

Análisis del cambio en el perfil epidemiológico de salud mental en Niños, Niñas y Adolescentes antes y después de la implementación de los lineamientos de Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social en el departamento Santander.

Aura Isabel Orozco Vega

Trabajo de Grado para Optar el título de Magíster en Gestión Políticas Públicas

Director:

Jorge Andrés Niño

Psiquiatra.

Director de salud mental. UIS.

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Economía y Administración

Maestría en Gestión Políticas Públicas

Bucaramanga

2021

Agradecimientos

Al finalizar este trabajo que me permite culminar mi titulación como magister quiero utilizar este espacio para agradecer principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y llevarme a gerenciar una institución tan reconocida como la ESE Hospital Psiquiátrico San camilo en la cual pude ejecutar este trabajo de aplicación.

A mis padres José Manuel Orozco y Lourdes Vega Daza en especial a mi madre, por ser ese pilar invaluable para cada uno de sus hijos y mi ejemplo a seguir.

A mi esposo Alfredo Plata y mis hijos Laura y Eric Samir por su apoyo y paciencia, por permitirme robarles ese tiempo de familia en este proyecto de estudio.

Y, por último, pero no menos importante a mis profesores y compañeros por su aporte de formación en esta etapa, en especial a un colega Felipe Botero por su apoyo en el proceso de investigación y redacción de este trabajo de manera desinteresada, gracias infinitas por toda su ayuda y buena voluntad.

Contenido

	Pág.
Introducción.	11
1. Definición del Problema.	14
1.1 Identificación del Problema de Investigación.	14
<i>1.1.1 Pregunta de Investigación.</i>	19
2. Objetivos.	21
2.1 Objetivo General.	21
2.2 Objetivos Específicos.	21
3. Marco Teórico.	22
3.1 Antecedentes y Justificación.	22
3.2 La Salud Mental en Colombia.	28
<i>3.2.1 Desarrollo Normativo.</i>	28
<i>3.2.2 Niños, Niñas y Adolescentes en Colombia.</i>	34
<i>3.2.3 La Salud Mental (como concepto) en Colombia.</i>	36
3.3 La Epidemiología.	38
3.4 Políticas Públicas.	41
4. Metodología.	42
5. Perfil Epidemiológico Mental de los Niños, Niñas y Adolescentes en Santander 2012-2017.	47
5.1 Primer Periodo 2012-2014.	48
5.2 Segundo Periodo 2015-2017.	69

6. Implementación de los Lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social en el Departamento de Santander.	88
6.1 Vigencia 2015.	93
6.2 Vigencia 2016.	96
6.3 Vigencia 2017.	101
7. Discusión Final.	106
8. Conclusiones.	117
Referencias Bibliográficas.	120

Lista de Tablas.

	Pág.
Tabla 1. Clasificación de categorías y codificaciones CIE.....	47
Tabla 2. Totalidad de Casos Diagnósticos y Edades 2012-2014.....	67
Tabla 3. Totalidad de Casos Diagnósticos y Edades 2015-2017.....	87
Tabla 4. Resumen de los objetivos y metas de implementación 2016.....	97
Tabla 5. Resumen de los objetivos y metas de implementación 2017.....	101

Lista de Figuras.

	Pág.
Figura 1. Total de Atenciones NNA Por Rango de Edades 2012-2014.....	49
Figura 2. Cantidad de Atenciones NNA Por Sexo 2012-2014.	50
Figura 3. Número de Atenciones de NNA Por Régimen de Salud 2012-2014.....	51
Figura 4. Total de Atenciones NNA Por Municipio de Procedencia 2012-2014.	52
Figura 5. Diagnóstico F300-339 Trastornos Del Humor (Afectivos).....	54
Figura 6. Diagnóstico F10-F19 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas.	55
Figura 7. Diagnóstico F910-919 Trastornos Disociales.	56
Figura 8. Diagnóstico F43 Reacciones a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación.....	57
Figura 9. Diagnóstico F800-F890 Trastornos del Desarrollo Psicológico.	58
Figura 10. Diagnóstico F40-F49 Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos.	59
Figura 11. Diagnóstico F900-F909 Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia.	60
Figura 12. Diagnóstico F700-F799 Retraso Mental.	61
Figura 13. Diagnóstico Problemas de Salud Relacionados con Maltrato.	62
Figura 14. Diagnóstico F42-F42.9 Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....	63
Figura 15. Diagnóstico F51-F51.5 Trastornos No Orgánicos del Sueño.....	64
Figura 16. Diagnóstico F50.9 Trastorno de la Conducta Alimentaria Sin Especificación.	65
Figura 17. Diagnóstico F20.0-F20.9 Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes.	66

Figura 18. Atenciones NNA Por Rango de Edades 2015-2017.....	69
Figura 19. Atenciones NNA Por Sexo 2015-2017.....	70
Figura 20. Atenciones NNA Por Régimen de Salud. 2015-2017.	71
Figura 21. Total Atenciones NNA Por Municipio de Procedencia 2015-2017.	72
Figura 22. Diagnóstico F300-339 Trastornos del Humor (Afectivos).....	73
Figura 23. Diagnóstico F800-F890 Trastornos del Desarrollo Psicológico.	74
Figura 24. Diagnóstico F10-F19 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas.	76
Figura 25. Diagnóstico F910-. F919 Trastornos Disociales.	77
Figura 26. Diagnóstico F43 Reacciones a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación.....	78
Figura 27. Diagnóstico Problemas de Salud Relacionados Con Maltrato.	79
Figura 28. Diagnóstico F700-F799 Retraso Mental.	80
Figura 29. Diagnóstico F40-F49 Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos.	81
Figura 30. Diagnóstico F90.0-F90.9 Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia.	82
Figura 31. Diagnóstico F51-F51.5 Trastornos No Orgánicos del Sueño.....	83
Figura 32. Diagnóstico F42-F42.9 Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....	84
Figura 33. Diagnóstico F20-F29 Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes.....	85
Figura 34. Diagnóstico el F50.9 Trastorno de la Conducta Alimentaria Sin Especificación.	86
Figura 35. Total de atenciones NNA 2012-2014 y 2015-2017.....	106
Figura 36. Total de Atenciones NNA Por Sexo 2012-2014 y 2015-2017.....	108

Figura 37. Total Atenciones NNA Por Rango de Edad 2012-2014 y 2015-2017.	109
Figura 38. Total Atenciones NNA Por Régimen de Salud 2012-2014 y 2015-2017.	110
Figura 39. Total Atenciones NNA Por Municipio de Procedencia 2012-2014 y 2015-2017.....	111
Figura 40. Total de Atenciones NNA Por Diagnóstico 2012-2014 y 2015-2017.....	113

Resumen

Título: Análisis del cambio en el perfil epidemiológico de salud mental en Niños, Niñas y Adolescentes antes y después de la implementación de los lineamientos de Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social en el departamento Santander*.

Autor(a): Aura Isabel Orozco Vega**.

Palabras Claves: perfil epidemiológico, OMS, salud mental, Política Pública de Salud Mental, NNA.

Descripción:

La poca prevalencia en la implementación y seguimiento de políticas gubernamentales, imperativas para el manejo de problemáticas de salud pública, como la salud mental en la comunidad en general que se ha exacerbado en los últimos años, especialmente en población vulnerable que comprende la infancia y la adolescencia; ha dificultado procesos de evaluación y seguimiento que permitan no solo dar solución a dicho fenómeno, si no también ha obstaculizado los intentos de reestructuración e indagación a nivel paradigmático e investigativo. El objetivo principal de esta investigación de acuerdo al establecimiento de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social en el Departamento de Santander, se da en el análisis del perfil epidemiológico de Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes, para ello, se ha aplicado una metodología mixta que incluye métodos propios de los análisis epidemiológicos y estadísticos y otro de análisis comparado para desarrollar cotejos.

Los hallazgos evidencian variación en el perfil epidemiológico de los NNA en los periodos analizados y que algunas de estas pueden ser consecuencia del proceso de implementación de la política pública llevado a cabo por el gobierno departamental, lo cual pudo generar una relación directa entre dichos cambios. Más allá de los resultados obtenidos, se propone hacer hincapié en la investigación conducente a análisis, implementación y seguimiento de procesos que permitan comprender y abordar cada vez y mejor las problemáticas relacionadas con el perfil epidemiológico mental de los niños, niñas y adolescentes del departamento de Santander en los periodos de 2012 – 2014 y 2015 - 2017, antes y después del establecimiento de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social.

* Trabajo de Grado.

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Maestría en Gestión Políticas Públicas. Director: Jorge Andrés Niño, Psiquiatra.

Abstract

Title: Analysis of the change in the epidemiological profile of mental health in Boys, Girls and Adolescents before and after the implementation of the Public Policy of Mental Health and Social Coexistence guidelines in the Santander department*.

Author: Aura Isabel Orozco Vega**.

Key Words: epidemiological profile, WHO, mental health, Mental Health Public Policy, NNA.

Description:

The low prevalence in the implementation and monitoring of government policies, imperative for the management of public health problems, such as mental health in the community in general, which has been exacerbated in recent years, especially in vulnerable populations that include childhood and adolescence; it has hampered evaluation and follow-up processes that allow not only a solution to this phenomenon, but also hampered attempts at restructuring and investigation at the paradigmatic and investigative level. The main objective of this research, according to the establishment of the guidelines of the Public Policy of Mental Health and Social Coexistence in the Department of Santander, is given in the analysis of the epidemiological profile of Mental Health in Boys, Girls and Adolescents, for this, A mixed methodology has been applied that includes methods of epidemiological and statistical analysis and another of comparative analysis to develop comparisons.

The findings show variation in the epidemiological profile of children and adolescents in the periods analyzed and that some of these may be a consequence of the process of implementation of public policy carried out by the departmental government, which could generate a direct relationship between these changes. Beyond the results obtained, it is proposed to emphasize research conducive to analysis, implementation and monitoring of processes that allow us to understand and address increasingly and better the problems related to the mental epidemiological profile of children and adolescents in the department of Santander in the periods of 2012 - 2014 and 2015 - 2017, before and after the establishment of the guidelines of the Public Policy on Mental Health and Social Coexistence.

* Trabajo de Grado.

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Maestría en Gestión Políticas Públicas. Director: Jorge Andrés Niño, Psiquiatra.

Introducción.

El desarrollo del ser humano a lo largo de la historia ha traído positivos y diversos cambios en la forma de estudiar a las personas en búsqueda de mejorar su calidad de vida y su bienestar, esto ha llevado a diseñar diversas estrategias, metodologías, disciplinas y ciencias de conocimiento que aportaran para tener un mejor manejo de la salud mental de los individuos. Aunque estos adelantos contrastan muchas veces con los cambios normativos y políticos por parte de los Estados para implementarlos en las políticas públicas de salud mental que consoliden la postura que una sociedad asume la salud mental de sus ciudadanos.

Para la Organización Mundial de la Salud- OMS las políticas públicas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud y la integración de diversos órganos del Estado de orden nacional, departamental y municipal en búsqueda de la mejor calidad de vida de quienes sufren estos problemas o trastornos para disminuir el impacto social que estos tienen y dignificar su calidad de vida.

Colombia aún es víctima de muchos conflictos sociales y políticos que afectan a su población en especial a los niños, niñas y adolescentes, puesto que, los profundos problemas que enfrenta la sociedad colombiana han generado un impacto gigante en la salud mental de esta población, generando un sin número de problemas o trastornos de salud mental que en la mayoría de los casos nunca reciben acompañamiento. Debido a esto el Estado ha implementado cambios en su normatividad por medio de leyes como la ley 1566 de 2012; la Ley 1616 de 2013 y el Decreto 0685 de 2013 y en sus políticas públicas de salud mental en búsqueda de garantizar los derechos básicos de salud de sus ciudadanos y aunque estas tienen grandes debilidades y no son lo

suficientemente adecuadas para sus necesidades, presentan grandes avances que permiten a sus regiones una mejor atención a sus pacientes.

Uno de estos esfuerzos por parte de las entidades y organismos del Estado colombiano es el dado en Santander durante el 2014, en donde por medio de la ordenanza 031 del 04 de agosto de la Asamblea Departamental, se aprobaron y adoptaron los Lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social, en donde se establecieron diversos objetivos, enfoques, líneas estratégicas y actividades para las acciones de la Gobernación de Santander en pro de atacar los problemas relacionados con la salud mental de toda la población del departamento.

El proceso de implementación de estos lineamientos se dio a partir de 2015, en donde la Gobernación de Santander diseño y aplicó diversas estrategias que le dieran vida a este proceso en todos los rincones del departamento, esperando que se evidenciara mejoría en los principales problemas que afectan a la población, y en especial a los Niños, Niñas y Adolescentes que sufren algún problema o trastorno de salud mental y que en la mayoría de los casos no reciben ningún tipo de atención generando diversos impactos negativos en muchos aspectos de la sociedad.

Desafortunadamente, nunca se ha realizado una evaluación sobre el impacto que han tenido estas acciones del gobierno departamental sobre la salud mental de los Niños, Niñas y Adolescentes, debido a que no se han efectuado los procesos de seguimiento indicados para estos procesos. Debido a esto realmente no se conoce que impactos han tenido frente a la salud mental y se requieren diversos trabajos académicos que puedan suplir esta carencia y permitan la consolidación de conocimientos previos para una mejor toma de decisiones.

En respuesta a esa necesidad existente, esta investigación pretende realizar el análisis del perfil epidemiológico de los Niños, Niñas y Adolescentes que fueron atendidos por primera vez en el Hospital Psiquiátrico San Camilo antes y después del proceso de implementación de dichos

lineamientos, para evidenciar si existe variación en dicho perfil luego de las acciones emprendidas por el gobierno departamental. Para este cometido se pretende usar los datos obtenidos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS aportados por esta institución y divididos en dos periodos de tres años, el primero de 2012 – 2014 previo al proceso de implementación y el segundo de 2015 – 2017 posterior a este proceso, con el fin de evidenciar si existe dicho cambio y si este tiene alguna relación directa con los impactos del proceso llevado para implementar esos lineamientos.

Para ello se pretende usar una metodología mixta que incluye métodos propios de los análisis epidemiológicos y estadísticos y otro de análisis comparado para desarrollar las distintas comparaciones entre ambos periodos. Además, se tendrán en cuenta distintas metodologías para el análisis de los procesos de implementación de políticas públicas o sus lineamientos con el fin de abordar todos los elementos y variables que influyen en el desarrollo de esta investigación.

Con esto se pretende aportar a una posible línea base para evaluar cómo se encuentra la salud mental de los Niños, Niñas y Adolescentes en el departamento de Santander para nutrir la necesidad de información académica que permita un conocimiento más cercano y real de estas problemáticas para que los tomadores de decisión tengan mejores herramientas para realizar los cambios necesarios en sus acciones en pro de mejorar la intervención de estos problemas. También se busca aportar, aunque no se considera una evaluación de impacto, al proceso de conocer si se puede relacionar algún efecto negativo o positivo de las acciones del gobierno departamental en la vida de esta población con el fin de establecer las primeras luces para estos análisis que se consideran tan necesarios e importantes en el país.

1. Definición del Problema.

1.1 Identificación del Problema de Investigación.

En el mundo actual según los datos de la Organización Mundial de la Salud- (OMS, 2017) los trastornos mentales afectan a más de 560 millones de personas, señalando que cinco de las diez primeras causas de discapacidad y muerte prematura corresponden a enfermedades mentales entre las que se encuentran trastornos como *la depresión, trastornos bipolares, esquizofrenia, dependencia al alcohol y trastorno obsesivo compulsivo*. En el caso de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de Salud -OPS, en su estudio sobre *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (2009), determinó que “los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe” (p.8), impactando directamente en los índices nacionales de morbilidad, mortalidad y discapacidad; y afectando directamente en el desarrollo social y económico de los países.

En Colombia, “los trastornos mentales afectan a dos de cada cinco personas adultas” (Posada, 2013, p. 4). Incidiendo con mayor frecuencia en la población de Niños, Niñas y Adolescentes -NNA¹- según los datos de la Encuesta de Salud Mental (2015), arrojando que “A los niños y niñas de 7 a 11 años (...), se encontró que el 44,7% requiere de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para descartar problemas o posibles trastornos” (Ministerio de Salud, 2019, p. 9). Esto ha llevado a que se evidencie que en los jóvenes existe una gran concentración de problemas y trastornos mentales, esto ha llevado a una disminución de la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que

¹ A partir de ahora se usará siempre la sigla NNA para referirse a los Niños, Niñas y Adolescentes.

incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales, esto es evidente en el *Boletín en Salud Mental de NNA de 2017*:

Lo que se ha observado en Colombia es que el número de personas de 0 a 19 años que consultan por trastornos mentales y del comportamiento es cada día mayor. De 2009 a 2016 se atendieron 1.827.955 niños, niñas y adolescentes con diagnósticos con código CIE 10: F00 a F99 (que agrupa los trastornos mentales y del comportamiento), con un promedio de 456.989 de personas atendidas por año, la tendencia es al aumento de casos cada año, con un descenso importante en 2016. Los jóvenes de 15 a 19 años fueron quienes más consultaron durante toda la serie estudiada, sin embargo, cuando se estudia la proporción de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, se observa que el grupo de edad de 5 a 9 años es el más afectado, seguido por el de 10 a 14 años. (MinSalud, 2017, p. 7).

En caso específico del departamento de Santander, el Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS) divulgó un documento sobre la *Situación de Salud Mental en Santander* (2014), afirmando que durante el año de 2013 se recibieron en el Departamento 61.831 registros por trastornos y enfermedades mentales contenidas en los código CIE 10: F00 a F99, “siendo el servicio de consulta externa el que más aportó registros (54.273 registros), seguido del servicio de hospitalización con 3.412 registros, la consulta de urgencias con 3.136 registros y el servicio de urgencias con observación con 1.010 registros” (OSPS, 2014, p. 4).

Teniendo en cuenta este panorama y entendiendo que los problemas y trastornos de salud mental traen consigo importantes consecuencias que trascienden el estado de salud psicológica de los pacientes, puesto que muchas patologías traen con si cambios físicos de manera drástica que pueden modificar por completo los hábitos de vida de la persona o requerir acompañamiento adicional para su cuidado lo que eleva los costos de la enfermedad.

En dichos casos cuando existe un miembro del núcleo familiar que sufre de algún problema o trastorno de salud mental la carga económica llega a su entorno social más próximo, causando trastornos y debilitando el organismo productivo de la sociedad pues el impacto económico que conllevan los pacientes con este tipo de afectaciones es multidimensional pues según la OPS (2018), “el desequilibrio entre la carga total causada por trastornos mentales y el gasto total en salud asignado a la salud mental provoca una brecha entre la carga y el gasto de 3 veces en los países de altos ingresos a 435 veces en los países de bajos ingresos” (p. 10).

Dichos costos económicos se reflejan en factores como la disminución del ingreso personal; en la capacidad de la persona enferma y de sus de sus cuidadores para trabajar llevando en la imposibilidad de estos actores para contribución a la economía nacional, así como en el aumento de la utilización de los servicios de atención en salud, apoyo médico y logístico. El costo de los problemas de salud mental en algunos países, según datos de la OMS (2004), es considerablemente alto

Se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto, más aún, las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico (p. 5).

Estos costos se incrementan de forma significativa cuando los trastornos se dan en la población infantil y adolescente, pues representan sobre costos al Estado y sus familias, que van desde las posibles pérdidas en el proceso de escolaridad básica y profesional; a gastos públicos asociados a la inversión en salud especial de los países y las familias de los pacientes; y a los costos adicionales en los sistemas de justicia y responsabilidad penal de menores.

Es importante tener en cuenta que los impactos de las enfermedades mentales, no solo se dan en el ámbito de lo económico; el entorno familiar de las personas enfermas sufre también graves afectaciones sociales y familiares en donde el histórico estigma y rechazo hacia las personas con trastornos mentales, produce múltiples conflictos con los familiares del círculo más cercano, quienes por lo general son los cuidadores de estas personas, lo que va generando malestar en sus estados emocionales; que en algunas ocasiones desembocan también en trastornos mentales o emocionales que requieren la intervención de un profesional médico.

Según el documento de la Política de Salud Mental (2018), en donde se analizan los resultados de las 3 grandes encuestas sobre salud mental hechas en el país, 1993, 2003 y 2015 se puede identificar que existe un preocupante incremento de los índices negativos de salud mental en Colombia, elevando la carga fiscal y el gasto para la inversión en salud mental, además, de dejar en evidencia una clara deficiencia en la gestión estatal frente a este asunto de suma importancia. Este contexto requiere que tanto el Estado de nivel central y regional, diseñen e implemente instrumentos políticos que acorde a los establecido por la OPS y la OMS, para mejorar no solo la atención a los pacientes en materia de salud mental, sino para mitigar los efectos negativos de estas patologías y prevenir su aumento.

En ese sentido, se deben reconocer algunos esfuerzos por parte de las autoridades estatales en el desarrollo de una normatividad que pretendía organizar y orientar las acciones gubernamentales en pro de esta necesidad en mejorar la gestión de la salud mental de los ciudadanos, por ello, en 1998 se da expedición por parte del Ministerio de Salud de la Resolución 2358, en donde se formuló la Política de Salud Mental, posteriormente en 2005 el mismo ministerio en compañía de algunos actores privados publican un documento en donde señalan los lineamientos de una nueva Política de Salud Mental para Colombia, aunque estos no llegaron a

implementarse u oficializarse por parte del gobierno nacional. En 2013 se da la publicación del plan decenal de salud 2012-2021 en donde se incluyeron algunos ejes transversales para el mejoramiento de la atención en salud mental. En 2014 se publica la “Propuesta de Ajuste a la Política Pública de Salud Mental 2014 y su respectivo Plan de Acción 2014 – 2021” realizada por el Ministerio de Salud y la Universidad Nacional, en donde se centrarían las bases de los ejes fundamentales y los lineamientos para que en 2018 se publicara la Política Pública de Salud Mental en donde se recogerían todos estos esfuerzos y se crearía la ruta de acción por parte del Estado en cuanto al cuidado de la salud mental de los colombianos, aunque dicho documento crea unos ejes de acción para el manejo de la salud mental en el país, estos esfuerzos no son respaldados financieramente por parte del gobierno nacional, por lo que su aplicación real hasta el momento ha sido muy escasa.

Por cumplimiento de esta normatividad a nivel nacional, muchos de los departamentos también fueron adoptando sus lineamientos y políticas públicas en la misma dirección que proponía el gobierno nacional, por ello en Santander se crearon *lineamientos de una política pública de salud mental departamental*, establecidos desde 2014 por el Asamblea Departamental (Ordenanza 031, 2014). Estos lineamientos pretendían establecer la ruta de acción y los ejes fundamentales que debían desarrollar las autoridades departamentales y municipales en el mejoramiento de la salud mental, lo que debía permitir una notable disminución en los costos, casos y problemas asociados a la salud mental.

Estos lineamientos aprobados para el departamento, concebían un plan de aplicación que sirviera como base para algunas acciones estatales que promovieran la salud mental en el departamento, por ello, se dio la inclusión de sus objetivos y ejes de acción en el plan de desarrollo departamental 2014-2018 que dejó en manos de la Gobernación de Santander como el ente

encargado de desarrollar los planes, programas y proyectos que permitieran la ejecución de dichos lineamientos. Por ello durante el periodo entre 2015 y 2017 se realizaron algunas acciones para cumplir con dichos objetivos.

Desafortunadamente no existen muchos análisis, informes, entrega de resultados o evaluaciones de impacto de esta política pública, lo que deja una gran deuda de la academia y el Estado, debido a que no se tiene una clara observación de los resultados del diseño e implementación de dichos lineamientos frente a la realidad de las afectaciones en la salud mental de los ciudadanos y aún más específico en los NNA ya que deberían ser la población con mayor objetivo de impacto de todo este escenario debido a los costos que representan a nivel social, económico y político a los países.

Esta investigación pretende aportar un análisis que permita establecer si existió una variación en la salud mental de los NNA en el departamento de Santander en relación al antes y el después del diseño e implementación de los lineamientos de la política pública de salud mental del departamento de Santander.

1.1.1 Pregunta de Investigación.

Motivados por aportar un análisis que permita la creación de insumos para que los tomadores de decisión puedan evaluar el real impacto de sus actuaciones frente al diseño e implementación de dicha política pública, se busca responder el siguiente problema ¿Cuál fue el impacto del diseño e implementación de los lineamientos de la política pública de Salud Mental Y Convivencia Social en el perfil epidemiológico de salud mental de los NNA del departamento de Santander? Para dar respuesta a este cuestionamiento se implementará una metodología de análisis comparado que nos permita establecer si efectivamente existió un cambio luego de la aplicación

de los lineamientos de la política pública o no según la información que aporta el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) de la principal institución de salud mental del departamento el Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Para poder desarrollar este análisis comparado se establecieron dos periodos de 3 años, el primero comprendido entre 2012 y 2014 y el segundo entre 2015 y 2017, con el fin de establecer a través de los RIPS, cuál era el panorama de la atención de salud mental en los NNA antes del diseño e implementación de los lineamientos de la política pública de salud mental y si existió alguna variación que se permita asociar a los distintos planes, programas y proyectos que se diseñaron con el fin de dar vida a los lineamientos e influir en la salud mental de los NNA.

Este tipo de trabajos aportan desde el ámbito de la academia a la administración pública, permitiendo determinar si las acciones estatales están respondiendo a las necesidades de los ciudadanos y la solución de este delicado problema de salud pública; posibilitando la retroalimentación y mejoramiento de este tipo de procesos gubernamentales.

2. Objetivos.

Para el desarrollo del problema planteado se han establecido objetivos con la finalidad de abordar todos los elementos necesarios para la construcción de un análisis comparado que permita establecer la relación entre las acciones tomadas con base en la política pública de salud mental en Santander frente a la variación del perfil epidemiológico de los NNA.

2.1 Objetivo General.

Analizar el perfil epidemiológico de Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes entre 2012 y 2017 frente al establecimiento de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social en el Departamento de Santander.

2.2 Objetivos Específicos.

- Analizar el perfil epidemiológico mental de los niños, niñas y adolescentes del departamento de Santander en los periodos de 2012 – 2014 y 2015 - 2017, antes y después del establecimiento de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social.
- Describir el proceso de implementación de los lineamientos de Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social establecidos en el departamento de Santander.
- Contrastar los resultados del perfil epidemiológico de Salud Mental en niños, niñas y adolescentes antes y después del establecimiento e implementación de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social en el departamento de Santander para determinar si existe una relación entre ambos.

3. Marco Teórico.

3.1 Antecedentes y Justificación.

La literatura existente sobre la salud mental es muy amplia y diversa, desde el campo médico, político, biológico y social se han hecho aportes a este importante tema, lo que ha generado que existan cientos de escuelas teóricas, posturas analíticas, metodologías de aplicación, análisis médicos y psicológicos, modelos de atención y otros muchos elementos que hacen parte del universo de la salud mental. Incluso se pudo evidenciar que existen diversos aportes académicos sobre la relación existente entre las políticas públicas y la salud mental; como objetivo de la primera en cuanto a atender las necesidades de las personas y la segunda como un aspecto vital de la vida humana.

Es por ello que no son pocos los aportes realizados a nivel mundial que se ocupan del análisis en diversos aspectos de estos dos elementos, un ejemplo de ellos son los trabajos de Martin de Lellis (2013), en su texto “Salud mental en la agenda de las políticas públicas”, en donde analiza cómo se debe dar el proceso de institucionalización de las políticas públicas en los modelos de atención de salud mental; La guía publicada por la Organización Mundial de la Salud (2006), titulada “Políticas, Planes y Programas de Salud Mental” donde se pretende establecer un modelo de cómo se debe construir y aplicar políticas públicas eficientes y eficaces para mejorar la salud mental de cualquier población; el libro de Rafael Huertas (2017), “Políticas de Salud Mental y cambio social en América Latina” se aborda la historia de las políticas públicas desde los años 70’s hasta el siglo XXI en países de América latina y cómo estas han sido influenciadas por los cambios sociopolíticos que vivieron dichos países; El libro de la OMS (2005), “Políticas y planes de salud mental para niños y adolescentes” se establecen los mínimos necesarios que deben tener en cuenta los países que quieran establecer políticas serias de salud mental para esta población y

los impactos que pueden tener en la sociedad; e incluso textos como los de Gregorio Katz & Eduardo Madrigal (2017), titulado “La salud mental en el ámbito poblacional: la utopía de la psiquiatría social en países de bajos ingresos” plantean un análisis muy interesante sobre los diversos aspectos que tiene hacer políticas públicas de salud mental en países pobres que de verdad impacten a la población que tiene severas afectaciones de salud mental con múltiples causas e impactos, además de la incapacidad de los Estados para atender dichas necesidades de sus ciudadanos y los aportes de Belfer, M., and Rohde, L. (2005), en su texto “Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research” se analiza el panorama de los distintos problemas y su progreso frente a las políticas que buscan un bienestar en su salud mental para los niños y adolescentes en países de América Latina y el Caribe.

Asimismo existen aportes a nivel regional, en distintos países de América Latina se ha analizado la relación que tienen las políticas públicas con la salud mental; por ejemplo, en México los trabajos de Juan Muñoz (2016), “Una reflexión en torno a las políticas públicas sociales de salud mental en México” o los textos de Miguel Chávez (2013), “La Salud Mental, el capítulo olvidado de las Políticas Públicas del Gobierno Mexicano 2000-20012” donde se analizan como se ha desarrollado la relación entre las políticas públicas y la salud mental en México, encontrando que aunque en las primeras décadas del siglo XXI se han realizado algunos avances en estos temas, aun no se han consolidado criterios y modos de acción que creen una verdadera postura de acción por parte del Estado frente a los problemas de la salud mental de sus ciudadanos.

En Chile se han realizado algunas investigaciones como las de Ricardo Aveggio (2014), “Psicoanálisis y políticas públicas de salud mental en Chile: universalidad, diversidad y singularidad” en el cual acerca las políticas públicas hacia una rama de la salud mental que es el psicoanálisis y además señala la estrecha relación de estos elementos sobre aspectos de la

diversidad humana y su importancia de inclusión en la agenda pública o los trabajos de Ferrari Gutiérrez & Doménico Jesús (2017), “Salud mental en Chile: análisis y propuestas de política pública con enfoque en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales” analizan como las políticas públicas de salud mental no solo deben tener un enfoque de atención, sino que deben ser las bases para la prevención de las afectaciones de la salud mental como único medio posible para un verdadero bienestar duradero en la ciudadanía.

También están los trabajos en Argentina de autores como Nicolas Campodónico (2019), “El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010)” en donde analiza cómo han impactado las políticas públicas en salud mental pero no desde la perspectiva del paciente o beneficiario de estas, sino en la formación de los profesionales médicos y de psicología que han evolucionado a la par que se les imponen nuevos referentes normativos que condicionan los límites de su accionar y por ende modifican la formación de los nuevos profesionales para estar en armonía con dichas políticas públicas, este trabajo consideramos que debe resaltarse ya que pocas veces se relacionan los impactos de los tomadores de decisión sobre los profesionales que deben atender dichas disposiciones y es un campo muy poco explorado por la academia; por otra parte están las investigaciones de Agustina María Edna (2016), “Políticas sociales de salud mental y transformaciones del Estado Argentino 1945-1990” En donde analiza la evolución de las políticas de atención en salud mental según los distintos tipos de Estado que tuvo el país y como se priorizo o ignoro dicho elemento en cada uno como política social.

A nivel nacional, son variados los aportes que existen a la relación entre políticas públicas y la salud mental, la investigación de Parales José, Urrego Zulma y Herazo Edwin (2014), que en su textos “La insoportable levedad de la política pública nacional de salud mental para Colombia:

flexiones a propósito de la propuesta de ajuste 2014”, que analizan para la fecha como estaba el panorama de la salud mental desde las políticas públicas y como se hacía necesario una revisión más exhaustiva a los ajustes que se proponían ya que estos resultaban ineficientes para las necesidades de la población; el texto de Carlos Molina (2020), “Política de Salud Mental para la población adulta mayor en Colombia” se señala que la población adulta mayor es una de las más afectadas por trastornos de salud mental en el país y a su vez es la que menos atención recibe por parte del sistema de salud, dejando en un estado precario a esta población; el texto de Dora Hernández & Cristian Sanmartín (2018), “La paradoja de la salud mental en Colombia: Entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma” en el cual el análisis se centra en lo complejo que es el manejo de la salud mental en el país debido a las grandes afectaciones que ha sufrido la población colombiana por el conflicto armado y como se incorporan los derechos humanos, la normatividad existente, la burocracia administrativa y la cultura para establecer un panorama crítico de la salud mental en Colombia y poner en evidencia las carentes acciones del Estado para atacar dicho problema; el texto de los autores Jairo Gallo & Anika Quiñones (2016), “Subjetividad, Salud Mental y Neoliberalismo en las Políticas Públicas de Salud en Colombia” se pretende analizar como diferentes factores ajenos a los proceso médicos como el neoliberalismo y el sistema de salud nacional han creado una subjetividad frente a la salud mental en donde no se abordan los problemas reales de base, sino que se mitigan ciertos impactos debido a que el Estado y la sociedad aun no dimensionan el verdadero alcance de una población con una salud mental positiva en el desarrollo de la sociedad; los aportes de Silvia Caicedo (2012), “Aproximación al análisis de la política de salud mental en Colombia” la autora señala que la reforma del Estado a la salud pública nacional por la vía de la descentralización se ha convertido en una traba para generar un verdadero impacto en la mejoría de la salud en el país, ya que no se ha generado un

proceso eficiente de gasto público y organización estatal para atender las necesidades de la salud mental y el texto de Carlos Palacio (2018), “La salud mental como política de salud pública” en donde realiza una crítica a que existan políticas de salud mental independientes ya que acentúa la diferencia entre mente-cuerpo que no debería existir en este campo, puesto que, cuando se habla de salud pública se debe incluir la salud mental, además esta diferencia ha hecho que sean pocos o escasos los esfuerzos nacionales por una verdadera atención de los problemas o trastornos mentales lo que lleva a que no haya una verdadera rehabilitación de los pacientes.

En el orden territorial se localizaron dos investigaciones en modalidad de trabajo de grado, una de Mónica Flórez (2014), “Lineamientos de base para formular política pública de salud mental de los adolescentes del municipio de Mogotes Santander” en donde se establecen posibles lineamientos para la construcción de una política pública en dicho municipio, pero que nunca fue llevado a una realidad por la administración municipal y el trabajo de Carlos Falla & Alonso Rodríguez (1994), “Modelo administrativo para el programa de atención integral al niño, adolescente y su familia (painea), del Hospital Universitario Psiquiátrico San Camilo” En donde se pretende establecer la forma en la que se ha organizado la atención de los NNA en dicha institución que es la más grande a nivel local. Estas fueron las únicas investigaciones relacionadas con el tema que se pudieron encontrar, lo que evidencia un vacío en el campo de la investigación regional en tanto son escasos los trabajos académicos que den cuenta de la importancia de comprender que las políticas públicas son una herramienta efectiva para mejorar la salud mental.

Es precisamente por la carencia de estas investigaciones y sumado a una larga experiencia laboral de la investigadora principal en el área de la salud y aún más siendo gerente del Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, la institución pública de salud mental más grande del departamento, que nace el llamado a centrar los esfuerzos académicos en el marco de la Maestría

en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad Industrial de Santander, a analizar cómo en el departamento se ha dado esta relación entre la salud mental y las políticas públicas, luego de la creación de unos lineamientos de política pública en 2014 y su posterior aplicación que en los años siguientes estuvo en manos de dicho hospital psiquiátrico por medio de convenios interinstitucionales con la Gobernación de Santander.

Es por ello que el pretender establecer si hubo un cambio en el perfil epidemiológico de los NNA atendidos en dicho hospital luego de la creación e implementación de los lineamientos departamentales, este es un aporte desde lo local a entender cómo se vive en realidad la relación entre la salud mental y las políticas públicas. Además, se considera que es innovador y exploratorio el desprender este análisis desde el punto de vista epidemiológico ya que en dicho campo influyen factores mucho más complejos, que no serán atendidos profundidad en esta investigación y que pueden tener múltiples dimensiones de estudio, pero se considera que es importante esta perspectiva ya que el análisis epidemiológico partirá de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud -RIPS de los cuales se basa este estudio, son una fuente muy fiable y de las pocas existentes con datos reales en tiempo, espacio, población, diagnóstico y demás elementos que se pueden encontrar para comprender como ha evolucionado la salud mental de los NNA y si existe algún impacto del accionar estatal que se pueda registrar por medio de dichos datos.

Consideramos que estas investigaciones son muy necesarias, ya que los análisis locales permiten establecer panoramas reales a los tomadores de decisión a nivel local, sin el apoyo de la academia que estudie y analice las acciones tomadas y sus impactos, el Estado pierde una valiosa fuente de información que le puede permitir ser más eficiente y eficaz en los procesos posteriores para mejorar sus actuaciones.

3.2 La Salud Mental en Colombia.

3.2.1 Desarrollo Normativo.

Los especialistas en administración de salud Nelson Ardón Centeno y Andrés Cubillos Novella (2012), plantean que el proceso de surgimiento y evolución de la normatividad colombiana relacionada a la salud mental se divide en dos grandes momentos históricos: el primero que va de 1960 a 1993 el cual compren los avances académicos y normativos para la salud mental; y el segundo desde 1993 hasta la actualidad el cual se desarrolla principalmente con la llegada de la ley 100 la cual transformaría el sistema de salud en el país.

Este primer período representa el primer cambio radical en el modelo de administración de la salud mental pasando del “modelo de atención del manicomio y la caridad a un modelo médico, con estancias de internación breves y con una finalidad de rehabilitación del individuo” (López, Álamo & Cuenca, 2000), esto surge como consecuencia de eventos históricos como la incursión de otras disciplinas y ciencias del conocimiento como las ciencias sociales en el área de la salud; la introducción a finales de los años cincuenta de medicamentos psiquiátricos (psicofármacos) que modificó radicalmente todos los aspectos del tratamiento médico y personal dado a los pacientes; la aparición de la corriente anti psiquiátrica y el modelo de comunidad terapéutica; la apertura de y los planteamientos sobre la patología mental y la promoción de la salud. Este nuevo pensar en el modelo médico cambia también la percepción del paciente que sufre enfermedades mentales, convirtiéndolo en un sujeto de derecho al que debe garantizársele desde el Estado inclusión social y un tratamiento adecuado a su patología (Ardón & Cubillos, 2012).

Durante este primer periodo el Estado, realizó diferentes esfuerzos políticos y administrativos que respaldaran el cambio del modelo de atención, algunas de estas iniciativas estatales fueron:

Se crea la *Sección de Salud Mental de la División de Atención Médica en el Ministerio de la Salud Pública*, en 1963. Mediante el Decreto 3224 de 1965 (Decreto 3420, 1965), se origina el *Consejo Nacional de Salud Mental*; con la Resolución 679 de 1967, se establece la primera política oficial para implantar unidades de salud mental en hospitales generales. En 1970 mediante el Decreto 11 se dictan medidas de protección social para evitar la perturbación pública como consecuencia de la intoxicación por alcohol, enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas (SPA); Se crea la *División de Salud Mental* en el año de 1974, con dos secciones: prevención y promoción, y los programas asistenciales, que hacia finales del periodo en mención y hasta la actualidad, con la reestructuración del Ministerio de Salud, pasan a ser el Programa de Comportamiento Humano, responsable de la salud mental en el sector (OPS, 1990).

En las décadas de los setenta y de los ochenta se lleva a cabo el Primer Macro diagnóstico de Salud Mental, el Primer Programa de Salud Mental y el Primer Plan Nacional de Salud Mental (Ardón, et. al. 2012). El primer gran estudio de diagnóstico de salud mental fue realizado en 1974 y fue basado en los lineamientos de *Plan Decenal para las Américas* (1973). A partir de este momento las políticas estatales sobre salud mental se expresan en términos epidemiológicos y de prestación de servicios.

En 1990 se realiza el Encuentro de Caracas, convocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en donde se firma la *Declaración de Caracas*; por medio de la cual se alienta a los países asistentes a reestructurar la atención psiquiátrica en América Latina, dando paso a “la promoción de modelos alternativos al

hospital psiquiátrico, atención descentralizada, participativa, integral, comunitaria, continua y preventiva, de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)” (OMS, 1990). En ese mismo año la OMS, publica el documento *Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*.

En el año 1991 la Asociación Médica Mundial, presenta la Declaración Internacional de los principios de la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Coincidiendo en ese mismo año la reforma constitucional en Colombia, en donde el país es consagrado como un Estado Social de Derecho, definiendo también los derechos de los colombianos en salud, en donde se establecen puntos específicos sobre salud mental

...relacionados con el disfrute de la salud mental, tales como el derecho al libre desarrollo de la personalidad y la protección de la familia; la protección de las personas con discapacidades; la protección de los NNA, especialmente los menores de edad con enfermedad mental quienes tienden a ser maltratados; la protección de las mujeres y de NNA contra algunas de las formas de violencia que más les afectan; y diversos mecanismos para el reclamo de los derechos individuales y colectivos (Ardón, et. al. 2012, p. 16).

Estos elementos sirvieron como abono al proceso que dio origen a la Resolución 002417 de 1992 (Resolución 2417, 1992), por medio de la cual se dictan los derechos de las personas con enfermedad mental. En el siguiente año, finalmente, se expide la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, adicionado a los anteriores Servicios Sociales Complementarios.

Con la expedición de esta Ley, la estructura de la salud pública en Colombia no solo modifica y estructura el sistema de salud colombiano, sino, marcó un nuevo punto de partida en el devenir históricos de la intención del Estado en definir políticas en salud y salud mental más especializadas y bajo estándares internacionales, lo que se podría establecer como el segundo periodo de la historia de las políticas de salud mental en Colombia.

Las recomendaciones en salud mental promovidas por la OPS y la OMS, tienen incidencia en Colombia, de tal manera que empiezan a elaborarse políticas públicas de salud mental con un enfoque más integral e intersectorial como las siguientes:

En 1998 se promulga la *Política Nacional de Salud Mental*, acogida mediante la Resolución 02358; Entre los años 2003 y 2004, el Ministerio de la Protección Social con apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y mediante convenios de cooperación con la OMS, la Universidad de Harvard y la Fundación FES— desarrolla el *Tercer Estudio Nacional de Salud Mental*, el cual permitió, además de delinear un panorama epidemiológico, establecer relaciones entre salud mental, condiciones socioeconómicas, estado de salud general, medio ambiente social y grado de vulnerabilidad. Luego de este diagnóstico se busca reformular la Política Nacional de Salud Mental que había sido diseñada en el año 1998, construyendo los “*Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia*” (Ardón, et. al. 2012, p. 18).

En el año 2004 el Ministerio de la Protección Social publica la Guía para la Planeación del Componente de Salud Mental en los Planes Territoriales de Salud; En 2006, la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP), por medio de un contrato con el Ministerio de la Protección Social, estructura una *Propuesta de Política Nacional del Campo de la Salud Mental*; Ley 1098 de 2006, *Código de Infancia y Adolescencia* el cual identifica necesidades específicas, no solo por

ciclo vital, sino también apuntando a la defensa de derechos de este grupo vulnerable; La *Ley 1146 de 2007* expide normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de NNA.

En 2007 el Ministerio de la Protección Social, presento la *Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto*, aprobada por el Consejo Nacional de Estupefacientes mediante la Resolución 014, 2008; El *Decreto 3039 de 2007*. Plan Nacional de Salud Pública en el Capítulo V. Prioridades Nacionales en Salud. La salud mental y lesiones violentas evitables; En el 2008, el Ministerio de la Protección Social había generado el borrador para revisión del documento titulado *Un modelo para el componente de salud mental en la Estrategia de Atención Primaria en Salud para el SGSSS*; En el 2009 se publicó *Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010*; La *Ley 1122 de 2007* se incluyeron acciones orientadas a la promoción de la salud mental y el tratamiento de trastornos relacionados con la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio; La *Ley 1616 de 2013. Ley de Salud Mental*. Cuyo objetivo es el de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a NNA, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud; El *Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021*; La Resolución 429 de 2016. *Política de Atención Integral en Salud PAIS.*; Resolución 4886 de 2018. Política Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud y la Protección Social. En esta resolución se compilan las normatividades, estudios y avances para consolidar una política pública nacional sobre la salud mental en donde se establecen las metas y rutas a cumplir por las autoridades estatales.

Todo este recorrido normativo demuestra que Colombia en sus últimos treinta años ha tratado de vincular la salud mental como problema de salud pública, realizando estudios nacionales

con enfoque epidemiológico de caracterización de la salud mental de los colombianos, identificando factores de riesgo y posibilidades de mejora en el tratamiento de trastornos mentales en NNA; generando diversas legislaciones y políticas públicas para el tratamiento de salud mental.

A nivel regional, son pocas las acciones autónomas que el departamento de Santander ha implementado en cuanto a normativas que propendan por mejorar la atención integral de la salud mental de los santandereanos debido a que el accionar político de los tomadores de decisión departamentales se ha limitado al cumplimiento o vinculación de las ordenes nacionales, resoluciones, leyes, decretos o políticas que se han impartido pero sin ejercer un verdadero seguimiento a las acciones o formulando estrategias propias de acción con base en el conocimiento propio de la región..

Una de las acciones adelantadas desde el gobierno santandereano, fue el establecimiento de los Lineamiento de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social en 2014, mediante la *Ordenanza 031 del 2014*, “por medio de la cual se establece la implementación de los lineamientos de política pública de salud mental y convivencia social en el departamento de Santander, estableciendo criterios de promoción y prevención de la salud mental y la convivencia de los santandereanos, con un enfoque diferencial, incluyente y territorial; con especial atención a los niños, niñas y adolescentes” (Ordenanza 031, 2014).

Estos antecedentes normativos anteriormente expuestos son esenciales para entender no solo como se ha desarrollado la atención de la salud mental en el país y las acciones políticas o normativas que se han tomado desde las distintas instancias, sino que permiten establecer un nexo entre las políticas públicas de salud mental, las acciones estatales y los resultados encontrados en diversos estudios luego de la aplicación de las diferentes formas de acción que ha empleado las autoridades estatales. También es importante establecer que, para lo pertinente a esta investigación

aplicada, se busca establecer una relación entre las acciones estatales con base a unos lineamientos de políticas públicas frente a lo que las mediciones epidemiológicas nos permiten encontrar de la realidad de la población y poder identificar si dichas acciones han sido positivas o no con base a las mediciones del perfil epidemiológico de los NNA en Santander.

3.2.2 Niños, Niñas y Adolescentes en Colombia.

Para el estado colombiano el concepto de niños, niñas y adolescentes ha cambiado a lo largo del tiempo, modificando también las políticas públicas diferenciadas encargadas de garantizar sus derechos y su dignidad integral. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF mediante el concepto general unificado niñez y adolescencia (2010), define por niño o niña, las personas entre 0 y los 12 años y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.

La importancia en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes, posee un impacto decisivo para el avance y el progreso de las naciones a futuro, lo que hace que los gobiernos tomen a este grupo con enfoque diferencial como un eje principal de sus políticas públicas. El desarrollo de este trabajo de aplicación tiene como objeto de estudio principal de este grupo prioritario comprendido por niños, niñas y adolescentes para lo cual es necesario entender el contexto por el que se establece como grupo de principal interés para el desarrollo del país.

Esta prioridad política de la gestión pública por los niños, las niñas y los adolescentes tiene tres justificaciones: ética, jurídica y política. La primera justificación es ética: la protección de la infancia y la adolescencia nos dignifica, nos hace mejor sociedad y garantiza el desarrollo humano actual y futuro. La segunda justificación es jurídica: la sociedad ha aprobado un conjunto de normas que definen unas garantías que deben darse a los niños, las niñas y los adolescentes, establecen que su otorgamiento tiene prelación sobre otras responsabilidades y definen sanciones

por su incumplimiento; y finalmente la tercera justificación es política y práctica: lo que hagamos hoy por los niños, niñas y adolescentes mejora nuestro presente y nuestro futuro.

Los niños, niñas y adolescentes comprenden un grupo de "interés superior", lo que les da un enfoque especial de tratamiento consagrado en el artículo 8, de La ley 1098 de 2006 por la que establece el Código de la Infancia y la Adolescencia y definido como “el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos que son universales, prevalecientes e interdependientes”.

Para la OPS (2009), la infancia es una etapa crítica del desarrollo humano en la cual se siembran las semillas de la salud mental y el bienestar del futuro, los trastornos de salud mental que se inician en la infancia o la adolescencia, además del sufrimiento que presentan para el menor y su familia, conllevan consecuencias personales que se extienden hasta la edad adulta, así como consecuencias sociales en cuanto al costo económico y productivo para la sociedad. A una edad temprana, estos trastornos perjudican el alcance educativo y laboral, las relaciones íntimas y la elección de parejas, los embarazos no deseados y el funcionamiento general como adulto.

Según López (2015), el interés superior en los niños, niñas y adolescentes se puede definir como la potenciación de los derechos a la integridad física y psíquica de cada uno de los niños y niñas, persiguiendo la evolución y desarrollo de su personalidad en un ambiente sano y agradable, que apremie como fin primordial el bienestar general del niño, niña o adolescente.

Colombia aprobó en 2006 el Código de la Infancia y la Adolescencia, cuyo contenido tiene en cuenta los lineamientos necesarios para asegurar un buen comienzo de la vida y se basa en el enfoque de los derechos humanos. El Sistema Nacional de Bienestar Familiar es el órgano del estado encargado de definir y llevar a cabo los lineamientos que propenden el fomento de los

derechos de los niños, niñas y adolescentes; siendo garante del cumplimiento, prevención y restablecimiento de los derechos cuando de los niños, las niñas y los adolescentes en Colombia.

3.2.3 La Salud Mental (como concepto) en Colombia.

La OMS define la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (MinSalud, 2017, p. 16).

En Colombia la salud mental se define en varias de sus normas, leyes y políticas; como, por ejemplo, en la Resolución No. 02358 de 1998, por la cual se adopta la *Política Nacional de Salud Mental*, en donde se define la salud mental como:

...la capacidad que tienen las personas y los grupos de éstas para interactuar entre sí y con el medio en el cual viven (...) es un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas de carácter cognitivo, afectivas y relacionales, dirigidas al cumplimiento de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (Resolución, 2358, 1998).

Después en 2013, Ley de salud mental, la define como un:

Estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad” (Ley 1616, 2013, art. 3).

Así, el estado de nuestra mente se ve reflejado en la forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por los contextos culturales, económicos, políticos y sociales en que se desarrolla.

La salud mental está directamente relacionada con los eventos o trastornos mentales que pueden presentarse en un individuo; estos eventos están contemplados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales por sus siglas en ingles DSM creado por la Asociación Americana de Psiquiatría en su versión de (2016), en donde se plantean algunos criterios para diagnosticar trastornos mentales, estableciendo que cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

A nivel nacional la salud mental se ha tomado como problema de salud pública y ha sido objeto de diferentes políticas públicas con antecedentes como los Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia 2005 y la Política Nacional del Campo de la Salud Mental 2007, junto con las más recientes Políticas públicas de salud mental reglamentadas mediante la ley de salud mental 1616 del 21 enero del 2013, sin embargo la implementación de dichas políticas y programas nacionales para la atención de problemas de salud mental no han sido efectivas para satisfacer las necesidades y la demanda del derecho a la salud mental de los pacientes, recalcando que las acciones para la atención en salud mental se desarrollan desde el ámbito hospitalario y no hay desarrollo de programas a nivel comunitario y social.

En el departamento de Santander la situación de la salud mental es preocupante, pues se presentan gran cantidad de casos relacionados a eventos de trastorno mental, cuyo elevado número se ve reflejado en la falta y la necesidad de implementar políticas públicas de salud mental efectivas e incluyentes que brinden herramientas de promoción y prevención en especial para los niños, niñas y adolescentes. Según datos Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS) durante el año 2011 se recibieron 61.831 registros por los diagnósticos mencionados de salud mental, siendo el servicio de consulta externa el que más aportó registros (54.273 registros), seguido del servicio de hospitalización con 3.412 registros, la consulta de urgencias con 3.136 registros y el servicio de urgencias con observación con 1.010 registros, teniendo en cuenta que las cifras pueden ser mucho más altas debido a la gran cantidad de pacientes que por sus condiciones sociales y económicas no acuden a la ayuda profesional.

3.3 La Epidemiología.

La OMS define la epidemiología como el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud; según este organismo, hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

El objetivo principal de la epidemiología es aportar los datos y análisis que permitan establecer formas y acciones para controlar los problemas de salud, determinando factores que puedan dar información y servir de en el estudio de las enfermedades, su distribución, frecuencia, factores determinantes, predicciones y métodos de prevención enfermedades, permitiendo a los gobiernos dirigir sus políticas públicas que permitan formular, ejecutar y evaluar planes y

programas de salud que mejoren el nivel de salud de las poblaciones; la epidemiología es entonces la ciencia básica de la salud pública.

La epidemiología es parte importante de la salud pública y contribuye a definir los problemas de salud importantes de una comunidad, describiendo la historia natural de una enfermedad, descubriendo los factores que aumentan el riesgo de contraer una enfermedad y determinando los factores de riesgo que pueden afectar la salud de las personas determinado estrategias de promoción y prevención para el control de la salud.

Un perfil epidemiológico permite sentar las bases programáticas en términos de recursos humanos, institucionales y financieros, para la promoción de la salud mental y la protección de los pacientes con enfermedad mental. Los estudios epidemiológicos hechos en Colombia muestran importantes diferencias en los principales diagnósticos realizados en cada centro de atención en Salud Mental; lo que lleva a concluir que las características de la población y los principales diagnósticos en cada Institución son diferentes, por ende no es posible extrapolar los datos obtenidos y se hace necesaria la realización de un perfil específico para cada Institución, en donde se expongan los datos y situaciones que caractericen el contexto de los pacientes en términos sociales, económicos y culturales, y que permita la toma de decisiones en el contexto de las intervenciones individuales y colectivas.

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad o estado de salud que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. El estado de salud, habitualmente se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad.

Es importante considerar, sin embargo, que un análisis integral del perfil de la morbilidad incluye no sólo a las enfermedades, sino también a otros problemas de salud como aquellos que afectan la salud mental, los accidentes de tránsito, la violencia, la drogadicción, entre otros.

Los estudios epidemiológicos realizados en el último decenio hacen patente la necesidad de un llamado a la acción; la carga que representan las enfermedades mentales se torna cada vez más significativa, lo cual provoca un alto grado de sufrimiento individual y social. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En 2002 esa carga había ascendido a 22,2% (1, 2). Las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9% y el abuso o la dependencia de alcohol, de 5,7% (1) (OPS, 2009).

La epidemiología psiquiátrica es una rama de las ciencias de la salud que se dedica al estudio de la frecuencia de los trastornos mentales en las comunidades y a la descripción de cómo los diversos contextos sociodemográficos y culturales pueden afectar o proteger la salud mental y el comportamiento de los individuos a lo largo del tiempo. Así pues, la epidemiología interviene de manera precisa en la identificación de los casos, el recuento de casos nuevos a través del tiempo, la búsqueda de la causa de la afección, el pronóstico y la determinación de lo que es eficaz en la evolución de un trastorno determinado.

El estudio más reciente que comprende aspectos epidemiológicos psiquiátricos es el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, fue financiado por el Ministerio de la Protección Social. El Estudio forma parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental Health Survey Initiative, WMH) de la Organización Mundial de la Salud.

3.4 Políticas Públicas.

Para entender qué son las políticas públicas, es necesario diferenciar entre política y políticas dos conceptos claves que, aunque parecidos presentan diferencias claras y significativas; la política hace referencia a las relaciones de poder producto de los procesos electorales que establece el gobierno, mientras que el término políticas o *policy* (por su término en inglés), está más relacionado con las acciones, decisiones y omisiones por parte de los distintos actores involucrados en los asuntos públicos (McLean, 2009).

Franco y Lázaro (2006), en el documento *Política y Políticas Públicas en los procesos de Reforma de América Latina*, establecen que existe una relación directa entre ambos términos, sosteniendo que la hechura de las políticas públicas, si bien se lleva a cabo en el marco de la política específica de un país, tiene cierta “autonomía relativa” respecto de aquella, por cuanto el éxito de las mismas depende de que exista una capacidad instalada de conocimiento para el diseño e implementación de la idea que se aprobó en el ámbito decisorio de la política (pp. 14 – 16).

La políticas públicas son la forma en que se plantea la dirigencia de la gestión gubernamental para dar solución a las necesidades específicas de la sociedad en asuntos de orden público, permitiendo orientar la gestión de un gobierno para alcanzar sus objetivos; el objetivo principal de las políticas públicas es construir acuerdos, medidas regulatorias, leyes, y prioridades de gasto público sobre un tema en torno a los grandes objetivos de interés general para el beneficio de la calidad de vida de las personas, la política pública es por tanto, el motor del progreso y el desarrollo social de las comunidades.

En el ideal de que es una política pública dada por la Constitución Política de 1991, se dictamina que ésta debe buscar la dignificación del ser humano y el reconocimiento universal e indivisible de los Derechos Humanos; “por lo tanto tiene como fin la puesta en marcha de acciones

que satisfagan las necesidades básicas sociales, económicas, culturales, colectivas y de medio ambiente” (Constitución Política de Colombia, 1991, tít. II).

Según el Departamento Nacional de Planeación- DNP (2007), la política pública es, una conciencia colectiva de los objetivos que pueden lograrse y una movilización de todos los actores sociales para lograrlos, no se trata de un documento; es más una imagen de lo que puede y debe lograrse, que todos compartimos y que por esa razón nos mueve a todos; debe ser lo que la gente cree, sueña construir y está dispuesta a esforzarse para lograr.

Las políticas públicas permiten entender el rumbo del desarrollo del país y están directamente relacionadas con el Estado permitiendo orientar el actuar colectivo y fundamentando la construcción de la realidad social. Para Ozlack y O’Donnel (1984) las políticas estatales son el conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil.

4. Metodología.

El método de Análisis Comparativo, es un procedimiento de comparación sistemática de casos de análisis, la comparación se presenta como un estrategia analítica con fines no solamente descriptivos sino también explicativos, un procedimiento orientado por sobre todo a poner hipótesis a prueba, que en su mayoría se aplica con fines de generalización empírica y de la verificación de hipótesis; en su sentido más estricto busca examinar nexos causales y trata de aislar

los factores que pueden ser considerados como causa (variable independiente) de un efecto (variable dependiente) ($\rightarrow$ Causalidad) (Nohlen, 2016).

Una de las ventajas del análisis comparativo, reside en que éste deja al investigador libertad para el desarrollo de un diseño propio de investigación adecuado a la situación; para efectos de esta investigación el análisis comparativo se estructura mediante un paralelo entre el antes y el después del perfil epidemiológico en los niños, niñas y adolescentes, y su cambio a partir de implementación de las políticas públicas de salud mental en el departamento de Santander, haciendo hincapié en que si las acciones tomadas para implementar dicha política fueron exitosas al contrastarse con los datos.

Este análisis comparado, permite que el investigador desarrolle una estrategia al comparar dos periodos y su relación pueda entender los nexos que existen entre ellos. En lo concreto para este análisis se pretende establecer la relación que existe entre la posible variación del perfil epidemiológico de los NNA en Santander con las acciones emprendidas por el Estado a nivel regional para aplicar una política pública de salud mental cuyo proceso de implementación se basó en realizar acciones concretas que mejoraran los procesos de prevención y atención de la salud mental, por este motivo se plantea una posible relación entre ambos ya que si las acciones fueron eficaces y eficientes debería verse reflejado en los cambios del perfil epidemiológico de la población elegida tanto si fueron exitosas como si no lo fueron.

Para este cometido, se pretende analizar el perfil epidemiológico en dos periodos 2012-2014 y 2015-2017, únicamente con los datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS de los NNA que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga. Se eligieron dichos datos y ese hospital por diversas razones; la primera es que los RIPS son los únicos datos específicos que permiten un verdadero análisis del perfil

epidemiológico, ya que estos arrojan información detallada de cada paciente, lo que permite establecer no solo su rango de edad sino su patología por medio de los diagnósticos estandarizados del sistema de salud, lo que da un amplio margen de análisis para determinar los cambios y relaciones entre ambos periodos. No se tendrán en cuenta otras posibles fuentes de información como los datos aportados por el SIVIGILA ya que se consideran muy generales y no permiten mayor cercanía a las variables epidemiológicas.

La segunda razón de elegir únicamente a este hospital tiene motivaciones propias, debido a que esta institución es publica, además de ser la más grande y la única especializada en salud mental del departamento de Santander, por lo que es la que más población recibe de todos los rincones del departamento en la que tuvo alcance la política pública, además fue esta institución quien por dos años (2015 y 2017) tuvo en su poder la ejecución de los convenios interinstitucionales para la aplicación de los lineamientos de dicha política y las acciones del gobierno regional en dicho tema.

Un aspecto fundamental para esta investigación, es que los RIPS analizados corresponden a las atenciones de las consultas de primera vez de los NNA. Se considera importante realizar esta precisión metodológica debido a distintos factores; el primero corresponde a que los diagnósticos establecidos en la primera atención tienen muy poca variación cuando los pacientes continúan su tratamiento. En segunda medida, solo se utilizan los diagnósticos de primera vez para poder establecer un análisis un poco más amplio sobre el perfil epidemiológico de los NNA del departamento ya que según datos del Hospital Psiquiátrico San Camilo, solo un 60% de los pacientes de primera vez continua su tratamiento, por lo que si se tomaran todas las atenciones totales de la entidad, tendríamos un número mayor de consultas pero con menor población lo que obligaría a cambiar las variables de análisis teniendo esto en cuenta. En tercera instancia, las

consultas de primera vez de consulta externa, pero no se discriminan ya que nuestro análisis se centra en el perfil epidemiológico mas no en los procesos de atención de cada uno según su diagnóstico.

Para el análisis del perfil epidemiológico de los NNA se aplicará la revisión de los RIPS, los cuales están organizados según los códigos CIE, los cuales son:

“un sistema de códigos (categorías y subcategorías) los cuales se asignan a términos diagnósticos debidamente ordenados. Cuenta con procedimientos, reglas y notas para asignar los códigos a los diagnósticos anotados en los registros y para seleccionar aquellos que serán procesados para la producción de estadísticas de morbilidad y mortalidad en especial, las basadas en una sola causa” (OMS, 2014, p. 6).

Estos códigos están aprobados por el Ministerio de Salud Nacional y su objetivo es clasificar las atenciones recibidas por los NNA no solo en los rangos de edades establecidos por la Ley 1098 de 2006 (0-5 años; 6-11 años y 12-18 años), sino por una serie de diagnósticos generales que permiten asociar varios trastornos o problemas mentales en categorías y subcategorías para poder establecer una relación entre las patologías y sus distintos casos según cada paciente. Esto es fundamental para el análisis que pretende esta investigación ya que, permite no solo entender un panorama real del perfil epidemiológico de los NNA en Santander para dicho periodo, sino que asimismo, dicho análisis se puede contrastar con las acciones tomadas en el marco de la política pública de salud mental departamental ya que muchas de esas acciones son tomadas sobre temas muy específicos como el abuso de sustancias psicoactivas y si se evidencia un cambio en dicho renglón epidemiológico, se podría asociar a los fracasos o éxitos de la implementación de estrategias en dicho tema puntual.

Para poder consolidar este proceso de análisis de la información de los RIPS se establecerán como variables de análisis los rangos de edades, sexo, el lugar de procedencia, el diagnóstico según el código CIE y el régimen de salud al que pertenece el NNA sea régimen

subsidiado o contributivo. Como el análisis se centrará en los cambios sobre el perfil epidemiológico basado en los diagnósticos CIE, no se considera pertinente para esta investigación establecer distintas variables como la condición socioeconómica, nivel de escolaridad o estabilidad del núcleo familiar puesto que, los RIPS no arrojan dicha información y no se tienen una fuente fiable de dichas variables. Si bien los RIPS podrían arrojar otros tipos de información que no se tienen en cuenta para este análisis, se considera importante que en futuras investigaciones se aborden, ya que los datos que tienen los RIPS pueden permitir una variedad de trabajos académicos de diversas áreas del conocimiento que han sido muy poco explorados.

El desarrollo de este trabajo de aplicación tendrá un enfoque comparativo cualitativo, y tendrá como primera parte el análisis del perfil epidemiológico mental de los NNA en los dos periodos de estudio 2012-2014 y 2015-2017 teniendo como punto de inflexión el 2014, año en el cual se aprobaron los lineamientos de la política pública de salud mental departamental, esto con el fin de establecer como fue el antes y el después de dicho perfil epidemiológico, encontrando sus variaciones y los datos que permitan establecer una relación entre ellos y las acciones de implementación. La segunda parte del trabajo se centrará en la descripción de la forma en la que se implementaron dichos lineamientos por parte del gobierno municipal y las entidades encargadas durante el periodo 2015-2017. En tercera medida se pretende contrastar dichas variaciones del perfil epidemiológico frente a las acciones tomadas en la implementación de la política pública de salud mental departamental, para establecer si hubo relación entre ambos elementos, esto con el fin de establecer oportunidades de mejora y encontrar puntos de quiebre en estos procesos que bien aplicados deberían impactar positivamente a la población.

5. Perfil Epidemiológico Mental de los Niños, Niñas y Adolescentes en Santander 2012-2017.

Los diagnósticos encontrados en los periodos 2012-2014 y 2015-2017, son la base que permite un análisis del perfil epidemiológico más cercano a la realidad de las principales morbilidades de los NNA en Santander. Estos diagnósticos, se agruparon de acuerdo al sistema de clasificación CIE-10-ES que contiene la Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión (ICD-10-CM. 2018), y que sirve para codificar los diagnósticos encontrados en la salud mental los cuales, están comprendidas en el capítulo 5. <<Trastornos mentales y de comportamiento (F01-F99)>>, quedando establecidos en 12 grandes grupos los cuales son:

Tabla 1.

Clasificación de categorías y codificaciones CIE.

Grupo	Código CIE	Diagnóstico
1	F01-F09	Trastornos mentales debidos a afecciones fisiológicas conocidas.
2	F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas.
3	F20-F29	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo.
4	F30-F39	Trastornos del estado de ánimo [afectivos].
5	F40-F48	Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos.
6	F50-F59	Síndromes de comportamiento asociados a trastornos fisiológicos y factores físicos.
7	F60-F69	Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto.
8	F70-F79	Discapacidad intelectual.
9	F80-F89	Trastornos generalizados y específicos del desarrollo.
10	F90-F98	Trastornos del comportamiento y trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia.
11	F99	Trastorno mental no especificado
12	R00-R99	Incluye: trastornos del desarrollo psicológico Excluye 2: síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados bajo otro concepto.

Nota: Clasificación Internacional de Enfermedades - 10ª Revisión Modificación Clínica 2ª edición-enero 2018 (p. 735).

Aunque cada diagnóstico contiene una serie de subcategorías, estas no se mencionan ya que muchas son variaciones de enfermedades determinadas desde la categoría general, por ello se considera que dicha información, además de ser muy amplia, será explicada y analizada según el caso que aparezca en los reportes de los RIPS o se crea conveniente por razones argumentativas o metodológicas.

Una vez se estableció la distribución basada en los códigos CIE, se realizó la organización de la información de los RIPS con base en distintas variables como; rangos de edades, 0-5 años; 6-11 años y 12-18 años, lugar de procedencia, sexo y régimen del sistema de salud al que pertenecen, esto con el fin de poder analizar la información de una manera amplia para establecer un perfil epidemiológico cercano a la realidad de la salud mental de los NNA en Santander.

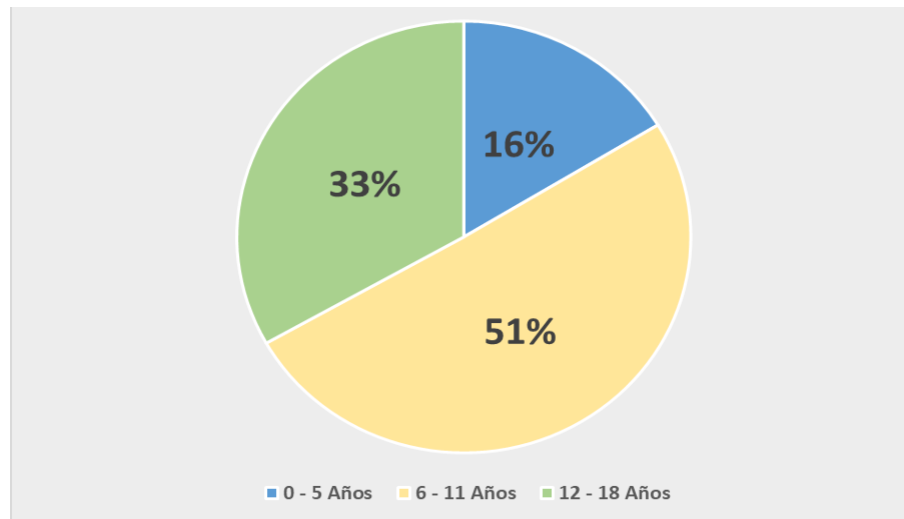
5.1 Primer Periodo 2012-2014.

Para establecer el perfil epidemiológico se analizaron los datos según lo reportado en los RIPS, durante el periodo de 2012 – 2014. Allí se encontró que se recibieron 6409 consultas de NNA de primera vez en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico San Camilo, en donde se evaluaron las condiciones psicológicas y físicas encontrando una gran variedad de diagnósticos que permiten establecer cómo se encuentra esta población frente a los problemas y trastornos de salud mental. Esta información se analizó por medio de distintas variables para consolidar una visión amplia de la realidad de la morbilidad de los NNA.

Según la variable de los rangos de edades y una vez analizados los datos se encontró que 1046 consultas fueron en el rango de edad de 0 – 5 años, 3236 consultas en el rango de 6 – 11 años y 2127 en el rango de 12 – 18 años, distribuidos porcentualmente de la siguiente manera:

Figura 1.

Total de Atenciones NNA Por Rango de Edades 2012-2014.

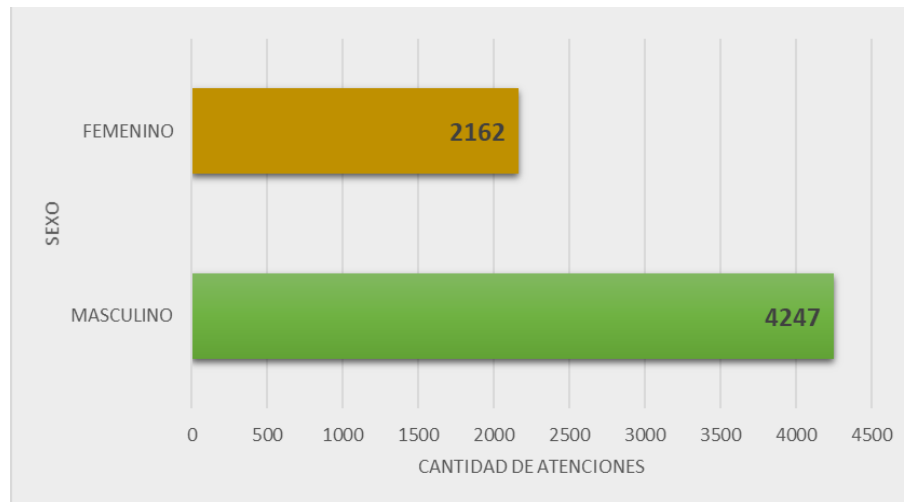


Se entiende entonces que, la población NNA que más se recibió atenciones fue la de los rangos entre 6-11 años con más del 50% del total, estableciendo este grupo de edad como los NNA con más morbilidad respecto a la salud mental. Es importante esta particularidad debido a que durante estas edades es donde se inician los cambios importantes para llegar a la adolescencia una vez superada la primera infancia, y es vital iniciar la atención en esas edades cuando se identifican factores de riesgo o presencia de síntomas de algún problema o trastorno de salud mental para asegurar una correcta recuperación del paciente en su adultez.

En cuanto a las atenciones, se pudo identificar que varían considerablemente según el sexo de los pacientes, debido a que el 33.73% fueron del sexo femenino y el 66.27% fueron del sexo masculino:

Figura 2.

Cantidad de Atenciones NNA Por Sexo 2012-2014.

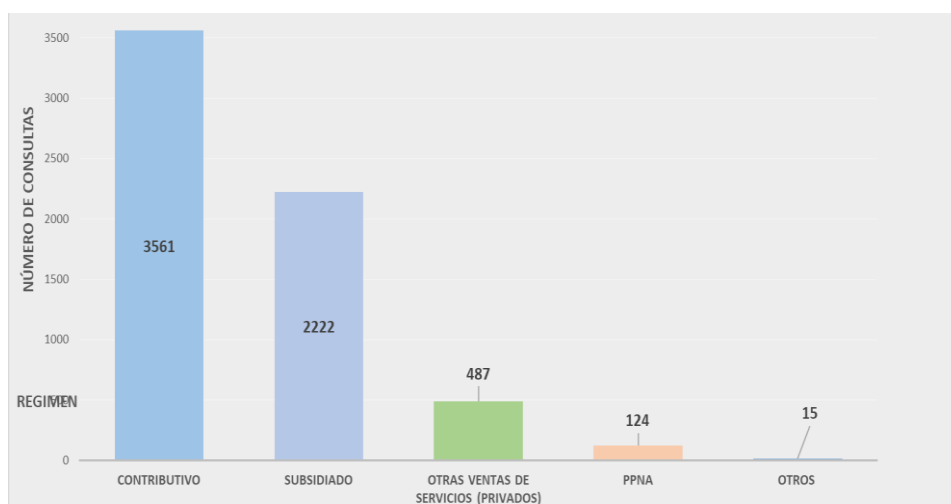


Esta es una tendencia es importante ya que se evidencia una gran distancia numérica entre las atenciones de ambos sexos, esta tendencia se extiende en varios diagnósticos CIE, pero no es persistente en todos. Estos datos son importantes debido a que muchas de las acciones que se pueden tomar en cuanto a la prevención y atención de los NNA deben considerar un enfoque de género que permita atacar esta variable desde diversos ángulos permitiendo un mejor resultado.

También se analizó cuantas atenciones se realizaron en NNA según el régimen al que pertenecen. Para esta clasificación se usaron los regímenes existentes dentro del sistema de salud colombiano que son clasificados en el Hospital Psiquiátrico San Camilo como: Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, la Población Pobre No Asegurada- PPNA, los servicios de venta privados y otros como regímenes subido y contributivo por farmacodependencia. Teniendo esto en cuenta se encontraron los siguientes datos:

Figura 3.

Número de Atenciones de NNA Por Régimen de Salud 2012-2014.



De lo anterior, se puede evidenciar que el mayor número de las atenciones se recibió en el régimen contributivo con el 55%, seguido del régimen subsidiado con el 35%, luego las otras ventas de servicios privados con el 8%, los PPNA con el 1.95% y otros servicios con el 0.05%. Es importante señalar algunos aspectos dentro de esta clasificación, primero que puede darse el caso que de las atenciones por servicios privados sean de NNA que pertenecen a alguno de los regímenes pero que por diversos motivos prefieren hacer su ingreso al sistema por medio particular. En segunda instancia, que existen atenciones en el grupo de <<otros>> por sistemas como las atenciones de extranjeros o solicitudes interinstitucionales por entidades como la Policía Nacional y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF.

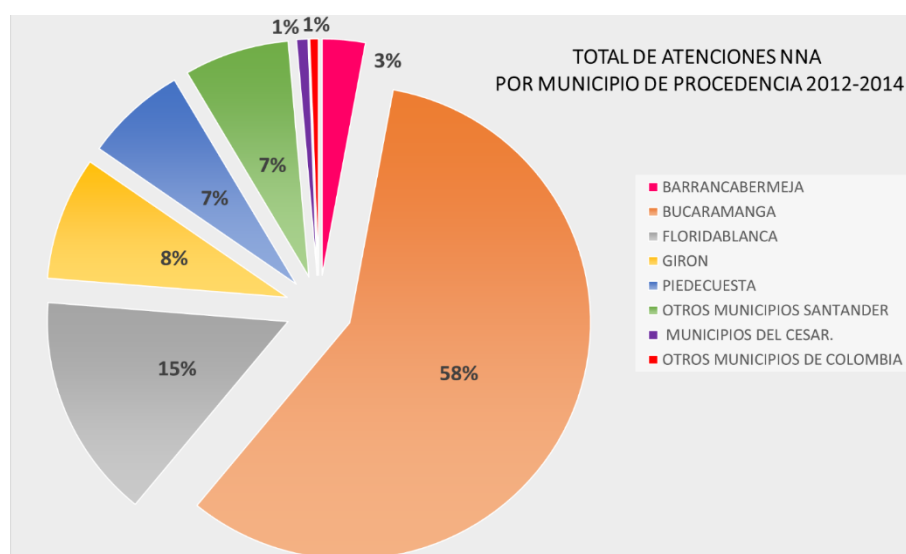
La mayor carga se evidencia en el régimen contributivo con más del 50% de los casos, lo que indica que este grupo poblacional de alguna forma pertenece a hogares con un ingreso económico fijo que les permite pertenecer a este grupo poblacional, frente al 35% del régimen subsidiado que corresponde a la población que no cuenta con los medios estandarizados para el

pago de la seguridad social del núcleo familiar, pero es incluida en alguna de las Entidades Promotora de Salud- EPS financiada por los fondos públicos del Estado. También se puede observar un número considerable de atenciones de PPNA que corresponde a la población que no cuenta con ningún régimen de salud activo, pero que llega al hospital por una atención.

En cuanto a los datos encontrados por municipio se puede evidenciar que la mayoría de las atenciones pertenecen a población de origen en el área metropolitana, la cual incluye los municipios de Bucaramanga, Girón, Floridablanca y Piedecuesta, pero también se observa un número considerable de atenciones de municipios más distantes como Barrancabermeja. Por decisión metodológica y debido a que el departamento de Santander cuenta con 87 municipios, se decidió agrupar a todos estos que presentaron menos de 50 atenciones en una categoría como <<otros municipios de Santander>> y también se encontró que se reciben constantemente a pacientes de municipios del departamento del Cesar debido al área de influencia, por lo que se creó la categoría de <<otros municipios del Cesar>> encontrando los siguientes datos:

Figura 4.

Total de Atenciones NNA Por Municipio de Procedencia 2012-2014.



Se encuentra que de las atenciones realizadas de NNA, 3721 consultas fueron de Bucaramanga, 938 de Floridablanca, 540 de Girón, 439 de Piedecuesta quienes conforman el área metropolitana, también se pudo encontrar que hubo 185 de Barrancabermeja y 453 de otros municipios de Santander, entre los que se destacan los municipios de San Gil con 120, Málaga con 55 y Rio Negro con 62, el resto se encuentra dividido en los demás municipios del departamento. También vale la pena resaltar que, aunque el Hospital Psiquiátrico San Camilo es de carácter regional en Santander, se recibieron 50 consultas de NNA provenientes de diversos municipios del Cesar entre los que se destacan Valledupar con 9 atenciones y San Alberto con 22. Además, se evidencia que se realizaron 38 atenciones de NNA de diversos municipios del país.

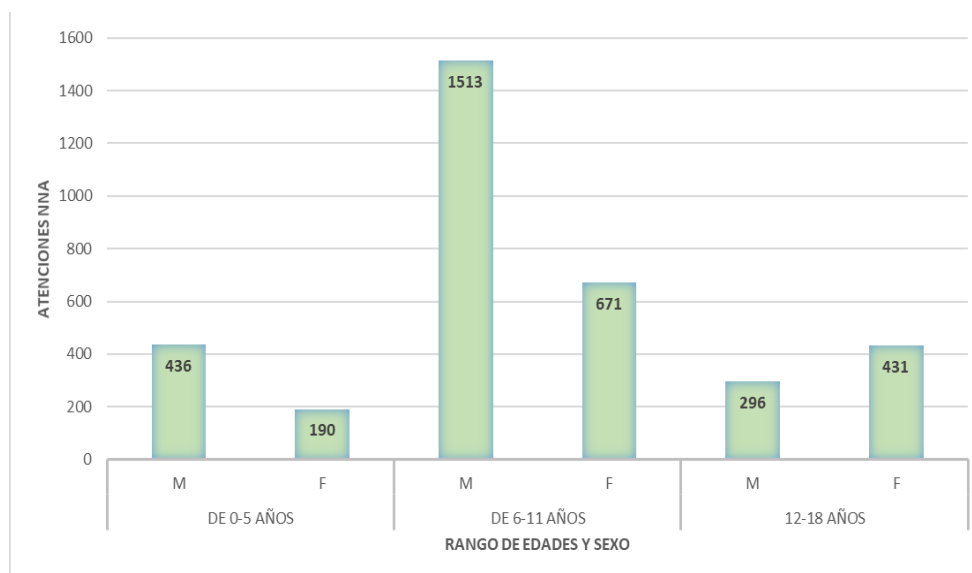
Para la consolidación del perfil epidemiológico se requiere un acercamiento más profundo a los diagnósticos establecidos mediante los códigos CIE con el fin de establecer las condiciones de morbilidad de los problemas o trastornos de salud mental en los NNA para este periodo. Para ello, se identificaron cuáles fueron los diagnósticos establecidos durante las atenciones de primera vez según el sexo y los rangos de edades de los pacientes. Vale señalar que dentro de cada clasificación CIE encontrada, se nombraran únicamente las patologías específicas que se encontraron, sin tener en cuenta las que pertenecen a este grupo pero que no fueron reportadas y tampoco se discriminará cuantas atenciones por cada una en específico, debido a que no se considera metodológicamente apropiado para el análisis esperado en esta investigación.

Según los reportes de los RIPS, el primer diagnóstico que prevaleció fue el F300-339 <<Trastornos del humor (afectivos)>> Dentro de este primer grupo se encuentran las patologías encontradas como: F300 Hipomanía; F319 Trastorno bipolar sin especificación; F320 Episodio Depresivo Leve; F321 Episodio Depresivo Moderado; F322 Episodio Depresivo Grave Sin Síntomas Psicóticos; F328 Otros Episodios Depresivos; F329 Episodio Depresivo No

Especificado; F332 Trastorno Depresivo Recurrente; Episodio Depresivo Grave Presente Sin Síntomas Psicóticos; y F341 Distimia. Encontrando los siguientes casos:

Figura 5.

Diagnóstico F300-339 Trastornos Del Humor (Afectivos).



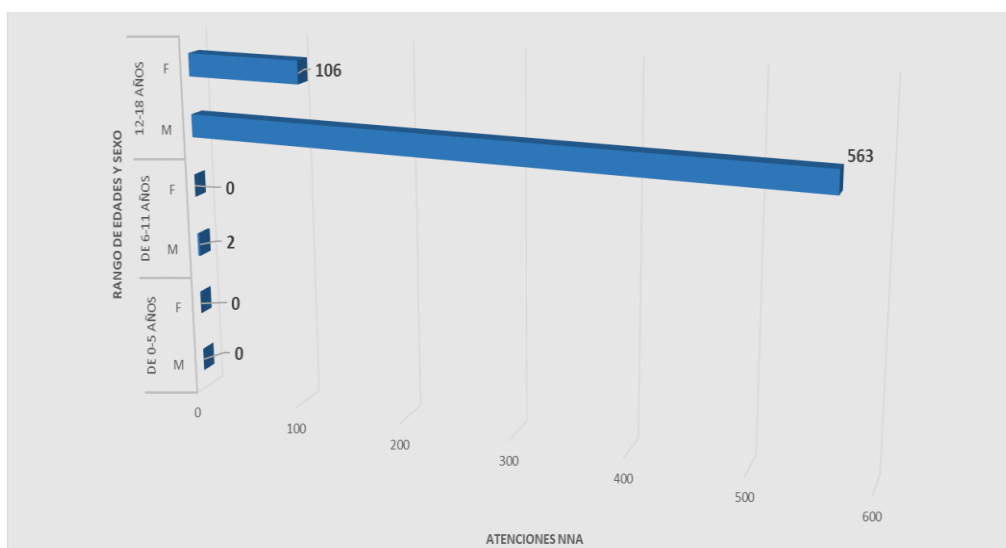
Para el diagnóstico F300-339 <<Trastornos del humor (afectivos)>> se realizaron 3537 atenciones equivalente a un 55,2% del total, con un mayor número de casos en los NNA de 6-11 años del sexo masculino con un 43% de los diagnósticos.

El segundo diagnóstico con mayor prevalencia fue el F10-F19 <<Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas>>, dentro de esta clasificación se agrupan las patologías encontradas como: F101 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol: uso nocivo; F102 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol, síndrome de dependencia; F121 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: uso nocivo; F122 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: síndrome de dependencia; F123 Trastornos mentales y del

comportamiento debidos al uso de cannabinoides: estado de abstinencia; F128 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: estado de abstinencia, F129 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: trastorno psicótico; F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia; F175 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: trastorno psicótico; F179 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: trastorno mental y del comportamiento, no especificado. Encontrando los siguientes datos:

Figura 6.

Diagnóstico F10-F19 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas.

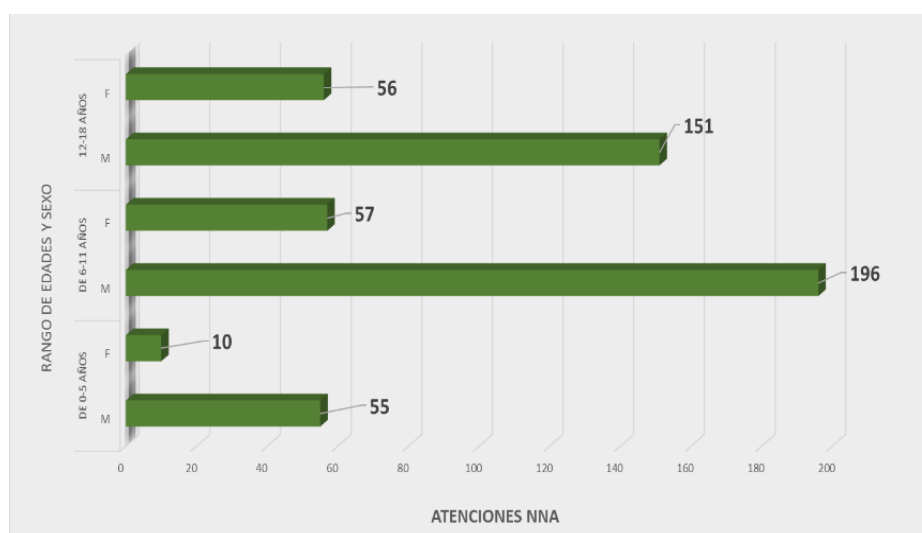


Para el diagnóstico F10-F19 <<Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas>> se realizaron 671 atenciones correspondientes al 10,5% del total de consultas realizadas, con un mayor número de casos en los NNA de 12-18 años del sexo masculino con un 84% de los diagnósticos.

El tercer diagnóstico en prevalencia es el F910-919 <<Trastornos disociales>> dentro de esta clasificación se agrupan las siguientes patologías encontradas: F638 Otros trastornos de los hábitos y de los impulsos; F910 Trastorno disocial limitado al contexto familiar; F911 Trastorno disocial en niños no socializados; F912 Trastorno disocial en niños socializados; F913 Trastorno disocial desafiante y oposicionista; F918 Otros trastornos disociales; F919 Trastorno disocial sin especificación. Encontrando los siguientes datos:

Figura 7.

Diagnóstico F910-919 Trastornos Disociales.

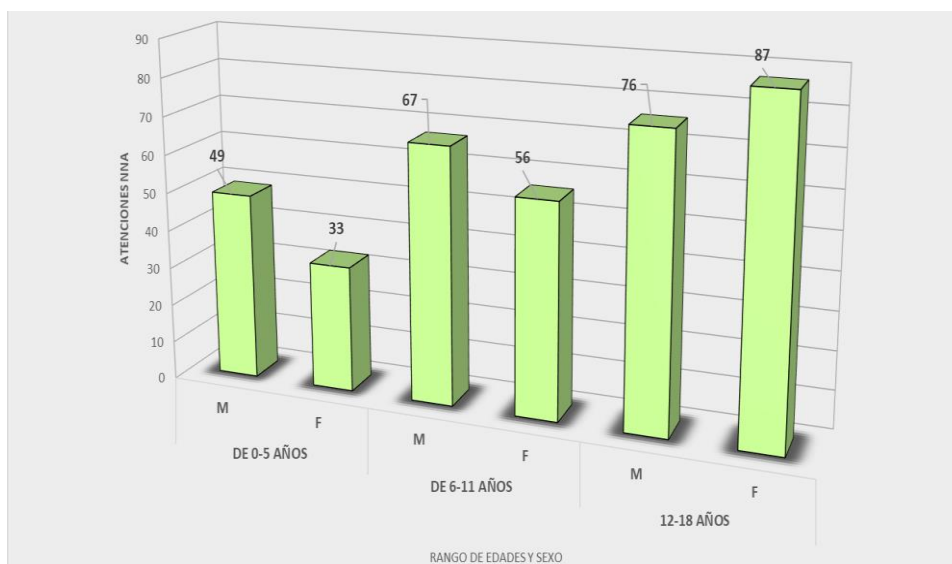


Para el diagnóstico F910-919 <<Trastornos disociales>> se realizaron 525 atenciones equivalente a 8,2% del total de las consultas realizadas, con un mayor número de casos en los NNA de 6-11 años del sexo masculino con el 37% de los diagnósticos.

El cuarto diagnóstico en prevalencia fue el F43 <<Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación>> dentro de esta clasificación se agrupan las siguientes patologías encontradas: F4030 Reacción al estrés agudo; F431 Trastorno de estrés postraumático; F432 Trastornos de adaptación; F941 Trastorno de vinculación reactiva en la niñez. Encontrando los siguientes datos:

Figura 8.

Diagnóstico F43 Reacciones a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación.

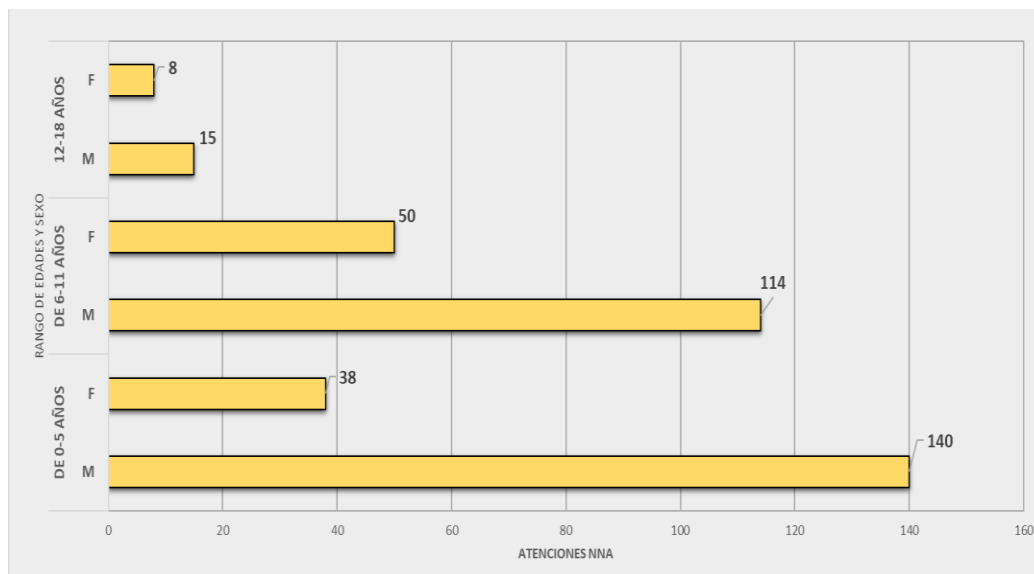


Para el diagnóstico F43 <<Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación>> se realizaron 368 atenciones equivalentes a 5,7% del total de las consultas realizadas, con un mayor número de casos en los NNA de 12-18 años del sexo femenino con un 24% de los diagnósticos.

El quinto diagnóstico en prevalencia fue el F800-F890 <<Trastornos del desarrollo psicológico>> dentro de esta clasificación se agrupan las siguientes patologías encontradas: F800 Trastorno específico de la pronunciación; F809 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado; F812 Trastorno específico de las habilidades aritméticas; F813 Trastorno mixto de las habilidades escolares; F818 Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares; F819 Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado; F840 Autismo en la niñez; F900 Perturbación de la actividad y de la atención; F909 Trastorno hiperactivo, no especificado; F95 Trastornos por tics motores y vocales múltiples combinados [de la Tourette]; Q909 Síndrome de Down, no especificado. Encontrando los siguientes datos:

Figura 9.

Diagnóstico F800-F890 Trastornos del Desarrollo Psicológico.

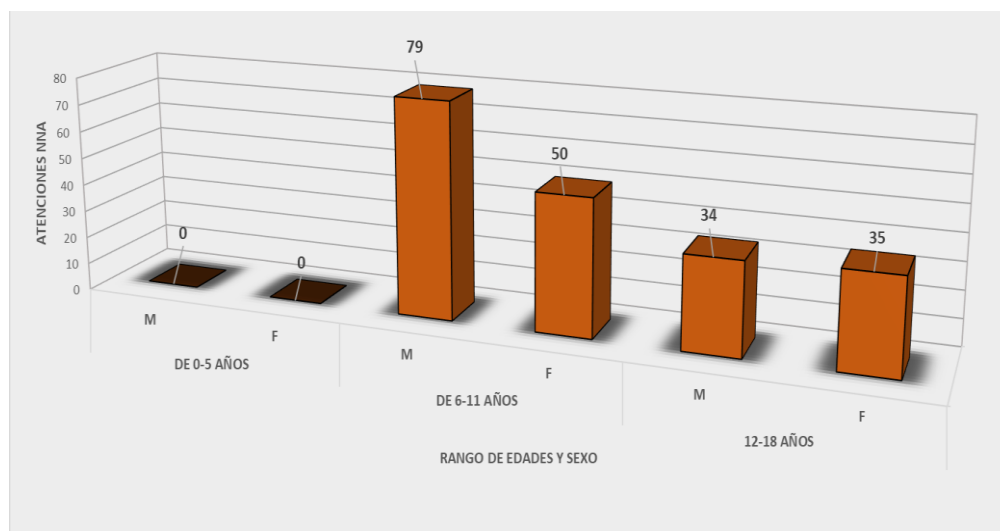


Para el diagnóstico F800-F890 <<Trastornos del desarrollo psicológico>> se realizaron 365 atenciones equivalentes al 5,7% del total de las consultas realizadas, Con un mayor número de casos en los NNA de 0-5 años del sexo masculino con un 38% de los diagnósticos.

El sexto diagnóstico con prevalencia fue el F40-F49 <<Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos>> dentro de esta clasificación se agrupan las siguientes patologías encontradas: F400 Fobias sociales; F4012 Fobias especificada [aisladas]; F410 Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica]; F411 Trastorno de ansiedad generalizada. Encontrando los siguientes datos:

Figura 10.

Diagnóstico F40-F49 Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos.

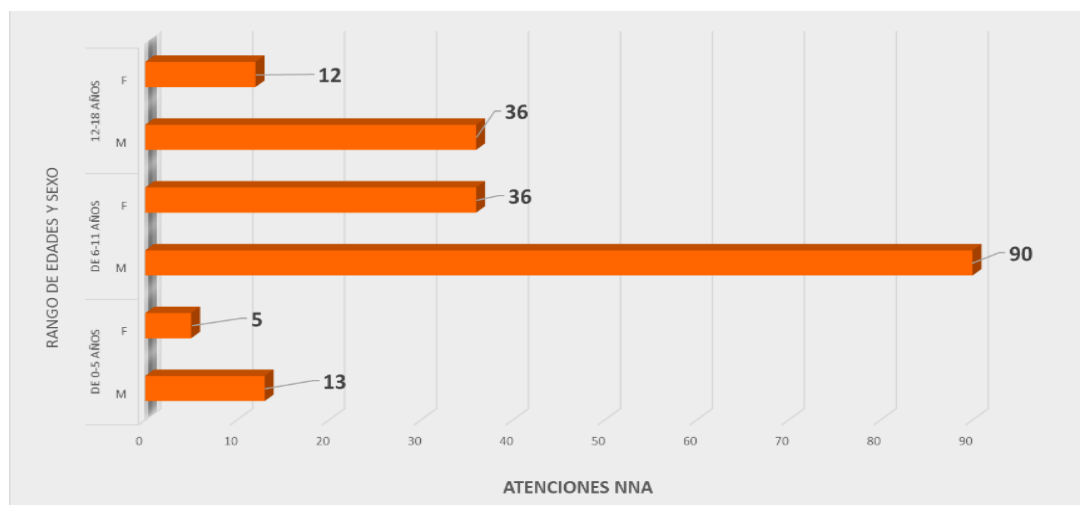


Para el diagnóstico F40-F49 <<Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos>> se realizaron 198 atenciones que equivalen al 3,1% de las consultas realizadas, con un mayor número de casos en los NNA de 6-11 de sexo masculino con un 40% de los diagnósticos.

El séptimo diagnóstico de acuerdo a la prevalencia identificada es el F900-F909 <<Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia>> dentro de esta clasificación se agruparon las siguientes patologías encontradas: F90 Trastornos hiperkinéticos; F900 Trastorno de la actividad y de la atención; F901 Trastorno hiperkinético disocial; F908 Otros trastornos hiperkinéticos; F909 Trastorno hiperkinético sin especificación. Encontrando los siguientes datos:

Figura 11.

Diagnóstico F900-F909 Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia.



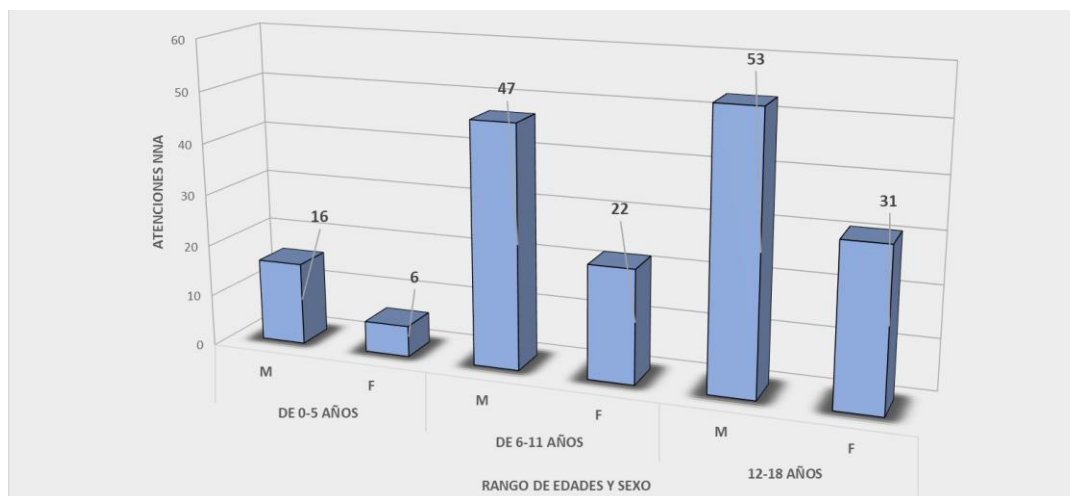
Para el diagnóstico F900-F909 <<Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia>> se realizaron 192 atenciones representan un 3,0% del total de las consultas realizadas, con mayor número de casos en los NNA de 6-11 años del sexo masculino con un 47% de los diagnósticos.

El octavo diagnóstico se identificó según datos es el F700-F799 <<Retraso mental>> dentro de esta clasificación se agruparon las siguientes patologías: F700 Retraso mental leve: deterioro del comportamiento nulo o mínimo; F701 Retraso mental leve: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento; F708 Retraso mental leve: otros deterioros del comportamiento; F709 Retraso mental leve: deterioro del comportamiento de grado no especificado; F790 Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento nulo o mínimo; F791 Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento; F798 Retraso mental, no especificado: otros deterioros del

comportamiento; F799 Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento de grado no especificado. Encontrando los siguientes datos:

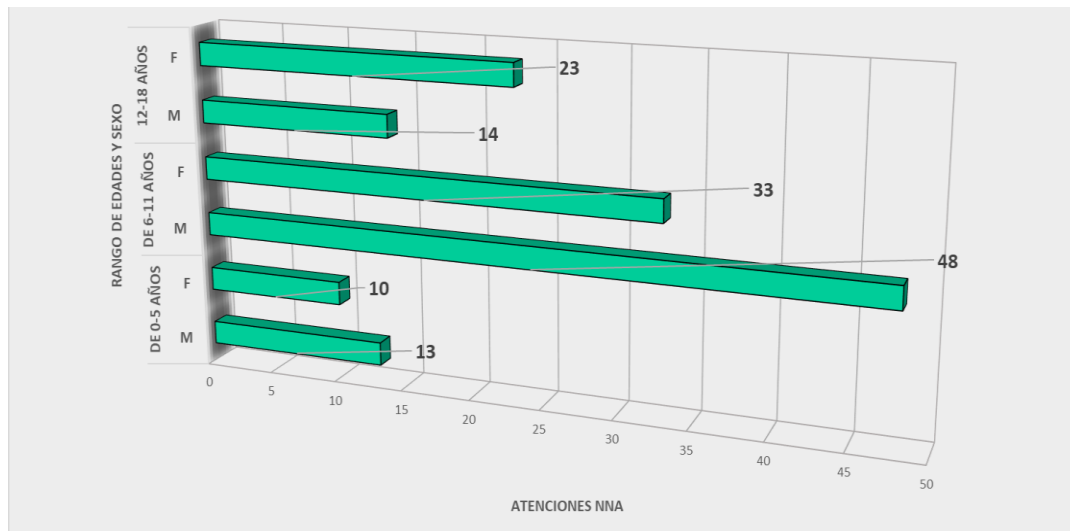
Figura 12.

Diagnóstico F700-F799 Retraso Mental.



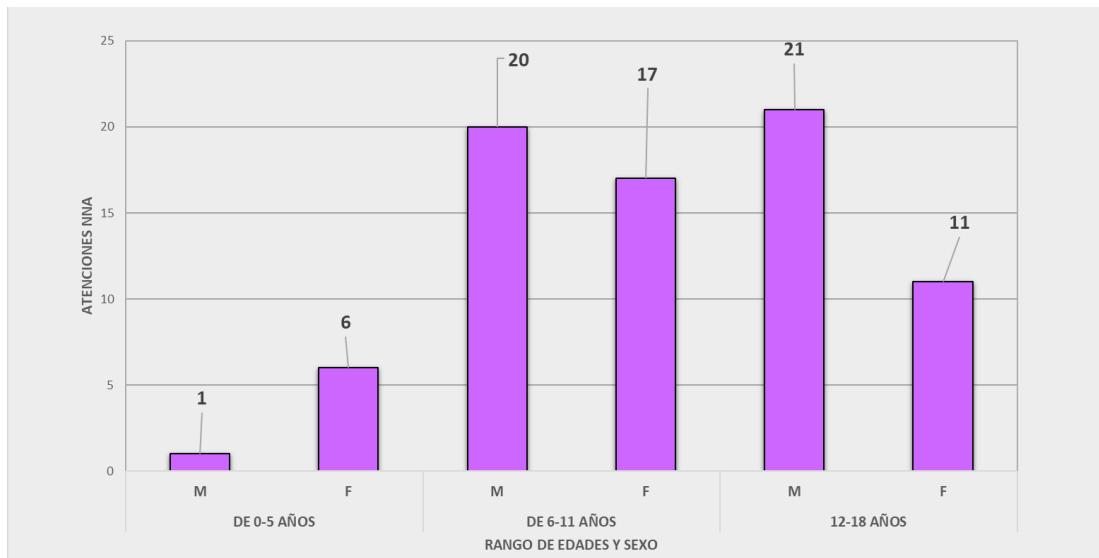
Para el diagnóstico F700-F799 <<Retraso mental>> se realizaron 175 atenciones que representan el 2,7% de las consultas, con mayor número de casos en los NNA de 12-18 años del sexo masculino con un 30% de los diagnósticos.

El noveno diagnóstico <<Problemas de salud relacionados con maltrato>> es el único que no corresponde a la clasificación CIE de psiquiatría, este hace parte de un grupo de diagnósticos de problemas de salud de diversa índole que se relacionan con la salud mental, dentro de esta categoría se clasifican las siguientes patologías encontradas: D649 Anemia de tipo no especificado; E46X Desnutrición proteicocalórica, No especificada; E660 Obesidad debida a exceso de calorías; E668 Otros tipos de obesidad; E669 Obesidad, no especificada; T741 Abuso físico; T742 Abuso sexual; T743 Abuso psicológico; Z637 Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar. Encontrando los siguientes datos:

Figura 13.*Diagnóstico Problemas de Salud Relacionados con Maltrato.*

Para el diagnóstico <<Problemas de salud relacionados con maltrato>> se realizaron 141 atenciones que son el equivalente al 2,2% del total, con un mayor número de casos en los NNA de 6-11 años del sexo masculino con un 34% de los diagnósticos.

El décimo diagnóstico encontrado es el F42-F42.9 <<Trastorno obsesivo-compulsivo>> dentro de esta clasificación se encontraron las siguientes patologías: F420 Trastorno obsesivo-compulsivo Con predominio de pensamientos o fumigaciones obsesivas; F421 Trastorno obsesivo-compulsivo Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos); F428 Otros trastornos obsesivo-compulsivos; F429 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación, encontrando los siguientes datos:

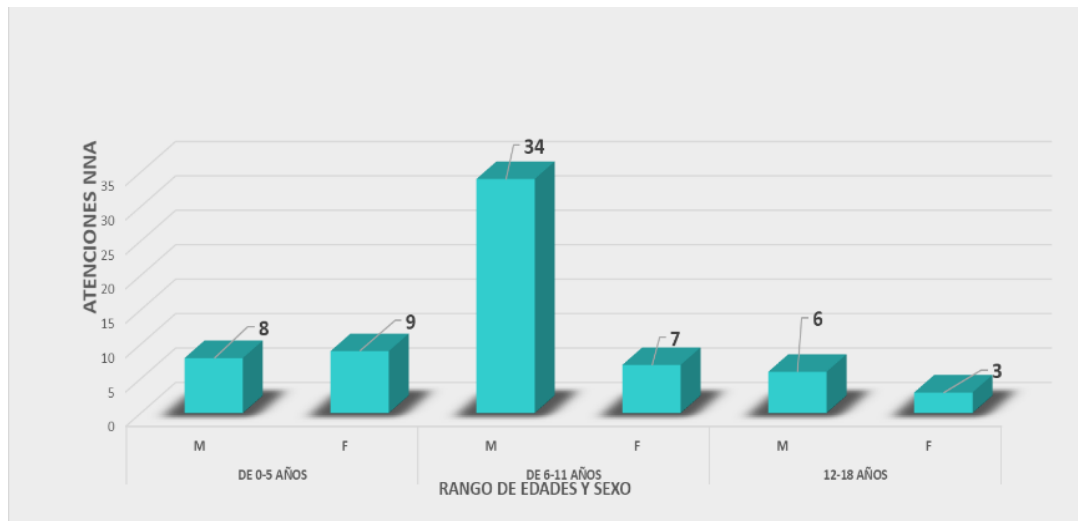
Figura 14.*Diagnóstico F42-F42.9 Trastorno Obsesivo-Compulsivo.*

Para el diagnóstico F42-F42.9 <<Trastorno obsesivo-compulsivo>> se realizaron 76 atenciones que son el equivalente al 1,0% del total, con un mayor número de casos en los NNA de 12 a 18 años del sexo masculino con un 28% de los diagnósticos.

El undécimo diagnóstico es el F51-F51.5 <<Trastornos no orgánicos del sueño>> en esta clasificación se agrupan las siguientes patologías: F51.0 Insomnio no orgánico; F51.3 Sonambulismo; F51.4 Terrores del sueño [terrores nocturnos], encontrando los siguientes datos:

Figura 15.

Diagnóstico F51-F51.5 Trastornos No Orgánicos del Sueño.

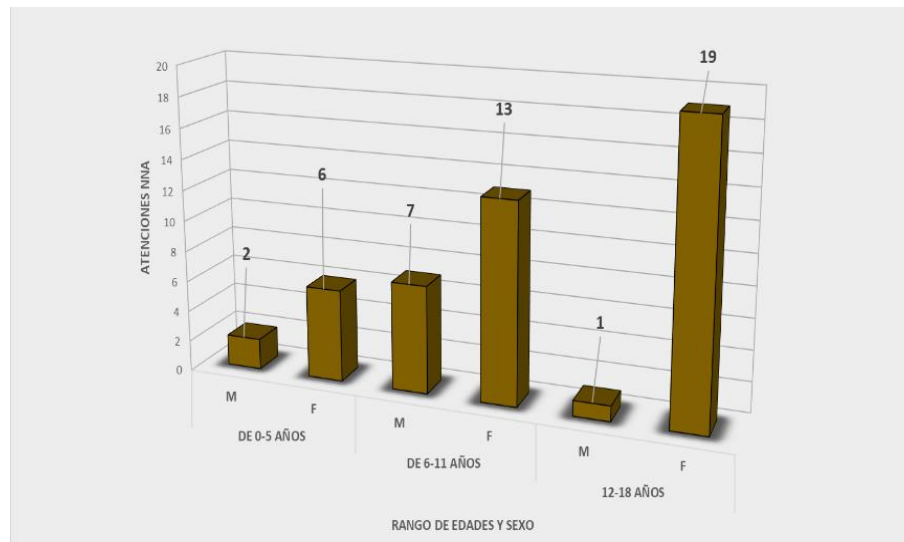


Para el diagnóstico F51-F51.5 <<Trastornos no orgánicos del sueño>> del cual se identificaron 67 consultas equivalentes al 1,0% del total, con un mayor número de casos en los NNA de 6-12 años del sexo masculino con un 51% de los diagnósticos.

El doceavo diagnóstico encontrado es el F50.9 <<Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación>> dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes patologías: F500 Anorexia nerviosa; F501 Anorexia nerviosa atípica; F502 Bulimia nerviosa; F503 Bulimia nerviosa atípica; F982 Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y en la niñez; F983 Pica en la infancia y la niñez y se encontraron los siguientes datos:

Figura 16.

Diagnóstico F50.9 Trastorno de la Conducta Alimentaria Sin Especificación.

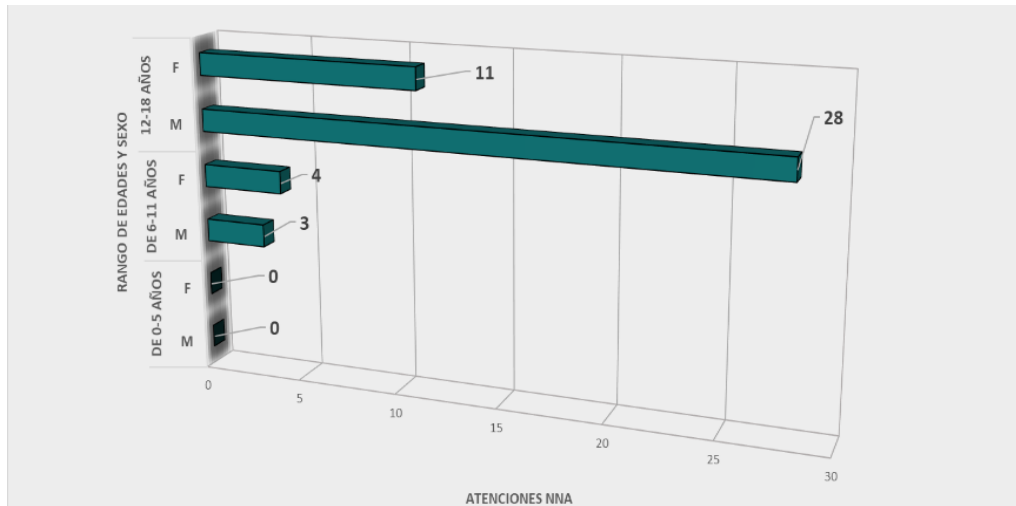


Para el diagnóstico F50.9 <<Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación>> se realizaron 48 atenciones que representan el 0.7% del total, con un mayor número de casos en los NNA de 12-18 años del sexo femenino con un 40% de los diagnósticos.

El ultimo diagnóstico identificado es el F20.0-F20.9 <<Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes>> en este grupo se encontraron las patologías como: F20.0 Esquizofrenia paranoide; F20.3 Esquizofrenia indiferenciada; F20.6 Esquizofrenia simple; F20.8 OTRAS esquizofrenias; F20.9 Esquizofrenia, no especificada, encontrando los siguientes datos:

Figura 17.

Diagnóstico F20.0-F20.9 Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes.



Para el diagnóstico F20.0-F20.9 <<Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes>> se realizaron 46 atenciones equivalente al 0,5% del total, con un mayor número de casos en los NNA de 12-18 años del sexo masculino con un 61% de los diagnósticos.

A continuación, se presenta de manera sintética la totalidad de los diagnósticos correspondientes a las atenciones primigenias de NNA en el periodo 2012-2014.

Tabla 2.*Totalidad de Casos Diagnósticos y Edades 2012-2014*

TRASTORNOS EN SALUD MENTAL DEL PERIODO DE 2012-2014	RANGO DE EDADES						TOTALES			
	DE 0-5 AÑOS		DE 6-11 AÑOS		12-18 AÑOS		TOTAL RANGO DE EDADES		SUMATORIA	%
	M	F	M	F	M	F	M	F		
F300-F399 Trastornos del humor (afectivos)	436	190	1513	671	296	431	2245	1292	3537	55,2
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psico tropas.	0	0	2	0	563	106	565	106	671	10,5
F910-F919 Trastornos disociales.	55	10	196	57	151	56	402	123	525	8,2
F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.	49	33	67	56	76	87	192	176	368	5,7
F800-F890 Trastornos del desarrollo psicológico.	140	38	114	50	15	8	269	96	365	5,7
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	0	0	79	50	34	35	113	85	198	3,1
F90.0-F90.9 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	13	5	90	36	36	12	139	53	192	3,0
F700-F799 Retraso mental	16	6	47	22	53	31	116	59	175	2,7
Problemas de salud relacionados con maltrato	13	10	48	33	14	23	75	66	141	2,2
F42-F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo.	1	6	20	17	21	11	42	34	76	1,0
F51-F51.5 Trastornos no orgánicos del sueño.	8	9	34	7	6	3	48	19	67	1,0
F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.	2	6	7	13	1	19	10	38	48	0,7
F20.0-F20.9 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	0	0	3	4	28	11	31	15	46	0,7
TOTAL DE CASOS							4247	2162	6409	
EQUIVALENCIA EN PORCENTAJE							68,80%	31,20%	100%	100

Se puede establecer entonces que, para el periodo analizado la población más afectada por problemas o trastornos de salud mental de NNA es la masculina en el rango de edad de 6-11 años, con más de mil (1000) atenciones por encima de los demás rangos de edades. La principal causa de consulta son los trastornos de humor de tipo afectivos, que pueden estar asociados a diversos problemas multidimensionales dentro del núcleo familiar, el sistema escolar y las capacidades de la sociedad en atención a las necesidades de estos NNA.

Dentro del rango de 6-11 años, se ubican los NNA considerados como niños y pre adolescentes que ya han superado la primera infancia y se encuentran en su etapa de desarrollo

físico y psicológico a fin de consolidar su identidad individual. Dentro de este rango de edad los NNA mayoritariamente se encuentra en época de escolarización por lo que se ven enfrentados a distintos niveles de convivencia con los otros individuos que permiten observar cuando existen dificultades en su desarrollo social y estos son signos de alarma frente a un posible problema o trastorno de salud mental que afecta el desarrollo normal y requiere acompañamiento de un profesional médico.

Es de considerar la alta cantidad de atenciones por consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA en los NNA de 12 – 18 años, esta problemática es una de las más impactantes en el perfil epidemiológico, debido a que sus consecuencias pueden ser nefastas a futuro para las personas que inician el consumo de SPA a muy temprana edad, puesto que sus efectos no solo se evidencian a nivel social y comportamental, sino que se pueden identificar en el desarrollo de múltiples problemas o trastornos de salud mental en la edad adulta que afectan severamente el desarrollo normal de los individuos dentro de la sociedad. Este es un aspecto que afecta mayormente al sexo masculino en proporción de uno a cinco frente al sexo femenino.

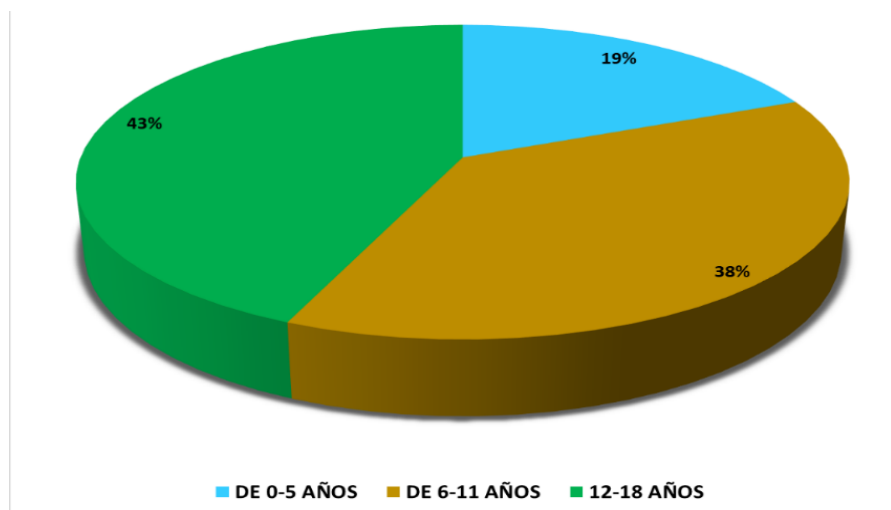
Otro aspecto importante dentro del perfil epidemiológico encontrado es el de trastorno del desarrollo psicológico, cuyo impacto se concentra en los NNA de 0-5 años, el cual tiene múltiples efectos sobre el proceso de escolarización en la primera infancia, ya que pone en evidencia las dificultades para el desarrollo escolar, lo que impone un reto gigantesco a las familias y centros educativos ya que deben diseñar estrategias que permitan la superación de este y afiance el proceso de formación escolar, permitiendo que a futuro se desarrollen capacidades de aprendizaje para su formación académica que permita el desarrollo de estos en la edad adulta.

5.2 Segundo Periodo 2015-2017.

Según lo reportado en los RIPS, durante el periodo de 2015 – 2017 se recibieron 4947 consultas de NNA de primera vez, encontrando que 927 consultas fueron en el rango de edad de 0 – 5 años, 1864 consultas en el rango de 6 – 11 años y 2156 en el rango de 12 – 18 años, distribuidos porcentualmente de la siguiente manera:

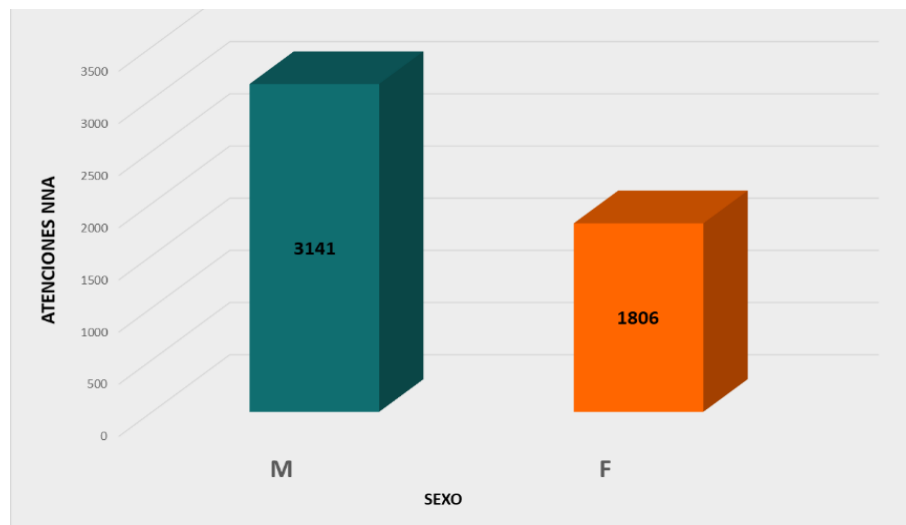
Figura 18.

Atenciones NNA Por Rango de Edades 2015-2017.



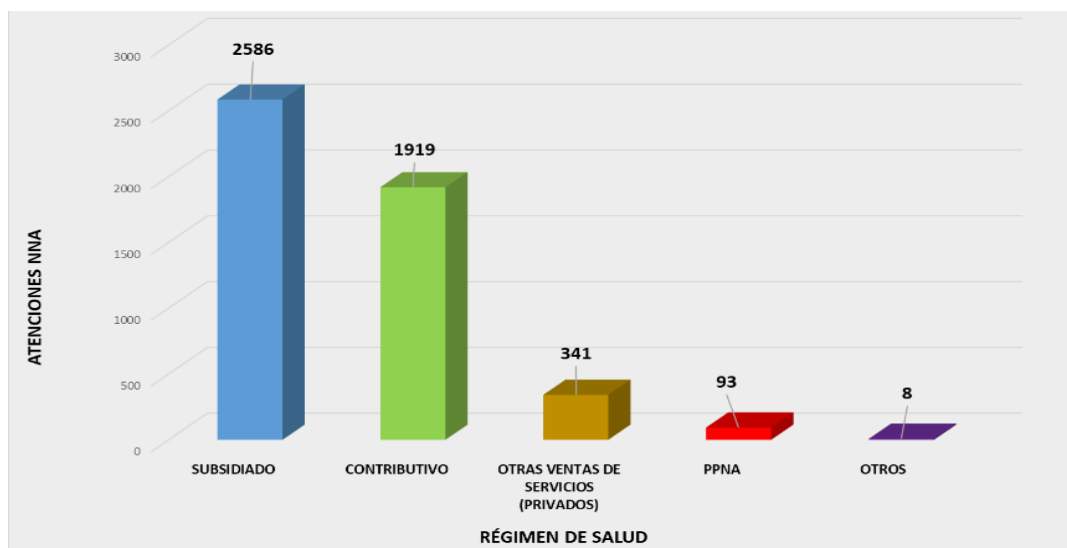
Para este periodo de análisis se encuentra que los NNA que más recibieron atenciones es la del rango de 12-18 años con el 43%, estableciendo que la población más afectada es la que se considera en la adolescencia lo que implica un cambio importante respecto al periodo anterior.

En cuanto a las atenciones según el sexo se idéntico que el 63% fue del sexo masculino y el 37% del sexo femenino.

Figura 19.*Atenciones NNA Por Sexo 2015-2017.*

Esta tendencia es fundamental ya que las afectaciones del sexo masculino se mantienen considerablemente superiores frente a las del sexo femenino, situación que debe llevarnos a revisar a profundidad este asunto, con la finalidad de proponer acciones concretas de prevención y atención de los problemas o trastornos de salud mental con un enfoque de género, teniendo en cuenta las particularidades de cada sexo.

En cuanto a las atenciones de NNA según el régimen de salud, se pudo identificar la siguiente información:

Figura 20.*Atenciones NNA Por Régimen de Salud. 2015-2017.*

Durante este periodo la mayoría de las atenciones se realizaron de NNA fueron del régimen subsidiado con el 52%, el contributivo con el 39% las otras ventas de servicios privados con el 7%, la Población Pobre No Asegurada- PPNA con el 1.8% y otras ventas de servicios con el 0.2%.

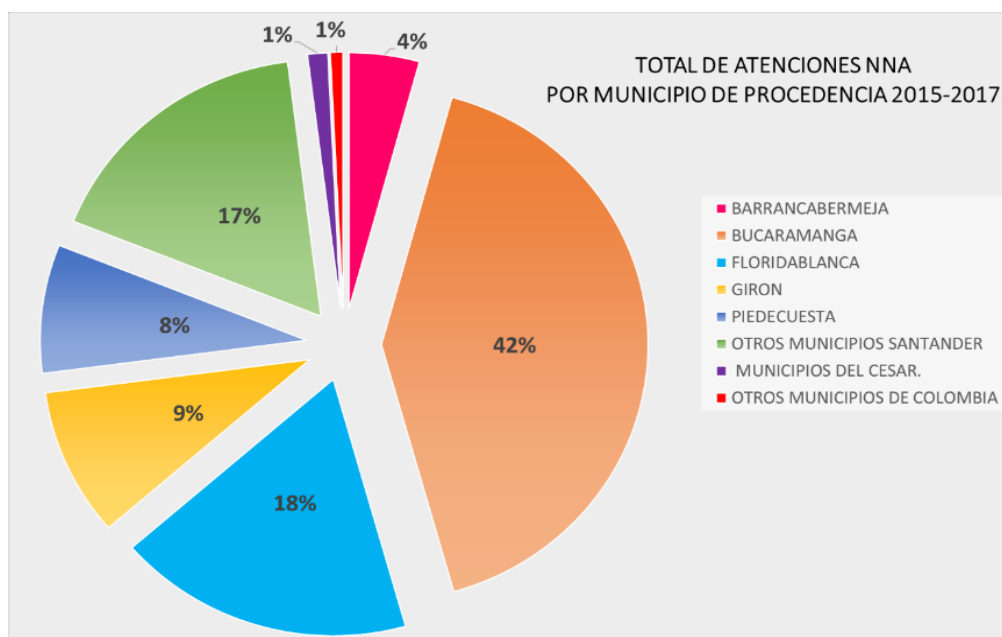
Se observa una mayor cantidad de atenciones en el régimen subsidiado con más de la mitad de estas, es importante señalar que esta población es la que se encuentra en más riesgo socioeconómico debido a que pertenecen a EPS que son subsidiadas por parte del Estado ya que no cuenta con la capacidad de pagar por estos servicios. También se observa una gran cantidad de atenciones por medios privados que pueden pertenecer a cualquiera de los otros regímenes, pero optan por la atención de estos.

En cuanto a los datos encontrados por municipio, la mayoría de las atenciones son focalizadas al área metropolitana de Bucaramanga con el 77% del total. También se encuentra un número alto proveniente de otros municipios de Santander y de municipios del departamento del Cesar. También aparece Barrancabermeja como uno de los municipios con mayor NNA que

asisten a consultas de primera vez. Respecto a los datos por municipios se encontraron los siguientes datos:

Figura 21.

Total Atenciones NNA Por Municipio de Procedencia 2015-2017.



Se encuentra que de las atenciones realizadas de NNA, 2046 consultas fueron de Bucaramanga, 890 de Floridablanca, 461 de Girón, 401 de Piedecuesta, 211 de Barrancabermeja, 839 de otros municipios de Santander, 61 provenientes de municipios del Cesar y 38 de otros municipios de otras partes del país.

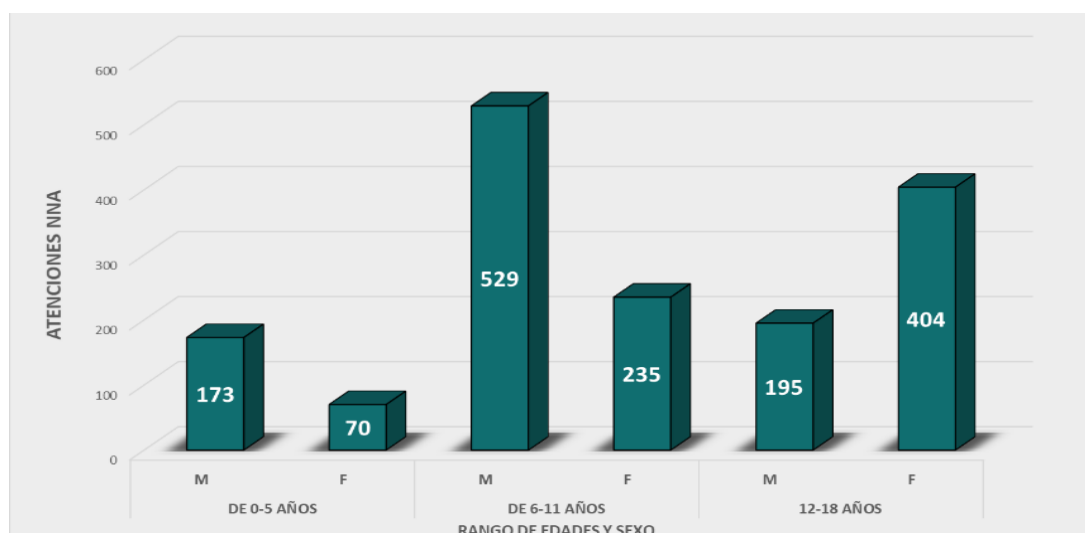
Frente a estos datos se observa que hay una gran cantidad de atenciones provenientes de las zonas de provincia del departamento de Santander, esto es así debido a que en ningún municipio existen hospitales con los equipos y profesionales necesarios para la atención de NNA respecto a la salud mental.

Para la consolidación del perfil epidemiológico, se determinó que se deben analizar los diagnósticos establecidos por los códigos CIE, con el fin de describir el panorama de morbilidad de problemas o trastornos de salud mental de los NNA en el periodo 2015-2017, además la información esta discriminada en los rangos de edad y sexo con el fin de determinar las variables más importantes para el análisis.

El primer diagnóstico que prevaleció fue el F300-339 <<Trastornos del humor (afectivos)>>. Dentro de esta clasificación se agruparon las siguientes patologías encontradas: F300 Hipomanía; F319 Trastorno bipolar sin especificación; F320 Episodio Depresivo Leve; F321 Episodio Depresivo Moderado; F322 Episodio Depresivo Grave Sin Síntomas Psicóticos; F328 Otros Episodios Depresivos; F329 Episodio Depresivo, No Especificado; F332 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Depresivo Grave Presente Sin Síntomas Psicóticos y F341 Distimia, encontrando los siguientes datos:

Figura 22.

Diagnóstico F300-339 Trastornos del Humor (Afectivos).

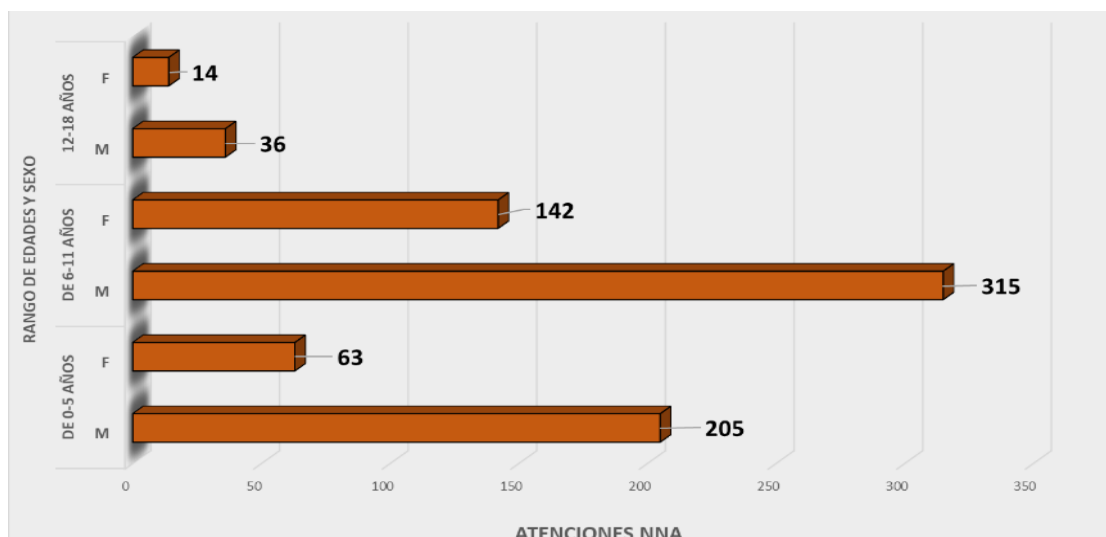


Para el diagnóstico F300-339 <<Trastornos del humor (afectivos)>>. Se realizaron 1606 atenciones equivalentes a un 32,5% del total con un mayor número de casos en los NNA de 6-11 años del sexo masculino con un 33% de los diagnósticos.

El segundo diagnóstico más recurrente fue el F800-F890 <<Trastornos del desarrollo psicológico>>. Dentro de esta clasificación se encontraron las siguientes patologías: F800 Trastorno específico de la pronunciación; F809 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado; F812 Trastorno específico de las habilidades aritméticas; F813 Trastorno mixto de las habilidades escolares; F818 Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares; F819 Trastorno del desarrollo de las habilidades escolares, no especificado; F840 Autismo en la niñez; F900 Perturbación de la actividad y de la atención; F909 Trastorno hiperactivo, no especificado; F95 Trastornos por tics motores y vocales múltiples combinados [de la Tourette] y Q909 Síndrome de Down, no especificado, encontrando los siguientes datos:

Figura 23.

Diagnóstico F800-F890 Trastornos del Desarrollo Psicológico.

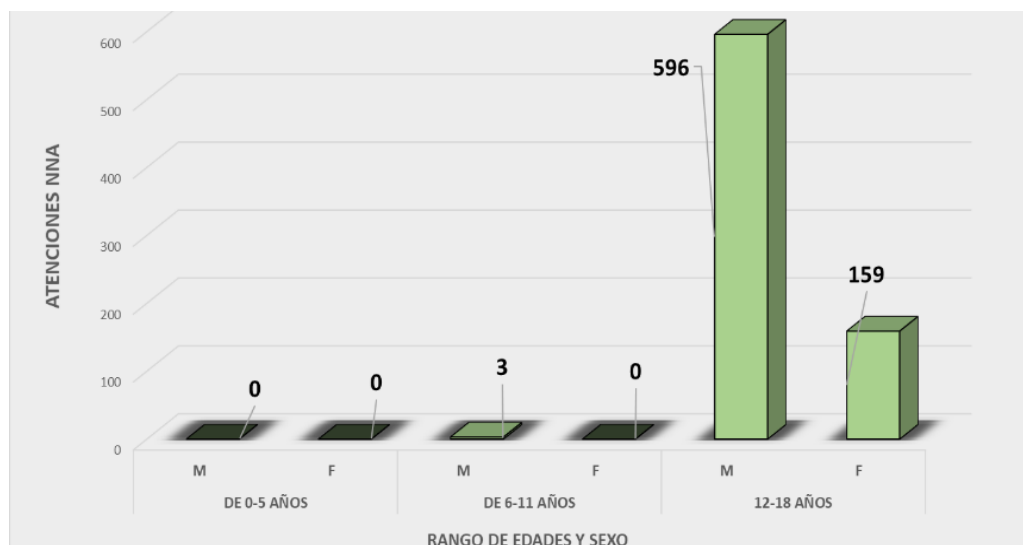


Para el diagnóstico F800-F890 <<Trastornos del desarrollo psicológico>> se realizaron 775 atenciones equivalentes al 15,7% del total con un mayor número de casos en los NNA de 6-11 años del sexo masculino con un 41% de los diagnósticos.

El tercer diagnóstico identificado fue el F10-F19 <<Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas>> Dentro de esta clasificación se encontraron las siguientes patologías: F101 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol: uso nocivo; F102 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol: uso nocivo; F121 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: uso nocivo; F122 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: síndrome de dependencia; F123 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: estado de abstinencia; F128 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: estado de abstinencia; F129 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides: estado de abstinencia; F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia; F175 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: trastorno psicótico y F179 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: trastorno mental y del comportamiento, no especificado encontrando los siguientes datos:

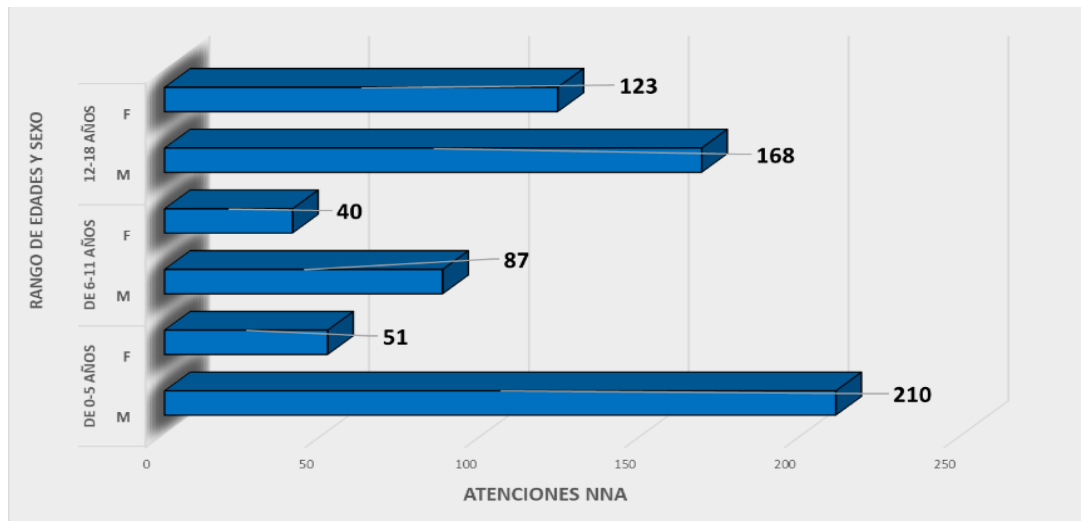
Figura 24.

Diagnóstico F10-F19 Trastornos Mentales y del Comportamiento Debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas.



Para el diagnóstico F10-F19 <<Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas>> se realizaron 758 atenciones correspondientes al 15,3% del total con un mayor número de casos en los NNA de 12-18 años del sexo masculino con un 78% de los diagnósticos.

Como cuarto diagnóstico de prevalencia fue el F910-. F919 <<Trastornos disociales>>. Dentro de esta clasificación se agruparon las siguientes patologías encontradas: F910 Trastorno disocial limitado al contexto familiar; F911 Trastorno disocial en niños no socializados; F912 Trastorno disocial en niños socializados; F913 Trastorno disocial desafiante y oposicionista; F918. Otros trastornos disociales y F919 Trastorno disocial sin especificación encontrando los siguientes datos:

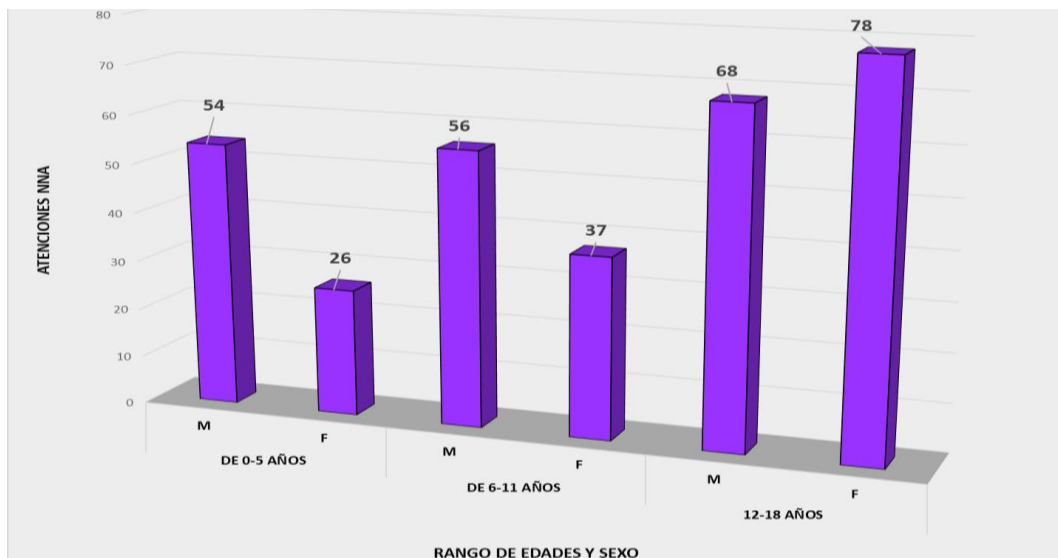
Figura 25.*Diagnóstico F910-. F919 Trastornos Disóciales.*

Para el diagnóstico F910-. F919 <<Trastornos disóciales>> se realizaron 679 atenciones que representan un 13,7% del total con un mayor número de casos en los NNA de 0-5 años del sexo masculino con un 31% de los diagnósticos.

El quinto diagnóstico identificado según la prevalencia fue el <<F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación>> Dentro de esta clasificación se agruparon las siguientes patologías: F4030 Reacción al estrés agudo; F431 Trastorno de estrés postraumático; F432 Trastornos de adaptación y F941 Trastorno de vinculación reactiva en la niñez encontrado los siguientes datos:

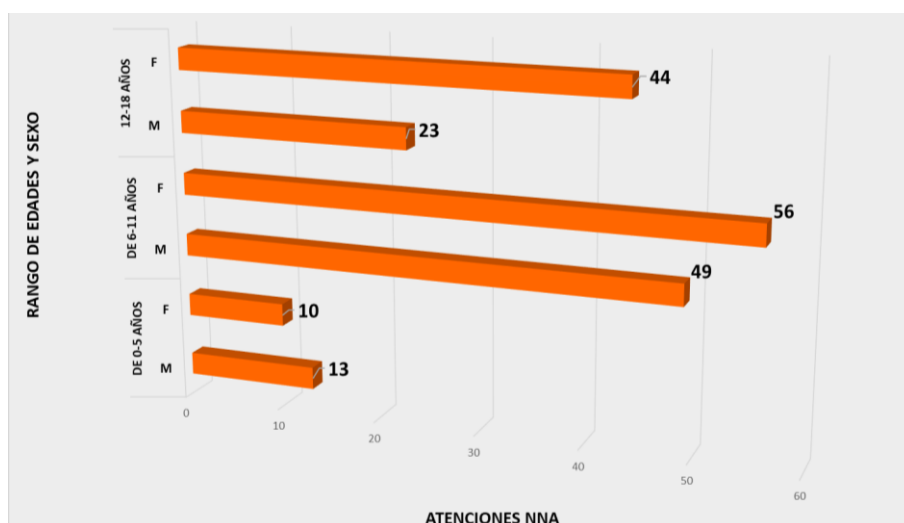
Figura 26.

Diagnóstico F43 Reacciones a Estrés Grave y Trastornos de Adaptación.



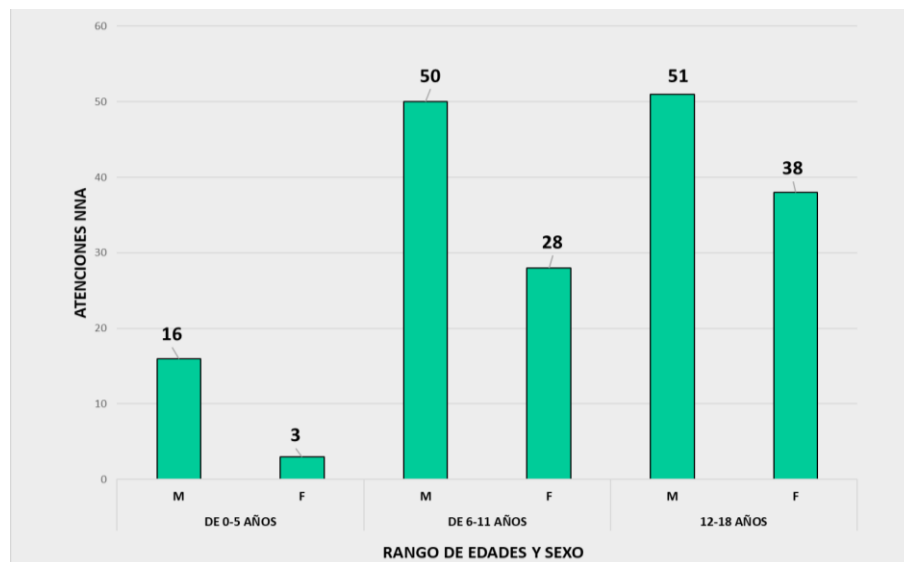
Para el diagnóstico <<F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación>> se realizaron 319 atenciones equivalentes a 6,4 % del total con un mayor número de casos en los NNA de 12-18 años del sexo femenino con 24% de los diagnósticos.

El sexto diagnóstico de prevalencia fue el de <<Problemas de salud relacionados con maltrato>>. Dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes patologías: D649 Anemia de tipo no especificado; E46X Desnutrición proteicocalorica, No especificada; E660 Obesidad debida a exceso de calorías; E668 Otros tipos de obesidad; E669 Obesidad, no especificada; T741 Abuso físico; T742 Abuso Sexual; T743 Abuso psicológico y Z637 Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar, encontrando los siguientes datos:

Figura 27.*Diagnóstico Problemas de Salud Relacionados Con Maltrato.*

Para el diagnóstico <<Problemas de salud relacionados con maltrato>> se realizaron 195 atenciones que equivalen el 3.9% del total, con un mayor número de casos en los NNA de 6-11 años del sexo femenino con el 29% de los diagnósticos.

El séptimo diagnóstico identificado es el F700-F799 <<Retraso mental>> dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes patologías: F700 Retraso mental leve: deterioro del comportamiento nulo o mínimo; F701 Retraso mental leve: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento; F708 Retraso mental leve: otros deterioros del comportamiento; F709 Retraso mental leve: deterioro del comportamiento de grado no especificado; F790 Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento nulo o mínimo; F791 Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento; F798 Retraso mental, no especificado: otros deterioros del comportamiento y F799 Retraso mental, no especificado: deterioro del comportamiento de grado no especificado encontrando los siguientes datos:

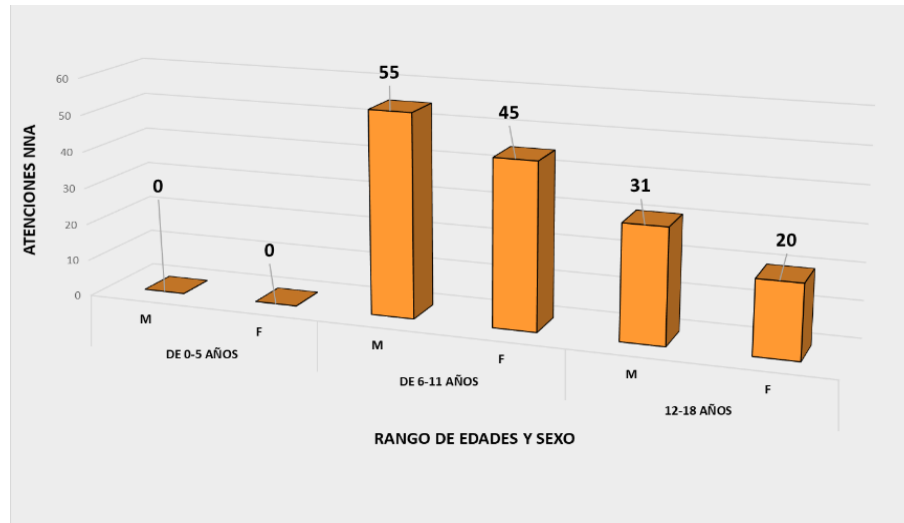
Figura 28.*Diagnóstico F700-F799 Retraso Mental.*

Para el diagnóstico F700-F799 <<Retraso mental>> se realizaron 186 atenciones equivalentes al 3,8% del total con un mayor número de casos en los NNA de 12-18 años del sexo masculino con un 27.5% de los casos, aunque se encuentra de manera muy cercana a las atenciones a NNA de 6 – 11 años del sexo masculino con un 27.2% de los diagnósticos.

El octavo diagnóstico según prevalencia es el F40-F49 <<Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos>> Dentro de esta clasificación se agruparon las siguientes patologías: F401 Fobias sociales; F4012 Fobias especificada [aisladas]; F410 Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica] y F411 Trastorno de ansiedad generalizada, encontrando sus siguientes datos:

Figura 29.

Diagnóstico F40-F49 Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos.

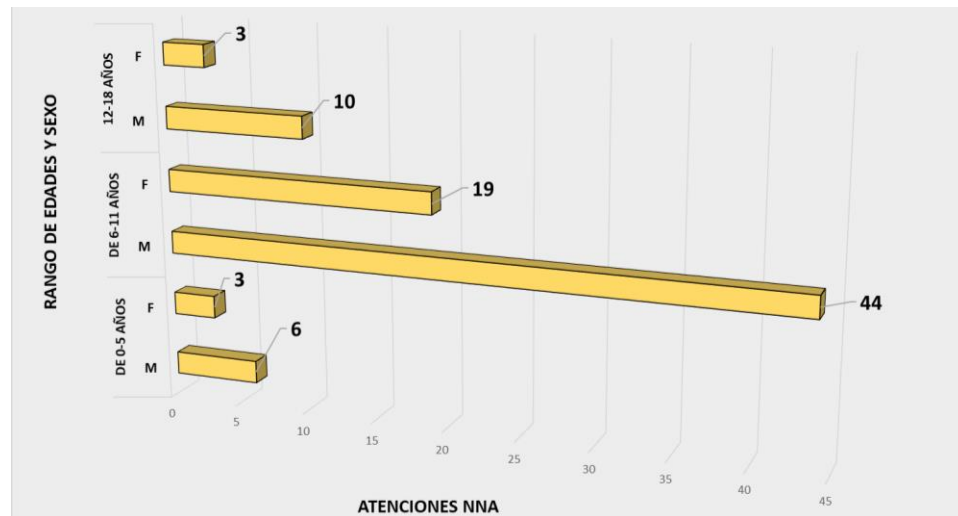


Para el diagnóstico F40-F49 <<Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos>> se realizaron 151 atenciones que representan al 3,1% del total con un mayor número de casos en los NNA de 6-11 años del sexo masculino con un 36% de los diagnósticos.

El noveno diagnóstico de acuerdo a la prevalencia es el F90.0-F90.9 <<Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia>> Dentro de esta clasificación se agruparon las siguientes patologías: F90.Trastornos hiperkinéticos; F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención; F90.1 Trastorno hiperkinético disocial; F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos y F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación, encontrando los siguientes datos:

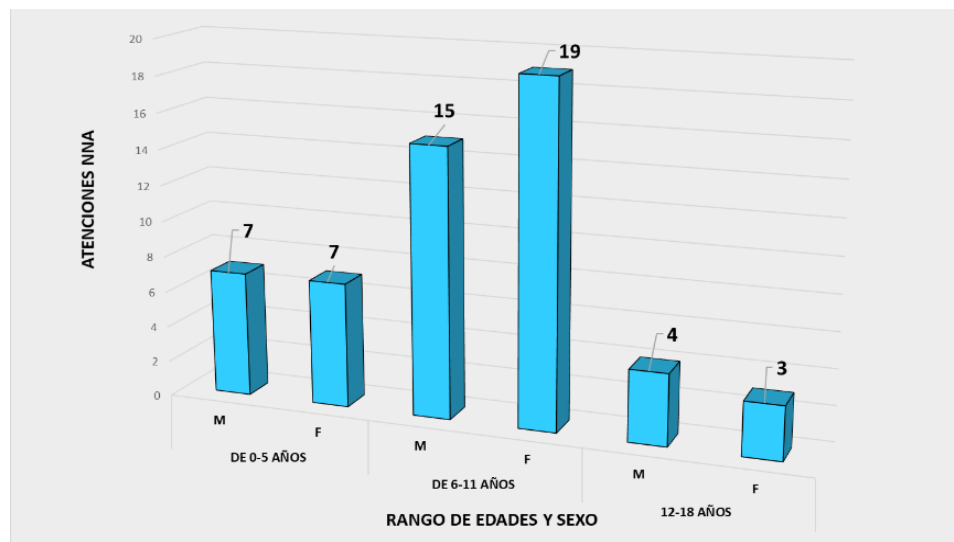
Figura 30.

Diagnóstico F90.0-F90.9 Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia.



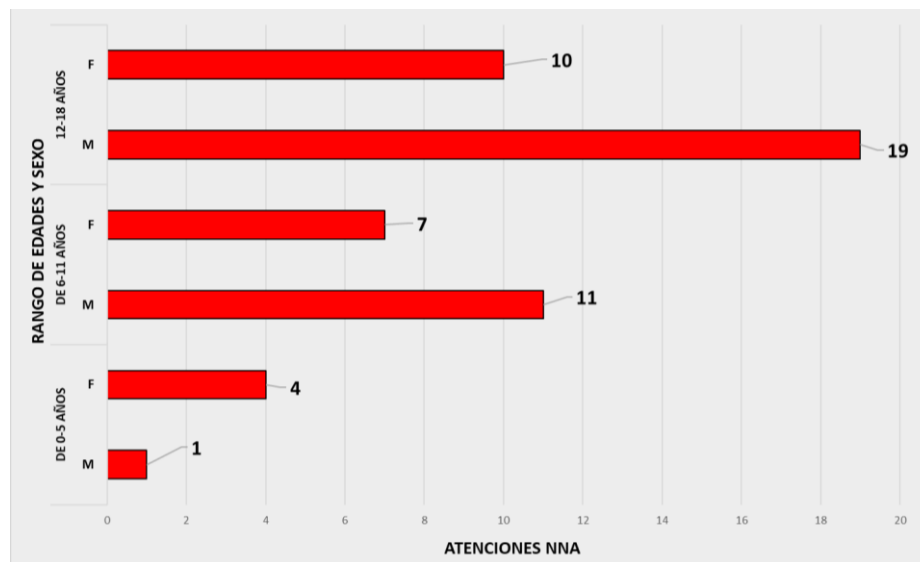
Para el diagnóstico F90.0-F90.9 <<Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia>> se realizaron 85 atenciones que representan un 1,7% del total con un mayor número de casos en NNA de 6-11 años del sexo masculino con un 52% de los diagnósticos.

El décimo diagnóstico identificado es F51-F51.5 <<Trastornos no orgánicos del sueño>> dentro de esas clasificaciones se agrupan las siguientes patologías: F51.0 Insomnio no orgánico; F51.3 Sonambulismo y F51.4 Terrores del sueño [terrores nocturnos], encontrando los siguientes datos:

Figura 31.*Diagnóstico F51-F51.5 Trastornos No Orgánicos del Sueño.*

Para el diagnóstico F51-F51.5 <<Trastornos no orgánicos del sueño>> se realizaron 55 atenciones equivalentes al 1,1% del total con un mayor número de casos en los NNA de 6-11 años del sexo femenino con un 35% de los diagnósticos.

El undécimo diagnóstico encontrado en prevalencia es el F42-F42.9 <<Trastorno obsesivo-compulsivo>>. Dentro de esta clasificación se agrupan las siguientes patologías: F420 Trastorno obsesivo-compulsivo Con predominio de pensamientos o fumigaciones obsesivas; F421 Trastorno obsesivo-compulsivo Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos); F428 Otros trastornos obsesivo-compulsivos y F429 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación, encontrando los siguientes datos:

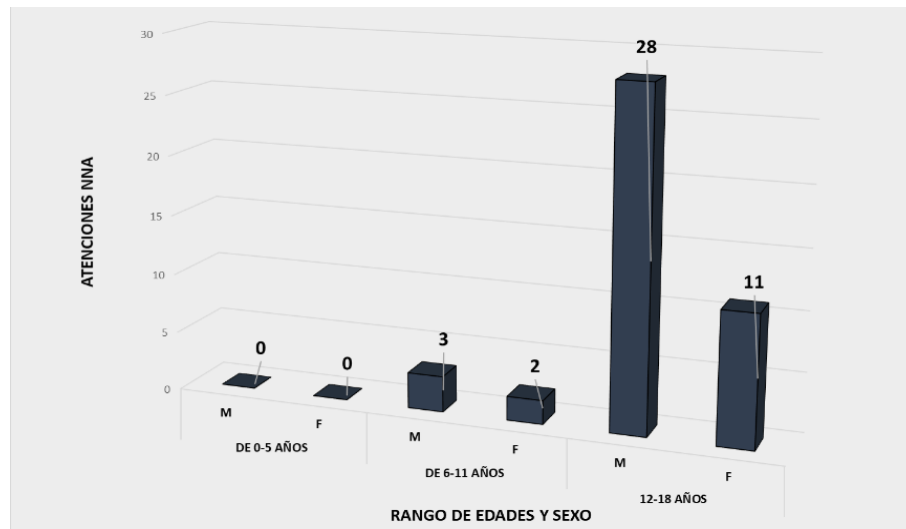
Figura 32.*Diagnóstico F42-F42.9 Trastorno Obsesivo-Compulsivo.*

Para el diagnóstico F42-F42.9 <<Trastorno obsesivo-compulsivo>> se realizaron 45 atenciones que representan el 1,1% del total con un mayor número de casos de NNA de 12 a 18 años del sexo masculino con un 37% de los diagnósticos.

El doceavo diagnóstico identificado en prevalencia es el F20-F29 <<Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes>>. Dentro de esta clasificación se agrupan las siguientes patologías: F20.0 Esquizofrenia paranoide; F20.3 Esquizofrenia indiferenciada; F20.6 Esquizofrenia simple; F20.8 OTRAS esquizofrenias y F20.9 Esquizofrenia, no especificada, encontrando los siguientes datos:

Figura 33.

Diagnóstico F20-F29 Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes.

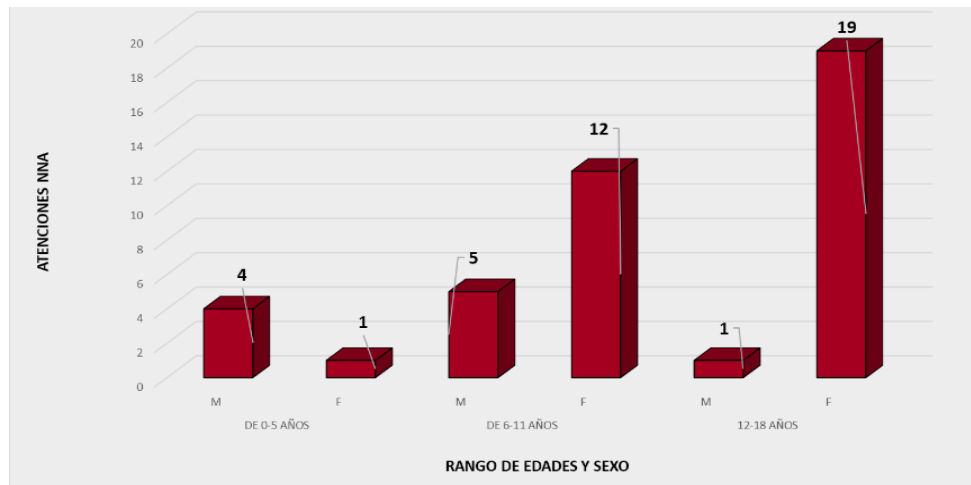


Para el diagnóstico F20-F29 <<Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes>> se realizaron 44 atenciones equivalente a 0,9% del total con un mayor número de casos en los NNA de 12-18 años del sexo masculino con un 64% de los diagnósticos.

El último diagnóstico encontrado en prevalencia es el F50.9 <<Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación>> dentro de esta clasificación se encuentran las siguientes patologías: F500 Anorexia nerviosa; F501 Anorexia nerviosa atípica; F502 Bulimia nerviosa; F503 Bulimia nerviosa atípica; F982 Trastorno de la ingestión alimentaria en la infancia y en la niñez; F983 Pica en la infancia y la niñez y se encontraron los siguientes datos:

Figura 34.

Diagnóstico el F50.9 Trastorno de la Conducta Alimentaria Sin Especificación.



El diagnóstico el F50.9 <<Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación>> 42 atenciones con un mayor número de casos en los NNA de ningún 12 -18 años del sexo femenino con un 45% de los diagnósticos.

A continuación, un análisis sintético de los diagnósticos encontrados discriminados por rango de edades y sexo durante el periodo analizado.

Tabla 3.*Totalidad de Casos Diagnósticos y Edades 2015-2017.*

TRASTORNOS EN SALUD MENTAL DEL PERIODO DE 2015-2017	RANGO DE EDADES						TOTALES			
	DE 0-5 AÑOS		DE 6-11 AÑOS		12-18 AÑOS		TOTAL RANGO DE EDADES		SUMATORIA	%
	M	F	M	F	M	F	M	F		
F30-F39 Trastornos del humor (afectivos).	173	70	529	235	195	404	897	709	1606	32,5
F800-F890 Trastornos del desarrollo psicológico.	205	63	315	142	36	14	556	219	775	15,7
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.	0	0	3	0	596	159	599	159	758	15,3
F910-F919 Trastornos disociales.	210	51	87	40	168	123	465	214	679	13,7
F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.	54	26	56	37	68	78	178	141	319	6,4
Problemas de salud relacionados con maltrato.	13	10	49	56	23	44	85	110	195	3,9
F700-F799 Retraso mental.	16	3	50	28	51	38	117	69	186	3,8
F40-F49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	0	0	55	45	31	20	86	65	151	3,1
F90.0-F90.9 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	6	3	44	19	10	3	60	25	85	1,7
F51-F51.5 Trastornos no orgánicos del sueño.	7	7	15	19	4	3	26	29	55	1,1
F42-F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo.	1	4	11	7	19	10	31	21	52	1,1
F20.0-F20.9 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	0	0	3	2	28	11	31	13	44	0,9
F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.	4	1	5	12	1	19	10	32	42	0,8
TOTAL DE CASOS							3141	1806	4947	
EQUIVALENCIA EN PORCENTAJE							63%	37%	100%	100,0

Se observa entonces que la población de NNA con mayor cantidad de atenciones es la de 12 – 18 años del sexo masculino, pero la diferencia entre el rango de 6-11 años no supera las 300 atenciones, por lo que en este periodo se observa una distancia menor en esta variable. También es importante el número en los NNA de 0-5 años que casi alcanza las mil atenciones lo que señala descenso de estas.

Dentro de los diagnósticos encontrados el de mayor impacto es el de los trastornos del humor tipo afectivos con un mayor impacto en los NNA de 6-11 años del sexo masculino, con una distancia pequeña en cuanto a las atenciones de NNA de 12-18 años del sexo femenino. Esto es notable ya que la brecha entre ambos sexos en este diagnóstico es pequeña, aunque varía el rango de edad.

Frente al consumo de SPA se encuentra que existe una brecha significativa entre los NNA de 12-18 años frente al resto, por lo que se puede entender que el uso de psicotrópicos se encuentra centralizado en los adolescentes mayormente masculinos. Este indicador es importante debido a que las acciones emprendidas deben enfocarse no solo para la atención de este fenómeno sino para la prevención, por lo que deben aplicarse distintas estrategias en la población de menor edad.

Los cuatro primeros diagnósticos encontrados, reflejan más del 70% de las atenciones durante el periodo, estableciendo que allí se encuentran los mayores problemas o trastornos de salud mental en los NNA, con ello se pueden establecer estrategias que impacten directamente en estos problemas que presentan y requieren acompañamiento de un profesional médico que guíe el proceso de manejo.

6. Implementación de los Lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y

Convivencia Social en el Departamento de Santander.

Para la descripción del proceso de implementación de esta política pública, se partirá por el reconocimiento de la misma, su proceso de diseño, objetivos, enfoques y líneas estratégicas las cuales marcaban los aspectos más relevantes de los planes y programas que deberían dar vida a los lineamientos en todo el departamento.

La Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social del Departamento de Santander, fue establecida por la Asamblea Departamental en el año 2014. Su proceso inicio con el proyecto de Ordenanza N° 040 que fue llevado a la comisión responsable en donde fue aprobada, posteriormente fue presentada en plenaria en donde fue ratificada y establecida por medio de la Ordenanza N° 031 del 04 de agosto de 2014. En ella se determinaron los lineamientos mínimos que deben tener los procesos de prevención, atención y rehabilitación de la población que tenga problemas o trastornos de salud mental en el departamento de Santander.

Esta política pública tiene un impacto intersectorial e interinstitucional de esfera pública y privada en donde se deben reunir esfuerzos para su puesta en marcha y cumplimiento debido a que es muy amplia en su sentido y alcance de intervención, por ello, se estableció como objetivo general:

“Garantizar, sensibilizar y motivar a los entes territoriales del Departamento de Santander así como a todas la instituciones del sistema general en seguridad social en Salud y las diferentes instituciones públicas y privadas al ejercicio del derecho a la Salud Mental de toda la población Santandereana, priorizando a los niños, niñas, adolescentes y mujeres mediante la promoción de la Salud y prevención del trastorno mental y las Violencias, así como la atención integral de la Salud Mental en el sistema general de Seguridad Social en Salud teniendo en cuenta un enfoque de Derechos, enfoque Diferencial y acciones transversales e interseccionales” (Ordenanza. 031. 2014. Artículo 3)

Y como objetivos específicos:

- Promoción de la Salud Mental y la Convivencia.
- Prevención y Atención Integral a problemas y trastornos Mentales y a Diferentes formas de Violencia.
- Participación Social y Comunitaria en los Programas de Salud Mental y eventos Vinculados al Consumo de Sustancia Psicoactivas.

- Creación del Consejo Departamental de Salud Mental.

Con esto se pretendía abordar todos los actores y factores que influyen en la atención y prevención de los problemas y trastornos de salud mental de la población del departamento. Para este fin se deberían desarrollar líneas estrategias que permitieran tener un impacto positivo sobre los pobladores y solidificar la acción del Estado frente a este tema, permitiendo el libre goce de derechos y el cumplimiento de las necesidades de los ciudadanos.

Vale la pena resaltar que, como uno de los objetivos, fue la creación del Consejo Departamental de Salud Mental, como el primer organismo encargado específicamente del seguimiento al desarrollo de la política pública, esto es un hito dentro del proceso ya que este consejo debería ser su máximo promotor y en trabajo conjunto con la Secretaria de Salud deberían desarrollar los procesos de implementación, evaluación y seguimiento de esta.

La política pública en su artículo N° 5 estableció los enfoques principales con los cuales se deberían diseñar todos los planes y programas para la implementación de dichos lineamientos. Es importante señalar que la puesta en marcha de esta estaba en cabeza de la Secretaria de Salud Departamental, la cual debería tener presencia en los 87 municipios del departamento mediante enlaces provinciales que desarrollaran las actividades programadas en el proceso de implementación. Para garantizar un proceso homogéneo en todas las provincias se deberían desarrollar planes y programas cuyo diseño debería implementar los siguientes enfoques de la política pública:

- 1- Una política de salud mental centrada en derechos humanos.
- 2- Una política de salud mental con enfoque diferencial, incluyente y territorial.
- 3- Una política de salud mental intersectorial, transversal a todas las instituciones.

- 4- Una política de salud mental que contempla el enfoque psicosocial por curso de vida.
- 5- Una política de salud mental que se enmarca en la atención primaria en salud.

Estos enfoques, son elementos importantes en los procesos de implementación, ya que no solo aportan a los mínimos que se deben alcanzar, sino que además establecen los rasgos generales de las acciones. Para el cumplimiento de estos enfoques, se deben diseñar estrategias de acción concordancia con los estándares de atención en salud que respeten los derechos humanos de manera diferencial, incluyente y territorial. Esto es positivo debido a que la población del departamento de Santander es muy variada en cuanto a costumbres, cultura, creencias y desarrollo socioeconómico, también algunas poblaciones son de difícil acceso debido a la geografía de la región y no cuentan con una institucionalidad robusta, por lo que cada acción debería construirse con base en estos criterios para que sus impactos fueran notorios en el cumplimiento de los objetivos.

Es importante señalar el reto que requiere el enfoque intersectorial y transversal basado en la atención primaria en salud, pues esto requiere un despliegue institucional de distintos sectores de la salud y el Estado en todos los municipios del departamento que garanticen dicha atención en todo el territorio, para ello, la gobernación debería realizar una inversión económica para la adecuación de centros de atención, capacitación del personal de salud y establecimiento de redes que permitieran un verdadero escenario de atención primaria en la población.

Para el desarrollo concreto de estos enfoques y objetivos, en la política pública diseñaron tres líneas estratégicas que pretenden desarrollar los distintos aspectos de la atención de los problemas y trastornos de salud mental. En el artículo N° 6 señala que estas líneas son:

- 1- Promoción de la salud mental y la convivencia social.

2- Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

3- Prestación de servicios en salud mental.

Estas tres líneas estratégicas fueron la base para él, la implementación de dicha política pública que se daría entre el 2015 y 2017, aunque existen diversos factores que tienen una influencia directa sobre el desarrollo de este proceso. Uno de estos factores, es que durante el periodo del 2015, se tenía establecido un modelo de acción frente las problemáticas de la salud mental establecido desde el Plan de Desarrollo Departamental 2012 – 2015 “Santander Enserio, Gobierno de la Gente”, en donde su formulación no había considerado la inclusión de los lineamientos y una vez aprobado no se realizó ningún esfuerzo real por adaptarlo a las nuevas directrices emanadas desde la política pública, por lo que su implementación durante ese año no estuvo diseñada realmente para darle vida a estos lineamientos.

Para la vigencia del 2016 y 2017, se tuvo una armonía con el Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 “Santander Nos Une” debido a que este si incluyo en sus metas el componente de salud mental alineado a los objetivos de la política pública, lo que permitió que durante estos años se realizara un mejor desarrollo de los planes y programas que permitieran la consolidación de los lineamientos establecidos.

Para la descripción del proceso de implementación de la los lineamientos de política pública, se explicará cuáles fueron las acciones implementadas por el gobierno departamental en el periodo 2015-2017 que apuntaban a la consolidación de este proceso. Se considera necesario aclarar, que durante el periodo el proceso de implementación se dio por medio de una contratación interinstitucional entre la Gobernación de Santander, El Hospital Psiquiátrico San Camilo y la

Fundación de Profesionales al Servicio de la Comunidad Empresas Públicas y Privadas, siendo estas dos últimas instituciones quienes fungieron como las encargadas de la ejecución, evaluación y seguimiento de las actividades que se tenían propuestas dentro de los planes de desarrollo respecto a la salud mental.

6.1 Vigencia 2015.

Para la implementación de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social del Departamento de Santander en el año 2015, se realizó el contrato 0003368 entre la Gobernación de Santander y la Fundación de Profesionales al Servicio de la Comunidad Empresas Públicas y Privadas, el cual tenía como objeto principal:

“Capacitar al comité de drogas y al consejo seccional de estupefacientes para fortalecer el eje de prevención de drogas; a la red social de apoyo en la estrategia pactos por la vida; en cuidados de primera infancia y habilidades para la vida a madres y cuidadores; y fortalecer la prevención del consumo de sustancias psicoactivas mediante 6 talleres provinciales a través de la estrategia la prevención en manos de los / las jóvenes enmarcado dentro del proyecto fortalecimiento de la promoción en la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas (spa) en el departamento de Santander.”

Con este contrato se pretendía el cumplimiento de lo establecido en el Plan de Desarrollo del Departamento de Santander 2012-2015, en el cual se estableció una línea estratégica llamada “Santander Humano y Social” en donde se pretendía impactar en la salud mental de los NNA frente al desarrollo de programas que minimizaran el consumo de SPA.

Para lograr el impacto deseado, fueron ejecutadas diversas acciones en todas cabeceras de provincia del departamento en busca del fortalecimiento institucional y capacitación de los actores

que influyeran en los NNA para reducir el consumo de SPA, aunque no existió ninguna acción concreta que impactara sobre los problemas o trastornos de salud mental no asociados al fenómeno del consumo, por lo que la ejecución de las actividades no impactaría notablemente para la implementación de la política pública fuera de este aspecto.

Aunque existiera una notable ausencia de armonía entre los objetivos de la política pública y las actividades ejecutadas por el gobierno departamental, se considera importante que se impactara en los NNA frente al consumo de SPA, para ello se realizaron las siguientes actividades dentro de la ejecución contractual:

1. Capacitación al comité de drogas y consejo seccional de estupefacientes para fortalecer el eje de prevención de drogas: acá se desarrollaron 4 reuniones de comité de drogas donde se realizaba el seguimiento al plan departamental de drogas de Santander, se realizaron 4 consejo seccional de estupefacientes en Bucaramanga.

2. Capacitación a la red social de apoyo de las provincias en la Estrategia Pactos por la Vida: Saber Beber Saber Vivir: Es una estrategia para la prevención y mitigación de riesgos y daños por consumo de alcohol a través de la movilización y autorregulación comunitaria. Esta capacitación se llevó con la realización de tres talleres uno en la provincia de Mares como sede el municipio de San Vicente; el segundo en la provincia de Vélez en el municipio de Vélez y la tercera en la Provincia Guanentá en el municipio de San Gil.

3. Capacitación a los jóvenes de las provincias de la estrategia Prevención En Manos De Los Jóvenes: esta estrategia pretendía hacer partícipe a los jóvenes en la prevención y mitigación del impacto del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), para que sean los mismos jóvenes quienes den las respuestas adecuadas a este fenómeno del consumo de SPA. Esto se realizó por

medio de 6 talleres en los municipios cabeceras de provincia como son: Málaga, Barbosa, Barrancabermeja, Bucaramanga, Socorro y San Gil.

4. Capacitación a madres y cuidadores en “Cuidados de la primera infancia y Habilidades para la vida” esta se realizó por medio de 4 talleres el primero en la Provincia García Rovira en el municipio de San Adres, el segundo en la Provincia de Mares en Barrancabermeja, el tercero en la Provincia comunera en el municipio del Socorro y el ultimo Área metropolitana en Bucaramanga.

5. Realizar la vinculación de psicólogos provinciales quienes realizarían el acompañamiento a cada una de las provincias del departamento para realizar apoyo a la asistencia técnica y seguimiento a las acciones de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a las diferentes formas de violencias. Además, también debían efectuar el apoyo a la asistencia técnica y seguimiento a las acciones de prevención, de los eventos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas.

Con estas actividades, se empezó a realizar la implementación de los lineamientos de la Política Publica de Salud Mental y Convivencia, aunque realmente estas acciones iban encaminadas al cumplimiento de los indicadores propuestos en el plan de desarrollo más que a ejecutar los mandatos de la política pública, por lo que se puede establecer que, durante el 2015, fueron pocas y desalineadas las acciones del gobierno departamental para la puesta en marcha de la política pública.

Esta particularidad durante este año, debe a razones políticas y de cumplimiento de metas del gobierno de la época, debido a que al no existir los lineamientos en el momento del diseño del plan de desarrollo estos no se podrían tener en cuenta, pero también es notable la falta de voluntad

política debido a que nunca se realizaron los ajustes al plan de desarrollo para incluir los lineamientos y así dar cumplimiento a la misma.

Tampoco se realizaron seguimiento constante o evaluación al impacto de estas actividades frente al consumo de SPA en los NNA, puesto que las acciones se concentraron más en jornadas de capacitación y acercamiento de los referentes municipales al gobierno departamental que al desarrollo de planes o programas que fueran mediables e impactaran realmente en la población objeto con el fin de reducir el consumo de SPA.

Se puede establecer entonces que, durante el 2015, fueron escasos y con poco impacto real en la situación de la salud mental de los NNA las acciones y actividades emprendidas por el gobierno departamental y no se dio una verdadera aplicación de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia.

6.2 Vigencia 2016.

Para la vigencia del 2016, se ve una mejoría en cuanto la ejecución de estrategias, planes y programas enfocados en dar alcance, cumplimiento e impacto real en la salud mental de la política pública establecida en el departamento, esto se debe principalmente que para el Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2019, si se introdujeron las metas que estuvieran en armonía con los objetivos y líneas estrategias de la política, estableciendo una mejor relación entre ambos procesos y buscando un impacto real en la población con problemas y trastornos de salud mental.

También es importante resaltar que uno de las metas principales del Plan de Desarrollo Departamental 2016 -2019 se centró en el acompañamiento para que todos los municipios establecieran su propia política pública de salud mental, con base en los lineamientos establecidos desde el orden departamental y nacional, con el fin de desarrollar estrategias conjuntas entre los

gobiernos locales y el departamental que se aplicaran con enfoque de territorio estableciendo las necesidades propias de cada municipio y sus posibilidades de acción debido a los factores y actores con los que contaban.

Otro aspecto importante es que, durante esta vigencia, el proceso de contratación para la ejecución de los procesos de aplicación de los lineamientos, se ejecutó entre la Gobernación de Santander y el Hospital Psiquiátrico San Camilo, en donde conjuntamente se diseñaron las estrategias y actividades que se realizarían en pro de la salud mental de la población del departamento y principalmente de los NNA. Para ello se firmó el contrato 00001924 entre ambas partes y cuyo objeto era "Desarrollo de actividades del proyecto para el fortalecimiento de las acciones de la dimensión de convivencia social y la salud mental en el departamento de Santander" y cuyos objetivos y metas eran:

Tabla 4.

Resumen de los objetivos y metas de implementación 2016

	Objetivo	Metas a Cumplir
General	Contribuir al mejoramiento de la salud mental y convivencia social en el departamento de Santander	Realizar asistencia técnica a los 87 municipios en lineamientos de la dimensión de convivencia social y salud mental.
Específicos	Promover estrategias para disminuir las diferentes formas de violencias	Creación de 4 estrategias de prevención de las violencias
	Generar acciones de promoción de la salud mental para fortalecer la autoestima	Establecer 1 estrategia para la prevención del suicidio
	Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas	Apoyo en la implementación de un plan municipal para la prevención del consumo de SPA en 57 municipios

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos se realizaron diferentes acciones en las cabeceras de provincia. A continuación, presento el objetivo trazado y la respectiva actividad o actividades realizadas para alcanzarlo:

1. Con psicólogos provinciales se hicieron acompañamientos a cada una de las provincias del departamento para efectuar las siguientes tareas:

- Realizar apoyo a la asistencia técnica y seguimiento a las acciones de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a las diferentes formas de violencias.
- Realizar apoyo a la asistencia técnica y seguimiento a las acciones de prevención, de los eventos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas.

2. Fortalecimiento del comité de Drogas y el consejo seccional de estupefaciente: Realización de 7 jornadas de reunión y capacitación con los actores del consejo seccional de estupefaciente y del Comité Departamental de prevención de drogas. Revisión y actualización socialización del plan departamental de Drogas, Informe de los avances del consejo y comité departamental.

3. Realizar apoyo logístico para fortalecer la mesa en salud en el marco del sistema de responsabilidad penal en adolescentes: Realización de 7 jornadas de reunión y capacitación con los miembros de la mesa sectorial en salud del sistema de responsabilidad penal en adolescentes. También se realizó un informe de los avances de la mesa sectorial.

4. Fortalecer las acciones en prevención de las violencias mediante la estrategia: “Hogar Dulce Hogar”, la cual consistió en 80 programas radiales con una duración de 30 minutos, con una secuencia psicosocial que permita la interacción con la comunidad de la zona urbana y rural en el fortalecimiento de la familia con factor protector de la salud mental.

5. Fortalecer la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, mediante capacitación a través de la estrategia “La Prevención en Manos de los/las Jóvenes” la cual consistió en el diseño metodológico para la ejecución de talleres de formación, concertado con la oficina de juventudes de la gobernación, las asociaciones juveniles existentes y con la coordinación de salud mental para realizar un plan de trabajo. El cual concluyo en la realización de cuatro talleres de la prevención con una duración de 1 día con 30 jóvenes por cada municipio: Barbosa, Santa Bárbara, San Vicente de Chucuri, Rionegro, Barrancabermeja, San Andrés, Barichara.

6. Fortalecer las acciones para la promoción de la salud mental y prevención del suicidio: Mediante la caja de herramienta suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se realizaron capacitación en guías y protocolos de atención en eventos relacionados con la Atención Paciente Agitado, Intento de Suicidio, Síndrome de Abstinencia por Consumo de Sustancias Psicoactivas, trastornos alimenticios y abordaje a población indígena con riesgo suicida, al personal de los servicios de salud de las IPS públicas y Privadas de las todas las provincias, con punto de encuentro en Málaga, San Gil, Barrancabermeja, Barbosa, Oiba, Bucaramanga con una duración de 8 horas.

7. Encuentro regional de avances en la política pública de salud mental y convivencia social de Santander: Reunión de socialización y avances de la política pública de salud mental y convivencia social en la ciudad de Bucaramanga con 400 personas entre ellas alcaldes, secretarios de salud municipal y departamental, universidades, redes sociales de apoyo y todos los que se consideren actores claves para el desarrollo de la política pública en el departamento.

8. Fortalecimiento de las acciones en prevención y mitigación del consumo de Alcohol Artesanal y no artesanal: para ello, se realizaron mesas de trabajo provincial para el levantamiento del diagnóstico de consumo artesanal y no artesanal de alcohol, en cada una de las provincias con

cabecera municipal en Málaga, Bucaramanga, Barrancabermeja, Socorro, San Gil, Vélez. Cada una con una duración de dos días en momentos diferentes, convocando a la red social de apoyo de los diferentes municipios. También se realizó un informe final del diagnóstico en medio físico y magnético generado de las mesas de trabajo con todos los soportes entregados a la referente de salud mental antes de la socialización de los resultados del levantamiento diagnóstico del departamento en consumo de alcohol en un evento en la ciudad de Bucaramanga, con la participación de la red de apoyo institucional del área metropolitana.

Como se puede identificar, durante esta vigencia se pusieron en marcha actividades, planes y programas que incluyeran las estrategias y enfoques propuestos en la política pública para el cumplimiento de los objetivos de la misma. Además de ello, se desarrollaron diversos informes de diagnóstico o avance en las metas propuestas por lo que se puede desarrollar una mejor evaluación del impacto de las actividades en la salud mental de los NNA.

Las actividades desarrolladas, deberían impactar positivamente en el perfil epidemiológico durante el periodo 2015 – 2017 de los NNA, debido a que, si se movilizó, recursos económicos y humanos con el fin de mitigar los efectos nocivos de los distintos factores que pueden generar o afectar a la población que padece problemas o trastornos de salud mental.

Aunque no se desarrolló una estrategia directa que permitiera la evaluación de las condiciones de los NNA frente a la salud mental y el impacto de las actividades ejecutadas, se puede establecer, con base en lo expuesto, que durante la vigencia 2016, se realizaron avances importantes en la implementación de la política pública en todo el departamento de Santander.

6.3 Vigencia 2017.

Para la vigencia del 2017, se continuo con el proceso de implementación de los lineamientos de la Política Publica de Salud Mental y Convivencia Social en el departamento de Santander por medio del uso de la misma estrategia efectuada el año anterior, es decir, con la contratación de una entidad especializada que adelantara actuaciones propuestas para materializar una serie de objetivos. Por eso se renovó el convenio interinstitucional entre la Gobernación de Santander y el Hospital Psiquiátrico San Camilo por medio del contrato N° 00001341 cuyo objeto quedo establecido como “Desarrollo de actividades del proyecto para el fortalecimiento de las acciones de la dimensión de convivencia social y la salud mental en el departamento de Santander” y cuyos objetivos fueron establecidos como:

Tabla 5.

Resumen de los objetivos y metas de implementación 2017

	Objetivo	Metas a Cumplir
General	Contribuir al mejoramiento de la salud mental y convivencia social en el departamento de Santander	Realizar asistencia técnica a los 87 municipios en lineamientos de la dimensión de convivencia social y salud mental.
Específicos	Promover estrategias para disminuir las diferentes formas de violencias	Creación de 4 estrategias de prevención de las violencias
	Generar acciones de promoción de la salud mental para fortalecer la autoestima	Establecer 1 estrategia para la prevención del suicidio
	Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas	Apoyo en la implementación de un plan municipal para la prevención del consumo de SPA en 57 municipios

Con el fin de cumplir con los objetivos propuestos, se realizaron nuevas actividades con el apoyo de los gobiernos municipales y para este año, se tuvo un aporte muy importante por parte

del Ministerio de Salud y Protección Social, puesto que para esta vigencia se recibieron los recursos y apoyo para la puesta en marcha del Programa “Familia Fuertes Amor y Límites” de la Organización Panamericana de Salud.

Este programa pretendía impactar multidimensionalmente en el núcleo familiar para el fortalecimiento de la familia como factor protector frente a los problemas y trastornos de salud mental derivados de cualquier tipo de acción. Se hace especial énfasis en este programa debido a que, aunque este no pertenecía a una iniciativa del gobierno departamental para la implementación de los lineamientos de la política pública, este si realizó las gestiones para su acoplamiento frente a las metas y actividades ya establecidos con ese fin, generando un impacto mayor y demostrando un compromiso interinstitucional entre los distintos niveles del Estado y un esfuerzo por modernizar los programas de acción, aunque vale la pena resaltar que debido a que en el 2017 fue el año de inicio de este, la población que impacto fue muy reducida y focalizada solo en 2 municipios, aunque en años venideros se extendería a todo el departamento.

En cuanto el desarrollo de la implementación de estos lineamientos en la vigencia 2017 se realizó las siguientes actividades:

1. Fortalecer las acciones en prevención de las violencias mediante la estrategia Programa Familias Fuertes Amor Y Límites de la OPS esta estrategia se llevó a cabo en los municipios de Toná y Matanza donde se incluyeron 15 familias (Padres o Tutores y adolescentes entre los 10 y 14 años). Este programa busca orientar a las familias a mejorar la salud y el desarrollo de adolescentes entre 10 – 14 años y prevenir conductas de riesgo a través de la promoción de la comunicación entre padres e hijos. La meta es fomentar un entorno de protección y prevención del abuso de sustancias y otras conductas que comprometen la salud mental de los adolescentes. El Programa Familias Fuertes se focaliza en la adolescencia temprana como periodo clave para la

prevención, en esta etapa las conductas de riesgo aún no se han presentado o recién se están evidenciando, además que este grupo poblacional hace parte de los NNA con mayores afectaciones en su salud mental.

2. Realizar apoyo técnico y logístico para fortalecer los planes de acción de los Comités Departamentales de Salud mental y Drogas en el Departamento. En esta vigencia se realizaron diez (10) reuniones entre el Comité Departamental de Drogas, Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, Consejo Seccional de Estupefacientes y la Mesa de Salud mental; esto con el fin de fortalecer al grupo interdisciplinario que los conforma y el seguimiento de las acciones que deben desarrollarse desde cada uno de ellos.

3. Fortalecer las acciones para la promoción de la salud mental y prevención del suicidio, por medio de talleres dirigidos a los referentes y profesionales de salud mental del departamento que se realizaron en los municipios cabecera de provincias como Barbosa, Socorro, San Gil, Málaga, Barrancabermeja y Bucaramanga, con una duración de dos días.

4. Fortalecimiento de la capacidad técnica de los referentes de Salud Mental de los municipios del Departamento de Santander con capacitaciones enmarcada en los planes operativos municipales para fortalecer acciones de prevención del consumo de SPA, alcohol y tabaco.

5. Con psicólogos provinciales se realizan acompañamientos a cada una de las provincias del departamento desarrollando las siguientes tareas:

- Realizar apoyo a la asistencia técnica y seguimiento a las acciones de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a las diferentes formas de violencias.
- Realizar apoyo a la asistencia técnica y seguimiento a las acciones de prevención, de los eventos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Brindar apoyo a la asistencia técnica en el componente de convivencia social.

Se puede identificar entonces, que, durante la vigencia del 2017, se realizaron menos actividades que en el año anterior, esto es un retroceso importante para la consolidación de la implementación de los lineamientos de la política pública y la medición de los impactos que esta podría tener en los NNA.

Además, durante esta vigencia no se realizaron informes de seguimiento a las actividades, no se hizo una evaluación al proceso de implementación de los lineamientos, no se desarrollaron planes y programas específicos que impactaran a la población y permitieran un mejor desarrollo de los NNA con problemas o trastornos de salud mental. Tampoco hubo inversiones en mejorar la capacidad de infraestructura para la atención y la mayoría de los esfuerzos se centraron en capacitar a los funcionarios responsables a nivel municipal, pero sin establecer acciones concretas con la comunidad.

Durante este periodo no se le dio continuación para afianzar a los programas ejecutados anteriormente con el fin de establecer estrategias que generaran un mejor desarrollo de estos y posibilitaran su medición frente a los objetivos propuestos y los impactos conseguidos. Si bien es cierto que se mantiene la continuidad de la institución que desarrolló los procesos en los años 2016 y 2017, las actividades a ejecutar se circunscriben a las propuestas en el proceso contractual por la Gobernación de Santander, por lo que la participación del Hospital Psiquiátrico San Camilo consistió en la puesta en marcha de lo establecido por el gobierno departamental.

Aunque algunas actividades desarrolladas en los tres años analizados, si se relacionan con los mandatos de la política pública, se evidencia una carencia de direccionamiento estratégico para consolidar este proceso limitándose a simples capacitaciones y reuniones sin un fortalecimiento real en los procesos de prevención y atención de los problemas y trastornos de salud mental en los NNA según lo establecido en los lineamientos.

A modo de conclusión, se puede establecer entonces que, durante el 2015, no se realizaron realmente actividades que vincularan a directamente a los lineamientos de la política pública, sino que las acciones emprendidas por el gobierno departamental de la época, respondieron al cumplimiento de los indicadores propuestos en el Plan de Desarrollo vigente para dicho periodo, mas no se evidencia un verdadero compromiso institucional para desarrollar una verdadera implementación.

Para los años siguientes en 2016 y 2017 si se realizó la gestión para vincular los lineamientos de la política pública al Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019 en Santander, esto permitió que se destinaran recursos económicos y talento humano para iniciar algunas actividades en pro de la implementación de estos, por lo que se efectuó la contratación con el fin de llevar acabo dicho proceso en todo el departamento más este no paso de ser el simple cumplimiento de unas obligación contractuales entre las partes. Esto evidencia que realmente no se le dio vida a la política pública puesto que no se diseñaron planes y programas duraderos con recursos específicos e independientes lo que se considera uno de los principales problemas en el proceso de implementación.

Es necesario que el gobierno actual establezca un verdadero proceso de implementación, que permita la destinación de recursos con el fin del levantamiento de líneas de base claras que permitan entender cuáles son los puntos de inflexión más importantes en los problemas de salud mental de los NNA y esto permita el diseño de planes y programas que puedan ser evaluados de diferentes maneras con para saber su impacto real sobre esta población y así generar cambio en las morbilidades de problemas o trastornos de salud mental.

También es importante señalar que estos procesos son mucho más exitosos cuando se vincula a la comunidad en procesos claros de participación ciudadana que permitan encontrar

consensos entre la ciudadanía y los tomadores de decisión para priorizar los aspectos más importantes de los problemas que evidencia la comunidad frente a la salud mental.

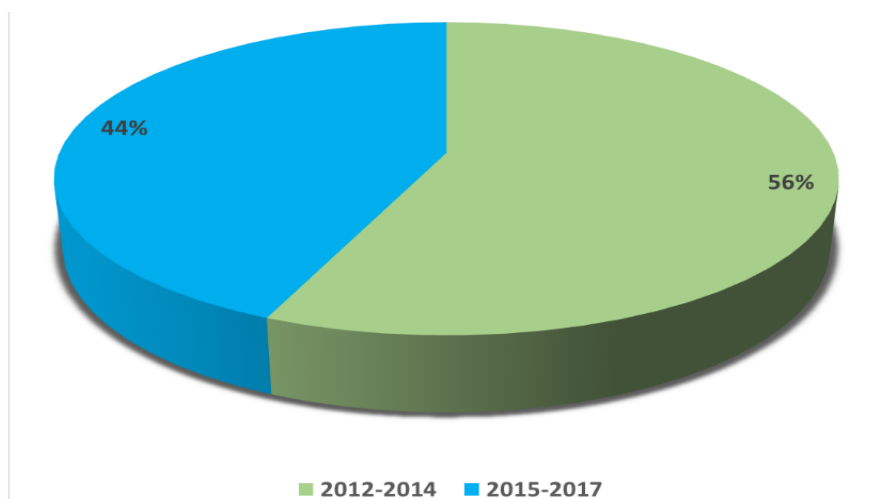
7. Discusión Final.

En cuanto a los cambios en el perfil epidemiológico de los NNA en los periodos analizados 2012-2014 y 2015-2017, se puede establecer que se evidenciaron variaciones en las diversas variables analizadas, primordialmente en lo que refiere a las cantidades de atenciones realizadas y reportadas en los RIPS, los rangos de edad, el régimen de salud y los diagnósticos establecidos.

En cuanto al total de atenciones de NNA de primera vez en ambos periodos fue de 11356, de las cuales 6409 se realizaron entre 2012-2014 y 4947 durante el periodo 2015-2017 estableciendo una disminución del 22,82% de un periodo a otro, estableciéndose porcentual de la siguiente manera:

Figura 35.

Total de atenciones NNA 2012-2014 y 2015-2017.

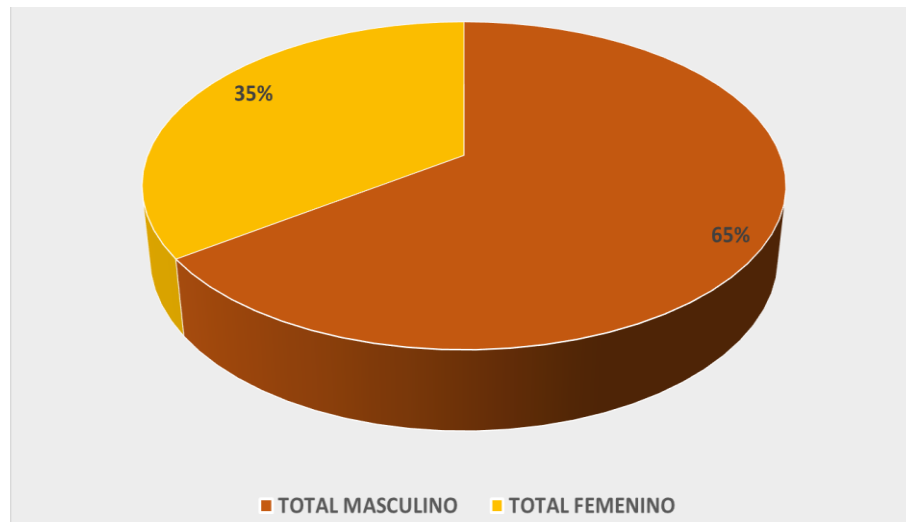


Se puede establecer una disminución importante de atenciones de NNA entre los dos periodos, aunque se puede atribuir a que esta variación es debido a los procesos de acompañamiento y capacitación, no se encontraron datos concluyentes que esto se deba a las acciones emprendidas para la implementación de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia Social en Santander, debido a que ninguna de estas estuvo enfocada directamente en la atención de enfermedades o trastornos de salud mental en esta población que permitirá establecer una relación de causalidad entre los datos encontrados. Esta disminución se puede atribuir a otros factores como los convenios de atención entre las EPS y el Hospital Psiquiátrico San Camilo pues al cambiar las entidades también puede variar la población asegurada y durante los periodos analizados se encontró que si existieron dichas modificaciones en los contratos de atención estableciendo que la población remitida para atención en esta institución sea mayor o menor según el periodo analizado.

En cuanto a la distribución por sexo, se pudo establecer que para el sexo masculino durante 2012-2014 se realizaron 4247 atenciones frente a 3141 en el periodo 2015-2017 lo que significa una variación del 26.05% entre ambos periodos. Respecto al sexo femenino durante el periodo 2012-2014 se realizaron 2162 atenciones frente a 1806 en el periodo 2015-2017 lo que demuestra una variación del 16.47% entre ambos. Durante ambos periodos se mantiene la tendencia que la población más afectada por problemas o trastornos de salud es la masculina con un 65% de las atenciones frente a un 35% de la población femenina.

Figura 36.

Total de Atenciones NNA Por Sexo 2012-2014 y 2015-2017.

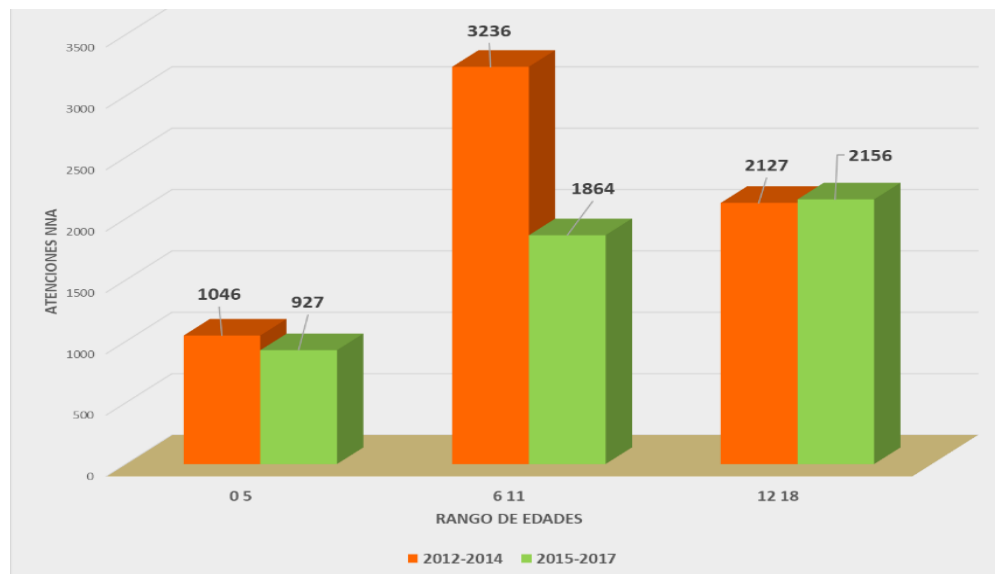


Esta tendencia se mantuvo durante los dos periodos, demostrando que no existió una variación significativa en cuanto a las atenciones diferenciadas por sexo respecto a las estrategias y actividades tomadas en el marco de la implementación de la política pública. Esto se debe principalmente a que los enfoques de los lineamientos y las acciones tomadas no tuvieron en cuenta las particularidades de género, con el fin de establecer mejores estrategias enfocadas a cada tipo de población referente a los distintos problemas o trastornos de salud mental que más les aquejan.

Para los cambios evidenciados en cuanto a los rangos de edades se encuentra que durante el periodo 2012-2014 la población con mayor número de atenciones fue la del rango entre los 6-11 años mientras que en el periodo 2015-2017 la población con mayor número de atenciones fue la que se encuentra entre los 12-18 años. Este es un cambio importante en el perfil epidemiológico ya que la población más afectada por problemas o trastornos de salud mental luego de la implementación de los lineamientos varía considerablemente.

Figura 37.

Total Atenciones NNA Por Rango de Edad 2012-2014 y 2015-2017.



Vale la pena señalar que, aunque se podría suponer que parte la población de 6-11 años que recibió atención en el periodo 2012-2014 es la misma que para el periodo 2015-2017 considerando el tiempo y el crecimiento de estos NNA lo que significaría que parte de la variación en el rango de edad se debe a este motivo, pero esto no aplica para el análisis de este trabajo, puesto que, solo se tuvieron en cuenta las atenciones de primigenias por lo que no se incluyeron en los datos a pacientes que ya habían recibido atenciones previas hayan continuado o no su tratamiento.

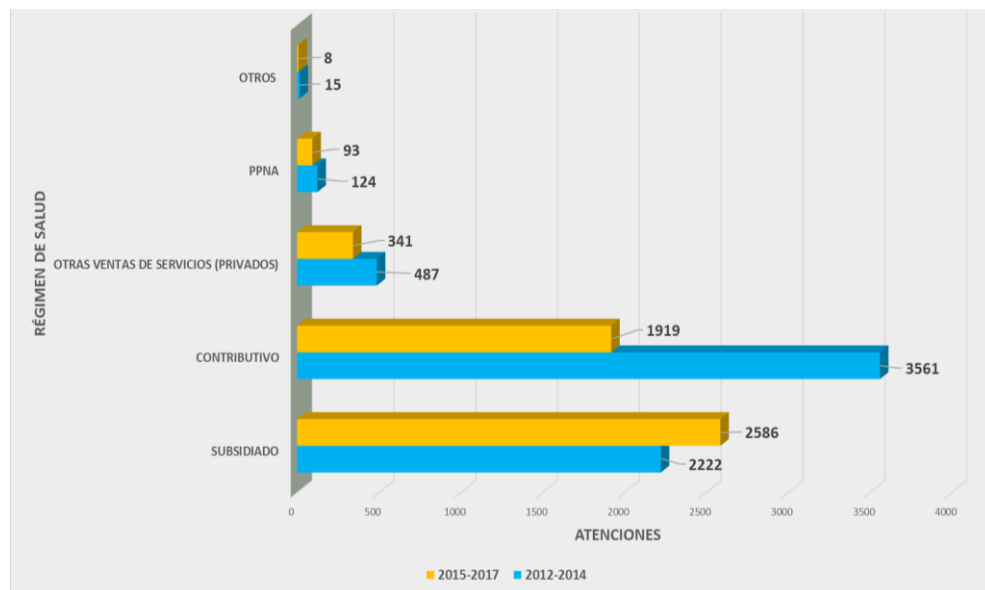
Aunque no existe evidencia concluyente que esta variación en cuanto al rango de edad de la población de NNA más afectada sea una consecuencia directa del proceso de implementación, si se puede establecer como una posible hipótesis esta relación si se tiene en cuenta la variación en los diagnósticos frente a las actividades debido a que por ejemplo la población más afectada por el consumo de SPA es la de 12-18 años, la misma cuyas atenciones aumentaron para el periodo 2015-2017 respecto a este fenómeno y que tiene una relación directa con las acciones emprendidas

para atacar este problema por parte del gobierno departamental. Se requieren nuevas investigaciones que profundicen en esta posible hipótesis con base en un análisis más específico sobre el comportamiento en dicho periodo.

En cuanto al régimen de salud se observa una importante variación en los periodos respecto a las atenciones del régimen subsidiado y el régimen contributivo. Durante el periodo 2012-2014 el régimen con más atenciones fue el contributivo con 3561 atenciones frente a 1919 en el periodo 2015-2017, esto representa una disminución del 46.7% respecto a ambos periodos.

Figura 38.

Total Atenciones NNA Por Régimen de Salud 2012-2014 y 2015-2017.



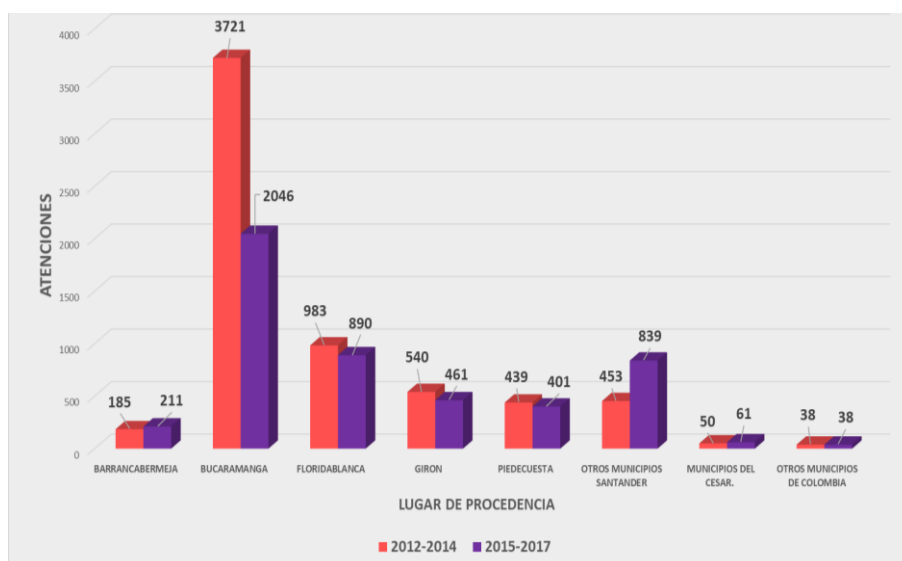
También se observa un aumento en las atenciones del régimen subsidiado, puesto que en el periodo 2012-2014 se realizaron 2222 atenciones frente a 2586 en el periodo 2015-2017 lo que significa un aumento del 13.3% de un periodo al otro. En los otros regímenes de salud se observa también una leve variación atribuible a la disminución de atenciones entre 2015-2017. La principal

variación se da en el régimen subsidiado en el periodo 2015-2017, la cual no se encuentran datos concluyentes que esta variación se relacione con las actividades de implementación de la política pública, debido a que en ninguno de los procesos analizados se encontró mención alguna al respecto del régimen de salud de los NNA que sufren problemas o trastornos de salud mental, por lo que esta variación puede ser atribuible a la firma de convenios entre el Hospital Psiquiátrico San Camilo y las EPS de dicho régimen para la prestación de los servicios de atención.

En cuanto a los cambios en las atenciones entre los periodos por el lugar de procedencia de los NNA, se puede encontrar que existió una variación menor entre los municipios de procedencia en los dos periodos analizados, pero teniendo en consideración la disminución del total de las atenciones recibidas en el periodo 2015-2017 estos cambios no se consideran relevantes.

Figura 39.

Total Atenciones NNA Por Municipio de Procedencia 2012-2014 y 2015-2017.



En cuanto a las atenciones realizadas en el área metropolitana de Bucaramanga, no se evidencia un cambio drástico frente a los periodos analizados, únicamente se ve una disminución

en las atenciones de NNA provenientes del municipio de Bucaramanga, pero esta no se puede relacionar con los procesos de implementación de la política pública, debido a que las acciones llevadas por el gobierno departamental en dicho municipio fueron menores en comparación con las provincias y los municipios más alejados, además que, considerando la disminución de atenciones en el periodo 2015-2017, se considera que no existe relación alguna entre las acciones realizadas en la implementación de los lineamientos y los datos encontrados.

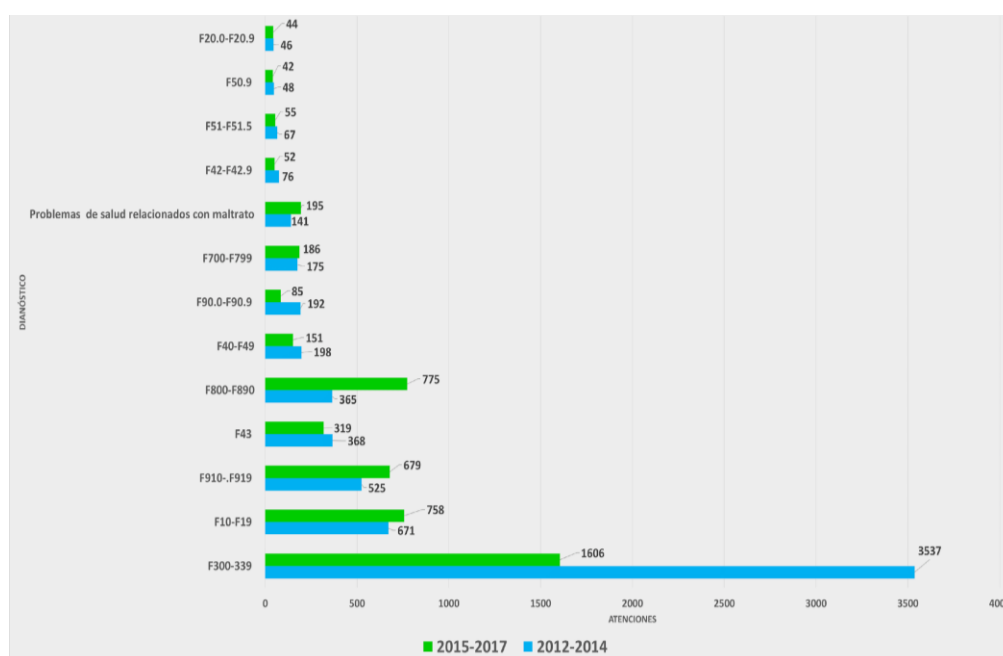
En el único indicador en el que se encuentra una variación considerable es en las atenciones realizadas a NNA procedentes de distintos municipios del departamento de Santander en donde en el periodo 2012-2014 fueron 453 frente 839 en el periodo 2015-2017 lo que significa un aumento del 46% entre los periodos.

Esta variación en el perfil epidemiológico se puede relacionar directamente con los procesos llevados durante la implementación de los lineamientos de la política pública, debido a que muchas de las actividades desarrolladas se centraron en la consolidación de los procesos de atención de NNA en las provincias, además se capacito a distintos sectores de salud, educación y autoridades municipales en la importancia de la atención temprana, oportuna y especializada cuando se tienen signos de algún problema o trastorno de salud mental. También se crearon redes entre los enlaces provinciales, las EPS, IPS, Hospitales Regionales y las autoridades departamentales para gestionar los procesos de atención de los NNA provenientes de los municipios de la provincia. Es por ello que se considera que el aumento en las atenciones realizadas en el 2015-2017 para esta población provincial de NNA, si se puede atribuir al proceso de implementación de la los lineamientos de la política pública de Salud Mental y Convivencia Social en Santander.

En cuanto a la variación por diagnósticos encontrados en los dos periodos se pueden encontrar datos en donde si se evidencian distintos cambios en la morbilidad de los NNA, que pueden ser consecuencia del proceso de implementación de la política pública y otros en los que no se puede relacionar dichos elementos debido a que los datos no son concluyentes ya que las acciones ejecutadas por las autoridades departamentales, fueron muy específicas en atacar algunos problemas con mayor eficacia que otros a los que en muchos casos ni siquiera fueron considerados. Una vez analizados los datos se encontraron las siguientes variaciones:

Figura 40.

Total de Atenciones NNA Por Diagnóstico 2012-2014 y 2015-2017.



En cuanto al diagnóstico F300-339 <<Trastornos del humor (afectivos)>> se realizaron 3537 atenciones en el periodo 2012-2014 frente a 1606 en el periodo 2015-2017 lo que es una disminución del 54.6% entre los dos periodos. Esta disminución, no puede ser atribuible a los impactos del proceso de implementación de la los lineamientos de la política pública debido a que

la mayoría de las acciones fueron orientadas a la capacitación del personal de salud, educativo y autoridades municipales para la creación de programas, políticas públicas y planes de acción con enfoque territorial, mas no se considera que se hayan desarrollado procesos masivos con la población de NNA que hubiesen generado un impacto positivo profundo en el desarrollo trastornos del humor del tipo afectivos en esta población.

Para el diagnóstico F10-F19 <<Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.>> se evidencia un aumento en cuanto a las atenciones en el periodo 2015-2017 con un total de 758 frente a periodo 2012-2014 donde se realizaron 671. Esto se considera un aumento del 12.9% respecto a los periodos analizados. Este aumento de atenciones para el segundo periodo de análisis, se puede relacionar con los procesos de implementación de los lineamientos debido a que casi la mitad de las acciones se desarrollaron para la prevención, atención y rehabilitación de los NNA frente al consumo de SPA, estableciendo la necesidad de una atención rápida y especializada cuando se detecta el consumo.

Muchas de las actividades se enfocaron en la capacitación de los distintos actores que tienen la responsabilidad de vigilancia y detección del consumo en los NNA, por lo que al tener herramientas para esto y efectuar programas y planes se evidencia que existe una población mayor que es consumidora, por lo que directamente se aumenta la necesidad de atenciones por este fenómeno ya que se activan los protocolos de atención para cada caso.

En lo que respecta al diagnóstico F910-. F919 <<Trastornos disociales>>, se evidencia que durante el periodo 2012-2014 se realizaron 525 atenciones frente a 679 en el periodo 2015-2017 lo que representa un aumento del 29.3% entre los periodos. Este aumento no se puede relacionar directamente como una consecuencia del proceso de implementación de los lineamientos de la

política pública, debido a que no se encuentran datos concluyentes en las actividades o programas establecidos que hayan generado un impacto que pudiera provocar este cambio entre los periodos.

Para el diagnóstico F800-F890 <<Trastornos del desarrollo psicológico>> se encontró que para el periodo 2012-2014 se realizaron 365 atenciones frente a 775 en el siguiente periodo, lo que implica un aumento del 52.9% entre los periodos. Esta variación es una de las más grandes en el perfil epidemiológico de los NNA, pero al tratar de encontrar una relación directa entre las actividades emprendidas a nivel departamental para la implementación de los lineamientos y esta variación requiere un reto por parte de la investigadora debido a que estas se enfocaron en fortalecer la capacidad de detección y respuesta a nivel provincial y eso puede ayudar a visibilizar los problemas o trastornos de salud mental en los NNA con esta patología y al crear mejores redes de atención primaria y especializada se pudo elevar el número de atenciones gracias a ello, pero los datos no son concluyentes directamente ya que no se enfocaron planes o programas directamente sobre estas patologías, por lo que es una hipótesis que se plantea que puede ser abordada en futuras investigaciones.

En cuanto el diagnóstico <<Problemas de salud relacionados con maltrato>>, se encuentra que para el periodo 2012-2014 se realizaron 141 atenciones frente a 195 para el periodo 2015-2017, lo que implica un aumento del 27.7%. Esta variación si puede responder a las actividades llevadas a cabo para la implementación de los lineamientos debido a que muchas de estas estuvieron enfocadas en la prevención y atención del maltrato a los NNA, con la capacitación, creación de redes de apoyo, mejora en los procesos de vigilancia ante signos de alarma y las rutas para la atención de estos casos, se evidencia una mejor respuesta ante los casos de Violencias y Maltratos, obligando a que todos los casos que se presenten tengan un acompañamiento por parte

de un profesional de la salud lo que puede ser causa del aumento en las atenciones por este diagnóstico.

Respecto a los diagnósticos el F40-F49 <<Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos>>; F90.0-F90.9 <<Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia>>; F43 <<Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación>>; F20.0-F20.9 <<Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes>>; F700-F799 <<Retraso mental>>; F50.9 <<Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación>>; F51-F51.5 <<Trastornos no orgánicos del sueño>> y F42-F42.9 <<Trastorno obsesivo-compulsivo>> se evidencia que los cambios en el perfil epidemiológico no son representativos ya que su variación no es muy alta y por ello no se puede determinar si estos son consecuencia de las acciones emprendidas para la implementación de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia ya que los datos no son concluyentes o existe evidencia que se hayan desarrollado planes o programas que atacaran estas patologías en la población de NNA.

Se evidencia entonces que si existió una variación en el perfil epidemiológico de los NNA en los periodos analizados y que algunas de estas pueden ser consecuencia del proceso de implementación de la política pública llevado a cabo por el gobierno departamental que pudo influenciar generar una relación directa entre estos cambios. Se hace un llamado a los tomadores de decisión y la academia para que unan esfuerzos y en futuras investigaciones se utilicen los datos de los perfiles epidemiológicos como base para el diseño de planes y programas que promuevan una mejor atención en el departamento de Santander para tener un impacto multidimensional y positivo en la vida de los niños, niñas y adolescentes que padecen problemas o trastornos de salud mental.

8. Conclusiones.

Con base en lo analizado de los registros de los RIPS de las atenciones de primera vez de NNA en los periodos 2012-2014 y 2015-2017 se evidencia que existe un cambio en múltiples variables del perfil epidemiológico, pero solo algunas de estas pueden ser consecuencia directa del proceso de implementación de los lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia.

Los principales cambios en el perfil epidemiológico en ciertos diagnósticos se pueden relacionar con algunas de las acciones en el proceso de implementación, como la capacidad de respuesta, la articulación entre los actores y la capacitación, pero en general no son muy concluyentes debido a que no existen estudios de líneas de base o evaluaciones de impacto que permitan determinar realmente la relación entre estas variables.

En cuanto a los cambios en el perfil epidemiológico por el lugar de procedencia, se puede establecer que si existe una relación directa entre este y el proceso de implementación ya que el principal cambio se dio en el número de atenciones de NNA en el periodo 2015-2017 corresponde a los provenientes de municipios de las distintas provincias del departamento y estos coinciden con los esfuerzos de articulación, capacidad de respuesta, capacitación y redes de atención fortalecidos durante las acciones emprendidas por el gobierno departamental para lograr una mejor atención a los problemas y trastornos de salud mental de esta población. Es poco probable que este cambio se hubiese dado sin el proceso realizado por la gobernación y las demás instituciones por llevar estos lineamientos y su implementación a las provincias del departamento, pues es solo hasta que las acciones se pusieron en marcha en cuanto se pueden detectar cambios importantes en esta variable.

Para los cambios en la cantidad total de atenciones y el régimen de salud de los NNA entre los periodos 2012-2014 y 2015-2017 se evidencia que hubo variaciones considerables para el segundo periodo estudiado, pero no se encuentra relación alguna con el proceso de implementación y estos deben responder a procesos administrativos entre los convenios de atención entre el Hospital Psiquiátrico San Camilo y las Entidades Promotoras de Salud para los problemas o trastornos de salud mental.

El cambio evidenciado en la variable del sexo del NNA atendido, no es significativo entre los dos periodos analizados y no se encuentra evidencia concluyente frente a los procesos de implementación.

Para el proceso de implementación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia llevado en 2015 se evidencia que este no fue el mejor, las actividades diseñadas no respondían realmente a los mandatos de la política y se concentraron en la ejecución de un solo proceso contractual con una fundación para desarrollar actividades que apuntaban al cumplimiento de lo establecido en el Plan de Desarrollo de la época sin una correcta articulación entre ambos.

Durante el 2016 y 2017 se realizó la inclusión de los objetivos y lineamientos de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia dentro de las metas del Plan de Desarrollo Departamental para ese periodo, lo que posibilitó un mejor esfuerzo en el proceso de implementación pero este no es significativo ya que se limitó a la realización de un proceso contractual con unas metas específicas sin procesos de evaluación o medición del impacto que estos tendrían para poder realizar ajustes a las mismas con base en los objetivos propuestos.

En general el proceso de implementación de la Política Pública de Salud Mental y Convivencia en el periodo 2015-2017 llevado a cabo por la Gobernación de Santander ha sido muy pobre, en primera medida no se le han asignado recursos propios, no se han levantado líneas de

base, no se han diseñado planes y programas perdurables, no se ha realizado seguimiento a las acciones emprendidas y no se han realizado evaluaciones de impacto de estas, por lo que no se puede considerar que lo realizado durante ese periodo por los responsables del proceso de implementación haya sido eficiente y eficaz para generar un verdadero impacto positivo en la salud mental de los NNA del departamento de Santander.

Se debe hacer un llamado al gobierno departamental para que mejore y realice más esfuerzos por llevar a cabo una verdadera implementación de esta política pública debido a que su importancia e impacto es muy amplio para la salud mental de los NNA y toda la población, teniendo en cuenta que las consecuencias positivas o negativas de hacer o no correctamente estos procesos se evidencian en toda la sociedad generando impactos muy profundos en el país.

Se necesitan más y mejores investigaciones que se preocupen por el análisis de estos procesos de implementación frente a los datos encontrados en distintas fuentes en los que se pueden encontrar relación con los cambios surgidos en el tiempo, que permitan una mejor comprensión de los fenómenos y generen un conocimiento base para que los tomadores de decisión puedan mejorar las acciones que realizan con estos fines.

Referencias Bibliográficas.

- Agustina, M. (2016). Políticas sociales de salud mental y transformaciones del Estado Argentino 1945-1990. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/60891>
- Álamo, C., y López, F. (1996). Abordaje farmacológico de las recaídas en las adicciones. Alcalá de Henares. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, 39-56.
- APA, 1995. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Recuperado de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- Ardón, N., y Cubillos, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. Recuperado de <https://doctrina.vlex.com.co/vid/salud-mental-mirada-evolucion-706598517>
- Asamblea Departamental de Santander. (2014). Ordenanza 031 del 4 de agosto de 2014, Por medio de la cual se establecen los lineamientos de política pública de salud mental y convivencia social en el departamento de Santander. Recuperado de <http://historico.santander.gov.co/intra/index.php/antico/finish/276-ordenanzas/3054-por-medio-de-la-cual-se-establecen-los-lineamientos-de-la-politica-publica-de-salud-mental-y-convivencia-social-en-el-departamento-de-santander>
- Asamblea Nacional Constituyente (1991). Constitución Política de Colombia de 1991, Capítulo 1,2, del título II.
- Aveggio, R. (2014) “Psicoanálisis y políticas públicas de salud mental en Chile: universalidad, diversidad y singularidad. Disponible en: <https://revistaeggp.uchile.cl/index.php/REGP/article/download/49243/51712/>

- Belfer, M. & Rohde, L. (2005) “Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16354433/>
- Beltrán, J. (2010). Descripción y análisis del perfil epidemiológico, la demanda y la oferta del servicio de gineco obstetricia del hospital universitario san Ignacio. Recuperado de <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/541/BeltranJulia2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Caicedo, S. (2012). Aproximación al análisis de la política de salud mental en Colombia. Recuperado de http://gyepro.univalle.edu.co/documentos/aproximacion_al_analisis_de_la_politica_de_salud_mental_en_colombia_silvia_cristina_caicedo_munoz.pdf
- Campodónico, N. (2019). El Impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954 – 2010). Recuperado de <http://m.rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1109>
- Chávez, M. (2013). La Salud Mental, el capítulo olvidado de las Políticas Públicas del Gobierno Mexicano 2000-20012. Recuperado de https://movimientociudadano.mx/sites/default/archivos/ae_editorial/Tarea%20editorial%2022.pdf.
- Clasificación Internacional de Enfermedades. (2018). 10ª Revisión Modificación Clínica. Recuperado de. <https://www.comb.cat/Upload/Documents/8051.PDF>
- Congreso de la Republica de Colombia. (2006) Ley 1098 de 2006 por medio de la cual se adopta el Código de la Infancia y la Adolescencia. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm

Congreso de la Republica de Colombia. (2013). Ley 1616 del 21 de enero de 2013 “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá DC.: Congreso de la Republica de Colombia.

Congreso de la Republica de Colombia. (1991). Ley 12 de 1991 Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Bogotá DC.: Congreso de la Republica de Colombia.

Congreso de la Republica de Colombia. (2002). Ley 765 de 2002 "Por medio de la cual se aprueba el "Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía", adoptado en Nueva York, el veinticinco (25) de mayo de dos mil (2000). Bogotá DC.: Congreso de la Republica de Colombia.

Congreso de la Republica de Colombia. (2003). Ley 833 de 2003 “Por medio de la cual se aprueba el "Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados", adoptado en Nueva York, el veinticinco (25) de mayo de dos mil (2000). Bogotá DC.: Congreso de la Republica de Colombia.

Congreso de la Republica de Colombia. (2012). Ley 1566 de 2012 por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas. Bogotá DC.: Congreso de la Republica de Colombia.

Departamento de Planeación Nacional. (2007). Marco para las Políticas Públicas y Lineamientos para la Planeación del Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia. Recuperado de

<http://www.cinde.org.co/PDF/Marco%20politicas%20y%20planeacion%20dllo%20infancia%20y%20adolescencia.pdf>

Falla, C., y Rodríguez, A. (1994). Modelo administrativo para el programa de atención integral al niño, adolescente y su familia (painea), del Hospital Universitario Psiquiátrico San Camilo. (Tesis de Pregrado) Recuperado de http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/pags/cat/popup/pa_detalle_matbib.jsp?parametros=76582|%20|17|19

Flórez, M. (2014). Lineamientos de base para formular política pública de salud mental de los adolescentes del municipio de Mogotes Santander. (tesis de pregrado). Recuperado de <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2014/154117.pdf>

Franco, L. (2006). Política y Políticas Públicas en los procesos de Reforma de América Latina. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2810-politica-politicas-publicas-procesos-reforma-america-latina>

Gallo, J., y Quiñones, A. (2016). Subjetividad, Salud Mental y Neoliberalismo en las Políticas Públicas de Salud en Colombia. Recuperado de <https://atheneadigital.net/article/download/v16-n2-gallo-qui%C3%B1ones/1616-pdf-es>

Gutiérrez, F., y Doménico, J. (2017). Salud mental en Chile: análisis y propuestas de política pública con enfoque en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11673/24468>.

Hernández, D. y Sanmartín, C. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: Entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24379>

Huertas, R. (2017). Políticas de Salud Mental y Cambio Social en América Latina. Recuperado de https://books.google.com.co/books/about/Pol%C3%ADticas_de_salud_mental_y_cambio_soci.html?id=iBBFswEACAAJ&redir_esc=y

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2012). Lineamientos de Política Pública para el Desarrollo de los Niños, Niñas y Adolescentes en el Departamento y el Municipio. Recuperado de http://portalterritorial.gov.co/apc-aa-files/7515a587f637c2c66d45f01f9c4f315c/guia_conceptual_definitiva_0asiempre.pdf

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2010). Concepto General Unificado Niñez y Adolescencia. Recuperado de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/concepto_icbf_0027891_2010.htm

Kazt, G., & Madrigal, E. (2017). La salud mental en el ámbito poblacional: la utopía de la psiquiatría social en países de bajos ingresos. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000400002

Lellis, M. (2013). Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200002

López, E. (2015). Interés superior de los niños y niñas: Definición y contenido. Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n1/v13n1a02.pdf>

Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Recuperado de http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf.

Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud 2012-2021. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (1998). Resolución 2358 de 1998. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá DC.: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de Salud Mental. Salud Mental en Niños, Niñas y Adolescentes. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018) Resolución 4886 de 2018. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá DC.: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Política Nacional de Salud Mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

Molina, C. (2020). Política de Salud Mental para la población adulta mayor en Colombia. Recuperado de <http://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/190>

Muñoz, J. (2016). Una reflexión en torno a las políticas públicas sociales de salud mental en México. Recuperado de

https://ibero.mx/iberoforum/22/pdf/ESPAÑOL/5_MARTELL_VOCES_Y_CONTEXTO_S_NO_22.pdf

Nohlen, D. (2016). Método comparativo. Recuperado de https://www.rzuser.uni-heidelberg.de/~k95/es/doc/diccionario_metodo-comparativo.pdf

Observatorio de Salud Pública de Santander. (2014). Revista de salud mental en Santander. Recuperado de https://observatorio.co/web/publicaciones/situacion_salud_mental_santander_anio_ix_3_2014.pdf

Observatorio de Salud Pública de Santander. (2014). Situación de Salud Mental en Santander. Recuperado de <http://web.observatorio.co/book/publicacion-2/#>

Organización Mundial de la Salud. (1990). Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39621/9243561367.pdf;jsessionid=D1937F9B7A12B7205E3EE01E5B0737F9?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2001). Salud en el mundo 2011: Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004). Invertir en Salud Mental. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005). Políticas y planes de salud mental para niños y adolescentes. Recuperado de https://books.google.com.co/books/about/Child_and_Adolescent_Mental_Health_Polic.html?id=vblmQgAACAAJ&source=kp_cover&redir_esc=y

Organización Mundial de la Salud. (2013). Epidemiología. Recuperado de <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Propósito y aplicabilidad de la CIE. Recuperado de <http://ais.paho.org/cie/index.asp?xml=purpose.htm>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166275/9789275316320.pdf;jsessionid=2D49F894339B365CDF69241F2FC9790A?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166275/9789275316320.pdf;jsessionid=2D49F894339B365CDF69241F2FC9790A?sequence=1>

Organización Panamericana de Salud. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/mental_disorders_LAC/es/

Organización Panamericana de Salud. (2009). La salud Mental de la Niñez y la Adolescencia en América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>

Organización Panamericana de Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

- Oszlak, O., y O'Donnell, G. (1984). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Recuperado de <https://e-tcs.org/wp-content/uploads/2017/03/Oszlak-ODonnell-1984-Estado-y-pol%C3%ADticas-estatales-en-Am%C3%A9rica-Latina-hacia-una-estrategia-de-investigaci%C3%B3n.pdf>
- Palacio, C. (2018). La salud mental como política de salud pública. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-la-salud-mental-como-politica-S0034745018300441>
- Parales, J., Urrego, Z., y Herazo, E. (2014). La insoportable levedad de la política pública nacional de salud mental para Colombia: flexiones a propósito de la propuesta de ajuste 2014. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23092>
- Posada, J. (2013). La Salud Mental en Colombia. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001
- Presidencia de la Republica de Colombia. (2004). Decreto Nacional 130 de 2004 Por el cual se promulga el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los niños en la Pornografía, adoptado en Nueva York, el 25 de mayo de 2000. Bogotá DC.: Presidencia de la Republica de Colombia.
- Presidencia de la Republica de Colombia. (2013). Decreto 0685 del 5 de abril de 2013 Por el cual se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013. Bogotá DC.: Presidencia de la Republica de Colombia.
- Rolando, J. (2006). Política y Políticas Públicas en los Procesos de Reforma de América Latina Naciones Unidas. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2810/1/S301441F825P_es.pdf

Whittembury, Á. (2012). El perfil epidemiológico y el análisis de situación del país. Recuperado de <http://www.esperantra.org/biblioteca/peaepweb.pdf>