X	X	X
3. Prevención y control de enfer. inmunoprevenibles	X	X	X	X
4. Apoyo a campañas nacionales de promoción.	X	X	X	X
5. Monitoreo del agua para la distribución domestica.	X	X	X	X
6. Medición de impacto sobre salud pública.	X	X	X	X
7. Mejoramiento del sistema del proc. de basuras y excretas.	X	X	X	X
8. Prevención y control de TBC.	X	X	X	X
9.Prevencción y control de la Lepra	X	X	X	X
10.Prevencción y control de ETV	X	X	X	X
11. Planificación Familiar	X	X	X	X
12.Desparasitación escolar	X	X	X	X
13.Educación en salud individual y colectiva	X	X	X	X
Servicios asistenciales de Baja complejidad	V	S	C	RE
1. Servicios de urgencias médicas 24 horas.	X	X	X	X
2.Atención del Parto de bajo Riesgo, dos mesas de partos	X	X	X	X
3. Servicios ambulatorios de medicina general (consulta y pequeñas cirugías) y de salud oral POS.	X	X	X	X
4. Atención del Recién Nacido de Bajo Riesgo.	X	X	X	X
5. Servicios de hospitalización con 25 camas para medicina general, 24 horas al día.	X	X	X	X
6. Cirugía programada de baja complejidad	X	X	X	X
7. Servicios Laboratorio clínico bajo nivel. Urgencias veinticuatro (24) horas.	X	X	X	X
8.Servicios Radiología de bajo nivel de complejidad	X	X	X	X
9. Servicios Ecografía de bajo nivel de complejidad.				

10. Terapia respiratoria por enfermería.	X	X	X	X
11. Electrocardiografía con lectura por médico general	X	X	X	X
12. Servicio de farmacia				

Fuente: Portafolio de Servicios RED SALUD CASANARE. Secretaría Departamental de salud.

Red Salud Casanare a través de las 16 IPS presta sus servicios a Instituciones como las Alcaldías Municipales, Humana Vivir, Capresoca, Saludcoop, Coomeva, Nueva EPS, Sanitas, Famisanar, Endisalud; con el fin de garantizar el bienestar de la población ya sea de régimen subsidiado, contributivo y pobre no asegurada.

La red pública en el Municipio de Yopal es de carácter municipal y cuenta con la Empresa Social del Estado Salud Yopal cuenta con 13 cargos aprobados y una planta de personal directa de 10 personas puesto que el resto de la planta de personal se encuentra contratada de forma indirecta a través de cooperativas.

El municipio de Aguazul cuenta con la ESE Hospital Local Juan Hernando Urrego es de carácter municipal, tiene 16 cargos aprobados con una planta directa de 16 personas entre técnicos, tecnólogos, profesionales y especialistas.

Finalmente el municipio de Tauramena cuenta con la ESE Hospital Local de Tauramena que durante el año 2009 tuvo 35 cargos aprobados y 34 funcionarios en su planta de personal.

### **3.6. Análisis Financiero**

#### **3.6.1. Recursos**

Según PIC 2009 se contó con un presupuesto aproximado de 160 millones de pesos para el desarrollo de acciones puntuales en el área de Salud Mental. De este modo la ejecución del Plan debe planearse a través del PIC de los años 2011, 2012 y 2013, priorizando actividades de acuerdo a los ajustes que se acuerden en el cronograma de actuaciones.



## 4. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN

El proceso de elaboración de un plan sigue una lógica interna que se inicia con la identificación de un problema de salud relevante (prioridad); el análisis de la situación de los factores determinantes en un territorio y ámbito de actuación concreto (diagnóstico de situación); la definición y ejecución de intervenciones pertinentes y recomendaciones basadas en pruebas (formulación de objetivos y acciones a desarrollar); así como la previsión de la asignación de recursos (humanos, financieros y tecnológicos) en el periodo de ejecución previsto, y la propuesta de indicadores de seguimiento y evaluación de las mismas.

### 4.1. Fases

El Plan de salud mental del Departamento de Casanare 2010-2014 se elaboró a través de cinco fases:

#### **Primera Fase: Análisis de Situación “Identificación de prioridades y necesidades”**

Se constituyó un equipo coordinador de la elaboración del Plan al que se le asignó la tarea de revisar los diagnósticos de situación de la salud mental en el Departamento. Desde un punto de vista epidemiológico, de organización de la atención y gestión de los recursos, y a partir de la información disponible, se realizó una descripción de la evolución y tendencias de los principales indicadores en salud mental (morbilidad, actividad de los servicios, mapa de recursos, profesionales, etc.).

#### **Segunda Fase: Formulación y Priorización de las Acciones**

Mediante convocatoria al Seminario-Taller “Salud Mental: Un reto para la salud Pública del Departamento de Casanare” llevado a cabo en Yopal el 8 de Octubre de 2010, se conformaron 8 grupos de trabajo y estudio; la estructura y composición interna de los grupos se definió previamente según listado de inscripción en la página web de la universidad del Rosario de acuerdo a los siguientes criterios: representación territorial, perfiles profesionales e interinstitucionalidad, de forma que cada grupo quedara integrado con representantes de las distintas áreas de salud; diferentes dispositivos de atención sanitaria y social; e instituciones con competencias vinculadas a la salud mental.

Del evento participaron un total de 119 personas: profesionales sanitarios, profesionales de la salud mental, profesionales adscritos a instituciones y programas de gobierno (Secretaría de Salud, Educación, Gobierno, secretarías de desarrollo municipales; Universidades, ICBF, Hospitales, Policía de Infancia y Adolescencia y Policía Comunitaria, otras, tal y como queda reflejado en el Anexo I).

Se seleccionaron previamente las siguientes áreas de intervención a las que todos los grupos tenían que dar respuesta:

1. Qué es la salud mental para el Departamento de Casanare y cuáles son sus componentes.
2. Cuáles son las prioridades esenciales de salud mental en el departamento de Casanare?
3. Identificar los programas y servicios actuales en salud mental identificando Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas mediante la elaboración una matriz DOFA.
4. Elaborar un listado de propuestas principales para cada una de las siguiente áreas de actuación definiendo roles y responsables:
  - a. Colaboración intersectorial
  - b. Investigación y evaluación
  - c. Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación
  - d. Organización y servicios
  - e. Derechos humanos
  - f. Financiación
  - g. Recursos Humanos
  - h. Sistemas de Información

La metodología de trabajo de los grupos se estructuró en una sesión de 8 de la mañana a 6 de la tarde mediante la cual los grupos aportaron información al análisis de situación y formularon acciones para algunas de las áreas de intervención previstas.

### **Tercera Fase: Elaboración del Documento Marco**

Finalizada la segunda fase y a partir de la información generada por los grupos de trabajo y estudio, el equipo coordinador de la elaboración del Plan inició la fase de priorización y consenso de las acciones propuestas. Para ello se utilizaron básicamente tres técnicas de producción y análisis de información:

- a) Sistematización de la información producida por los grupos.
- b) Triangulación de la información emitida por las diversas fuentes utilizadas y actores implicados en la elaboración del Plan (profesionales, usuarios, gestores de servicios y decisores políticos).
- c) Revisión de documentos marco de políticas de salud mental: informes de la OMS, la Política Nacional del Campo de la Salud Mental 2007, y los Planes de Desarrollo, Territorial y de Salud del Departamento de Casanare 2008-2011.

El producto final de esta fase fue la elaboración del documento borrador del Plan de Salud Mental de Casanare 2010-2014.

#### **Cuarta Fase: Foro Social de Participación y Consenso**

La salud mental es un componente esencial de la cohesión social, contribuyendo al desarrollo económico y al capital social de la región. Como se viene señalando desde la introducción de este Plan, el abordaje de los problemas salud mental, requiere fortalecer el compromiso de intersectorialidad y solidaridad entre las instituciones del gobierno, de los agentes sociales y de la sociedad civil.

Como cierre de este proceso de elaboración del Plan se llevará a cabo un foro social de participación y consenso (socialización), en el que participarán un total aproximado de 90 personas como profesionales de la salud mental, representantes de instituciones y programas transversales a las intervenciones en salud mental (educación, bienestar, trabajo, jóvenes, mujer, mayores), sociedades profesionales, agentes sociales, ciudadanos y organizaciones de enfermos y familiares.

El propósito de este foro es generar un espacio de diálogo social y consulta, para recoger sensibilidades y recomendaciones de las personas e instituciones participantes; fortalecer vínculos y generar compromisos entre todos los sectores y actores sociales implicados en la atención a la salud mental y la mejora de la calidad de vida de los enfermos y sus familias. La jornada se estructurará paneles de trabajo, siguiendo la estructura de los objetivos y líneas de acción del Plan. Se iniciará con una presentación institucional sobre las coordenadas estratégicas del Plan y el análisis de situación. Después cada grupo de trabajo procederá a revisar las propuestas de acción, aportando sugerencias y observaciones a introducir en el documento final de manera que al final se pueda garantizar tanto la viabilidad política y factibilidad técnico-financiera del Plan propuesto.

#### **Quinta Fase: Redacción Final del Documento**

Finalizadas las cuatro fases anteriores, se procederá a la redacción del texto definitivo del documento del Plan para su posterior aprobación.

## **5. PLATAFORMA ESTRATÉGICA DEL PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL**

### **5.1. Fin y Propósito**

El Fin es contribuir al progreso de la sociedad casanareña mediante el desarrollo de la salud integral y en especial de la salud mental.

El propósito es valorar la Salud Mental como elemento fundamental de la salud integral de la población para el desarrollo humano.

### **5.2. Principios**

En concordancia con la política Nacional del Campo de la Salud Mental (2007), el Plan de Desarrollo Casanare Pensando en Todos 2008-2011 y el Plan de Salud Departamental, los principios sobre los que se cimienta este plan son los siguientes:

**Equidad:** Oportunidad, de acuerdo con las necesidades, para que cada uno de los colombianos pueda beneficiarse de los distintos capitales: culturales, simbólicos, sociales y económicos. Requiere, además de la solidaridad, enfoques redistributivos que permitan superar las disparidades.

**Inclusión:** Significa hacer parte, pertenecer, en este caso, a una sociedad. Para ello es indispensable poder participar en los distintos intercambios económicos, sociales y políticos, y también ser reconocido y aceptado a pesar de —o precisamente por— las diferencias de género, etnia, identidad sexual, religión y características físicas. La inclusión y los derechos van de la mano.

**Universalidad:** Los derechos no admiten exclusiones; son para todos. Además, la interdependencia y la indivisibilidad de los derechos conllevan la exigencia de que las necesidades humanas no se reduzcan a las denominadas básicas. Las focalizaciones y la asistencia social deben entenderse como medidas transitorias, particularmente en circunstancias críticas, con miras a que no se naturalice ni perpetúe la situación.

**Corresponsabilidad:** La salud mental es competencia, obligación y ganancia compartida del Estado, la sociedad, la familia y el individuo. No es posible su logro sin el compromiso y participación real de todos, manteniendo la coherencia en el propósito común de promover, mantener y restaurar los derechos y el bienestar emocional.

**Suprasectorialidad, política de Estado:** Es necesario trascender el alcance de cada uno de los sectores de la organización política y estatal e integrarlos alrededor de propósitos comunes. Una política de Estado se inscribe en los dispositivos estructurales y permanentes de esa organización. Trabajar por la salud mental del país supera con

creces las posibilidades de un sector o de las organizaciones sociales y desborda los límites temporales de un gobierno, las normas y las políticas de áreas específicas.

Flexibilidad y construcción permanente: El Plan no es un documento terminado; ofrece los lineamientos y supuestos para que se configure, ordene y actualice, en la medida en que se apropia y particulariza en los diferentes momentos, ámbitos y territorios, dado que las situaciones que pretende transformar son cambiantes y provistas de sentido por quienes así la establecen en un escenario histórico-social.

## **4.2. Visión**

Posicionar la salud mental en el Departamento de Casanare como un derecho humano y un componente indispensable para el desarrollo, el fortalecimiento de la salud y la calidad de vida de los casanareños, con un enfoque de comprensión, equidad y accesibilidad.

## **4.3. Misión**

Servir de guía intersectorial y multidisciplinaria comprometida con la Salud Mental, que formula estrategias participativas para promover cambios innovadores, realistas, oportunos y sostenibles, a fin de mejorar la calidad de vida con equidad, eficiencia, eficacia y calidez y con viabilidad política, social, cultural y económica, en beneficio de toda la población dentro del territorio departamental.<sup>11</sup>

## **4.4. Objetivos**

### **Objetivo general**

El Plan Departamental de Salud Mental de Casanare busca definir lineamientos y establecer estrategias para fomentar la cultura de la salud mental en el Departamento, mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención, fortalecer la red de prestadores de servicios en el campo de la salud mental, integrar y empoderar a la comunidad, promover la investigación y prevenir la aparición de la enfermedad mental.

### **Objetivos específicos**

1. Disponer de un marco legislativo en materia de salud mental de conformidad con las convenciones, declaraciones y recomendaciones nacionales e internacionales sobre derechos humanos.

---

<sup>11</sup> La Misión y Visión de este Plan son producto del encuentro SALUD MENTAL: Un Reto para la salud Pública del Departamento de Casanare realizado con representantes comunitarios e institucionales de diferentes áreas el 8 de Octubre de 2010.

2. Disponer de los recursos financieros y humanos necesarios para la ejecución del plan Departamental de salud mental, así como asegurar que los mismos se utilicen en los servicios con la comunidad y con la atención primaria en salud.
3. Crear y fortalecer las alianzas del sector de la salud con otros actores para la formulación y ejecución del plan departamental de salud mental
4. Reducir la carga que significan los trastornos mentales a través de la atención oportuna, cualificada y eficaz.
5. Fortalecer la promoción de la salud mental, garantizar ambientes favorables que promuevan la justicia y equidad social como garante del goce efectivo de derechos y el estado de bienestar, que implican hacer accesibles los recursos para concretar el bienestar humano y social.
6. Prevenir los factores de riesgo de los trastornos psíquicos y la enfermedad mental y fortalecer los factores de resiliencia y protección que se han identificado como recursos u obstáculos en las diferentes etapas del ciclo vital.
7. Desarrollar acciones de protección con los grupos de mayor vulnerabilidad social y por ciclo vital.
8. Orientar el quehacer del Departamento y de la sociedad buscando garantizar, de manera corresponsable, las condiciones para acceder colectiva e individualmente a la salud mental.

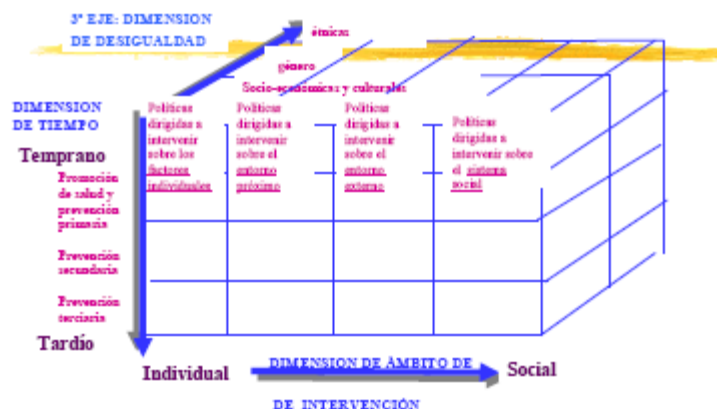
#### **4.5. Áreas o líneas de Acción**

El Plan de Salud Mental 2010-2014 se estructura en seis áreas o líneas de acción (LA) prioritarias fundamentadas en los principios estratégicos del enfoque promocional de la Salud expresados en la Carta de Ottawa (1986), constituyendo así una respuesta social efectiva, equitativa, solidaria y sostenible para el Departamento de Casanare. Igualmente el Plan acoge el nuevo concepto de salud que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, e insiste en que se necesitan estrategias definidas como la “abogacía” o “cabildeo”, la participación y la acción política para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas; da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud, y a la mediación para que intereses antagónicos se concilien y los actores de gobierno y ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar.

Para la formulación de las áreas o líneas de acción se aplicó una técnica de trabajo que permite abordar las necesidades de salud desde todos los puntos de vista o

dimensiones posibles (matriz de Haddon modificada). Esta técnica permitió al equipo técnico diseñar todas aquellas líneas de actuación para atender de una forma más efectiva las necesidades de salud mental.

Ilustración 5. Esquema de la Matriz de Hanlon modificada



Fuente: Peiró R, et al. Rapid appraisal methodology for “health for all” policy formulation analysis. Health policy 62 (2002) 309-328.

En la priorización de las líneas de actuación, se decidió aplicar la técnica de Hanlon (método de priorización de problemas en salud basado en matrices) por cada uno de los expertos, y sumando las puntuaciones de cada línea de actuación, se obtuvo la priorización de las mismas. Esta técnica presenta varias ventajas, pero no tiene en cuenta a la eficiencia de las líneas de actuación como uno de los criterios de priorización. Así pues, fue necesario un análisis posterior de esta priorización por parte del equipo coordinador de la elaboración del Plan para proceder a un segundo proceso de priorización incorporando otros criterios, incluyendo los de eficiencia, para lograr la priorización definitiva de las líneas de actuación.

El apartado también incluye los objetivos y las estrategias correspondientes a cada área o línea de acción, los cuales han sido organizados de acuerdo a cuatro (4) ámbitos de acción de las políticas para cada uno de los ciclos vitales (embarazo e infancia (0-14 años), juventud (15-24 años), adulto (25-60 años) y adulto mayor (más de 60 años)):

1. Sistema social (medios de comunicación)
2. Entorno Externo (Infraestructura y apoyo comunitario, escuela)
3. Entorno Próximo (Casa, familia y convivientes)
4. Factores personales

## **LA1: Elaboración e Implementación de una política Pública en salud mental sana**

La Política Pública Social es la que garantiza una acción estatal integral y articulada para enfrentar los problemas sociales de una determinada población privilegiando la equidad sobre intereses particulares excluyentes (Foro Nacional por Colombia. Capítulo Regional Valle del Cauca, 1998). Por ello, desde el enfoque promocional de la salud, la Política de Salud Mental del Departamento de Casanare 2010-2014, debe constituirse en una política que tenga una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud, generando un efecto crucial en la salud de generaciones actuales y futuras como responsables de modelar tanto los patrones de vida modernos como los ambientes; es decir, debe convertirse en una Política Pública Saludable (PPS).

Los mecanismos para activar los procesos de construcción o formulación de PPS son varios y se derivan del trabajo político en salud pública; entre ellos son muy importantes los mecanismos de “abogacía” o “cabildeo” para llamar la atención y trabajar por causas de interés común y los mecanismos para incentivar la participación ciudadana y el diálogo entre sociedad y gobierno, para la identificación de problemas que requieren de la formulación e implantación de PPS.

### **PROBLEMAS:**

1. Escaso interés a nivel político por los problemas del área de salud mental en el Departamento (ausencia de guías, protocolos, rutas de atención a nivel departamental en salud mental), pese a que existe evidencia de los grandes esfuerzos que por falta de acciones de visibilización y de articulación quedan aislados.
2. En la gestión de salud: la pertinencia, operatividad y suficiencia de los servicios no están acordes a las necesidades y los problemas (por ejemplo, municipios como Sácama, La Salina y Recetor con predominio de población rural no cuentan con programas de apoyo en salud mental ya sea por visita domiciliaria)
3. Fallas en la integración social y en la participación de sectores (como el de deportes, transporte y desarrollo)
4. Falencias en conocimiento y formación del recurso humano (no solo no se cuenta con recurso suficiente formado en el área de salud mental, sino que quienes se



encargan de estos temas en algunos municipios no cuentan con conocimientos suficientes sobre el tema)

**OBJETIVO 1.** Posicionar la salud Mental dentro de la política pública de salud del Departamento y garantizar la transformación de la concepción cultural de salud mental (salud mental Enfermedad Mental – Servicios de Salud Mental).

**ESTRATEGIA 1.** Posicionar la salud mental como una prioridad en los diferentes sectores y ámbitos del Departamento incluyendo, el sector político, las instituciones como la familia, la comunidad y la escuela comprendiendo tanto lo público como privado. Posicionar la salud mental requiere de la estructuración, desarrollo y valoración de una estrategia dirigida hacia la modificación de las representaciones y prácticas sociales e torno a la salud mental. Esto requiere visibilizar la relación existente entre "salud mental y condiciones de vida" así como sensibilizar a los casanareños sobre la importancia del Plan Departamental de salud mental y de los planes municipales. Igualmente implica la concertación con los medios de comunicación, las escuelas y entornos saludables, el sistema de seguridad social y orden público, el fortalecimiento de las redes sociales entre ellas la del buen trato, el espacio público entre otros, orientados hacia el posicionamiento de la salud mental como un bien común, colectivo y socialmente compartido.

#### **Ámbito 1: Sistema social**

- Posicionar la salud mental como el derecho al desarrollo de la autonomía en el sector salud.
- Visibilizar la problemática de la salud mental en el Departamento y los diversos recursos que se tienen.
- Impulsar desarrollos legislativos y los procesos organizativos formales que promuevan la salud mental en el Departamento de Casanare.
- Instituir la celebración del día de la salud mental en el Departamento con motivo de su día mundial el 10 de Octubre de cada año.
- Elaboración y/o ajuste de los planes municipales de Salud Mental según lineamientos Departamentales, en forma que articulada en las acciones aisladas en pro de objetivos, poblaciones objeto o campos comunes de desarrollo social.

#### **Ámbito 2: Entorno Externo**

- Desarrollo de espacios colectivos de discusión sobre Salud Mental e información y sensibilización a grupos de opinión sobre procesos de cuidado del ambiente,

prácticas saludables en particular uso del ocio, la recreación y el tiempo libre compartidas y constructivas.

### Ámbito 3: Entorno Próximo

- Generar opinión pública que a largo plazo transforme las representaciones sociales.

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de normas publicadas y aprobadas de organización y funcionamiento de los dispositivos de salud mental en el Municipio/fecha de publicación.</li> <li>• No. de informes de seguimiento sobre programas de intervención y resultados de estudios municipales en el área de salud mental/fecha de publicación.</li> <li>• No. de eventos de discusión sobre temas de salud mental en el municipio (fecha, lugar, temáticas, No. de asistentes, institución o grupo y municipio).</li> <li>• Lista de actividades del día de la salud mental y No. de asistentes.</li> <li>• Resultados de encuesta sobre Representaciones sociales de la salud mental a nivel institucional y comunitario que permita valorar el cambio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoridades Departamentales</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental y secretarías de salud y desarrollo a nivel municipal, IPS, JAC, clubes juveniles, Iglesia, Centros educativos del departamento.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental y municipales, IPS.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>

**OBJETIVO 2.** Consolidar la red de atención integral a la salud mental. El presente Plan fija como objetivo prioritario completar y consolidar la red regional de recursos sociales y asistenciales, con el fin de mejorar la atención integral a la salud mental, prevaleciendo el enfoque comunitario y el abordaje biopsicosocial y cultural del trastorno mental.

**ESTRATEGIA 2.** Desarrollar la red departamental de dispositivos asistenciales y recursos para garantizar la atención y la accesibilidad a los servicios con equidad y justicia.

### Ámbito 1: Sistema social

- Conformar un equipo multidisciplinario del campo de la salud mental (conformado por enfermera, psiquiatra, psicólogo, antropólogo y trabajadora social), con capacidad de movilización y de desarrollar acciones estratégicas intersectoriales coordinadas con los diferentes actores sociales y profesionales de la salud en los 19 municipios del Departamento.

- Desarrollar el modelo de red integral de recursos para la atención a la salud mental, considerando el área de salud como ámbito territorial y de actuación.
- Estandarizar con el personal de salud criterios técnicos, normativos y éticos para el abordaje de la salud mental con perspectivas de desarrollo humano y ciclo vital, y elaborar una guía de organización y funcionamiento de los dispositivos de salud mental que permita homogeneizar normas técnicas, criterios, procedimientos y resultados.
- Crear y dotar a los municipios con dispositivos (rutas de atención para cada problema y un guía de atención primaria generada desde la Secretaría de Salud Departamental) en Salud Mental.
- Capacitar al equipo interdisciplinario Médicos Generales, enfermeras y psicólogos en la estrategia de atención primaria en salud mental.
- Incorporar en los convenios docente-asistenciales temas concernientes a la salud mental.

#### **Ámbito 2: Entorno Externo**

- Capacitación del recurso humano en el manejo de rutas, normas y procedimientos de atención para cada problema y de la guía de atención primaria.
- Consolidación de redes comunitarias, fortalecimiento de procesos de transferencia de poder y de participación comunitaria.

#### **Ámbito 3: Entorno Próximo**

- Concientizar a la comunidad de la existencia de la red integral de recursos para la atención en salud mental; entre ellos la familia, las escuelas como entornos promovedores de mejores prácticas sociales. Incorporar las redes de usuarios y las asociaciones familiares de los enfermos mentales también.

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformación de un equipo multidisciplinario del campo de la salud mental (que incluya enfermera, psicólogo y trabajador social) con capacidad de movilización/fecha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de recursos asignados a salud mental y No. de personas contratadas en el área de salud mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeación Departamental, Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edición y socialización de la guía de organización y funcionamiento del dispositivo de salud mental a nivel Departamental (fecha de publicación/fecha, lugar, No. de asistentes, institución o grupo y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>

<p>municipio).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No. de actividades de capacitación e implementación de la Guía de Atención Primaria en salud mental y de las guías y rutas de atención para el abordaje de Trastornos de salud mental, Violencia Intrafamiliar, Intentos de suicidio y Consumo de Sustancias Psicoactivas (fecha de publicación).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>
--	---

**OBJETIVO 3:** Desarrollar acciones de Vigilancia en salud Pública sobre la salud mental de los casanareños.

**ESTRATEGIA 3:** Teniendo en cuenta que la pertinencia, operatividad y suficiencia de los servicios aún no están acordes a las necesidades y los problemas se debe disponer de información periódica y actualizada sobre los problemas de salud mental en el Departamento con miras a levantar una línea de base que permita determinar los impactos de las diversas acciones y estrategias sobre los problemas ya mencionados.

**Sistema Social y Entorno Externo:**

- Completar la implementación del SIVIM en los municipios faltantes.
- Implementar el VESPA a nivel departamental.
- Capacitar a los trabajadores de la salud en la captación y atención de casos de salud mental para realizar un tamizaje temprano y evitar cargas y costos de vida innecesarios.
- Incorporar por periodo epidemiológico la notificación de la enfermedad mental al SIVIGILA de acuerdo con la CIE-10 Para poder garantizar el acceso a los recursos del SGSS. Yo añadiría otro que implica también la sostenibilidad.

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de capacitaciones a trabajadores de la salud, en la captación y reporte de casos de salud mental (trastornos mentales, violencias, abuso sexual, intentos de suicidio y suicidios, consumo de SPA)/fecha, No. de asistentes, profesión, cargo, Institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>

**OBJETIVO 4:** Compatibilizar políticas y voluntades de actores involucrados, incluida la comunidad, en cuanto a aseguramiento y prestación de servicios de salud mental y focalización de prioridades y necesidades así como poblaciones en mayor grado de vulnerabilidad para mejorar la condición de seguridad y de salud mental.

**ESTRATEGIA 4:** Debido a las fallas detectadas en la integración social y en la participación de sectores, se hace necesario compatibilizar políticas y voluntades de actores involucrados, incluida la comunidad, en cuanto a aseguramiento y prestación de servicios de salud mental; focalizando en problemas y objetivos comunes y colectivos, como por ejemplo al cultura machista y los riesgos asociados a esta. La violencia en los diversos entornos tanto familiar, como comunitaria y social. La falta de equidad y justicia social que promueve prácticas no incluyentes, el incumplimiento de las normas y la segregación y polarización social y cultural.

**Sistema Social:**

- Impulsar la consolidación de redes y mesas de trabajo intersectorial por la salud mental de Casanare por grupos de ciclo vital, poblaciones y problemáticas vulnerables, que permitan también rescatar los valores que los identifican y que pueden promover el fortalecimiento de su cultura e identidad.
- Adelantar la gestión y consolidación de alianzas estratégicas con el Sector educación, las universidades presentes en el departamento (bajo la modalidad pasante y docente asistencial), el INDERCAS, ONG internacionales y grupos de investigación reconocidos por su trabajo en el área de la salud mental.
- Sistematizar y visibilizar las experiencias de intervención y evaluación de acciones de salud mental en el ámbito municipal y Departamental.

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de actividades intersectoriales realizadas en torno al tema de la salud mental/ fecha, No. asistentes, profesión, cargo, Institución y municipio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de convenios o alianzas intersectoriales en el área de la salud mental/ fecha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de informes sobre experiencias de intervención y resultados de programas y estudios municipales en el área de salud mental/fecha de publicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>

## **LA2: Creación y fortalecimiento de ambientes favorables**

Implica un trabajo concreto en el mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, etc., haciéndolos más sanos y más amigables, no sólo para proteger la salud, sino para potenciarla al máximo y aumentar el nivel de calidad de vida. Es necesario pensar también en microambientes tales como viviendas, edificios, lugares de trabajo, escuelas, universidades, medios de transporte, etc., los cuales hay que convertir en objeto de promoción de la salud. Así mismo la interrelación entre los ambientes, los estilos de vida y comportamientos saludables es tan estrecha que ambientes amenazantes determinan una mayor probabilidad de que los niveles de salud individual y colectiva sean deficientes de manera que se conviertan en escenarios propicios para la construcción de buenas prácticas sociales integradoras y promovedoras del bienestar común y colectivo.

**OBJETIVO 5:** Enfatizar la importancia del papel de los entornos propicios (la familia, la comunidad, las escuelas, los municipios, incluyendo los aspectos físicos y psicosociales del lugar de residencia, trabajo y recreación de la gente) para la protección durante el embarazo y el desarrollo integral en la infancia y vejez reconocidas como las poblaciones más vulnerables, pero también pensando en los jóvenes puesto que comprenden un grupo de alto riesgo social y cultural.

y una vida digna.

**ESTRATEGIA 5:** Mejoramiento de entornos sociales y culturales a través del trabajo intersectorial.

### **Sistema Social**

- implementación de un sistema de participación social y comunitaria como una práctica de democracia y justicia social.
- Diseño e implementación de espacios de recreación y encuentro familiar y uso constructivo del tiempo libre.
- Diseñar, en conjunto con las instancias correspondientes, actividades tendientes al desarrollo de habilidades para la vida (autoestima, comunicación, asertividad) a través de cursos de baile, manualidades, actividades deportivas, recitales, cinedebate y módulos de instrucción sobre temas que mejoren la calidad de vida de los diferentes grupos de la población en el departamento.

- Promover, en conjunto con las instancias correspondientes, la creatividad, las artes y cultura, mediante ferias de ingenio, proyectos ecologistas, de reciclaje, clubes sociales, bandas colegiales, recitales y deporte en general, así como la utilización de la música popular para transmitir mensajes que resalten los valores y hechos positivos de la vida, mediante concursos de canción mensaje para cada una de esta categorías.

### **Entorno Externo (Infraestructura y Apoyo Comunitario)**

- Adecuación de parques y áreas verdes; adecuación de zonas de espacio público para la recreación y el deporte

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de convenios para implementación de espacios de recreación y encuentro familiar en el tiempo libre/ fechas de ejecución.</li> <li>• No. de convenios establecidos con las instancias correspondientes para promover las artes, la creatividad y la cultura.</li> <li>• No. de actividades ejecutadas en conjunto con las instancias correspondientes, tendientes al desarrollo de habilidades para la vida (autoestima, comunicación, asertividad) Fecha, participantes y resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Policía, Instituciones educativas, Iglesia, Juntas de Acción comunal, Red Juntos, Centro de salud.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>

## **LA3: Potencialización de la Acción Comunitaria.**

### **Empoderamiento**

Según (Restrepo-Espinosa, 2006) la participación social es un elemento esencial para el logro de los objetivos de la PS, por lo tanto los mecanismos para incrementar la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre sus vidas, forman parte de toda agenda operativa de PS. Así, afirman los autores (Restrepo-Espinoza, 2006) que el empoderamiento de individuos y grupos es una herramienta poderosa en promoción ligado tanto a la participación comunitaria como a la activación de los mecanismos dialógicos, la creación de espacios de concertación y de negociación y sobretodo, crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas.

Es de anotar que la participación no debe concebirse sólo para fines de “salud” sino que debe considerarse como parte del capital social del Departamento de Casanare; es decir, como algo vital para su desarrollo, lo que implica un gran respeto por la historia de sus habitantes, su cultura y las prioridades identificadas por la comunidad.

Respecto al empoderamiento, se trata de crear condiciones para que los individuos y los grupos comunitarios más excluidos socialmente adquieran poder de decisión y control, sobre asuntos que les afectan su vida cotidiana; y a esto es al lo que se refieren (Restrepo-Espinosa, 2006) con “capacidad de la comunidad” para actuar con respecto a sus problemas y soluciones.

**OBJETIVO 6:** Continuar con el proceso de fortalecimiento y consolidación de la Red del Buen Trato y con las acciones adelantadas en la línea de salud mental, puesto que ha sido demostrado su poder y efectividad en la consolidación del tejido social.

**ESTRATEGIA 6:** A fin de prevenir e intervenir el maltrato infantil y Violencia Intrafamiliar (VIF) es necesario continuar con el fortalecimiento de las redes del buen trato, especialmente en las zonas rurales del Departamento.

#### **Sistema Social**

- Fomentar acciones que incentiven una cultura de convivencia familiar y del buen trato hacia los niños y niñas a través del trabajo en red por parte de todos los responsables de las redes del buen trato. (Sector comunitario, sector educativo, sector salud, sector privado y gubernamental).



- Fortalecer el sistema de justicia social (policía, frente al maltrato y la violencia intrafamiliar.

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de acciones implementadas que incentivan una cultura de convivencia familiar y del buen trato hacia los niños y niñas / lugar, fecha de ejecución, objetivo, actividad, asistentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Policía, Instituciones educativas, Iglesia, Juntas de Acción comunal, Red Juntos, Centros de salud.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de acciones de seguimiento ante denuncias por maltrato infantil, violencia intrafamiliar y abuso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaria de Salud Departamental, Policía, comisaria de familia y Procuraduría.</li> </ul>

**OBJETIVO 7:** Capacitar a trabajadores de la salud, líderes políticos, religiosos y comunitarios en los mecanismos de abogacía o cabildeo y en estrategias de empoderamiento, para garantizar una cualificación del talento humano con los más altos estándares.

**ESTRATEGIA 7:** Desarrollar acciones educativas con trabajadores de la salud, líderes políticos, religiosos y comunitarios en temas de salud mental, mecanismos de abogacía o cabildeo y en estrategias de empoderamiento a la comunidad.

#### **Entorno Externo**

- Empoderar a los trabajadores de la salud, líderes políticos, religiosos y comunitarios y todo aquel que puede tener una acción positiva hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, para que puedan actuar desempeñar un mejor papel en PS.
- Fortalecer los grupos y movimientos de mujeres, indígenas, jóvenes, adultos mayores y niños, a través de proyectos e iniciativas que incrementen la autoestima, la autogestión, el control de sus vidas y por ende la capacidad de hacer valer sus derechos
- Crear y mantener espacios de participación comunitaria a nivel municipal y departamental, que permitan la identificación de problemas prioritarios en salud mental y el seguimiento de las acciones implementadas.

#### **Entorno Próximo**

- Desde las instituciones educativas promover la organización de grupos de participación juvenil y abrir espacios de participación comunitaria.

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de acciones educativas sobre mecanismos de abogacía o cabildeo y estrategias de empoderamiento dirigidas a la comunidad trabajadores de la salud, líderes comunitarios, policías comunitarios y de infancia y adolescencia, comisarios de familia, personeros, profesores, religiosos y líderes juveniles / fechas de ejecución, asistentes, institución.</li> <li>• No. de grupos y movimientos de mujeres, indígenas, jóvenes, adultos mayores y niños identificados/ integrantes, fecha de creación.</li> <li>• No. de acciones de apoyo y fortalecimiento a los grupos y movimientos de mujeres, indígenas, jóvenes, adultos mayores y niños, a través de proyectos e iniciativas que incrementen la autoestima, la autogestión, el control de sus vidas y por ende la capacidad de hacer valer sus derechos/ fecha de ejecución, participantes.</li> <li>• No. de encuentros de participación comunitaria a nivel municipal que permitan la identificación de problemas prioritarios en salud mental y el seguimiento de las acciones implementadas/ fecha, lugar, asistentes, instituciones, resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Policía, Instituciones educativas, Iglesia, Juntas de Acción comunal, Red Juntos, Centros de salud.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Policía, Institución educativa, Iglesia, Juntas de Acción comunal, Red Juntos, Centro de salud.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Policía, Institución educativa, Iglesia, Juntas de Acción comunal, Red Juntos, Centro de salud.</li> </ul>

**OBJETIVO 8:** Garantizar la atención, la accesibilidad y el cumplimiento de los derechos en salud a las personas con trastorno mental; cualificados y oportunos como manda la legislación.

**ESTRATEGIA 8:** Garantizar atención, tratamiento, rehabilitación laboral, psicosocial y apoyo a la integración social, apoyo a sus familias, protección y defensa de sus derechos, consolidando las asociaciones y redes de usuarios.

En Colombia, esos derechos y otros referentes a su atención misma han sido ratificados (Resolución 002417 de 1992 del Ministerio de Salud) e incluyen el derecho a no ser discriminadas en el ejercicio y goce de sus derechos, a ser tratadas con respeto y dignidad, a no ser calificadas de enfermas mentales, a recibir atención apropiada, a recibir explicación sobre su diagnóstico y tratamiento, a dar o revocar su consentimiento frente al tratamiento, a la reserva de su información, a no ser objeto de pruebas clínicas o tratamientos experimentales sin su consentimiento y a recibir o rechazar auxilio religioso.

### Entorno Externo

- Implementación de diferentes estrategias de educación e información que permitan a nivel departamental:
- Aumentar el conocimiento sobre la enfermedad mental (causas, los procesos de determinación social, adaptados a la especificidad cultural y respetuosos de la diversidad así como reconocedores de los recursos de cada grupo humano, persona independiente de su raza o condición), facilitando así el control de síntomas, atención en crisis, control del estrés y ansiedad, y adherencia a tratamientos.
- Motivar la participación de los familiares de enfermos mentales en la organización de los servicios de salud mental con el fin último de defender los derechos y satisfacer las necesidades de los enfermos mentales.
- Reforzar la capacidad familiar de integración social del enfermo mental y fortalecer la capacidad de agenciamiento de la familia y el importante papel que cumple en la integración del enfermo mental.
- Elaboración de materiales de información y guías dirigidas a personas con trastornos mentales y sus familiares.

### Entorno Próximo

- Identificación de las familias en riesgo, las buenas y malas prácticas familiares; por ejemplo la familia pro social o la familia violenta o disfuncional.
- Proceso de Sensibilización y de intervención en los miembros de la familia, escenarios de parentalidad, encuentros con padres y madres para desarrollar procesos de mediación social, talleres de buenas prácticas familiares etc. los miembros de la familia
- Creación de grupos de apoyo conformados por familiares de enfermos mentales

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de acciones de educación e información sobre enfermedad mental, identificación de síntomas, guías y rutas de atención dirigidas al personal institucional y a la red comunitaria.</li> <li>• Elaboración de un programa de salud mental dirigido a las familias de personas con trastornos mentales/No. familias identificadas/ No. de familias beneficiadas.</li> <li>• No. de materiales de información y guías de apoyo dirigidas a personas con trastornos mentales y sus familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Centros de salud.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>

## **LA4: Desarrollo de habilidades y Potencialidades de lo humano**

Se relaciona con la educación para la salud, específicamente con el concepto de “Estilos de vida saludables” porque influye en la forma como se concibe su práctica. Según (Nutbeam, 1996) el término Estilo de vida se utiliza para “designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales”.

De acuerdo con este concepto, los estilos de vida comprenden no sólo algunos comportamientos reconocidos como saludables (ejercicio físico, dieta sana y ausencia de consumo de sustancias dañinas que se dan en el campo de lo individual y que posicionan la responsabilidad en los sujetos; sino también en los recursos para hacer efectiva la salud y el bienestar social que competen al Sistema General de Seguridad social, la accesibilidad a los servicios y a la atención oportuna y cualificada y a los entornos promovedores o no de prácticas saludables); sino también otras actitudes y prácticas que inciden en la vida colectiva, tales como tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias, los derechos humanos y la participación entre otras.

**OBJETIVO 9:** Implementar los servicios de Atención Primaria en salud (APS) en todo el Departamento de Casanare.

**ESTRATEGIA 9:** Reorientar los servicios de salud de manera que tengan un visión menos orientada hacia la enfermedad sino más hacia la promoción de mejores condiciones de vida en donde la enfermedad no sea determinante sino que se atendida como una condición de vida, que tiene diversas posibilidades de afrontamiento. Fortalecer los procesos de salud, la disminución del riesgo o el daño y la mitigación de los costos.

Rescatar el valor clínico de acciones de bajo costo y complejidad, al alcance de las comunidades y ajustadas a la cultura de la comunidad.

Dentro de estas pautas de prevención, promoción y protección están incluidas:

1. La estrategia de salud basada en procedimientos de baja complejidad y alta efectividad brindada a las personas, grupos comunidades con el propósito de evitar el desencadenamiento de la enfermedad mental y a desestabilización psíquica.
2. La asistencia a personas que enfermen.

3. Procurar la rehabilitación y reinserción familiar, laboral, cultural y social de los pacientes graves luego de superada la crisis o alcanzada la cronificación.

### **Sistema Social**

- Provisión de los Servicios de Salud:
  1. Crear un equipo interdisciplinario de trabajo o redes promotoras de salud mental.
  2. Crear programas específicos de salud mental en la comunidad. Ofrecer orientación y asesoramiento sobre problemas sociales a los pacientes y su familia. Así mismo, cuando el caso lo requiera realizar atención domiciliaria.
  3. Habilitación de servicios de primer nivel de atención en salud mental en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud del Departamento.
  4. Asignar 3 profesionales de psicología (especialistas en salud mental) por cada una de las tres zonas del Departamento como responsables del Programa Atención Primaria en Salud Mental.
  5. Identificación y atención integral, con inclusión social de población vulnerables, con evidente riesgo social como por ejemplo los consumidores de sustancias psicoactivas, población en situación de desplazamiento, población con situación de discapacidad, niños y niñas en situación de calle, grupos poblacionales de la tercera edad y población en condición de emergencia o desastre (víctimas del conflicto armado, terrorismo o desastre natural).
  6. Llevar a cabo actividades de tamizaje en salud mental, detección temprana y canalización seguimiento y rehabilitación comunitaria en población urbana y rural, integrando instituciones educativas y aulas de apoyo de cada uno de los 19 municipios.
  7. Promover y sostener grupos de apoyo en salud mental mediante la realización de 2 visitas domiciliarias a las familias que evalúen y hagan seguimiento a la situación de salud mental identificada por la Red de Salud Mental (Violencia intrafamiliar, consumo abusivo de alcohol y otras sustancias, trastorno mental) priorizando áreas del municipio con mayor riesgo (extrema pobreza, desempleo, madre y padrosterismo, patologías crónicas).

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformación de un equipo multidisciplinario del campo de la salud mental (que incluya enfermera, psicólogo y trabajador social) con capacidad de movilización/fecha.</li> <li>• Elaboración de un programa de salud mental dirigido a las familias de personas con trastornos mentales/No. familias identificadas/ No. de familias beneficiadas.</li> <li>• No. de visitas domiciliarias realizadas por el quipo multidisciplinario del campo de la salud mental, que hagan seguimiento a la situación de salud mental identificada (Violencia intrafamiliar, consumo abusivo de alcohol y otras sustancias, trastorno mental) priorizando áreas del municipio con mayor riesgo (extrema pobreza, desempleo, madre y padrosterismo, patologías crónicas). /fecha y No. de personas beneficiadas.</li> <li>• No. de grupos, asociaciones e instituciones que realizan actividades de promoción en salud mental y prevención de la enfermedad.</li> <li>• No. de familias y personas identificadas en situación de vulnerabilidad (consumidores de sustancias psicoactivas, en situación de desplazamiento, población con situación de discapacidad, grupos poblacionales de la tercera edad, víctimas de la violencia intrafamiliar y población en condición de emergencia o desastre (víctimas del conflicto armado, terrorismo o desastre natural).</li> <li>• No. de acciones de tamizaje, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria en salud mental en población urbana y rural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Centro de salud.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS (Equipo multidisciplinario).</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS (Equipo multidisciplinario).</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS (Equipo multidisciplinario).</li> </ul>

**OBJETIVO 10:** Planear y coordinar con los representantes de las diferentes instituciones educativas las estrategias y metodologías en la modalidad de sesiones psicoeducativas para llevar a cabo la orientación a la familia y comunidad educativa.

**ESTRATEGIA 10:** Coordinar, en conjunto con las instancias correspondientes, los Proyectos de Orientación Estudiantil (POE) en todas la instituciones educativas del Departamento, el abordaje de temas como preparación para el noviazgo, valores humanos, vida en pareja, comunicación asertiva, manejo de conflictos; presupuesto

familiar, habilidades y proyecto de vida, metas y la salud sexual y reproductiva, equidad de roles en las familias desde los niveles educativos más elementales, respetando su diversidad y promoviendo espacios donde se pueda hablar con apertura sobre preguntas vitales sin discriminación, estigmatización o penalización.

Los Proyectos Transversales Obligatorios en todas las instituciones educativas del Departamento, serán construidos acorde a los lineamientos definidos en el Programa APSM y en concordancia con la Visión, Misión, Políticas y objetivos definidos en los PEI de los Establecimientos Educativos. Esta estrategia tiene su respaldo legal en el artículo 13 de la ley 115 de 1994 en cuanto a los OBJETIVOS COMUNES DE TODOS LOS NIVELES, donde se plantea que es objetivo primordial "...el DESARROLLO INTEGRAL de los educandos mediante acciones estructuradas..."; así mismo, el literal f) del mismo artículo, dice: "Desarrollar acciones de ORIENTACIÓN ESCOLAR, profesional y ocupacional". Igualmente el POE es de obligatorio cumplimiento según los artículos 92 de la ley 115 de 1994; 40 del decreto 1860 de 1994 y 6º del decreto 1850 del 2002, en desarrollo de los artículos 1º y 13º, de la ley 115 de 1994.

□ **Entorno Externo**

- Fortalecer la Escuela de padres, abordando temas como "Pautas de Crianza" y "comunicación asertiva".
- El Servicio Social Estudiantil Obligatorio, debe hacer parte de la Alianza Salud - Educación dentro de las estrategias, objetivos y metas del Plan departamental de Salud Mental. Tiene como objetivo implementar un Proyecto de Acciones de promoción y prevención en la Infancia Adolescencia y Juventud en respuesta a la Ley 1098 de 2006 y actuaran en forma articulada con los equipos de Atención Primaria en Salud.
- Detectar y remitir adecuadamente los casos que requieran atención profesional especializada, en concordancia con la Ley de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 1994.

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No. de encuentros educativos en "Escuela de padres"/No. de asistentes, género, zona de procedencia (rural/urbana), edad.</li> <li>• No. de acciones de promoción y prevención de la salud mental apoyadas desde el Servicio Social Obligatorio/fecha de ejecución/participantes y beneficiarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, Secretaría de Educación Departamental IPS, Equipo multidisciplinario, Emisora, Iglesias y Centros Educativos.</li> <li>• Centros educativos, Secretaría de Educación Departamental, Secretaría de Salud Departamental.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>No. de casos detectados y remitidos para diagnóstico y tratamiento en salud mental en el espacio escolar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centros Educativos, Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>
---	---

**OBJETIVO 11:** Promover el bienestar mental de los ciudadanos y potenciar la prevención de los trastornos mentales que sean inevitables e injustos.

**ESTRATEGIA 11:** Elaborar estrategias globales para la promoción de la salud mental en todas las etapas del ciclo vital a través del reconocimiento de las necesidades particulares de los niños y niñas, de los jóvenes, los adultos y los viejos, con perspectiva de género y equidad. Esto incluido en los planes municipales, en el desarrollo de servicios amigables de salud y grupos y procesos de participación social.

### **Promoción**

La promoción de la salud mental está dirigida a toda la población, teniendo en cuenta que todas las personas, independiente de su condición, tienen necesidades de salud mental; por tanto, contempla un amplio espectro de acciones para intervenir sobre la sociedad, los procesos y medios de comunicación social, la coordinación intersectorial, la decisión política, las prácticas de cuidado cultural, los entornos o ambientes entre otros; los factores de riesgo y los factores protectores de manera continua y a largo plazo, las cuales contribuyen a generar condiciones para construir comunidades e individuos mentalmente saludables.

### **Sistema Social**

- Procurar en conjunto con las instancias correspondientes que todos los sectores gubernamentales y los actores de la sociedad civil participen en la ejecución de actividades de promoción que fortalezcan y amplíen las asociaciones para la salud
- Establecer o afianzar redes municipales de promoción de la salud mental.
- Promover campañas divulgativas dirigidas a reducir el estigma y mejorar la imagen de las personas con trastorno mental, implicando a todas las instituciones.
- Elaborar una agenda con los medios de comunicación para informar a la población general sobre los riesgos para la salud mental, contribuir a mejorar la imagen del enfermo mental, desarrollar mejores prácticas por ejemplo frente al machismo, frente a la ilegalidad o la cultura del incumplimiento de la norma social, la justicia y la equidad social, la perspectiva de género, la mediación de conflictos, los procesos de modelamiento social y de identidad.



- Promover en conjunto con las instancias correspondientes la solidaridad, mediante talleres y la divulgación de los programas de promoción en los medios de comunicación.

### Entorno Externo

- Desarrollar una guía específica de información y orientación para el bienestar mental de niños y adolescentes dirigidos a educadores y padres en los centros educativos, que les ayude a comprender los factores de riesgo y de protección de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.
- Desarrollar un programa de promoción del bienestar mental en el entorno laboral a través de convenios con los agentes sociales (sindicatos y empresarios) con especial énfasis en prevención de conductas adictivas, violencia de género y gestión del estrés laboral. Así como la prevención específica del “burn out” entre los profesionales de salud mental mediante estrategias preventivas.
- Promover la salud mental en las personas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad mental a través de estrategias de atención y cooperación con entidades locales, asociaciones y organizaciones no gubernamentales.

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de una red municipal de salud mental que vincule a grupos, asociaciones e instituciones existentes/ fecha de creación</li> <li>• No. de grupos, asociaciones e instituciones que conforman la red municipal de promoción en salud mental y prevención de la enfermedad.</li> <li>• No. de emisiones radiales sobre temas de promoción de la salud mental en el municipio/tema/ fecha de emisión/ responsable.</li> <li>• No. de convenios establecidos con empresas para implementar acciones de promoción de la salud mental en el ambiente laboral.</li> <li>• No. de acciones de promoción de la salud mental en el entorno laboral dirigida a hombres laboralmente activos entre los 18 y 45 años/ lugar, fecha, tema, asistentes, empresa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Policía Nacional, Comisaria de Familia, Iglesia, Centros educativos.</li> <li>• Secretaría de Desarrollo Social.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, empresas públicas y privadas establecidas en el municipio.</li> </ul>

**OBJETIVO 12:** Prevenir los trastornos mentales en la población general y en grupos especiales de riesgo.

**ESTRATEGIA 12:** Elaborar estrategias globales para la prevención de la enfermedad mental en todas las etapas de la vida.

**Prevención**

La prevención primaria en salud mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales. Se enfatiza en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos de cada una de las poblaciones a intervenir.

**Sistema Social**

- Ofrecer atención y generar acciones oportunas y específicas para cada etapa de la vida, de acuerdo a las necesidades e intereses de la población objeto que permitan reducir los factores de riesgo.
- Promover en conjunto con las instancias pertinentes la participación en igualdad de oportunidades de niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres en las comunidades.
- Diseñar programas de sensibilización y capacitación sobre las perspectivas de género.
- Fomentar la Inclusión como eje temático en el análisis de todas las situaciones de salud, el enfoque de promoción de la salud

**Entorno Externo**

- Orientar a la población con problemas de Salud Mental que requieran intervención institucional de acuerdo al tipo de aseguramiento al SGSS al que pertenezca.
- Elaborar un programa de detección e identificación de los trastornos mentales más prevalentes que incluya la aplicación de instrumentos de tamización para los trastornos más prevalentes.
- Hacer acompañamiento terapéutico y acciones de seguimiento.
- Diseñar una estrategia de detección precoz e identificación de los trastornos mentales y la prevención del suicidio en las instituciones educativas del departamento.

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución en el No. casos reportados en el municipio de personas con enfermedad mental, abuso de SPA legales e ilegales, intentos de suicidio, abuso sexual, violencia intrafamiliar y maltrato infantil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Centros de salud.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de participación de niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores/ género, en actividades de prevención de la enfermedad mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Centros de salud.</li> </ul>
--	---

**OBJETIVO 13:** Generar acciones específicas de promoción y prevención según ciclo vital.

**ESTRATEGIA 13:** Acciones específicas de promoción de la salud, prevención de riesgos y atención de las poblaciones especiales.

Ciclo	Actividad/Objetivo	Sistema Social	Entorno externo	Entorno Próximo	Indicadores
Embarazo, infancia	Promoción de habilidades sociales y vínculos saludables (pautas de crianza, comunicación y vínculo afectivo)	Difundir por medio de transmisiones radiales, temáticas que permitan educar al sistema (familiar) en relaciones afectivas con los hijos y en la dinámica en general dentro del núcleo familiar. Además temas que permitan identificar los posibles agresores, víctimas y consecuencias que conlleva cualquier manifestación de violencia.		Motivar a padres y cuidadores de niños y jóvenes, por medio de talleres psicoeducativos que favorezcan la introspección y asimilación de conductas asertivas, como pautas de crianza, manejo de la agresividad, disfuncionalidad familiar, entre otras que propicien el respeto y la garantía de derechos en la población infantil, adolescente y en la misma familia	Obtener una disminución del 50% en las problemáticas de salud mental en la población del Departamento por medio de la implementación de acciones de promoción y prevención del maltrato infantil, la violencia intrafamiliar y violencia sexual en niños y adolescentes.
	Prevención y atención de maltrato, incesto y abuso sexual, suicidio, bajo rendimiento escolar (problemas de aprendizaje, déficit de la atención con hiperactividad), trastornos de conducta, depresión.	Realizar tamizaje cognitivo a niños de cada grupo, en instituciones educativas, que presenten signos sospechosos de alteraciones en su desarrollo cognitivo y psicosocial a los niños de 6 a 12 años no valorados en años anteriores. Remitir a los menores identificados a Institución de salud según el riesgo que se identifique. Incluye análisis de la información.	Implementar estrategias y metodologías en la modalidad de sesiones psicoeducativas para la construcción e ilustración de un plan que oriente a la familia y comunidad educativa en el desarrollo de habilidades cognitivas y/o psicosociales en niños menores de 10 años identificados con alteraciones o riesgos en su desarrollo cognitivo y/o psicosocial.		100% de casos identificados por valoración psicológica, tamizaje y remisión de casos identificados con alteraciones o riesgos en su desarrollo cognitivo y/o psicosocial atendidos en instituciones educativas y/o población urbana y rural del Departamento.
Juventud	Promoción de valores, relaciones humanas y estilos de vida saludables, así como oportunidades de participación y desarrollo integral.			Promoción de estilos de vida saludables a través del manejo de proyecto de vida y fortalecimiento de factores protectores que minimicen el riesgo de eventos de salud mental en adolescentes	Realización de 1 campaña anual de información y orientación para detectar y minimizar los factores de riesgo frente al suicidio en adolescentes y jóvenes del municipio.
	Implementación de programas y acciones de prevención de la depresión y el suicidio, embarazo precoz, trastornos de conducta, violencia juvenil, psicosis de inicio temprano.	Diseño de programas de promoción y prevención en educación sexual con énfasis en la prevención de del embarazo en adolescentes, y de conductas sexuales seguras.	Identificación de estrategias que impliquen el uso adecuado del Tiempo Libre en los jóvenes como estrategia de prevención de problemáticas de salud mental en la adolescencia.	Programas de orientación y prevención de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia, a través de estrategias enmarcadas en acciones desde el servicio social de los jóvenes en las instituciones educativas y programas estratégicos desde la administración municipal.	Implementación de 2 campañas anuales en instituciones educativas como en la comunidad en general para la promoción de educación sexual y prevención de embarazos en adolescentes, enfocado en valores y proyecto de vida en adolescentes.  Diseñar y desarrollar una programación anual, en donde se establezcan espacios psicoeducativos, cineforos, grupos de

apoyo, tertulias, teatro entre otros, dirigido a niños, jóvenes y grupos especiales que promuevan la salud mental, los estilos de vida saludable y promuevan factores protectores.

Desarrollar 3 mesas de trabajo en con el sector educativo para verificar los contenidos de las cátedra de Salud sexual y reproductiva y dar asesoría para el desarrollo en las instituciones educativas de programas de formación para la Sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad.

Socializar la estrategia de servicios amigables para la atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y métodos modernos en las instituciones educativas con los adolescentes

Obtener un impacto del 80% de jóvenes en programas de Uso adecuado de tiempo libre.

100% de los adolescentes y jóvenes del municipio educados, orientados e informados acerca de los eventos de salud mental referentes a su ciclo de vida.

Vigilancia y seguimiento al 100% de los intentos de suicidio captados por las IPS y la E.S.E del municipio.

<p>Adulto Mayor</p>	<p>Promover estilos recreativos y de participación social que canalicen la experiencia de vida.</p>				
<p>Atención a la población afectada por el desplazamiento</p>	<p>prevenición y control de la violencia intrafamiliar y el fomento del buen trato a adultos mayores</p>	<p>Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud mental en adultos mayores.</p>	<p>Ampliar el espectro de intervención de riesgo - población en salud mental para diagnóstico, tratamiento oportuno en trastornos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer.</p>	<p>Atención Integral y Asesoría psicológica, emocional, Procesos de Restablecimiento y Proyectos de vida.</p>	<p>Fortalecimiento y canalización de recursos humanos y económicos para la atención integral para la población con limitaciones y/o capacidades excepcionales a través de las Unidades de atención integral y/o aulas de apoyo del municipio de Tauramena.</p> <p>Ampliar la cobertura y permanencia de atención integral a la población con discapacidad física, mental y sensorial de un 40% a 50%.</p> <p>Desarrollar para favorecer la reinserción laboral y escolar en personas con patología mental controlada.</p>
	<p>Generar diagnóstico y análisis y difusión del impacto negativo en salud mental del conflicto armado en la población</p>	<p>Diseño, ejecución y evaluación de iniciativas locales intersectoriales de soporte psicosocial y asesoría al desempleado(a) y a su familia, o a grupos laborales en los asuntos relacionados con reinserción laboral, re-entrenamiento ocupacional y manejo del estrés y el desarrollo de investigación operativa sobre la relación salud mental y desempleo, con el fin de poner en marcha modelos de buenas prácticas en este campo.</p>	<p>Provisión de atención integral en salud mental en casos de violencia intrafamiliar (cónyuges, niños, ancianos), mediante la capacitación del personal de salud; y otros sectores que prestan servicios de atención a personas víctimas de violencia intrafamiliar.</p>		
	<p>Reconocer en la población afectada por el desplazamiento los derechos sociales, económicos y culturales.</p>	<p>Fortalecer la acción internacional como un mecanismo de protección del derecho internacional humanitario.</p>	<p>Promover la organización comunitaria, los actos ciudadanos de convivencia pacífica, la resistencia civil y la formación cualificada para el ejercicio de los derechos humanos y DIH.</p>		
	<p>Propiciar condiciones en la población en situación de desplazamiento para el ejercicio de los derechos de participación.</p>				

	Integrar a los actores involucrados en la formulación de planes integrales de atención a la salud de los desplazados.		Constituir en los municipios mesas de trabajo interinstitucional y comunitario sobre el problema del desplazamiento.	
	Mejorar la calidad, oportunidad y consistencia de la información sobre población afectada por la violencia.	Aplicar herramientas de diagnóstico rápido participativo con la población afectada por el desplazamiento.  Establecer sistemas de información y observatorios		
Mujeres Gestantes y Lactantes	uso del control pre natal como espacio para acciones de promoción de la salud, como son: uso del tiempo libre, relaciones interpersonales significativas, solución de problemas, negociación de conflictos, estructuración del tiempo, detección y manejo precoz de depresión, problemas de vínculo, detección y manejo de esquizofrenia y episodios maníacos.		Promoción y fomento de la autoestima y auto cuidado y manejo de síndromes post-parto.  Detección y prevención del maltrato físico, psíquico y sexual, en la madre lactante y gestante y en el menor.  Atención por psicología, Consejería individual y familiar para manejo adecuado de embarazo y atención profiláctica.  información necesaria para el cuidado de su hijo/a y la preparación del parto y del postparto	Tamizaje y atención por psicología a madres lactantes y/o gestantes en las que se identifiquen alteraciones emocionales que puedan afectar su proceso de gestación.  Orientación y psicoeducación a familias gestantes, para el manejo adecuado del proceso de embarazo y parto, posibles alteraciones emocionales, a través de la implementación de talleres psicoeducativos y cursos profilácticos.  Actividades de información y comunicación, a través de programas radiales y campañas de difusión masiva, que fortalezcan eventos protectores en la población gestante y lactante del municipio.
	Seguimiento, acompañamiento y evaluación a la Red de Buen Trato creada en el municipio, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias	Capacitar a los funcionarios institucionales y redes de apoyo sobre la identificación, orientación y el acceso a diagnóstico temprano en salud mental para la detección de síntomas de trastornos mentales y reorientación y canalización a los servicios de atención.		Detectar y atender el 100% los casos presentados, por las diferentes instituciones que tengan competencia. (Comisaría de familia, ICBF, E.S.E, Policía Nacional entre otros.)  100% de los integrantes de la Red del Buen Trato capacitados y formados en identificación, reporte y

	psicoactivas.		canalización de eventos de salud mental.
			Una mesa de trabajo mensual para seguimiento del plan de acción de la política de salud mental definida, en las líneas de promoción del buen trato, prevención consumo de SPA y atención primaria en salud mental.
Programas de atención para poblaciones específicas	Diseñar programas de atención para niños en situación de violencia, desintegración familiar e hijos de padres separados.	Fomentar la realización de visitas domiciliarias por el Equipo de salud mental a poblaciones con situaciones específicas (adolescente en embarazo, VIF)	
	Diseñar programas dirigidos a darle apoyo a cárceles y hogares de ancianos.		



**OBJETIVO 14:** Diseñar e implementar el Plan Departamental de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y su Impacto.

**ESTRATEGIA 14:** Implementación y seguimiento del Plan Departamental de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y su Impacto.

**Problemas:**

**a. A nivel General**

1. Aumento de la oferta de sustancias psicoactivas legales e ilegales
2. Aparición de nuevas modalidades de consumo tales como las mezclas en población menor de edad.
3. Descubrimiento de nuevos consumidores de SPA cada vez más jóvenes, con edad de 3 años para sustancias legales como el alcohol, el chimú y el cigarrillo y 11 años para sustancias ilegales.

**b. Riesgos de PreConsumo y Consumo**

1. Descomposición familiar (V.I.F. y M.I.)
2. Deserción escolar
3. Limite de alternativas para el ocio
4. Pandillismo y violencia callejera
5. ETS y embarazos no deseados
6. Accidentes viales
7. Suicidio e intento de suicidio
8. Proyecto de vida obstaculizado por la dependencia al consumo
9. Débiles alternativas de inclusión social

**c. Problemas de salud Pública**

1. Debilidad en la oferta de servicios para el universo de NO consumidores y consumidores.
2. Falencias en la vigilancia, monitoreo y seguimiento del consumo de SPA en el Departamento.

**Objetivos Específicos:**

1. Prevenir el inicio y uso indebido de SPA en cualquier momento del ciclo vital.
2. Evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo transiten a patrones de uso problema o a la dependencia.
3. Evitar riesgos continuados para consumidores, familia y comunidad.
4. Evitar reincidencia en quienes han superado su consumo.

5. Contribuir con la reducción de los factores de riesgo para la farmacodependencia, en la población estudiantil y la comunidad a través de estrategias de prevención en pro de una mejor calidad de vida.

### **Sistema Social**

- Conformación y compromiso mediante acta del Comité Departamental Intersectorial de Drogas.
- Estructuración de los planes municipales para la reducción de sustancias psicoactivas, dando cobertura a los diferentes ejes operativos como prevención, mitigación y superación.
- Adopción de la Política Nacional de Reducción del consumo de SPA y su impacto.
- Construcción de la línea base sobre consumo de sustancias psicoactivas a nivel Departamental.
- Diseñar e implementar el Plan Departamental de reducción del Consumo de SPA y sus respectivos programas.
- Adelantar acciones de vigilancia del consumo de SPA a través del sistema de registro VESPA.
- Apoyo y fomento al desarrollo de investigación sobre prevalencia del consumo en el Departamento y a la visibilización de sus resultados.
- Llevar a cabo acciones de seguimiento a las intervenciones que sobre el tema se lleven a cabo en las diferentes instituciones.

**Líneas de la Política**

<b>EJE I: Prevención</b>	<b>EJE II: Mitigación</b>	<b>EJE III: Superación</b>	<b>EJE IV Capacidad de Respuesta</b>
<p style="text-align: center;"><b>Equipo Operativo Responsable:</b></p> <p>Secretaría de Salud Departamental                      Secretaría de Educación Departamental                      INDERCAS                      Universidades                      Ejército                      Policía Comunitaria y de Infancia y Adolescencia                      ICBF                      Secretarías de salud y desarrollo Municipales</p>	<p style="text-align: center;"><b>Equipo Operativo Responsable:</b></p> <p>Secretaría de Salud Departamental                      Secretaría de Educación Departamental                      Secretaría de Tránsito y Transporte Departamental                      Universidades                      Ejército                      Policía Comunitaria y de Infancia y Adolescencia</p>	<p style="text-align: center;"><b>Equipo Operativo Responsable:</b></p> <p>Ministerio de la Protección social                      Secretaría de Salud Departamental                      ICBF                      Clínica de oriente                      Hospitales</p>	<p style="text-align: center;"><b>Equipo Operativo Responsable:</b></p> <p>Consejo Seccional de estupefacientes                      Comité Departamental Intersectorial de Drogas</p>
<p>Construir y poner en funcionamiento los comités municipales de prevención.                      Consolidar grupos de apoyo dentro de las diferentes instituciones educativas y la comunidad, para garantizar la continuidad de las estrategias de promoción de estilos de vida saludables y prevención del consumo.</p> <p>En Instituciones educativas del Departamento desarrollar el Programa de promoción “Proyecto de vida SIN DROGAS” y prevención del consumo de SPA en interconexión con los programas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proyecto de orientación Escolar POE</li> <li>2. Servicio Social Obligatorio</li> <li>3. Proyecto Uso Creativo del Tiempo Libre</li> <li>4. “Escuela de Padres: Pautas de crianza y Comunicación asertiva”</li> </ol>	<p>Implementación de la estrategia Nacional <b>“PACTOS POR LA VIDA”</b> para desarrollar capacidades institucionales, sociales y humanas para la protección de la vida en ambientes de consumo abusivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.                      Se trata de crear una nueva capacidad de regulación social, orientada al consumo responsable de alcohol mitigando los riesgos asociados a este.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestionar y concertar convenios para brindar tratamiento a consumidores de SPA.</li> <li>2. Garantizar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación con criterios de calidad y orientación a la inclusión del sujeto al medio familiar, escolar, sociolaboral y comunitario.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestionar y concertar convenios que contribuyan a:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. La orientación</li> <li>b. El acompañamiento</li> <li>c. El intercambio de experiencias</li> <li>d. La financiación de proyectos</li> </ol> </li> </ol>

EJE I		PREVENCION
OBJETIVO ESTRATEGICO		Reducir la vulnerabilidad al consumo de SPA (sustancias psicoactivas) lícitas, ilícitas (alcohol, tabaco) y de control especial interviniendo de manera integrada los factores macro sociales, micro sociales y personales más predictivos del consumo (Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2007)
POBLACION		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Población escolarizada de 5 – 18 años</li> <li>2. Población no escolarizada de 7-26 años</li> <li>3. Población universitaria 19-26 años</li> <li>4. Agrupaciones juveniles: barras, tribus urbanas, pandillas</li> <li>5. Organizaciones juveniles</li> <li>6. Niños, niñas y adolescentes trabajadores autorizados de 15 – 18 años y no Autorizados 7- 18 años</li> <li>7. Trabajadores informales y formales</li> <li>8. Adolescentes en conflicto con la ley y en medida de protección</li> <li>9. Población en condición de desplazamiento</li> <li>10. Población privada de la libertad</li> </ol>
ESTRATEGIA		<b>TRANSFORMAR LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y LOS ESTILOS DE VIDA QUE PROMUEVEN EL USO Y ABUSO DE SPA, ALCOHOL Y TABACO, QUE IMPIDEN LA ASUNCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES</b>
RESPONSABLE	ACTORES CLAVES	ACTIVIDADES
<b>GERENCIA DE SALUD DEPARTAMENTAL SEC. GOBIERNO DEPARTAMENTAL</b>	INDERCAS	Diseñar e implementar estrategias de comunicación y movilización social de carácter universal en medios masivos locales (incluye programa televisivos y radiales de alto rating con mensajes alusivos a la prevención del consumo de SPA, ALCOHOL Y TABACO promoviendo factores y comportamientos protectores) Mejorar las condiciones estructurales de por lo menos el 10% de los parques infantiles y zonas de recreación y esparcimiento para niños y jóvenes.
	IDURY – IDRY	
	ICBF	
	JUVENTUDES	
	SEC. SALUD	
<b>COMITÉ DEPARTAMENTAL EN PREVENCION DEL CONSUMO DE SPA</b>	POLICIA NACIONAL/ ICBF/ JUVENTUDES SEC. SALUD DEPARTAMENTAL	Diseñar e implementar estrategias de comunicación y movilización social de carácter específico y focalizado a los grupos de mayor vulnerabilidad al consumo de SPA, ALCOHOL Y TABACO priorizados en el Plan (población detectada en riesgo) Diseñar y ejecutar procesos de información en torno a las SPLA. ALCOHOL Y TABACO y los riesgos asociados y dirigirlos a la población con alta vulnerabilidad hacia el consumo

ESTRATEGIA		REDES DE APOYO (RED DEL BUEN TRATO: EN ESCENARIOS ESCOLAR, LABORAL Y COMUNITARIO), DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SPA, ALCOHOL Y TABACO A TRAVÉS DE FORMACIÓN Y TRABAJO DE PARES
RESPONSABLE	ACTORES CLAVES	ACTIVIDADES
<b>GERENCIA DE SALUD DEPARTAMENTAL</b>	<p>INSTITUCIONES QUE CONFORMAN LA RED DEL BUEN TRATO</p> <p>SEC. SALUD DEPARTAMENTAL</p>	Convocar y organizar a las organizaciones comunitarias, familiares, juveniles y laborales con el fin de fortalecer el trabajo en red en torno a la prevención del consumo de SPA, ALCOHOL Y TABACO
		Diseñar e implementar acciones en pro del fortalecimiento de los vínculos entre los jóvenes, sus familias y sus comunidades involucrando a las organizaciones comunitarias, familiares y juveniles.
		Diseñar e implementar acciones en pro del fortalecimiento de los vínculos entre los jóvenes, sus familias y sus comunidades involucrando a las organizaciones comunitarias, familiares y juveniles.
		Capacitar a los Funcionarios de las instituciones de la red del buen trato para que se constituyan en promotores y multiplicadores de la prevención del consumo de SPA, ALCOHOL Y TABACO para fortalecer el trabajo comunitario a nivel Departamental
ESTRATEGIA		<b>INCLUIR EL COMPONENTE DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SPA, ALCOHOL Y TABACO EN LOS PROGRAMAS DESARROLLADOS POR EL SECTOR SALUD, EDUCACIÓN, JUSTICIA Y PROTECCIÓN (ESCUELAS SALUDABLES, SERVICIOS AMIGABLES EN SALUD, ETC)</b>
RESPONSABLE	ACTORES CLAVES	ACTIVIDADES
<b>SEC. EDUCACION-POLICIA NACIONAL COMITÉ LOCAL DE PREVENCIÓN</b>	RED DEL BUEN TRATO	Incluir en los currículos escolares y en los programas de competencias ciudadanas contenidos dirigidos a fortalecer las habilidades para la vida y la promoción de factores protectores para prevenir el consumo de SPA, alcohol y tabaco.
<b>INDERCAS /IDRY</b>	INSTITUCIONES DE LA RED DEL BUEN TRATO	Diseñar e implementar programas de actividad física, recreación, deporte y cultura, garantizando el acceso a ellos, de los grupos de mayor vulnerabilidad al consumo de SPA, alcohol y tabaco
<b>GERENCIA DE SALUD DEPARTAMENTAL</b>		
<b>GERENCIAS DE SALUD MUNICIPALES</b>	SECRETARIA DE SALUD Y EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL	En los Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes del municipio incluir estrategias de detección temprana e intervención breve de casos en riesgo de comorbilidad en salud mental y consumo de SPA, alcohol y tabaco
<b>SEC. EDUCACION</b>		

	RED DEL BUEN TRATO	Desarrollar programas o incluir el componente de prevención de SPA, ALCOHOL Y TABACO en estrategias desarrolladas, el componente de prevención del consumo de SPA, alcohol y tabaco, fomentando la adquisición de habilidades para la vida, y así fortalecer rechazo de drogas y promover factores protectores de la salud.
		Desarrollar campañas y estrategias masivas para fortalecer los vínculos familiares y la unidad familiar
ESTRATEGIA		<b>AMPLIACIÓN DE COBERTURA, ARTICULACIÓN Y COMPLEMENTARIEDAD DE LOS PROGRAMAS QUE VIENEN TRABAJANDO CON POBLACIÓN ESCOLARIZADA PARA EL DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y HABILIDADES PERSONALES QUE REDUCEN VULNERABILIDAD AL CONSUMO</b>
RESPONSABLE	ACTORES CLAVES	ACTIVIDADES
GERENCIA SOCIAL	RED DEL BUEN TRATO	Incluir y/o fortalecer acciones específicas de promoción y prevención del consumo de SPA, alcohol y tabaco a través de la divulgación, buen manejo del tiempo libre, capacitación y fortalecimiento de habilidades personales en los clubes pre-juveniles y juveniles del municipio.
ESTRATEGIA		<b>GENERACIÓN DE OPORTUNIDADES DE INCLUSIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE VIDA Y MEDIOS DE VIDA SOSTENIBLES EN LOS GRUPOS DE ALTA VULNERABILIDAD AL CONSUMO DE SPA, ALCOHOL Y TABACO</b>
RESPONSABLE	ACTORES CLAVES	ACTIVIDADES
ICBF – SENA	GERENCIA DE SALUD DEPARTAMENTAL	Diseñar e implementar una estrategia de proyectos de emprendimiento y proyectos productivos y socio – culturales para jóvenes de alta vulnerabilidad al consumo de SPA, quienes se involucraran trabajando como líderes pares y multiplicadores de la promoción y prevención del consumo de SPA, ALCOHOL Y TABACO
RED DEL BUEN TRATO	CAMARA DE COMERCIO	
JUVENTIODES		
SEC. DE EDUCACION DEPARTAMENTAL Y MUNICIPALES	SENA	Fortalecer la educación técnica-profesional en las instituciones de educación media del municipio.
SEC. GOBIERNO DEPARTAMENTAL Y MUNICIPALES	DIRECCIÓN DE CARCEL DEPARTAMENTAL	Es tarea de la cárcel local incluir en el sistema penitenciario oportunidades laborales, educativas y formativas, así como las estrategias necesarias para garantizar la promoción de estilos de vida saludable y la disminución de los factores de vulnerabilidad asociados al uso de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco
PONAL	COMITÉ DEPARTAMENTAL DE SPA	

<b>PONAL</b>	SEC. GOBIERNO DEPARTAMENTAL Y MUNICIPALES	Disminuir la oferta de SPA, alcohol y tabaco a través de acciones de neutralización y aseguramiento de zonas detectadas como fuentes de expendio de SPA ilegales, ingreso a bares para los menores de edad, consumo de licor en parques, consumo de tabaco en lugares cerrados.
<b>GERENCIA EN SALUD MUNICIAPL</b>	SEC. GOBIERNO DEPARTAMENTAL Y PONAL	Fortalecer las sanciones a establecimientos que expendan licor y cigarrillo a menores de edad.
		Promover el empoderamiento de las organizaciones comunitarias para la implementación de acciones promocionales de hábitos de vida saludable al interior de sus comunidades.
	RED DEL BUEN TRATO	Crear y mantener el comité local de PRCSPA (prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas)
	Desarrollar actividades de promoción y prevención en torno a la disminución del consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y cigarrillo	
		Diseñar y/o adoptar un sistema de vigilancia epidemiológica, por medio el cual las unidades primarias generadoras datos que identifican casos, puedan notificar. De esta manera se podrá contar con líneas de base sobre la problemática y realizar seguimiento, atención y canalización a los casos.

## **LA5: Reorientación de los Servicios sociales de Salud**

Teniendo en cuenta que la salud mental es transversal a todas las esferas de la vida humana, se hace necesaria la conexión y trabajo mancomunado con los servicios sociales (por su marcada influencia en la calidad de vida y el bienestar de los casanareños), fundamentales para alcanzar metas de equidad y desarrollo humano; entre ellos se incluyen los servicios a nivel de nutrición, atención a la población de ancianos y discapacitados; los de apoyo y soporte social a la mujer, los dirigidos a la defensa de los niños, adolescentes y jóvenes, las consejerías de familia; los de defensa de los derechos humanos.

**OBJETIVO 15:** Mejorar los procesos de atención en Salud Mental.

**ESTRATEGIA 15:** Diseñar y desarrollar la cartera de Servicios de Salud mental para garantizar la mejora de los procesos de atención en salud mental dando respuesta a las necesidades particulares de accesibilidad de grupos vulnerables por situaciones geográficas u otros impedimentos.

### **Sistema Social**

- Diseñar la Cartera de Servicios de Salud Mental.
- Desarrollar Programas de Salud Mental.
- Capacitar el recurso humano en conceptos, principios e instrumentos metodológicos para que incorporen en su trabajo, estrategias que faciliten el acercamiento entre “proveedores” con los verdaderos “promotores de la salud”, es decir, con todos aquellos actores sociales y políticos que puedan contribuir a la mejoría de la calidad y de las condiciones de vida de las poblaciones.

**OBJETIVO 16:** Fomentar la cultura de la calidad en los servicios de salud mental e implementar la estrategia de servicios amigables también en salud mental.

**ESTRATEGIA 16:** Implementar mecanismos que garanticen la calidad en los servicios de salud mental en el Departamento de Casanare.

### **Sistema Social**

- Elaborar el Plan de Calidad de Salud Mental.
- Implicar a los profesionales.
- Comprometer a los usuarios y al movimiento asociativo.



- Llevar a cabo acciones de veeduría, evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud.
- Gestionar Recurso técnico y financiero

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de encuestas de satisfacción, necesidades y mejoras entre los profesionales y personal de la red de salud mental.</li> <li>• No. de encuentros con profesionales de justicia, comunicación social, educación, bienestar social.</li> <li>• Realización de encuestas de opinión y satisfacción de usuarios y familiares y áreas de mejora identificadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS, Equipo multidisciplinario.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS.</li> </ul>

## LA6: Investigación en Salud Mental

**OBJETIVO 17:** Impulsar la formación e investigación en salud mental de manera que el Departamento pueda desarrollar conocimiento sobre el tema, pueda visibilizar sus avances y necesidades, fortalezca un campo en esta área disciplinar. Esto permite contar con el apoyo de la academia.

**ESTRATEGIA 17:** Elaborar y ejecutar la agenda de formación e investigación en salud mental.

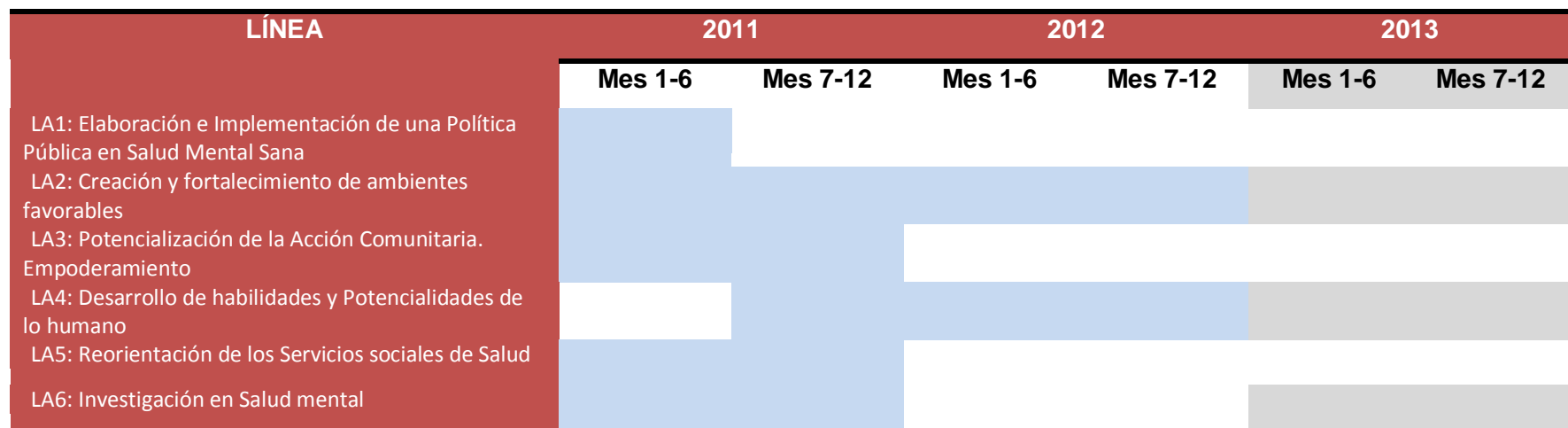
### Sistema social

- Implementación de un programa de capacitación que brinde al recurso humano de salud en el nivel primario de atención, conocimientos e instrumentos para que en su práctica pueda comprender mejor las experiencias en el manejo de la salud y la enfermedad mental.
- Sistematizar y visibilizar las experiencias y otras modalidades de investigación/acción para cerrar la brecha entre teoría y práctica, y para desplazar el interés de los diagnósticos y caracterizaciones hacia las soluciones.
- Se propone elaborar la Agenda de Investigación en salud mental desde las diversidades de generación, género, vida rural o urbana y etnia para el Departamento, con las siguientes líneas de investigación:
  - Prevención, detección precoz e intervención en el enfermo con trastorno mental y el soporte a la familia.
  - Necesidades, expectativas y calidad de vida de las personas con trastornos mentales y familiares.
  - Evaluación de intervenciones y programas de salud mental.
  - Detección de factores de riesgo/protección de psicopatologías así como en psicopatologías emergentes y cambios sociales de acuerdo al ciclo vital.

INDICADORES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de la agenda de investigación en salud mental para el departamento de Casanare.</li> <li>• No. de grupos de investigación en relación al tema presentes en el departamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de Salud Departamental, Universidades.</li> <li>• Universidades.</li> <li>• Secretaría de Salud Departamental, IPS,</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de proyectos de investigación en relación a: <ul style="list-style-type: none"> <li>β Prevención, detección precoz e intervención en el enfermo y el soporte a la familia</li> <li>β Necesidades, expectativas y calidad de vida.</li> <li>β Evaluación de intervenciones y programas de salud mental.</li> <li>β Adherencia al tratamiento.</li> <li>β Salud mental y población indígena.</li> <li>β Detección de factores de riesgo/protección de psicopatologías y psicopatologías emergentes y cambios sociales.</li> </ul> </li> <li>• N° de proyectos de investigación en relación a salud mental derechos y perspectivas de género.</li> </ul>	Universidades.
---	----------------

## CRONOGRAMA DE ACTUACIONES



## Bibliografía

- (NIMH), N. I. (1994). *Bulletin on Mental Health*. Bethesda, Maryland: NIMH.
- Alcaldía de Támara. (2008). *Plan de Desarrollo 2008-2011: Convite al Desarrollo Social*. Támara-Casanare: Alcaldía de Támara.
- Department of health and human services. (1999). *Center for Mental Health Services, National Institute of Mental Health. Mental health, a report of the surgeon General*. Washington: OMS.
- Echeverri Arango G y Otálora Soler N. (2005). *Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Foro Nacional por Colombia. Capítulo Regional Valle del Cauca. (1998). *La Política Social Municipal: Notas para la Definición de un Enfoque*. Cali: Gobernación del Valle.
- Gobernación de Casanare. (2008-2011). *Plan de Desarrollo Casanare. Pensando en Todos 2008-2011*. Yopal: Gobernación de Casanare.
- Gobernación de Casanare. (2008). *Plan de Desarrollo de Casanare: Pensando en Todos*. Yopal: Gobernación de Casanare.
- González, A. C. (2003). *Política de Salud Mental para Colombia y sus Proyecciones a nivel Departamental y Local*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- González, A. C. (2003). *Política de Salud Mental para Colombia y sus Proyecciones a nivel Departamental y Local*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Gumilla, J. (1955). *El Orinoco ilustrado y defendido, vol. 8*. Bogotá: Biblioteca de la República.
- IPS Salud Total. (2006). *Diagnóstico de Salud Mental municipio de Hato Corozal*. Hato Corozal: Secretaría de salud Hato Corozal.
- Levav, Y. (1989). *Salud Mental para todos en América y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. Boletín organización Panamericana de la salud*. Washington: OPS.
- López Chaparro, M. C. (2005). *Diagnóstico de Salud Mental municipio de Támara*. Támara: Secretaría de salud Municipal.
- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Bogotá: Ministerio de la Protección social-OMS.
- Ministerio de la Protección Social Fundación FES Social. (2005). *Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

- Ministerio de Protección Social. (2007). *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1998). *Política Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Ministerio de Salud de la República de Colombia.
- N, E. A. (2005). *Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Nutbeam, D. (1996). *Glosario de promoción de la Salud*. Washington: OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Mental Health Policy, Plans and Programmes (Edición en Español)*. España: Editores Médicos, S.A.
- Québec, G. d. (1994). *La Política de la Salud y del Bienestar*. Québec: Ministère de la Santé et des Services.
- República de Colombia Ministerio de la Protección Social, A. C. (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud Mental: Fuerza impulsora del país y de la garantía de derechos. Documento propuesto para la discusión*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Restrepo-Espinosa, M.H. (2006). "Promoción de la Salud Mental. Un marco para la formación y para la acción". *Revista Ciencias de la Salud. Universidad El Rosario*. ( 4 (Especial) ), 186-193.
- Sabogal, M. (1 de Julio de 2008). ACSAM. Recuperado el 10 de Mayo de 2010, de ACSAM: [http://www.acsam.com.co/paginas/informacion/monog\\_SaludMen](http://www.acsam.com.co/paginas/informacion/monog_SaludMen)
- Secretaria de Salud de Casanare. (2008). *Plan Departamental de Salud Casanare*. Yopal: Gobernación de Casanare.
- Universidad Militar Nueva Granada, S. d. (2007). *Salud Mental en el Departamento de Casanare*. Yopal: Secretaria de Salud de Casanare.
- Urrego Mendoza, Z. (1997). *Diagnóstico de Salud Mental del Departamento de Casanare*. Yopal: Secretaría de Salud de Casanare.
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (2), 307-319.
- WHO. (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva: WHO.

# **ANEXOS**

Anexo 1. Grupo de participantes de la Fase Seminario-taller "Salud Mental: Un Reto para la Salud Pública del Departamento de Casanare, Yopal Octubre 8 de 2010, Centro de Convenciones El Maná.



*Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - Educación Continuada*

**LISTA DE ASISTENCIA**

**SEMINARIO SALUD MENTAL: UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DEL  
FECHA: OCTUBRE 8 DE 2010**

No.	No. CC	Nombres	Apellidos	Correo electrónico	Entidad
1	23702155	ANABEL	ABRIL LOPEZ	anabelabril20@yahoo.es	JUNTOS AGUAZUL
2	68293470	LAURA MARIA	ACEVEDO GALAVIZ	laurymar295@gmail.com	Alcaldía de Yopal _ gerencia de salud
3	1118120132	MIRIAM	ALVAREZ	mir_86@live.com.ar	Alcaldía municipal de monterrey
4	46374640	MARIA CAROLINA	AVELLA	carito020477@hotmail.com	Coordinadora programa discapacidad
5	52705177	CLAUDIA SOFIA	AYALA HERNANDEZ	claoayala@hotmail.com	Secretaria de salud
6	40325906	ALYZZADIELA	BALLESTEROS RAMOS	alyzzadiela_@hotmail.com	COMISARIA DE FAMILIA PORE
7	47442357	OLGA LUCIA	BARRERA GARCÍA	lucia22barrera@hotmail.com	UNAD
8	1116543061	MARCELA	BARRERA MONROY	enyba03@hotmail.com	Programa mujer
9	7167519	JUAN CARLOS	BARRETO PIÑA	juanca.ola@hotmail.com	Gerencia de Salud Municipal (Yopal)
10	24228450	GLORIA ESPERANZA	CAMARGO	gloriacamargo06@hotmail.com	HOSPITAL JUAN HERNANDO URREGO
11	23725816	LILIANA	CARDENAS TOVAR	li_cato@hotmail.com	ALCALDIA MANI
12	43190780	MARIBEL	CASTRILLON ZULUAGA	eugenia85@hotmail.com.ar	UNAD
13	47432851	LIDA MARIA	CASTRO TOBIAN	lidamaricastro@yahoo.es	UNAD
14	46376035	SANDRA LILIANA	CHAPARRO BARRERA	sandra.chaparro@icbf.gov.co	ICBF
15	23710373	YENIFER MARITZA	CHÁVEZ	machado1908@gmail.com	Salud pública San luis de palenque
16	1118531652	MIRTA	CORREA PÉREZ	micope12@gmail.com	EJERCITO YOPAL
17	52955240	YILMA YANITH	CUBIDES PEÑA	yilma_cubides@msn.com	tamara su salud I.P.S
18	20947534	MARIA NIEVES	DIAZ BASTIDAS	marianieves0904@yahoo.com.co	SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE
19	39950326	YIBI SHIRLEY	DIAZ RODRIGUEZ	yisirdi@yahoo.com	villanueva
20	35250721	CARMEN LILIANA	DOMINGUEZ	klidose@yahoo.com	PIC sácama - Trinidad



21	1118537352	MARÍA ODALY	DUCON AYALA	othallie88@hotmail.com	UNAD
22	52869966	GHENY MARITZA	DURAN RODRIGUEZ	almate575@hotmail.com	SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE
23	74371943	MIGUEL ANGEL	ESPITIA SILVA	psmaes@hotmail.com	REDSALUD
24	28565771	NELSY	FLOREZ PÉREZ		Despacho Gobernación
25	7364802	DIEGO ALEJANDRO	FORERO MORALES	mdforero@yahoo.com	Alcaldía Yopal-Gerencia de salud municipal
26	33625429	JENMY EDID	FRAGOZO RIOS	fregoza83@hotmail.com	Instituto Educativo del Llano
27	47438370	SANDRA ISABEL	FUENTES		Secretaría de Educación
28	17339136	HECTOR MANUEL	GALINDO SABOGAL	audigestion@gmail.com	Red Salud Casanare ESE
29	1070950532	YISSEL SUSANA	GAMEZ MELO	lindasusy1988@hotmail.com	UNAD
30	53080749	ERIKA CAROLINA	GARZON	carito749@yahoo.com	RED SALUD CASANARE E.S.E.
31	1121838011	YULI MILENA	GARZON	milenita_0187@hotmail.com	red salud casane e.s.e.
32	10219811	FERNANDO	GIRALDO VALENCIA	fernandovalencia@hotmail.com	Particular
33	74753096	NELSON ENRIQUE	GOMEZ VILLAMIZAR	neag57@hotmail.com	hospital juan herndo urrego
34	1098624307	ZULMA	GONZALEZ PEREZ	zugape012@hotmail.com	UNAD
35	47433222	YENI EMILCE	GUALDRON	yenigualdronliz@hotmail.com	CRC
36	33377561	ANGELA MARÍA	GUERRA CORDERO	alegrata_z@hotmail.com	ESE Hospital Aguazul
37	1118529528	SYLVIA DANIELA	HERNÁNDEZ BASTILLA	sylviahdz28@yahoo.es	Secretaría de Salud de Paz de Ariporo
38	52425287	DAISSI ESPERANZA	JIMENEZ	machado1908@gmail.com	Secretaría de desarrollo de San Luís de Palenque
39	46378459	GUATIBONZA RODRIGUEZ	MARITZA	marengo79@hotmail.com	laboratorios gama
40	33700277	FRANCY YOLANDA	MENA DAZA	francymd77@hotmail.com	COMISARIA FAMILIA AGUAZUL
41	80085900	FABIO ANDRÉS	MONROY	famonroy35@hotmail.com	Secretaría General
42	33645459	BELCY	MORENO LOMBANA	dasimor@yahoo.com	HOSPITAL LOCAL JUAN HERNANDO URREGO
43	42137238	PAULA ANDREA	MORENO SEPULVEDA	paomoreno980@hotmail.com	Salud Pública Pore
44	1077841012	YENNY COSTANZA	MURCIA CHINCHILLA	yennycostanza9@hotmail.com	red salud casanare
45	49732050	MERLY	OLIVEROS LARIOS	mol.26@hotmail.com	RED SALUD CASANARE E.S.E.
46	47436933	SONIA LUCIA	OTALORA MORA	slom111@hotmail.com	UNAD
47	51735746	JULIETA	PALACIO PINZON	julpalacio@hotmail.com	Secretaria de Salud de Casanare
48	38246134	MARY NAIDU	PARRA ESTEVEZ	negra731@hotmail.com	ACCION SOCIAL DEPARTAMENTAL
49	91280830	JOEL	PATIÑO DIAZ	jolpajunior@hotmail.com	red salud casanare e.s.e

50	24227432	BLANCA NIEVES	PEDRAZA LOZANO	nievespedraza@hotmail.com	UNAD
51	23739685	MARIA CONSUELO	PÉREZ	<a href="mailto:mconsuelop@hotmail.com">mconsuelop@hotmail.com</a>	Coordinadora Programa Mujer
52	47441569	ARELIS SIRLEY	PEREZ CACHAY	ARELIS83@HOTMAIL.COM	GERENCIA DE SALUD-LINEA DE SALUD MENTAL
53	80817938	RUBEN DARIO	PEREZ CONTRERAS	psiruben@yahoo.es	UNAD
54	1118532757	ALBA KATHERINN	PEREZ MARTÍNEZ		Secretaría de Educación
55	35200297	FABIOLA	QUINTERO MUÑOZ	<a href="mailto:fabiola.quintero@hotmail.com">fabiola.quintero@hotmail.com</a>	Psicorientadora Colegio Ezequiel Moreno
56	79462043	ANTONIO	RADZIUNAS PULIDO		Talento humano
57	47433888	CRISTINA	RINCÓN MOLINA		
58	47429723	ULDY NAVIBE	RINCON ROJAS	uldynayibe@hotmail.com	Iglesia Cristiana Cuadrangular Central
59	40305701	LEIDY YOHANA	RODRIGUEZ AVILA	leidyyrodriguez@hotmail.com	red salud casanare
60	47426511	DIANA SOFIA	RODRIGUEZ MACIAS	disoffir@hotmail.com	red salud casanare
61	72325961	YESID	ROJAS CEPEDA	yesomechita@yahoo.com	ALCALDIA DE MONTERREY
62	52265688	DIANA PAOLA	ROJAS MUÑOZ	dianapaor@gmail.com	Gerencia de Salud Municipal
63	74811099	GERMAN	ROPERO PÉREZ	germanrop@hotmail.com	Independiente
64	74770169	RICARDO	SANABRIA	richysana80@hotmail.com	cooprosperar
65	2147483647	CARLOS ALBERTO	SILVA GUALDRON	puzzle07v@hotmail.com	UNAD
66	74861318	CLAUDIO MAURICIO	SUAREZ CUTA	makasan79@hotmail.com	independiente
67	31021546	SANDRA	TRASLAVIÑA VARGAS	sandramtv79@hotmail.com	RED SALUD CASANARE E.S.E.
68	40438954	RUTH VIVIANA	VALLEJO	rubivallejo@gmail.com	red salud casanare e.s.e.
69	1006558715	MERCY ALEJANDRA	VARGAS CHAPARRO	mercy.chap@gmail.com	UNAD
70	28697601	YOLI	VARGAS SANCHEZ	yovasa19652008@hotmail.com	villanueva
71	1116690363	MARIA DEL PILAR	VEGA PIDIACHE	pilyh77@hotmail.com	UNAD
72		JAVIER	VIEIRA MUÑOZ	<a href="mailto:jvieiram@yahoo.com">jvieiram@yahoo.com</a>	Secretaria de Educacion de El Yopal
73	105784098	YULIET LORENA	VINASCO RENDÓN	<a href="mailto:lorenavr@hotmail.com">lorenavr@hotmail.com</a>	Comisaria Paz de ariporo
74	29567463	LINA MARIA	ZAPATA CARVAJAL	linamazapa@hotmail.com	COMFACASANARE
75	39701142	SONIA CRISTINA	ZULUAGA OSPINA	sczuluaga11@hotmail.com	particular
76	47441085	MARILIN	TORRES ARIAS	mavaya1311@hotmail.com	ALCALDIA - SALUD PUBLICA
77	46359441	ANA YALILE	RODRIGUEZ GONZALEZ	anayalilerodriguez@gmail.com	ALCALDIA CHAMEZA - COMISARIA DE FAMILIA

78	46367252	MARIA ANGELICA	SALAZAR VILLEGAS	mariaangelicasalazar@hotmail.com	SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE
79	23724909	NUBIA SARIDZA	ROPERO	sanchor61@hotmail.com	ALCALDIA MANI
80	23418063	MAGDA BEATRIZ	JIMENEZ MAESTRE	magdajm2009@hotmail.com	SACRETARIA DE SALUD
81	39690038	LUZ STELLA	VALDERRAMA	luzvalderrama@hotmail.com	SERVINSALUD
82	68241571	YASMIN	GODOY	yayogomez1@hotmail.com	ALCALDIA DE MONTERREY
83	40330520	MAGDA LILIANA	TOLOSA	liliana-tolosa@hotmail.com	SERVINSALUD
84	24231730	JANELLE ZULEIMA	FORESTIERI	janelforest@hotmail.com	COL. TÉC. MONTERRY
85	35410813	MARIA LUISA	ESQUINAS CABRERA	maylu27210@hotmail.com	PARTICULAR
86	34570793	MARIA EUGENIA	TROCHEZ		PARTICULAR
87	47439315	ANA BERTILDE	PASTRANA LOMBANA	anapast315@gmail.com	ALCALDIA PORE
88	23589133	MARTHA LUCIA	CALIXTO SOLER	luciacalixto85@hotmail.com	PARTICULAR
89	23937486	NEYDUC	PIDIACHE	neyduc@gmail.co	CAPRECOM PORE
90	47437386	ELSA BEATRIZ	PEREZ GRANADOS	beatriz2026@hotmail.com	CENTRO SALUD SAN LUIS
91	47430723	LUZ HELENA	PÉREZ	luzh735@hotmail.com	INST. EDU. LA PRESENTACIÓN
92	31482017	DINA MILENA	CALDERÓN GUERRERO	dyna.j.s.u@hotmail.com	ALCALDIA MANI
93	46376187	CAROLINA	MANOSALVA	saludpublica01@hotmail.com	ALCALDIA VILLANUEVA
94		JULIAN	SALAMANCA	juliansalamanca2@gmail.com	GOBERNACION
95	52017080	OLGA LUCIA	PÉREZ MARIÑO	olpema2012@gmail.com	COMISARIA TÁMARA
96	49783032	MARIA JOSE	CORREA GUERRA	mcorreaguerra@yahoo.com	IPS CONFACASANARE
97	47440534	KAREN	LAGOS MENDOZA	karelas9@hotmail.com	ALCALDIA YOPAL
98		OLGA ISABEL	BERNAL BURGOS	olgaberbu@yahoo.es	ALCALDIA DE TAURAMENA
99	24230168	GLADYS YOLANDA	BARRETO	minucita61@hotmail.com	COL. TÉC. MONTERRY
100	74321771	EDGAR JAVIER	BENITEZ VARGAS	javix04@yahoo.es	COL. TÉC. MONTERRY
101		LUCELLY	TORRES	lucellyt@ejercito.mil.com	EJERCITO TAURAMENA
102		LUIS CARLOS	ESPINOSA	spindelo806@hotmail.com	POLICIA PORE
103		CRISTINA	ACEVEDO	crisacevedo28@yahoo.es	IPS CONFACASANARE
104	47433753	BLANCA	VARGAS CHACÓN	kiviris28@hotmail.com	ALCALDIA TÁMARA
105		AURORA	PARADA TARACHE	aupata@hotmail.com	SEC. SALUD CASANARE
106	23791894	ZULMA	MARTINEZ DUARTE	zulmar17@hotmail.com	CUSIANA SALUD
107		YINEIDY	HERNANDEZ MORALEZ	yohanitahernandez19@hotmail.com	COMISARIA VILLANUEVA
108		SANDRA DANIELA	OROPEZA	psicodany02@yahoo.com	HOSPITAL YOPAL
109		MARITZA	GUATIBONZA RODRIGUEZ	marengo79@hotmail.com	LABORATORIO GAMMA
110		ZULMA	ZAMBRANO	zulmitaz10@hotmail.com	CENTRO INTEGRAL DE BIENESTAR
111	37181315	SANDRA LILIANA	YAÑEZ	sanliya22@hotmail.com	ALCALDIA YOPAL

112	1115852608	MARILUZ	BORDA	<a href="mailto:mariluzborda@hotmail.com">mariluzborda@hotmail.com</a>	ALCALDIA PZA
113		DIANA	SALAMANCA	<a href="mailto:dianasoraya@gmail.com">dianasoraya@gmail.com</a>	HOSPITAL YOPAL
114	74861575	JHON ALBEIRO	MOSUCA RAMIREZ	<a href="mailto:jamosuca@hotmail.com">jamosuca@hotmail.com</a>	COMISARIA AGUAZUL
115		EDY RUTH	MARTINEZ	<a href="mailto:edyruma21@yahoo.es">edyruma21@yahoo.es</a>	COMISARIA MANI
116	4119454	OSCAR	RUIZ GRISALES	<a href="mailto:oscaruiz2005@yahoo.es">oscaruiz2005@yahoo.es</a>	COMISARIA TAMARA
117	52220049	SANDRA PATRICIA	CUBIDES VÁSQUEZ	<a href="mailto:patricia.cubides@yahoo.com">patricia.cubides@yahoo.com</a>	TAURAMENA
118	28152212	SAIDE PATRICIA	QUINTANA SARABIA	<a href="mailto:saidepato@hotmail.com">saidepato@hotmail.com</a>	COMISARIA TAURAMENA
119	46357318	MARIA	QUIJANO	<a href="mailto:quijano.maria@hotmail.com">quijano.maria@hotmail.com</a>	



