



La salud  
es de todos

Minsalud

## SERVICIOS PARA LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA

**Caracterización de las iniciativas territoriales y nacionales, públicas o privadas o de la sociedad civil y organizaciones comunitarias relacionadas con modalidades de atención relacionadas con lo descrito en el artículo 13 de la Ley 1616 de 2013**

- 
- Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental



FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

GERMÁN ESCOBAR MORALES

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

MARÍA ANDREA GODOY CASADIEGO

Viceministra de Protección Social

ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA (E)

Secretaria General

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS

Director de Promoción y Prevención

ANA MARÍA PEÑUELA POVEDA

Asesora – Coordinadora grupo convivencia social y ciudadanía

NUBIA ESPERANZA BAUTISTA

Subdirectora de Enfermedades No Transmisibles



Caracterización de las iniciativas territoriales y nacionales, públicas o privadas o de la sociedad civil y organizaciones comunitarias relacionadas con modalidades de atención relacionadas con lo descrito en el artículo 13 de la Ley 1616 de 2013

© Ministerio de Salud y Protección Social

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

- Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Carrera 13 No. 32 76  
PBX: (57-1) 330 50 00  
8:00 a.m. a 5:30 p.m.  
Bogotá D.C., Colombia, abril de 2022

---

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

---



---

*Equipo Técnico del Ministerio de Salud y Protección Social*

**Felipe Agudelo Hernández**  
Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental  
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

**Laura Milena Múnica Restrepo**  
Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental  
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

**Liana Milena Baquero Hernández**  
Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental  
Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

*Agradecimientos*

A los referentes territoriales de Salud Mental y Convivencia Ciudadana de Colombia.

Al Doctor Rodrigo Rojas Andrade  
Universidad Santiago de Chile / *Global Implementation Society*



## Tabla de contenido

1. <i>INTRODUCCIÓN</i> .....	6
2. <i>ALCANCE</i> .....	16
3. <i>MARCO CONCEPTUAL</i> .....	18
4.1. <i>MODALIDADES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL</i> .....	25
5. <i>METODOLOGÍA</i> .....	37
5.1. <i>FUENTES DE INFORMACIÓN</i> .....	37
5.2. <i>PRIMERA FASE: MÉTODOS PARA DETERMINAR IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD</i> . .....	38
5.3. <i>SEGUNDA FASE: INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, SISTEMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL</i> .....	39
6. <i>RESULTADOS</i> .....	41
6.1. <i>PRIMERA FASE</i> .....	41
6.2. <i>SEGUNDA FASE</i> .....	60
6.3. <i>BARRERAS EN LOS TERRITORIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MODALIDADES</i> .....	64
7. <i>CONCLUSIONES</i> .....	76
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>77</b>
8. <i>REFERENCIAS</i> .....	79



## 1. INTRODUCCIÓN

Como respuesta a los cambios en los referenciales de la salud mental, en 1998 se da la primera Política Nacional de Salud Mental, la cual incluyó directrices de la OMS sobre atención primaria y promoción de la salud emocional, desarrollo socioeconómico y calidad de vida. Esta política relacionó la salud mental con las conductas adictivas a SPA y violencias, incluidas las del conflicto armado. Asimismo, apuntó a la prevención en la aparición de la enfermedad mental, reorientación y mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud y actuación conjunta con la vigilancia en salud pública (Parales et al., 2018).

A raíz de los problemas para la implementación de la política de salud mental de 1998, en 2005 el Ministerio de la Protección Social reformuló la política a través de la expedición del documento Lineamientos de políticas de salud mental para Colombia, proponiendo una metodología para la planeación del componente de salud mental en los Planes Territoriales de Salud, y fueron la base para la estructuración de múltiples políticas a nivel regional (Ministerio de la Protección Social, 2007).

En 2009, a través de la Ley 1346 de 2009, se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. En esta ley se reafirma *la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación*; y plantea como principios el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer; el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad (Congreso de la República de Colombia, 2009).



En esta definición de discapacidad se incluyen no solo alteraciones físicas, cognitivas o sensoriales, sino que se empieza a vislumbrar el concepto de discapacidad psicosocial, al mencionar las alteraciones mentales, y se resalta la discapacidad como una entidad no inherente únicamente al sujeto sino al entorno con sus determinadas barreras, y, en este sentido, incluye los conceptos de *habilitación-rehabilitación* y de participación en la vida política y pública, como responsabilidad de los estados, en términos de promoción y garantía de derechos.

Dichos conceptos continúan mencionándose en las leyes posteriores. En 2010 se expide la Ley 1414 de 2010, donde se incluye la atención integral, incluido la promoción, la prevención y la rehabilitación; además, siguiendo un principio de solidaridad (Artículo 7), se plantea la implementación de programas de participación ciudadana para la promoción, educación y prevención relacionadas con la enfermedad (Congreso de la República de Colombia, 2010). En 2013 surgen dos leyes fundamentales para la consolidación de este nuevo referencial de salud mental en Colombia.

La primera es la Ley Estatutaria 1618 de 2013, que tiene como objeto garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad (Congreso de la República de Colombia, 2013); la segunda es la Ley 1616 de 2013, que tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental. Ambas retoman la definición de discapacidad como interacción entre las limitaciones individuales y las barreras sociales, y mencionan la inclusión social como un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos (Congreso de la República de Colombia, 2009; Congreso de la República de Colombia, 2013).

En el caso de la Ley Estatutaria de Discapacidad, pide integrar todas las políticas en pro de los derechos de la niñez con discapacidad, además especifica que todos los Ministerios y entidades del Gobierno Nacional, garantizarán el servicio de habilitación y rehabilitación integral en este curso de vida. En el Artículo 22, donde menciona la participación en la vida política y pública: *Para el efecto, el Ministerio del Interior deberá dictar medidas que establezcan los requisitos que deban*



*cumplirse para la creación y funcionamiento de las Organizaciones de personas con discapacidad que representen a las personas con discapacidad ante las instancias locales, nacionales e internacionales (...) Las alcaldías municipales y locales deberán implementar programas especiales de promoción de acciones comunitarias, servicios de apoyo de la comunidad y de asistencia domiciliaria y residencial, que faciliten la integración, relación y participación de las personas con discapacidad con los demás ciudadanos, incluida la asistencia personal para facilitar la vida digna, evitando el aislamiento, garantizando el acceso y la participación según sus necesidades* (Congreso de la República de Colombia, 2013). Esta participación se especifica en la formulación, ejecución y veeduría de políticas públicas de discapacidad. En este artículo también se especifica aún más reconocimiento de la discapacidad psicosocial.

La Ley 1616 de 2013, que se propone garantizar el ejercicio del derecho a la Salud Mental, prioriza niños, niñas y adolescentes, mediante modelos de promoción, prevención y atención integral e integrada, bajos los principios de Atención Primaria en Salud; y da las bases para una política de salud mental, que tenga un enfoque de derechos, territorial y poblacional, incluyendo además el enfoque de curso de vida.

En cuanto a la atención integral e integrada se refiere a la vinculación del talento humano con recursos suficientes, en los diferentes niveles de complejidad, con conjunción de los mismos. Lo anterior, trasciende a la Rehabilitación psicosocial, donde se busca la lograr el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad, considerando nuevamente la mejoría en las competencias individuales y en las limitaciones del entorno, *potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad*. Es así como los derechos que acá se ratifican van desde la atención integral, la psicoeducación y intervenciones poco restrictivas, hasta la inclusión social y la puesta en práctica de todos los derechos civiles, y esto, según su artículo 25, de prioridad en niños, niñas y adolescentes (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Estos términos recuerdan nuevamente el concepto de *libertad* planteado por Amartya Sen (2000), en el que se enfatiza la conversión de *capacidades* en *funciones*, además enfatiza en el rol que tiene



la salud en todas las políticas públicas (como lo plantea la Declaración de Adelaida), para que los entornos brinden las oportunidades para esta conversión, y que apoyen y validen los valores que cada persona elija para su vida (Henao S, Quintero S, Echeverri J, y cols, 2016).

En cuanto a la participación social en salud mental, en el artículo 27 la Ley de Salud Mental, especifica que el estado *deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental* (Congreso de la República de Colombia, 2013).

En relación con lo anterior, se precisa igualmente el Consejo Nacional de Salud Mental, para el seguimiento y evaluación de las políticas y leyes de salud mental. Este consejo tiene representación del mismo Ministerio de Salud, de las asociaciones de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, atención prehospitalaria; representantes de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y de los prestadores de servicios de salud; representantes de individuos con problemas o trastornos mentales, y sus familias; un representante de las facultades de ciencias de la salud, otro de las facultades de ciencias sociales, y otro de las organizaciones sociales y comunitarias. Dicho consejo también debe integrarse, según la presente ley, en los departamentos del país.

En las funciones de este consejo se hace más específica la intersectorialidad, al proponer como función el planteamiento de acciones intersectoriales y transectoriales para la atención y la prevención de la salud mental. Es así como también se da un plazo (16 meses) para expedir una Política Nacional de Salud Mental. Según lo menciona la Ley en su artículo 31, esta política deberá:

(...) ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, correspondiente y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes incluyendo entre otros elementos: la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos



mentales mediante la detección, la remisión oportuna, el seguimiento, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud locales.

*Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el Plan Decenal para la Salud Pública. El primer plan corresponderá a las acciones consignadas en el primer Plan Decenal para la Salud Pública (Congreso de la República de Colombia, 2013).*

En concordancia con lo anterior, mediante la Resolución 1841 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), se adopta el Plan Decenal de Salud pública (PDSP) 2012 – 2021, que aborda los determinantes sociales de la salud, según la definición de Whitehead (2006), donde entiende estos determinantes como situaciones, condiciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida y desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas, determinando así el estado de salud de una población (Whitehead, M., 1992).

Se traza tres objetivos estratégicos, entre estos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes; y mantener cero tolerancias con la mortalidad y discapacidad evitable (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Cabe anotar que en este documento se especifica la importancia de las personas como ejes de las acciones sectoriales y multisectoriales, especialmente en niños, niñas y adolescentes, considerándolos como sujetos de derechos. Este manejo entre múltiples sectores se incluye en la definición como intervención coordinada y complementaria de instituciones representativas de distintos sectores sociales, que tendrán la salud como un objetivo común.

Estos conceptos se respaldan en la 62 Asamblea Mundial de la Salud de 2009, en la cual se insta a los Estados miembros a luchar contra las inequidades sanitarias en el interior de los países y entre



ellos, mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional *de subsanar las desigualdades en una generación*” (Organización Mundial de la Salud, 2009), incorporado la equidad sanitaria en todas las políticas, definida esta como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica. Es así como el modelo del PDSP se orienta la afectación positiva de los determinantes estructurales de la salud (equidad social), sentar las bases para un cambio en el enfoque de la gestión en salud (capital social y desarrollo humano) y mejorar las condiciones de vida y salud (determinantes intermediarios de la salud), esto teniendo en cuenta una acción multisectorial y comunitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Posteriormente, la promulgación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, establece expresamente que la salud es un derecho autónomo fundamental, además, como lo refiere en su artículo 12, también lo es la participación ciudadana en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud, desde la formulación, implementación y veeduría.

De esta forma, se tiende a superar un enfoque de riesgo dado desde la Ley 100 de 1993, y ahonda aún más en la función del estado en la adopción de políticas públicas que logren la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. De igual forma, en su artículo 20, se menciona el deber del gobierno de implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial para lograr la salud en términos de promoción, preventión, atención integral y rehabilitación (Congreso de la República de Colombia. (2015).

En 2018 octubre de 2018 y enero de 2019 surgen, respectivamente, las Resoluciones 4886 (Política Nacional de Salud Mental) y 089 (Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas), ambas con una estructura similar en su distribución por ejes de acción, que orientan estratégicamente acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias; y con principios y enfoques compartidos (ver tabla 2). Cada eje de acción propone una línea acción para ejecutar en los territorios cada política (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, 2019):



1. *Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos*

- *Generación y fortalecimiento de entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables.*
- *Promoción del involucramiento parental*
- *Educación en habilidades psicosociales para la vida propuestas por la OMS.*
- *Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental*
- *Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia.*
- *Cualificar los dispositivos de base comunitaria adaptándolos.*

2. *Prevención de la conducta suicida* [SEP]

- *Fortalecer las acciones de prevención de la epilepsia* [SEP]
- *Fortalecer las acciones de detección e intervención temprana de riesgos en salud mental y epilepsia en la atención de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna.*

3. *Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral).*

4. *Rehabilitación integral e Inclusión social.*

- *Identificar y caracterizar a las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y comunidad de referencia.*
- *Remitir oportunamente los casos detectados a los servicios de salud y a otros sectores, y realizar seguimiento con la familia y la comunidad.*



- *Apoyar y acompañar a las familias y cuidadores de personas con trastornos mentales incluyendo el fortalecimiento de capacidades para el manejo del trastorno mental.*
- *Conformar grupos de apoyo y de ayuda mutua.*
- *Fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social.*
- *Fortalecer redes socio-institucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas, recreación y cultura para las personas con trastornos mentales.*
- *Fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.*

##### 5. Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

- *Descripción de las acciones y estrategias dirigidas a la identificación y transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida.*
- *Diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.*
- *La promoción, fortalecimiento y gestión de lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fundamental en el desarrollo de la autonomía de cada uno de los sujetos (como también se menciona en la Ley 1616 de 2013).*
- *Gobernanza multinivel: Responsabilidad compartida entre los distintos niveles de gobierno y permite a las autoridades públicas combinar sus experiencias para un mejor resultado del proceso de planificación e implementación de las políticas públicas. Para el caso del presente instrumento de*



*política precisa responsabilidades por niveles, con la participación del Consejo Nacional y los consejos departamentales de salud mental, así:*

- *Municipal, distrital y departamental: Incluye la adopción y adaptación de la Política en lo territorial, la formulación, evaluación y seguimiento de planes de acción quinquenales, y la gestión de acciones y recursos para la implementación efectiva, vinculando dichas acciones a los instrumentos de planeación territorial.*
- *Nacional sectorial: Formulación, evaluación y seguimiento de los planes nacionales sectoriales quinquenales en salud mental, en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública y el CONPES de salud mental cuando este sea expedido.*
- *Nacional intersectorial: Formulación y seguimiento al CONPES salud mental.*
- *Gestión del conocimiento local y nacional mediante el fortalecimiento de líneas de investigación con actores académicos, el fortalecimiento del Observatorio Nacional de Salud Mental y la vigilancia es salud pública de la conducta suicida y las violencias.*

Como metas estas resoluciones, se propone a 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones auto infligidas a 4,7 por 100.000 habitantes, disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal, aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados. En relación al consumo de sustancias psicoactivas se propone aumentar las redes sociales, comunitarias e institucionales que gestionan acciones frente al consumo de sustancias psicoactivas, además las familias que gestionan el cuidado y protección de sus inte-



grantes; mantener por debajo del 6.8% la prevalencia de año del consumo de marihuana en la población escolar, aumentar la edad promedio de inicio del consumo de drogas lícitas e ilícitas a 14,5 años y posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de los 14 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En abril de 2020 se publica el CONPES, Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia, que identifica como diagnóstico una baja articulación de sectores en el abordaje de la salud mental, entornos que no promueven la salud mental, con una limitada gestión del conocimiento, y debilidades de las instituciones para la atención y la inclusión social de personas con problemas o trastornos neuropsiquiátricos.

Basados en lo anterior, este documento se plantea como objetivo promover la salud mental, y para lograrlo se traza tres ejes de acción: aumentar la coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de personas con problemas, trastornos mentales o consumo de SPA; fortalecer los entornos sociales en los que se desenvuelven las personas, y desarrollar competencias socioemocionales en toda la población; y mejorar la atención en salud mental e inclusión social de personas víctimas de violencias, personas con problemas, trastornos mentales y consumo de SPA por medio del fortalecimiento de la oferta en salud, formación del talento humano y articulación social. De igual forma menciona, que se desarrollará en un horizonte de 4 años, con un costo estimado de 1.120.850 millones de pesos colombianos (Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES, 2020).



## 2. ALCANCE

En 2019 se da la Resolución 3100, la cual tiene por objeto definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

Dicho manual es el instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo tanto, el prestador de servicios de salud que habilite servicios de salud debe cumplir los requisitos mínimos que brinden seguridad a los usuarios en el proceso de atención en salud.

Según este manual, el servicio de salud “es la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad). Su alcance no incluye los servicios de educación, vivienda, protección, alimentación ni apoyo a la justicia”.

En consecuencia, los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores y de habilitación establecidos en el presente manual se encuentran estructurados sobre la organización de los servicios de salud.

En este sentido, el presente documento pretende caracterizar los servicios y modalidades de atención de salud mental, especialmente con base en el artículo 13 de la Ley 1616 de 2013. Lo anterior, realizado entre el segundo semestre del 2021 y el primer semestre del 2022. Es importante resaltar que el presente documento se constituye en una evaluación de la política pública y no pretende realizar un análisis de la misma. Sin embargo, este podría aportar una base para continuar con un



proceso diagnóstico de la implementación de estos servicios, ahondando en las particularidades de cada ente territorial.



### **3. MARCO CONCEPTUAL**

La Comisión de Lancet (Patel et al., 2018), exige una comprensión más integral de la salud mental, que requiere una respuesta multisectorial coordinada y que incluye entre sus objetivos a la salud mental como una herramienta principal para lograr los objetivos de desarrollo sostenible. Respaldada por hitos en el abordaje de la salud mental como la Declaración de Caracas, Los Principios de Brasilia, la Declaración de Montevideo, La Declaración de Adelaida, etc., menciona entre sus recomendaciones las siguientes:

1. Replantear la salud mental dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: El bienestar mental es un atributo universal, y debemos pensar más allá del tratamiento de la enfermedad mental. Integrar la salud mental en el desarrollo funciona en todos los sectores, no solo en los servicios de salud.
2. Establecer el cuidado de la salud mental como un pilar de la cobertura universal de salud: Asegurar de que haya paridad en la inversión y la priorización de la atención de salud mental, y abordar las brechas en la accesibilidad y la calidad de los servicios, con una atención disponible en el nivel primario.
3. Usar políticas públicas para proteger la salud mental: Promover la salud mental y prevenir enfermedades mediante la implementación de estrategias de salud pública dirigidas en etapas clave del curso de la vida, incluida la salud materna e infantil, la educación y el suicidio.
4. Escuchar e involucrar a personas que hayan vivido la experiencia de la enfermedad mental: Facilitar la participación significativa en todas las etapas de desarrollo y de la



implementación de servicios. Fortalecer la defensa de las personas afectadas para hacer a los gobiernos responsables.

5. Invertir mucho, mucho más en salud mental: Aumentar el porcentaje de los presupuestos nacionales dedicados a salud mental al 5-10%, e incluir la salud mental en fondos para investigación e implementación en otros sectores.

6. Usar la investigación para guiar la innovación y la implementación: Invertir en investigación y hacer uso de nuevas evidencias para reformar los servicios y mejorar el bienestar de la población, desde las neurociencias hasta la ciencia de la implementación.

7. Fortalecer el monitoreo y la rendición de cuentas: Cumplir con los compromisos para cumplir con los objetivos clave de desarrollo. Asegurar que los indicadores de salud mental estén presentes en los sistemas nacionales de información de salud y en la evaluación del programa. (p. 15).

Lo anterior es planteado como retos importantes, especialmente para países de bajos y medianos ingresos, tal como lo señala la OPS (2018):

Las directrices internacionales y la evidencia indican que los servicios para los trastornos mentales han de procurar atender a las personas en la comunidad, prestando servicios integrados para las enfermedades mentales en la atención primaria o en hospitales generales, y tratamiento comunitario además de apoyo social a los individuos gravemente afectados.

La fracción de gasto en salud mental que no se asigna a los hospitales neuropsiquiátricos puede considerarse una medida indirecta de hasta qué punto existe una buena asignación



del gasto en salud mental, dado que los hospitales psiquiátricos carecen de datos probatorios de la eficacia. (p.39).

La figura 1 señala cómo a medida que menor inversión hay en salud mental, mayor porcentaje de esa inversión se destina a hospitales psiquiátricos, lo cual se aleja de las recomendaciones de la OMS, en cuanto el aumento de los servicios comunitarios, la reducción de hospitales psiquiátricos y el uso de los servicios psiquiátricos dentro de hospitales generales.

Desde 1970 se inició un proceso de colaboración interdisciplinaria, que validó tanto el enfoque biomédico, como el comunitario y el psicológico, condujo al surgimiento de una "nueva psiquiatría intercultural" (Kleinman A., 1987).

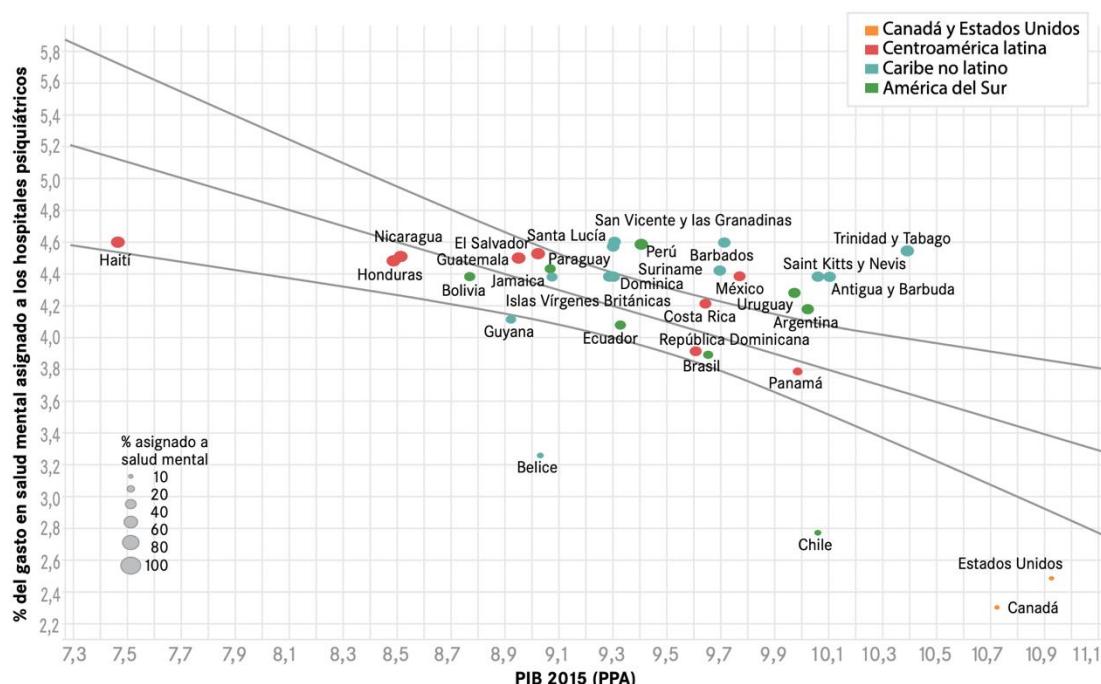
El enfoque biomédico fue considerado progresivamente como uno solo entre otras dimensiones de la salud mental, lo que permitió también el cambio progresivo de la atención institucional a la atención comunitaria, lo que denota también unas nuevas consideraciones éticas, sociales y administrativas relacionadas con la atención de salud mental, la disponibilidad de nuevos medicamentos y el crecimiento del movimiento de derechos humanos (Patel et al., 2018).

La atención en salud mental se trasladó desde las clínicas psiquiátricas con características asilares, y se crearon salas de psiquiatría en los hospitales generales, además se integró la salud mental en la atención primaria de salud, proponiendo al individuo y a la comunidad como eje de *recuperación*. Este último concepto se concreta en la expresión “nada sobre nosotros sin nosotros”, donde las personas con problemas y trastornos mentales afirman su empoderamiento e invitan a defender su participación en la estructuración de los servicios de atención y en la investigación de salud mental. Este enfoque de recuperación ubica los deseos y las necesidades de los individuos que padecen trastornos, en el centro de la atención en salud mental, más allá de la sola disminución observable de los signos y síntomas del trastorno, y la restauración del funcionamiento cognitivo,



social y ocupacional; se refiere a los esfuerzos de la persona por vivir su vida de una manera significativa y gratificante a pesar de las limitaciones impuestas por la discapacidad (Davidson et al., 2005).

Figura 1. Gasto en Trastornos Mentales, Neurológicos y por Uso de Sustancias asignado a hospitales psiquiátricos versus Producto Interno Bruto per cápita.



\* Modelo lineal:  $\ln(\% \text{ gasto TMNS asignado a hospitales psiquiátricos}) = -0,50 * \ln(\text{PIB}) + 8,9$ .  $R^2 = 0,32$ .  $p = 0,0012$ . Las bandas de confianza muestran los límites superior e inferior para un intervalo de confianza de 95%.

TMNS: trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y suicidio.

PIB (PPA): producto interno bruto, ajustado por paridad de poder adquisitivo.

<sup>1</sup> Las Figuras 21 y 23 plantean la posibilidad de que Haití, Canadá y los Estados Unidos sean valores atípicos e influyan en los modelos lineales. Por ese motivo, se volvieron a ejecutar los análisis excluyendo a Haití, Canadá y Estados Unidos para ambos modelos. Los resultados y su significancia se mantienen para el modelo que correlaciona la fracción de los gastos totales de salud dedicados a salud mental con el PIB (con un valor de  $p < 0,05$ ) pero pierde significancia para el modelo que correlaciona la fracción dedicada a hospitales psiquiátricos con el PIB.

Tomado de OPS, 2018.



En este sentido, en 1990 se da la Declaración de Caracas, en la cual la OMS, la OPS, con el acompañamiento de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, la Asociación Psiquiátrica de América Latina, entre otros, instan a los ministerios de salud y de justicia, a los parlamentos, a los sistemas de seguridad social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación *a que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región* (Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS), 1990).

En este espacio se destaca la observación que el enfoque previo en salud mental no permite alcanzar una atención comunitaria descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva; que la clínica psiquiátrica como eje de tratamiento y única modalidad asistencia, aísla a la persona de su medio, crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos, requiere más recursos financieros y se aleja de las necesidades en salud mental de las poblaciones y de otros sectores.

Basados en las anteriores precisiones consideran que la salud mental debe tener un abordaje desde la Atención Primaria en Salud para promover servicios basados en la comunidad y con sus redes sociales; que debe revisarse el papel hegemónico de los hospitales psiquiátricos, buscando la mayor permanencia de las personas con problemas mentales en un entorno comunitario; que las legislaciones de los países deben asegurar el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, además de promover servicios comunitarios de salud mental; y que se debe hacer un trabajo mancomunado entre todas las organizaciones para lograr lo anterior (Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS), 1990).

Posteriormente, en 2005, estados miembros de la OPS adoptaron en septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, comprometiéndose a abogar por la integración de las directrices sobre la Atención Primaria de Salud, con la consideración en los sistemas de salud de la inclusión social, la



equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención, además del fomento del trabajo multisectorial. Menciona: “La experiencia adquirida a lo largo de los 27 últimos años demuestra que con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria de salud se logran mejores resultados sanitarios y se aumenta su eficiencia en la atención de salud individual y pública, y con los proveedores públicos y privados.” (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2005).

También en 2005, el Ministerio de Salud de la República Federativa de Brasil, la OPS y la OMS convocaron al personal gubernamental de salud mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas”. En dicho espacio surgen los Principios de Brasilia, donde se reitera la validez de la Declaración de Caracas con relación a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales; con la necesidad de establecer servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren:

1. La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo, cuando sea necesario, la admisión en hospitales generales;
2. La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial;
3. La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental; y
4. La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población.

En estos se advierte nuevamente el aumento de la vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, se ha incrementado notablemente; al igual que la morbilidad y la



problemática psicosocial de la niñez y adolescencia; la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso del alcohol; y de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas. Y, aunque se reconocen avances, mencionan que *continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aún es insuficiente la capacidad de documentación, monitoreo y evaluación* (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En el año 2010 este trabajo multisectorial que se menciona en *La declaración de Montevideo*, se amplía y se especifica con La Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, la cual tomó como lema *Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*, y sostuvo como argumentación principal que las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector salud, y tienen también un origen en los determinantes sociales. Esta menciona la  *necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Esto requiere una nueva forma de gobernanza en la que haya un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos, entre todos los sectores y niveles de gobierno* (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Dichos conceptos sustentan conclusiones posteriores de las Comisiones de expertos en salud mental, las cuales mencionan que sin salud mental no hay desarrollo sostenible (Patel et al., 2018). Esto basado en un enfoque de convergencia que permite el desarrollo de una teoría multifactorial estable y comprobable, y de contextos específicos y marcos sensibles para orientar intervenciones que se sustenten en conceptos de salud y bienestar contemplados en todas las políticas públicas de un país. Esta interdependencia de las políticas públicas, requiere un nuevo concepto de gobernanza, donde el estado coordina la formulación de planes estratégicos con mejores marcos normativos que establezcan objetivos comunes, respuestas integradas, con una alianza entre la sociedad civil y el sector privado (Organización Mundial de la Salud, 2010).



#### **4.1. Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental.**

Según lo establecido por la Resolución 2003 de 2014, "los servicios de salud responden a los procedimientos definidos por la evidencia científica como óptimos, eficientes y eficaces en la solución de los problemas de salud de la población, bien de manera individual o colectiva.

En este sentido la modalidad hace referencia a algunas formas en la prestación del servicio a las cuales el prestador se vincula para lograr las características enunciadas. Las modalidades de prestación para los servicios son: intramural, extramural y telemedicina.

La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Artículo 13 de la Ley 1616 de 2013 y Resolución 3100 de 2019)

Atención Ambulatoria: Corresponde a una modalidad de atención intramural de prestación de servicios que implica el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración inferior a veinticuatro horas, mediante la cual pueden desarrollarse las intervenciones o actividades contenidas en la RPyTME, previo cumplimiento de los procedimientos, requisitos y estándares de habilitación reglamentados por la Resolución 2003 de 2014 o la norma que la modifique o sustituya. Comprende aquellos establecimientos que se encargan de la prestación de servicios de salud para personas que no requieren un servicio hospitalario. Se incluyen tanto la atención en un consultorio médico como la visita de un profesional a la casa del paciente. Dentro de los prestadores ambulatorios se encuentran: consultorios médicos (generales, de salud mental



y especialistas), odontológicos, de otros profesionales de la salud, centros de cuidado ambulatorio (planificación familiar, salud mental y adicciones, cirugía ambulatoria, diálisis y otros ambulatorios) y prestadores de servicios de salud en casa.

**Atención Domiciliaria:** Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud brindados en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador, que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener al paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad.

La atención domiciliaria en salud mental debe entenderse tal como se define en la Resolución 2003 de 2014, es decir como un “Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador; que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener al paciente en su entorno, con la máxima comodidad y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad, incluye:

Atención domiciliaria paciente agudo.

Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador.

Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador.

Consulta domiciliaria.



Estos servicios, cuya prestación se realiza en modalidad extra mural, se rigen por lo establecido en la Resolución 2003 de 2014 o la norma que la sustituya o modifique, la cual establece los modos, condiciones y requisitos para su desarrollo e implementación.

La Atención Pre Hospitalaria-APH: es el servicio que se presta a la comunidad cuando se presentan urgencias, emergencias o desastres en el sitio de ocurrencia del evento y de manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Comprende los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se prestan a enfermos o accidentados fuera del hospital, constituyendo una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias.

Es importante solicitar el servicio de APH sólo en los siguientes casos de urgencia crítica y emergencia:

Accidente de tránsito con herido o lesionado

Persona herida en vía pública

Dolor torácico

Madre gestante en alto riesgo

Intoxicación

Caída de altura

Persona inconsciente

Persona que no respira o tiene dificultad para respirar

Persona con alteraciones en su comportamiento mental

Herido por arma blanca

Herido por arma de fuego

Casos de embarazos con trabajo de parto en curso

cualquier caso que usted considere que compromete la salud de una persona



Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia: Centro de Atención en Drogadicción, CAD. Es toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de un determinado modelo o enfoque de atención, basado en evidencia. Prestador de Servicios de Salud que habilita y desarrolla los servicios de atención Institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas o internación hospitalaria e internación parcial para la atención al consumidor de sustancias psicoactivas, cumpliendo los requisitos, estándares y procedimientos que establece la Resolución 2003 de 2014 o la norma que la modifique o sustituya.

Centro de Salud Mental Comunitario: Entre 2009 y 2011, se instauran en el marco de la Ley 1438 del 2011 con el énfasis en la Atención Primaria en Salud, se confirman y se continúan en el marco del Plan Decenal de Salud Pública –PDSP- 2012-2021 en su dimensión de Convivencia y Salud Mental. Y se han ratificado en el marco de la Ley Estatutaria de Salud – Ley 1751 de 2015, que reconoce la salud como un derecho fundamental y por ende a los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como centro de la atención en salud. Así la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, para su operación plantea las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS- y la metodología para la implementación (Resoluciones 3206/2016 y 3280/2018).

Siendo universales las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la materno perinatal, y las Rutas de atención específicas, dentro de las cuales está la Ruta Integral de Atención para Personas con Riesgos en Salud Mental, Epilepsia y Consumo de Sustancias Psicoactivas, en la que se contemplan los Dispositivos Comunitarios, como una de las acciones a seguir. Así mismo en el Plan de Intervenciones Colectivas –PIC- Resolución 518 de 2015, se adoptan formalmente como una tecnología clave para la acción en salud. Actualmente, los dispositivos comunitarios, hacen parte de las estrategias y alternativas



sociales comunitarias de promoción en salud y prevención de la enfermedad en la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) en articulación con la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019).

En este sentido, la comunidad, es considerada como sujeto y participe de atención en salud, protagonista en procesos de promoción y transformación social. La comunidad se concibe como capaz de trasformar su entorno y su realidad social, y así mismo, se considera la acción familiar como potencializadora de la salud mental con capacidad para responder ante el riesgo y las situaciones problemáticas en salud mental, tienen en cuenta la capacidad de cuidado mutuo y autogestión de las personas para mantener y mejorar la salud mental y para aportar a las personas de su entorno.

Sin embargo, dado que en la Resolución 3100 de 2019 no se plantean los procedimientos para habilitar estos dispositivos como servicios de salud, según la definición en ella mencionada, no se adelantará una caracterización de los mismos. De igual forma, otra barrera para dicha caracterización es la falta de implementación de las RIAS en salud mental, y de los dispositivos comunitarios que en ellas se plantean.

**Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.** Los grupos de apoyo y los grupos de ayuda mutua hacen parte integral de los componentes de la Estrategia Rehabilitación Basada en la Comunidad –RBC- en Salud Mental, contemplada como una de las intervenciones a ejecutar en el PIC (Resolución 518 de 2015, por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC).

Como parte de la RBC en salud mental, son de especial utilidad para personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, principalmente en la fase inicial de la enfermedad y



después de salir de una recaída. Ayudan a reducir el “auto-estigma” y a mejorar la confianza y la autovaloración. Compartir problemas y experiencias ayuda a clarificar sentimientos, a aceptar un diagnóstico de trastorno mental y encontrar alternativas para mejorar la adherencia al tratamiento y la reducción del estigma social. Pueden aportar en la gestión de riesgos colectivos asociados a trastornos mentales y gestionar recursos materiales y financieros para situaciones de crisis y para el cuidado de sus familiares en caso de ser necesario. También pueden convertirse en las fases previas a la conformación de asociaciones de pacientes y familiares o de otro tipo de organizaciones sociales en pro de la salud mental y la convivencia.

Los grupos de apoyo, se describen como espacios de interacción convocados y liderados por profesionales (de la salud o las ciencias sociales, con previo entrenamiento para tal fin), con el propósito de crear un ambiente de acogida y confianza, donde se facilita la identificación y reactivación, o puesta en marcha, de los recursos (tanto emocionales, como familiares, sociales, institucionales, entre otros) con los que cuentan las personas para afrontar las situaciones conflictivas o amenazantes con las que se identifican, o comparten.

De tal manera, estos grupos, favorecen el establecimiento de vínculos sociales significativos que, como una red, posibilitan soporte a quienes participan, favoreciendo la generación de nuevos recursos para el afrontamiento de la situación que afecta su salud mental.

Se trata de grupos pequeños liderados por un profesional de la salud para favorecer los procesos de reconocimiento, manejo y rehabilitación de los problemas y trastornos mentales por parte de las personas que los presentan, sus familias y cuidadores, a través de la interacción basada en la confianza y la ayuda recíproca. Mediante esta técnica se pueden desarrollar las intervenciones, procedimientos o actividades contenidas en la RPyTME, en los servicios tanto del componente primario como del complementario. En dichos grupos,



se lleva a cabo la Educación Grupal en Salud, actividad educativa en temas de salud realizada a un grupo de pacientes (máximo 30 personas) con duración máxima de 120 minutos, por talento humano en salud.

**Hospital de Día para Adultos:** Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural e institucional por un plazo inferior a 12 horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.

**Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.** El Hospital de día para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para el tratamiento institucional intensivo, en un medio terapéutico específico, de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos períodos de la vida y que tienen en común el provocar una pérdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando asimismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales.

**Rehabilitación Basada En Comunidad:** la Rehabilitación Basada en Comunidad se define como la estrategia que permite fortalecer procesos participativos en salud mental, entendiendo el proceso como toma de conciencia y desarrollo de capacidades, que llevan a un mayor empoderamiento y por ende participación. estas acciones permiten contribuir a que los individuos, familias y comunidades consoliden sus procesos organizativos, identifiquen intereses, dificultades, proyectos comunes, etc.

La Organización Mundial de la Salud (2020), ha sido clara al explicar que la rehabilitación engloba un conjunto de intervenciones que son necesarias cuando una persona experimenta, o es probable que experimente, limitaciones en su vida cotidiana como consecuencia del



envejecimiento o de un problema de salud, como una enfermedad o trastorno crónico, una lesión o un traumatismo. Puede tratarse de limitaciones como tener dificultades para pensar, ver, oír, comunicarse, desplazarse, relacionarse o conservar el empleo. Gracias a la rehabilitación, personas de todas las edades pueden mantener sus actividades cotidianas o retomarlas, seguir sintiéndose útiles y gozar del mayor bienestar posible.

La rehabilitación integral en salud mental se implementa a través de esfuerzos combinados de las propias personas con discapacidad, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes, enfocándose en las necesidades de las personas con problemas, trastornos mentales y epilepsia. Implica de esta manera, la articulación permanente entre los servicios sociales y de salud, y de otros sectores, así como la agencia de las personas y las comunidades para el abordaje de la discapacidad mental o psicosocial, y la superación del estigma y la discriminación.

**Unidades De Salud Mental.** Son dispositivos de atención continuada en régimen de hospitalización total para pacientes con trastorno mental grave en fase aguda, que se benefician de una estancia breve orientada hacia la continuidad de cuidados en la comunidad.

**Urgencia De Psiquiatría.** La Resolución 2003 de 2014 define urgencia como “la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte”. Una emergencia o urgencia psiquiátrica es una condición aguda o crónica que requiere una intervención psiquiátrica: intento de suicidio, abuso de sustancias, psicosis, conducta agresiva, crisis de angustia (ataques de pánico), trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático. Para la atención de estos pacientes se requieren médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales.



Telemedicina: Según la Resolución 3100 de 2019, es la forma de prestar un servicio de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación que les permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica. La telemedicina presenta las siguientes categorías, las cuales pueden combinarse entre sí:

- Telemedicina Interactiva: Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación a distancia, mediante una herramienta de videollamada en tiempo real entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases.
- Telemedicina no interactiva: Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la provisión de un servicio de salud que no requiere respuesta inmediata.
- Telexperticia: Es la relación a distancia con método de comunicación sincrónico o asincrónico para la provisión de un servicio de salud en cualquiera de sus componentes, utilizando tecnologías de información y comunicación entre:
  - Dos profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro que atiende a distancia.
  - Personal de salud no profesional, esto es, técnico, tecnólogo o auxiliar, que atiende presencialmente al usuario y un profesional de la salud a distancia.
  - Profesionales de la salud que en junta médica realizan una interconsulta o una asesoría solicitada por el médico tratante, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente.



La Telesalud aplicada al concepto de salud mental, es una apuesta incluyente del talento humano en salud, el personal técnico y administrativo involucrado en el cuidado y el mantenimiento de la salud mental. Además, abarca todos los niveles de atención, fortaleciendo el cuidado primario, incrementando el grado de resolutividad del talento humano en salud, reduciendo las barreras para el acceso a las valoraciones especializadas y aquéllas enfocadas en la salud mental provistas por profesionales no psiquiatras (mhGAP). En este sentido, favorece también el acceso a los tratamientos y promueve el seguimiento longitudinal de las poblaciones con el propósito de mejorar los resultados finales en salud.

De igual forma, en el marco de la pandemia por COVID-19, se han diseñado lineamientos para realizar grupos de apoyo. Estos grupos también hacen uso de tecnologías de información y comunicación, ofrecen la posibilidad de interacción de las personas entre sí con personal técnico de apoyo, promoviendo una actitud activa, contribuyendo en la información y educación en salud y el replanteamiento de acciones, hábitos y creencias, a través del ofrecimiento de herramientas y conocimientos necesarios para la filtrar información y tomar decisiones consecuentes con el cuidado y las necesidades de atención.

En octubre de 2018 y enero de 2019 surgen, respectivamente, las Resoluciones 4886 (Política Nacional de Salud Mental) y 089 (Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas), ambas con una estructura similar en su distribución por ejes de acción, que orientan estratégicamente acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias; y con principios y enfoques compartidos.

Como metas estas resoluciones, se propone a 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones auto infligidas a 4,7 por 100.000 habitantes, disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal, aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados. En relación al consumo de sustancias psicoactivas se propone



aumentar las redes sociales, comunitarias e institucionales que gestionan acciones frente al consumo de sustancias psicoactivas, además las familias que gestionan el cuidado y protección de sus integrantes; mantener por debajo del 6.8% la prevalencia de año del consumo de marihuana en la población escolar, aumentar la edad promedio de inicio del consumo de drogas lícitas e ilícitas a 14,5 años y posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de los 14 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Rojas-Bernal et al., (2018), realizaron una revisión sobre la salud mental en Colombia, la cual subrayó la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, relacionadas con diferentes factores del sistema de salud y de sus integrantes; y dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutiva de sus necesidades.

Al considerar las dinámicas de implementación de una política pública, un programa, un plan o una estrategia, se considera una definición precisa de esta intervención, para esto conocer los componentes nucleares de la misma, resulta fundamental. Posteriormente, esta práctica debe tener una estrategia de implementación, que va desde un contexto sociopolítico nacional a un contexto territorial, y requiere adherencia, adaptación y experticia de la organización implementadora. Sin embargo, antes de analizar los resultados de una intervención, se deben considerar aspectos como la cobertura, la adopción y la receptividad de esta estrategia por parte de las personas. En otras palabras, para saber que una estrategia funciona debe ser evaluada en los territorios.

En este punto se usan varias herramientas basadas en estudios de implementación. Los estudios de implementación generalmente emplean diseños cuantitativos y cualitativos mixtos, identificando factores que impactan la aceptación en múltiples niveles, incluido el paciente, el proveedor, la clínica, la instalación, la organización y, a menudo, la comunidad y el entorno de políticas en general (Agudelo-Hernández y Rojas-Andrade, 2021). Leiva et al. (2018) proponen considerar los



contextos y su clima de implementación, y, con ellos, comprender la influencia de las distintas variables contextuales sobre los resultados de la implementación, los cuales son un co-producto de los factores contextuales y los efectos de la intervención (Walshe, 2007).

El clima de implementación se refiere a percepción de las partes interesadas del grado en el cual la situación actual resulta insostenible, ameritando un cambio; a la percepción de las partes interesadas del grado en el cual el significado, los objetivos y valores de la estrategia que se propone se encuentran en línea con los objetivos, principios, valores, necesidades y riesgos percibidos de las personas que deberán implementarla; a la percepción de las partes interesadas del grado en el cual los objetivos de la implementación son claramente comunicados; a la seguridad con que las personas que implementan la estrategia se sienten seguras de usarla, y tener suficiente tiempo para pensar y evaluar reflexivamente.



## 5. METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte trasversal, realizado entre el segundo semestre del 2021 y el primer semestre del 2022. Se basó en conceptos de la ciencia de implementación. La tarea central de las ciencias de la implementación se determina como la identificación de barreras y facilitadores de las variables de implementación, y el desarrollo de estrategias de implementación para superar esas barreras y aprovechar los facilitadores para establecer el uso rutinario de la mejor práctica en los contextos cotidianos de intervención (Bauer et al., 2020).

### 5.1. Fuentes de Información

Como principal fuente de información se tuvo en cuenta que el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, tiene como funcionalidad básica ser fuente inicial de datos, mediante la cual se posibilite identificar la oferta de servicios de salud por parte de los actores para la gestión de la prestación de servicios de salud, es preciso disponer de datos que especifiquen con mayor detalle la oferta de los servicios de salud que incluya la cuantificación del talento humano en cada servicio ofertado y su capacidad instalada, datos que a la fecha no son requeridos por el REPS a los prestadores de servicios de salud.

En el análisis de la oferta de servicios de salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas, se usó el REPS, con corte a agosto de 2021 obteniéndose, tanto los servicios de atención no hospitalaria, como los de internación y ambulatorios relacionados con atención en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas; de esta forma se indagarán los servicios intramurales, de internación parcial y ambulatorios, disponibles a través de la consulta de medicina general, psicología, Psiquiatría, Neurología, Neuropediatría, Psicología y Terapia Ocupacional.



Para la clasificación de los servicios de salud mental, se aplicó un instrumento que determina por departamento y distrito, las características relacionadas con los antecedentes generales de las iniciativas en salud mental en cada territorio, los avances de las iniciativas o estrategias y su desarrollo planificado (Ver Anexo 1).

La calidad de la implementación es un constructo multidimensional que incluye tanto aspectos cuantitativos como cualitativos de la ejecución, entre los primeros destacan la cobertura, la dosis, la adherencia y el costo-eficiencia, por lo anterior se plantea dar alcance desde los aspectos cuantitativos y cualitativos, desde la categorización de la información de los REPS y la determinación de las categorías de análisis con los datos arrojados por el instrumento para facilitar la interpretación y cruce de los datos.

## **5.2. Primera fase: Métodos para determinar implementación de los servicios de salud.**

Estudio mixto, con el componente actual establecido como cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con población establecida como los referentes de salud mental distritales o departamentales, con 30 respuestas (de 35 posibles) y dos de dos municipios de Santander, lo que sumó 32 para el análisis.

Se diseñó un instrumento en Google Forms con preguntas de clima de implementación, adaptado de su versión original (Rojas-Andrade y Leiva, 2015), aplicado a referentes territoriales de salud, esta aplicación fue en línea (ver anexo 1). Como clima de implementación se entiende la percepción de las partes interesadas del grado en el cual el significado, los objetivos y valores de la estrategia que se propone se encuentran en línea con los objetivos, principios, valores, necesidades y riesgos percibidos de las personas que deberán implementarla.



De igual forma, se indagó por la presencia y uso de los servicios planteados en la Ley 1616 de 2013, para lo cual se ofrecieron tres opciones de respuesta: *no cuenta con este servicio, cuenta con este servicio pero aporta poco, cuenta con este servicio y aporta de forma significativa*.

Los datos cuantitativos se analizaron mediante métodos de estadística descriptiva: media ( $\bar{x}$ ) y desviación estándar (DE). Los análisis estadísticos fueron realizados utilizando el software SPSS versión 26. Los datos se resumen en tablas de distribución de frecuencias.

Las variables categóricas se analizaron mediante la prueba chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando era aplicable. Se realizó correlación bivariada entre las variables de la escala de clima de implementación de Rojas-Andrade y la presencia y uso de los servicios planteados en la Ley 1616 de 2013. La aproximación de métodos mixtos orientó el análisis integrado (Creswell y Plano Clark, 2011).

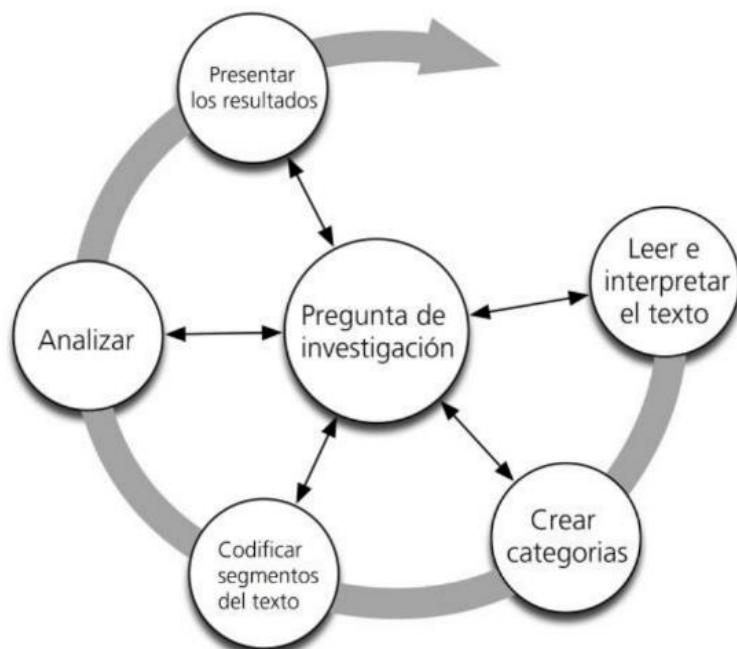
### **5.3. Segunda fase: Interpretación de la información del registro especial de prestadores de servicios de salud, Sistemas de atención integral.**

Para determinar cuáles son los factores contextuales que influyen en la calidad de la implementación se efectuó preguntas de carácter cualitativo en el instrumento- “Caracterización de los servicios de salud mental”, en las cuales se indago sobre la planeación e implementación de las estrategias o programas del orden nacional que se están desarrollando en los departamentos y distritos que diligenciaron el cuestionario, las preguntas están referidas en los numerales del 11 al 55 y que son de carácter cualitativo, por lo que se efectuó preguntas del orden cualitativo por cada una de las estrategias vigentes.



Para facilitar la categorización se aplicó el modelo de análisis cualitativo que se presenta en la figura 3 para ello se describió los aportes percibidos por cada uno de los equipos territoriales y se realizó el proceso de la siguiente manera:

Figura 2. Modelo de Análisis Cualitativo



Elaboración propia.



## 6. RESULTADOS

### 6.1. Primera fase

A continuación, se presentarán los resultados por estrategia o modalidad de servicio. Además de las modalidades establecidas en la Ley 1616 de 2013, se incluyen estrategias como mhGAP 2.0 y grupos de apoyo y de ayuda mutua, por considerarse estas estrategias centrales en los ejes de la Política Nacional de Salud Mental, tanto en el eje de tratamiento integral como en el de inclusión social y rehabilitación basada en comunidad.

En la tabla 1 se muestra el uso de la estrategia mhGAP 2.0 a nivel territorial. El Programa de Acción para superar las Brechas en Salud mental (mhGAP por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de Salud, para el diagnóstico, manejo y seguimiento de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas en el componente primario de atención en salud, la cual brinda recomendaciones basadas en la evidencia para manejar trastornos prioritarios (depresión, psicosis, trastornos mentales y conductuales de niños, niñas y adolescentes, epilepsia, demencias, trastornos relacionados con uso de SPA, autolesión/suicidio y quejas somáticas asociadas a malestar emocional). Desde el 2017 se cuenta con la versión 2.0 de la GI-mhGAP, descrita en el Abecé de réplicas de la formación en la guía de intervención – mhGAP 2.0.

*Tabla 1. Uso de la estrategia mhGAP 2.0 a nivel territorial*

LA ESTRATEGIA MHGAP 2.0		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Amazonas	Arauca	Boyacá
Buenaventura	Atlántico	Caldas
Meta	Bogotá	Putumayo



Santander (Girón)	Bolívar	San Andrés y Providencia
Sucre	Caquetá	Tolima
Vaupés	Cartagena	Vichada
	Casanare	
	Cauca	
	Chocó	
	Cundinamarca	
	Guaviare	
	Huila	
	Magdalena	
	Nariño	
	Norte de Santander	
	Quindío	
	Risaralda	

*Elaboración propia.*

Se encontró que la implementación de la estrategia mhGAP 2.0, presentó correlación estadísticamente significativa con la presencia y el uso de servicios como grupos de apoyo, grupos de ayuda mutua, atención ambulatoria, atención prehospitalaria y con hospital día para niños, niñas y adolescentes, como lo muestra la tabla 2.

Tabla 2. Correlaciones Implementación mhGAP 2.0 y estrategias y servicios para la salud mental

Implementación mhGAP 2.0	Correlación Pearson	Sig. de (bilateral)	N
Implementación de grupos de apoyo	,760**	0	32
Implementación de Grupos de ayuda mutua	,760**	0	32
Atención ambulatoria	,357*	0,045	32
atención domiciliaria	0,127	0,487	32



Atención prehospitalaria	,420*	0,017	32
CAD	0,263	0,146	32
Hospital día adultos	0,199	0,275	32
Hospital día NNA	,373*	0,036	32
RBC	0,068	0,71	32
Unidades de salud mental	0,167	0,36	32
Urgencias de psiquiatría	0,076	0,686	31
Telepsiquiatría	0,179	0,327	32
Política de salud mental	0,205	0,26	32
Análisis actualizado	0,093	0,612	32

*Elaboración propia.*

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). \* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Aunque no se establece como un servicio de atención a la salud mental, estipulado en la Ley 1616 de 2013, la estrategia mhGAP 2.0 se ha propuesto desde la Política Nacional de Salud Mental y desde la Guías de Práctica Clínica relacionadas en el país como un elemento clave en la atención integral de los problemas y trastornos mentales, y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Por esta razón, se incluyen en los análisis esta estrategia y se evidencia en los resultados que podría ser un elemento trazador del funcionamiento de varios servicios en salud mental, al mostrar correlación con varios de ellos y con los elementos principales de la inclusión social y la rehabilitación basada en comunidad para salud mental: los grupos de apoyo y los grupos de ayuda mutua.

Estos dos últimos elementos no pueden desligarse de un análisis de la atención integral, ya que uno de las principales barreras de la recuperación de la salud mental, es la falta de continuidad entre la atención y los escenarios de rehabilitación.



En la tabla 3 se muestra el uso de RBC a nivel territorial. La Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental se describe como *una estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad, problemas o trastornos mentales y/o afectaciones psicosociales, sus familias y cuidadores.*

Tabla 3. Uso de la estrategia RBC en salud mental a nivel territorial

REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Bolívar	Boyacá	Amazonas
Chocó	Buenaventura	Arauca
Cundinamarca	Caquetá	Atlántico
Meta	Cartagena	Bogotá
Putumayo	Casanare	Caldas
San Andrés y Providencia	Cauca	Nariño
Sucre	Guaviare	Risaralda
	Huila	Tolima
	Magdalena	Vaupés
	Norte de Santander	Vichada
	Quindío	
	Santander (Girón)	

Elaboración propia.

Se encontró que la implementación de estrategias de RBC en salud mental, presentó correlación estadísticamente significativa con la presencia y el uso de servicios como grupos de apoyo, grupos de ayuda mutua, atención ambulatoria, atención prehospitalaria, con la estrategia mhGAP 2.0 y con hospital día para niños, niñas y adolescentes, como lo muestra la tabla 4.



Tabla 4. Correlaciones entre Rehabilitación Basada en Comunidad y estrategias y servicios para la salud mental.

Rehabilitación Basada en Comunidad	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Implementación de grupos de apoyo	,760**	0	32
Implementación de Grupos de ayuda mutua	,760**	0	32
Atención ambulatoria	,357*	0,045	32
atención domiciliaria	0,127	0,487	32
Atención prehospitalaria	,420*	0,017	32
CAD	0,263	0,146	32
Hospital día adultos	0,199	0,275	32
Hospital día NNA	,373*	0,036	32
Total clima de implementación mhGAP 2.0	,655**	0	32
Unidades de salud mental	-0,271	0,133	32
Urgencias de psiquiatría	-0,234	0,204	31
Telepsiquiatría	0,249	0,17	32
POLÍTICA DE SALUD MENTAL	0,046	0,802	32
ANÁLIS TERRITORIAL ACTUALIZADO	0,027	0,882	32

*Elaboración propia.* \*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 5 se muestra el uso de la atención ambulatoria a nivel territorial, la cual comprende aquellos establecimientos que se encargan de la prestación de servicios de salud para personas que no requieren un servicio hospitalario. Se incluyen tanto la atención en un consultorio médico como la visita de un profesional a la casa de la persona.



Tabla 5. Uso de la Atención ambulatoria en salud mental a nivel territorial

ATENCIÓN AMBULATORIA		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Amazonas	Buenaventura	Arauca
Meta	Casanare	Atlántico
	Cauca	Bogotá
	Guaviare	Bolívar
	Norte de Santander	Boyacá
	Putumayo	Caldas
	Risaralda	Caquetá
	San Andrés	Cartagena
	Santander (Girón)	Chocó
	Vaupés	Cundinamarca
		Huila
		Magdalena
		Nariño
		Quindío
		Sucre
		Tolima
		Vichada

Elaboración propia.

En la tabla 6 se aportan las correlaciones que tiene la atención ambulatoria con otros servicios, donde se resalta una relación estadísticamente significativa con casi todas las modalidades, lo que podría indicar que aporta al funcionamiento de la implementación del artículo 13 de la Ley 1616 de 2013, y que podría ser los servicios a fortalecer con prioridad.

Tabla 6. Correlaciones atención ambulatoria y estrategias y servicios para la salud mental.

Atención ambulatoria	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
----------------------	------------------------	------------------	---



Implementación de grupos de apoyo	,639**	0	32
Implementación de Grupos de ayuda mutua	,504**	0,003	32
Rehabilitación Basada en Comunidad	0,148	0,42	32
atención domiciliaria	,487**	0,005	32
Atención prehospitalaria	,503**	0,003	32
CAD	,426*	0,015	32
Hospital día adultos	,401*	0,023	32
hospital día NNA	,467**	0,007	32
Total clima de implementación mhGAP 2.0	,357*	0,045	32
Unidades de salud mental	,356*	0,046	32
Urgencias de psiquiatría	0,206	0,266	31
Telepsiquiatría	,369*	0,038	32
POLÍTICA DE SALUD MENTAL	0,168	0,359	32
ANÁLIS TERRITORIAL ACTUALIZADO	-0,06	0,745	32

*Elaboración propia.* \*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 7 se muestra el uso de la atención domiciliaria a nivel territorial. Esta atención es un servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de personas con condiciones agudas o crónicas de salud, en un ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia de la persona con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador; que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener a la persona en su entorno, con la máxima comodidad y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad.

*Tabla 7. Uso de la Atención domiciliaria en salud mental a nivel territorial*

ATENCIÓN DOMICILIARIA		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Amazonas	Boyacá	Arauca
Bolívar	Caquetá	Atlántico
Buenaventura	Cartagena	Bogotá
Cauca	Casanare	Caldas
Guaviare	Nariño	Chocó
Huila	Norte de Santander	Cundinamarca
Meta		Magdalena
Putumayo		Santander (Girón)
Quindío		Sucre
Risaralda		
San Andrés		
Tolima		
Vaupés		
Vichada		

*Elaboración propia.*

Se encontró que la implementación de la atención domiciliaria en salud mental, presentó correlación estadísticamente significativa con la presencia y el uso de servicios como grupos de apoyo, grupos de ayuda mutua, atención ambulatoria y domiciliaria, con la atención prehospitalaria, con los CAD, con los hospitales día, tanto para adultos como para niños, con la estrategia mhGAP 2.0, con las unidades hospitalarias de salud mental y con servicios de Telepsiquiatría, como lo muestra la tabla 8.



Tabla 8. Correlaciones atención domiciliaria y estrategias y servicios para la salud mental.

Atención domiciliaria	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Implementación de grupos de apoyo	0,331	0,064	32
Implementación de Grupos de ayuda mutua	0,331	0,064	32
Rehabilitación Basada en Comunidad	0,105	0,566	32
Atención ambulatoria	,487**	0,005	32
Atención prehospitalaria	0,096	0,6	32
CAD	,366*	0,04	32
Hospital día adultos	0,261	0,149	32
hospital día NNA	,549**	0,001	32
Total clima de implementación mhGAP 2.0	0,127	0,487	32
Unidades de salud mental	0,231	0,202	32
Urgencias de psiquiatría	0,167	0,37	31
Telepsiquiatría	0,24	0,186	32
<b>POLÍTICA DE SALUD MENTAL</b>	0,036	0,843	32
<b>ANÁLIS TERRITORIAL ACTUALIZADO</b>	-0,195	0,286	32

*Elaboración propia.*

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). \* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 9 se muestra el uso de la atención prehospitalaria a nivel territorial La Atención Pre Hospitalaria-APH es el servicio que se presta a la comunidad cuando se presentan urgencias, emergencias o desastres en el sitio de ocurrencia del evento y de manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en este caso, personas con alteraciones mentales).

*Tabla 9. Uso de la Atención prehospitalaria en salud mental a nivel territorial*

LA ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA-APH		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Amazonas	Atlántico	Arauca
Buenaventura	Boyacá	Bogotá
Caquetá	Cartagena	Bolívar
Chocó	Casanare	Caldas
Cundinamarca	Cauca	Vichada
Meta	Guaviare	
Norte de Santander	Huila	
Risaralda	Magdalena	
Santander (Girón)	Nariño	
Sucre	Putumayo	
Tolima	Quindío	
Vaupés	San Andrés	

*Elaboración propia.*

En la tabla 10 se muestra el uso de los CAD a nivel territorial. El Centros de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia es toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de un determinado modelo o enfoque de atención, basado en evidencia.

*Tabla 10. Uso de la Atención Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia a nivel territorial*

CAD		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Amazonas	Boyacá	Atlántico
Arauca	Caquetá	Bogotá
Buenaventura	Cartagena	Bolívar



Casanare	Cundinamarca	Caldas
Chocó	Magdalena	Cauca
Guaviare	Nariño	Huila
Meta	Sucre	Norte de Santander
Putumayo		
Quindío		
Risaralda		
San Andrés		
Santander (Girón)		
Tolima		
Vaupés		
Vichada		

*Elaboración propia.*

En cuanto a la Atención Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia (CAD), se encontró correlación estadísticamente significativa con la presencia y el uso de servicios como atención ambulatoria, hospitales día, tanto para adultos como para niños, con la estrategia mhGAP 2.0, con las unidades hospitalarias de salud mental y con servicios de urgencias, como lo muestra la tabla 11.

*Tabla 11. Correlaciones Atención Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia y estrategias y servicios para la salud mental. a nivel territorial*

CAD	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Implementación de grupos de apoyo	0,279	0,123	32
Implementación de Grupos de ayuda mutua	0,279	0,123	32
Rehabilitación Basada en Comunidad	0,117	0,524	32
Atención ambulatoria	,426*	0,015	32
Atención domiciliaria	,366*	0,04	32
Atención prehospitalaria	0,32	0,074	32



Hospital día adultos	,567**	0,001	32
hospital día NNA	,552**	0,001	32
Total clima de implementación mhGAP 2.0	,420*	0,017	32
Unidades de salud mental	,400*	0,023	32
Urgencias de psiquiatría	,582**	0,001	31
Telepsiquiatría	0,293	0,104	32
<b>POLÍTICA DE SALUD MENTAL</b>	0,063	0,733	32
<b>ANÁLIS TERRITORIAL ACTUALIZADO</b>	0,047	0,8	32

*Elaboración propia.*

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 12 se muestra el uso de Hospital día para adultos a nivel territorial, definido como una modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural e institucional por un plazo inferior a 12 horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar”.

*Tabla 12. Uso de Hospital Día para adultos a nivel territorial*

HOSPITAL DE DÍA PARA ADULTOS		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Amazonas	Cartagena	Arauca
Boyacá	Cauca	Atlántico
Buenaventura	Chocó	Bogotá
Casanare	Huila	Bolívar
Cundinamarca	Nariño	Caldas
Guaviare	Risaralda	Caquetá
Magdalena		Norte de Santander
Meta		Quindío



Putumayo		
San Andrés		
Santander (Girón)		
Sucre		
Tolima		
Vaupés		
Vichada		

*Elaboración propia.*

Se encontró que la implementación Hospital Día para adultos, presentó correlación estadísticamente significativa con la presencia y el uso de servicios como atención ambulatoria y prehospitalaria, con la atención prehospitalaria y con los CAD, como lo muestra la tabla 13.

*Tabla 13. Correlaciones Hospital Día para adultos y estrategias y servicios para la salud mental a nivel territorial*

Hospital día	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Implementación de grupos de apoyo	0,141	0,442	32
Implementación de Grupos de ayuda mutua	0,141	0,442	32
Rehabilitación Basada en Comunidad	0,318	0,076	32
Atención ambulatoria	,401*	0,023	32
Atención domiciliaria	0,261	0,149	32
Atención prehospitalaria	,402*	0,023	32
Hospital día NNA	,574**	0,001	32
CAD	,567**	0,001	32
Total clima de implementación mhGAP 2.0	0,199	0,275	32
Unidades de salud mental	0,081	0,661	32
Urgencias de psiquiatría	0,309	0,091	31



Telepsiquiatría	0,023	0,901	32
POLÍTICA DE SALUD MENTAL	0,114	0,535	32
ANÁLIS TERRITORIAL ACTUALIZADO	-0,203	0,264	32

*Elaboración propia.*

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 14 se muestra el uso de Hospital día para adultos a nivel territorial, definido como un dispositivo asistencial para el tratamiento institucional intensivo, en un medio terapéutico específico, de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos momentos del curso de vida y que tienen en común el provocar una perdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando asimismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales.

*Tabla 14. Uso de Hospital Día para niños, niñas y adolescentes a nivel territorial*

HOSPITAL DE DÍA PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Amazonas	Arauca	Atlántico
Boyacá	Bolívar	Bogotá
Buenaventura	Cartagena	Caldas
Caquetá	Cauca	Magdalena
Casanare	Chocó	
Cundinamarca	Nariño	
Guaviare	Quindío	
Huila		
Meta		
Norte de Santander		



Putumayo	
Risaralda	
San Andrés	
Santander (Girón)	
Sucre	
Tolima	
Vaupés	
Vichada	

*Elaboración propia.*

Se encontró que la implementación Hospital Día para adultos, presentó correlación estadísticamente significativa con la presencia y el uso de servicios como atención ambulatoria y prehospitalaria, con la atención prehospitalaria y con los CAD, como lo muestra la tabla 14. Por su parte, el Hospital Día para Niños, niñas y adolescentes, mostró correlación con atención ambulatoria y prehospitalaria, con la atención prehospitalaria, hospital día para adultos, urgencias en psiquiatría, con la implementación de la estrategia mhGAP 2.0 y con los CAD (ver tabla 15).

Por su parte, el Hospital Día para Niños, niñas y adolescentes, mostró correlación con atención ambulatoria y prehospitalaria, con la atención prehospitalaria, hospital día para adultos, urgencias en psiquiatría, con la implementación de la estrategia mhGAP 2.0 y con los CAD (ver tabla 16).

*Tabla 15. Correlaciones Hospital Día para Niños, niñas y adolescentes y estrategias y servicios para la salud mental. a nivel territorial*

Hospital día	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Implementación de grupos de apoyo	0,289	0,109	32
Implementación de Grupos de ayuda mutua	0,289	0,109	32
Rehabilitación Basada en Comunidad	0,318	0,076	32



Atención ambulatoria	,467**	0,007	32
Atención domiciliaria	,549**	0,001	32
Atención prehospitalaria	,516**	0,002	32
Hospital día adultos	,574**	0,001	32
CAD	,567**	0,001	32
Total clima de implementación mhGAP 2.0	,373*	0,036	32
Unidades de salud mental	0,154	0,401	32
Urgencias de psiquiatría	,412*	0,021	31
Telepsiquiatría	0,318	0,076	32
<b>POLÍTICA DE SALUD MENTAL</b>	-0,05	0,785	32
<b>ANÁLIS TERRITORIAL ACTUALIZADO</b>	-0,125	0,495	32

*Elaboración propia.* \*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). \* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 16 se muestra el uso de unidades de salud mental a nivel territorial, definidas como dispositivos de atención continuada en régimen de hospitalización total para pacientes con trastorno mental grave en fase aguda, que se benefician de una estancia breve orientada hacia la continuidad de cuidados en la comunidad.

*Tabla 16. Uso de Unidades de Salud Mental a nivel territorial*

UNIDADES DE SALUD MENTAL		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Amazonas	Atlántico	Bolívar
Arauca	Santander (Girón)	Boyacá
Bogotá		Caldas
Buenaventura		Caquetá
Guaviare		Cartagena
Meta		Casanare



Risaralda		Cauca
Vaupés		Chocó
Vichada		Cundinamarca
		Huila
		Magdalena
		Nariño
		Norte de Santander
		Putumayo
		Quindío
		San Andrés
		Sucre
		Tolima

*Elaboración propia.*

En la tabla 17 se muestra el uso de servicios de urgencias en psiquiatría a nivel territorial, definido para atención de emergencias o urgencias psiquiátricas, entendidas como condiciones agudas o crónicas que requiere una intervención psiquiátrica inmediata: intento de suicidio, abuso de sustancias, psicosis, conducta agresiva, crisis de angustia (ataques de pánico), trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático. Para la atención de estas personas se requieren médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos y profesionales en trabajo social.

*Tabla 17. Uso de Urgencias en psiquiatría a nivel territorial*

URGENCIA DE PSIQUIATRÍA		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Amazonas	Atlántico	Risaralda
Arauca	Boyacá	Bogotá
Buenaventura	Caquetá	Bolívar
Putumayo	Cundinamarca	Caldas
Quindío	Guaviare	Cartagena
Santander (Girón)	Meta	Cauca



Sucre	Nariño	Chocó
Tolima		Huila
Vaupés		Magdalena
Vichada		Norte de Santander
		San Andrés

*Elaboración propia.*

En la tabla 18 se muestra el uso de telemedicina para salud mental a nivel territorial. Este servicio contempla varias modalidades:

1. Telemedicina Interactiva: videollamada en tiempo real entre un profesional de la salud de una Institución Prestadora de Servicios de Salud y un usuario.
2. Telemedicina no interactiva: comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de una Institución Prestadora de Servicios de Salud y un usuario.
3. Telexperticia: -Dos profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro que atiende a distancia, - Personal de salud no profesional, esto es, técnico, tecnólogo o auxiliar, que atiende presencialmente al usuario y un profesional de la salud a distancia, - Profesionales de la salud que en junta médica realizan una interconsulta o una asesoría solicitada por el médico tratante, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas de la persona.

*Tabla 18. Uso de la Telemedicina a nivel territorial*

TELEMEDICINA		
No cuenta con este servicio	Cuenta con este servicio pero aporta poco	Cuenta con este servicio y aporta de forma significativa
Arauca	Atlántico	Amazonas
Buenaventura	Boyacá	Bogotá
Casanare	Chocó	Bolívar
Cauca	Cundinamarca	Caldas
Meta	Guaviare	Caquetá
Norte de Santander	Huila	Cartagena



Quindío	Nariño	Magdalena
Risaralda	Santander (Girón)	Putumayo
San Andrés	Sucre	Tolima
	Vichada	Vaupés

*Elaboración propia.*

Como se mencionó en el alcance, se encuentran que los siguientes datos requieren de un análisis más profundo para servir de diagnóstico de la implementación de las modalidades de salud mental. Sin embargo, en términos de evaluación y de una caracterización en el lapso señalado, se encuentran algunos datos llamativos que pueden orientar acciones de política.

Entre esos, Amazonas no cuenta con la mayoría de las modalidades, al igual que Vaupés, Tolima, Meta, Buenaventura, Guaviare y Santander. En departamentos como Nariño, Arauca y Boyacá, pese a contar con los servicios, resultan con bajos niveles de implementación.

Únicamente dos territorios en Colombia cuentan con los servicios planteados en la Ley 1616 de 2013: Bogotá y Caldas, incluso implementan estrategias como grupos de ayuda mutua, grupos de apoyo y la estrategia mhGAP 2.0.

Contrario a lo propuesto por la OMS, los servicios más implementados consisten en las Urgencias y las Unidades de Salud Mental, y los menos implementados son la RBC en salud mental, los grupos de apoyo y de ayuda mutua y la atención prehospitalaria



## 6.2. Segunda fase

A continuación, en la tabla 19, se describen las iniciativas Nacionales y territoriales que respondieron en el instrumento de caracterización.

Tabla 19. Iniciativas territoriales para la salud mental.

Departamento/ distrito	Psiquiatría ambulatoria	Domiciliaria	CAD
Arauca	Salud Mental, IPS Samear	IPS Rehintegrar, IPS MyT, IPS Salud Mental	No se cuenta con el servicio
Atlántico	ESE universitaria del atlántico – IPS centro terapéutico reencontrarse – IPS behavior – IPS cmc – IPS grupo health – IPS trabajemos juntos - centro médico alto prado - IPS creser – IPS nuevo ser – IPS viva 1 <sup>a</sup>	IPS sonrisa de esperanzas, IPS sima – IPS, progresar – IPS cenap, trabajemos juntos IPS, prosperidad IPS, centro médico cognitivo e investigación (cmi).	IPS grupo health – centro terapeutico reencontrarse –IPS creser – IPS nuevo ser - behavioral center IPS – IPS asesorías horizontes del norte
Bogotá	456 IPS	No se cuenta con el dato	15 Instituciones
Caldas	Mediccol, Plenamente, Clínica Funpaz, Clínica San Juan de Dios	Plenamente	Clínica funpaz, hogar crea, clínica san juan de Dios, renacer del arcoiris, Mediccol.
Boyacá	“Muchas”	Ninguna	Sentido de vida
B/ventura	Hospital Luis ablanque de la plata, ESE San Agustin, Coemssanar IPS, Clinespa, Gessncro, manantial de vida, cosmitet, intersalud IPS	Ninguno	Ninguno
Caquetá	HMI	HMI	HMI, CLINICA LA FE
Cauca	Hospital Universitario San José, clínica Moravia, Clínica Nuevo Despertar, clínica Santa Gracia, clínica la Estancia	Ninguna	OPA
Guaviare	Ninguna	Ninguna	Ninguna
Huila	Una institución presta servicios de psiquiatría	Ninguna	4 instituciones



<b>Bolívar</b>	Vida, IPS Marea, IPS Nacer, Cemic, Clínica la Misericordia, Niños de Papel, Clínica la Misericordia, Juan Carlos Marrugo, San Felipe de Baraja, Vida Digna.	Ninguno	Fundación Juan Carlos Marrugo, CAD vida, CAD Marea, IPS nacer, IPS Vida digna.
<b>Chocó</b>	Unidad mental nuevo hospital san francisco de asís y clínica Bantú	Unidad mental nuevo hospital san francisco de Asís	No cuenta con el servicio
<b>Meta</b>	39 instituciones	Dos instituciones	Unidad clínica del sistema nervioso, clínica vive, IPS salud mental monte sinai, clínica de rehabilitación elim sas, hospital departamental de granada
<b>Putumayo</b>	Tres instituciones	HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	No cuenta con el servicio
<b>San Andrés</b>	ESE Hospital de San Andrés, Providencia y Santa Catalina		
<b>Sucre</b>	Clínica Manantiales; Clínica San Roque	IPS Salud a tu lado, Clínica Manantiales, Clínica San roque , Fundación ALES	IPS Salud a tu lado, Clínica Manantiales, Clínica San Roque, Fundación Ales
<b>Quindío</b>	Hospital mental de Filandia y clínica el prado	Hospital Mental de Filandia	Hospital Mental de Filandia
<b>Vichada</b>	No se cuenta con el servicio	No se cuenta con el servicio	No se cuenta con el servicio
<b>Risaralda</b>	Hospital mental HOMERIS, Instituto del sistema nervioso, recuperarte, psicosalud, entre otros profesionales con consultorio habilitado.	Recuperarte	HOMERIS, Psicosalud e Instituto del Sistema Nervioso
<b>Vaupés</b>	No cuenta	No cuenta	No cuenta
<b>Tolima</b>	Clínica integral provida s.a clínica los remansos instituto tolimense de salud mental sas, sia salud Ltda. hospital federico lleras acosta e.s.e. empresa cooperativa de servicio de salud "emcosalud" sede 3 unidad materno infantil del Tolima consulta externa-plan madre canguro neuro conexión neuroconexión passus ips taller psicomotriz,	unidad intermedia de los barrios del sur, the wala IPS indígena publica, promover sas, rehabilitar summa group s.a.s, IPS integral somos salud s.a.s. IPS especializada s.a Ibagué, neuroconexion, clínica nuestra sede Ibagué, distrisalud IPS sas	Fundación María auxiliadora de venadillo.



	jl distrisalud IPS sas sies salud s.a.s EPS sanitas centro médico Ibagué clínica internacional de alta tecnología s.a.s. maple respiratoryIPS Ibagué central de especialistas de Colombia clínica neuropsicológica integral neuraxis IPS s.a.s. virrey solis IPS sa - calle 35 mutalis Ibagué viva 1a IPS cra quinta unión mental IPS hemoplifé salud sede Ibagué hospital san juan bautista e.s.e. hospital san Rafael del espinal empresa social del estado e.s.e. neurocad sas clínica de especialistas del norte del Tolima s.a.s. hospital especializado granja integral e.s.e Lérida Tolima nuevo hospital la candelaria		
Nariño	Hospital Hermanas Hospitalarias Perpetuo Socorro, Hospital San Rafael de Pasto y según Red prestadora contratada por su EAPB	No cuenta con el servicio	hospital san Rafael, hospital perpetuo socorro, fundación sol de los andes, axioma s.a.s centro de atención en salud mental, centro de rehabilitación vida nueva sa, corpo sandiego-finca la estancia, centro de rehabilitación vida nueva sas



Tabla 19. Continuación

Departamento/ distrito	Hospital de día adultos	RBC	Unidad de Salud Mental	Urgencia
Arauca	Ips Salud Mental, Ips Samear	Ips Sikuaso	Ips Unidad de Salud Mental, Ips Samear	Ips Unidad de Salud Mental, Ese Hospital del Sarare
Atlántico	prosperidad ips - centro medico cognitivo e investigacion (cmi) - centro terapeutico reencontrarse - villa 76 instituto de psicoterapia s.a.s. – cad vida ips – cad ips reiniciar s.a.s – ips nuevo ser – ips creser – ips asesorias horizontes del norte -	hospital de baranoa – e.s.e hospital de campo de la cruz - e.s.e luruaco – e.s.e repelon	behavioral center ips - ips asesorias horizontes del norte - centro terapeutico re-encontrarse s.a.s. - cad vida ips – cad ips reiniciar s.a.s - ips nuevo ser – ips creser - centro medico cognitivo e investigacion (cmi) - ese una (ese universitaria del atlántico) – unidad de encuentro san francisco de asis – rehabilicop s.a. - villa76 instituto de psicoterapia s.a.s.	organización clinica general del norte
Bogotá	21 instituciones	Centros de Ciudad, alianzas de bibliotecas	26 Unidades de Salud Mental	30 Instituciones
Caldas	Mediccol, Clínica Funpaz, Clínica San Juan de Dios	Hospital San Vicente de Paul de Aranzazu y la Alcaldía de Manizales	Clínica San Juan de Dios, Clínica Funpaz	Clínica San Juan de Dios
Boyacá	Sin dato	15 municipios	Centro de rehabilitación integral de Boyacá	Sin dato
B/ventura	Ninguno	Secretaria de Salud Distrital	Ninguno	Ninguno
Caquetá	No cuenta	No cuenta	No cuenta	No cuenta
Cauca	Francisco de Paula Santander de Quilichao	Algunos municipios	Hospital Universitario San José	Hospital Universitario San José
Guaviare	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Hospital San José
Huila	Ninguno	ESEs municipales	Hospital general de Neiva	Ninguno
Bolívar	Clínica San Felipe, Niños de papel, Nacer	Ninguna	Clínica San Felipe, IPS Camino, CEMIC, Clínica la Misericordia, Niños de Papel, Clínica la Misericordia, Nuevo Integral, Vida Digna, Nuevo Ser	Clínica la Misericordia y CEMIC
Chocó	No reporta	No reporta	Unidad mental y clínica Bantú	Unidad mental y clínica Bantú
Meta	No reporta	No reporta	No reporta	No reporta
Putumayo	No cuenta	No cuenta	Local Pio XII - Municipio de Colón	No cuenta
San Andrés	No cuenta	No cuenta	ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	No cuenta



<b>Sucre</b>	Ninguna	Ninguna	IPS : Salud a tu lado , Fundación ALES , Clínica Manantiales , Clínica Santa Isabel ,Clínica San Roque.	No cuenta
<b>Quindío</b>	Ninguna	Ninguna	Hospital Mental de Filandia	Hospital Mental de Filandia
<b>Vichada</b>	No se cuenta con el servicio	No se cuenta con el servicio	No se cuenta con el servicio	No se cuenta con el servicio
<b>Risaralda</b>	Instituto del sistema nervioso.	No se cuenta con el servicio	Homeris, Instituto del sistema nervioso, psicosalud.	Homeris.
<b>Vaupés</b>	No cuenta	Dispositivos comunitarios	No cuenta	No cuenta
<b>Tolima</b>	No se cuenta	No se cuenta	No se cuenta	Unidad intermedia de los barrios del sur.
<b>Nariño</b>	Hospital San Rafael de Pasto y Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	municipios de Ipiales, Cuaspud, Yacuanquer, San Bernardo, Ospina, Pupiales, Sandoná, El Tambo, Consacá, Ancuya, La Unión, Guaitarilla, Samaniego, Policarpa, san Lorenzo, Buesaco, Pasto.	Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro y Hospital San Rafael de Pasto	Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro y Hospital San Rafael de Pasto

Elaboración propia

### **6.3. Barreras en los territorios para la implementación de las modalidades**

Las barreras más identificadas por las entidades territoriales para la planeación e implementación de cada estrategia:

#### **1. MhGAP**

De un total de 32 entidades territoriales entre Departamentos y distritos que diligenciaron el instrumento, 29 de las entidades territoriales se encuentra en fase de implementación la Estrategia MhGAP reportando entre 1 municipio y 110 municipios en implementación, lo que denota fortaleza en cuanto al interés de las entidades territoriales por la implementación de la estrategia para superar las brechas en salud mental que va dirigido al nivel de atención no especializado, identificándose



como Barreras o impedimentos en la planeación que “en el departamento no se ha implementado esta estrategia” (entidad territorial n° 24), “se solicitó apoyo en la vigencia 2021 al Minsalud, pero no fue posible programar asistencia técnica quedando para programar en la vigencia 2022” (territorio n° 25). Aspectos estos susceptibles de mejora en la medida en que se efectúa un proceso de planeación interinstitucional.

## 2. Grupos de Apoyo a pacientes, familias y Grupos de Ayuda Mutua.

Teniendo en cuenta que 18 de las entidades territoriales registraron estar desarrollando la estrategia de Grupos de Apoyo para pacientes, familiares y grupos de ayuda mutua, que son “parte de las intervenciones del componente de salud mental en los lineamientos para la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y en la Ruta Integral de Atención en Salud a Problemas, Trastornos Mentales y Epilepsia”<sup>1</sup> se identifican como fortalezas las siguientes; “Se manejan a partir de la línea #335” (entidad territorial N.º 7), “se está iniciando para el sector rural como estrategia piloto” (entidad territorial N.º 9) “En el PIC” (entidad territorial N.º11) “Por medio del Plan de intervenciones colectivas del Departamento se contrató con algunas ESE en sus puntos de atención” (entidad territorial N.º12) “Están en proceso de conformación (entidad territorial N.º16), “Desde el territorio se cuenta con los grupos de apoyo en los siguientes municipios priorizados desde le plan de intervenciones colectivas: Ipiales, Tumaco, Tuquerres, Samaniego, la Unión, Sandoná, Barbacoas, Ricaurte, Guachucal, Pasto, El Tambo, Buesaco” (entidad territorial N.º18) “se ha realizado hasta el momento visita de inspección y vigilancia alrededor de 80 instituciones las cuales cuentan con la respectiva habilitación del servicio” (entidad territorial N.º18) “algunas comunidades de la ciudad capital tienen grupos de apoyo comunitarios en alianza con ONG” (entidad territorial N.º13).

---

<sup>1</sup> Orientaciones para el Trabajo con Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua. Ministerio de Salud y protección social. 2018.



Lo anterior denota estrategia en desarrollo o en proceso con canalización de los casos recepcionados en la línea de teleorientación territorial a grupos de ayuda, así como la aplicación de la estrategia en áreas territoriales diferentes a la urbana como las de proceso en áreas rurales, con apoyo comunitario, así como la realización de procesos por medio del recurso del plan de Intervenciones colectivas del departamento o distrito con priorización de territorios, de procesos de contratación con las ESE y en alianzas con ONG'S.

Así mismo las barreras u obstáculos que se han presentado para la implementación están relacionadas con:

“NO se cuenta con estos grupos de apoyo por parte de las IPS y ESE ubicadas en el territorio” (entidad territorial N.º 1), “no se cuenta con un programa ya creado para tal fin” (entidad territorial N.º 1), “El servicio no existe en el territorio” (entidad territorial N.º 7), “no contamos con base de datos de los grupos de apoyo de pacientes y familias” (entidad territorial N.º 12), “LOS SERVICIOS HABILITADOS NO CUENTAN CON ESTA MODALIDAD” (entidad territorial N.º 17), por lo tanto las barreras son susceptibles de mejora puesto que implica el conocimiento de la estrategia, planificación para su desarrollo, conocimiento de los servicios que se encuentran habilitados y como existen fuentes de financiación que permiten su implementación.

### 3. Atención Domiciliaria

Teniendo en cuenta que la atención domiciliaria comprende aquellos establecimientos que se encargan de la prestación de servicios de salud para personas que no requieren un servicio hospitalario. Se incluyen tanto la atención en un consultorio médico como la visita de un profesional a la casa de la persona, Entre las fortalezas identificadas por los referentes territoriales para la atención domiciliaria se destacan las siguientes;



“El departamento de Nariño cuenta con 64 municipios en los que se garantiza la atención de salud en todo el territorio, hay que resaltar que, debido a su característica geográfica y cultural, se cuenta en el territorio con ESE, IPS e IPSI” (entidad territorial N.º 18),

“Hospital mental HOMERIS, Instituto del sistema nervioso, recuperarte, psicosalud, sinapsis, neurocentro, neuroser, creer, nueve lunas, neuropsy, instituto de audiología, apaes, entre otros profesionales con consultorio habilitado”. (entidad territorial N°23)

“Instituto de fracturas, famedic, hospital de aguazul, hospital de tauramena, red salud, Clínica del oriente, puerta abierta” (entidad territorial N.º 11)

Los fragmentos de texto anteriores muestran como en los departamentos y distritos se cuenta con prestadores de servicios de salud que brindan servicios de salud mental, lo que infiere que se cuenta con infraestructura, talento humano, insumos y servicios habilitados necesarios para la atención domiciliaria, y que además en algunos de los departamentos están teniendo en cuenta las características geográficas y culturales del territorio.

Entre las barreras que se identifican para la atención domiciliaria está el que en algunas de las entidades territoriales manifiestan “SIN DATO, SON MUCHAS” (entidad Territorial N.º 6), es decir no se cuenta con la identificación de los prestadores de servicios de salud, al catalogarlos como muchos implica revisión respecto a la cantidad de personal que realiza esta labor, frente a la labor de información e identificación necesaria de los prestadores de servicios en salud mental con atención domiciliaria.

#### 4. Centros de la atención de drogadicción y farmacodependencia

Entre las fortalezas identificadas respecto a la prestación de servicios en los centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, se evidencia:



“la unidad mental realiza algunas atenciones a usuarios que ingresan por urgencias con algún tipo de intoxicación por drogas y realizan remisiones a otros departamentos”. (entidad territorial N.º 13) “se apoyan con clínicas psiquiátricas del área metropolitana” (entidad territorial N.º 27)

Es decir, en las entidades territoriales del carácter municipal el apoyo con la red de clínicas u hospitales existentes en los municipios cabecera o del área metropolitana es necesaria para la atención de población que requiere tratamiento y rehabilitación en adicción, sustancias psicoactivas.

Así mismo las barreras u obstáculos que se identifican para la prestación de servicios en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas son:

“El servicio no existe en el territorio” (entidad territorial N°7) “No hay” (entidad territorial N.º 11), “No hay presencia en el departamento” (entidad territorial N°20) “el Departamento Insular no cuenta con IPS que tengan habilitados o estén operando un Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia en Salud Mental para adultos” (entidad territorial N° 24).

Es decir la mayor barrera existente es que no se cuenta con centros de atención para estos servicios de algunos departamentos, lo que impide la atención oportuna y efectiva a la población, así como genera incumplimiento en la garantía del derecho a la salud.

## 5. Hospital Día

Teniendo en cuenta que hospital día hace referencia a la modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural e institucional por un plazo inferior a 12 horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar, Entre las fortalezas encontradas para la prestación del servicio de hospital Día se encuentran:



“Clínica de la Amazonía - Puerto Asís (Tiene inhabilitado el servicio desde el año 2020 debido a la emergencia sanitaria por COVID -19)” (entidad territorial N.º 20)

“se presta a través de clínicas psiquiátricas del área metropolitana” (entidad territorial N.º 27)

“CLINICA SAN FELIPE, CEMIC, FUNDACION JUAN, NACER IPS, CAD VIDA, Niños DE PAPEL (MAREA), VIDA DIGNA, NEUROINTEGRAL MAGANGUE, VIDA DIGNA, NACER IPS” (entidad territorial N° 5)

Es decir, la emergencia sanitaria por Covid 19, fue movilizadora para la habilitación de servicios adicionales como Hospital día con los cuales algunas entidades territoriales no contaban, así mismo en otros departamentos se presta a través de los prestadores existentes en las áreas metropolitanas, los cuales se encuentran identificados y relacionados por parte de las entidades territoriales tanto municipales, distritales y departamentales.

Adicional entre las barreras identificadas para la garantía de la prestación del servicio de hospital día se encuentran: “No se cuenta con esta respuesta” (entidad territorial N.º 4)

“SIN OFERTA” (entidad territorial N.º 6) “El servicio no existe en el territorio” (entidad territorial N.º 7), “NINGUA DE LAS INSTITUCIONES HA REGISTRADO ESTE SERVICIO EN LA OFICINA DE HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD” (entidad territorial N.º 17), “No hay en el Municipio” (entidad territorial N°27)

es decir, que en entidades territoriales de carácter municipal no se cuenta con instituciones prestadoras de servicios de salud habilitados para hospital día, por lo que el proceso que se efectúa es la remisión a hospitales insulares.

## 6. Rehabilitación Basada en la Comunidad- RBC

Teniendo en cuenta que la RBC la rehabilitación basa en la comunidad se define como la estrategia que permite fortalecer procesos participativos en salud mental, entendiendo el proceso como toma de conciencia y desarrollo de capacidades, que llevan a un mayor empoderamiento y por ende



participación. Estas acciones permiten contribuir a que los individuos, familias y comunidades consoliden sus procesos organizativos, identifiquen intereses, dificultades, proyectos comunes, etc., las fortalezas identificadas por los referentes territoriales frente a la estrategia son:

“EN ESTE MOMENTO ESTAN TRABAJANDO QUINCE MUNICIPIOS CON EL PROGRAMA” (entidad territorial N.º 6) “ENTIDADES TERRITORIALES MUNICIPALES” (entidad territorial N.º 9), “Por medio del Plan de intervenciones colectivas del Departamento se contrató con algunas ESE en sus puntos de atención” (entidad territorial N.º 12). „Como territorio se prioriza en los municipios de Ipiales, Cuaspud, Yacuanquer, San Bernardo, Ospina, Pupiales, Sandoná, El Tambo, Consacá, Ancuya, La Unión, Guaitarilla, Samaniego, Policarpa, san Lorenzo, Buesaco, Pasto.” (entidad territorial N.º 18), “Departamento de Risaralda, secretarías de Salud del Departamento y algunas instituciones educativas.” (entidad territorial N.º 23)

Lo que permite identificar que la estrategia de RBC, se encuentra en fase de implementación y ampliación territorial, así mismo los departamentos han priorizado municipios y son las entidades territoriales municipales son quienes más la están desarrollando, el medio de contratación más efectivo para la ejecución de la estrategia es por el plan de intervenciones colectivas que deben desarrollar las entidades territoriales, además en algunos territorios se ha efectuado intersectorialidad involucrando sectores como educación.

Entre las barreras identificadas se encuentra:

“NINGUNO, desde el ente territorial en Salud, se socializó de la estrategia al personal docente y en general del municipio de Leticia, pero no se cuenta con un programa ya creado para tal fin.” (entidad territorial N.º 1- amazonas), “sin información” (entidad territorial N.º 14)

Se evidencia la necesidad de generar mas fortalecimiento de capacidades en territorios como amazonas, debido a que aun no se encunetra ien implementaciòn el programa.

## 7. Unidades de Salud Mental



Comprendiendo que las Unidades de salud mental son dispositivos de atención continuada en régimen de hospitalización total para pacientes con trastorno mental grave en fase aguda, que se benefician de una estancia breve orientada hacia la continuidad de cuidados en la comunidad, las fortalezas que se identificaron son:

“Todas las IPS hospitalarias del distrito de Cartagena” (entidad territorial N.º 10)

“ESTAN HABILITADAS LAS SIGUIENTES 6 INSTITUCIONES: CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA; EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA; EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S; CLÍNICA SAN RAFAEL DUMIAN GIRARDOT; NP MEDICAL IPS SAS GIRARDOT; HEALTH & LIFE IPS SUBACHOQUE” (entidad territorial N° 14), “IPS : Salud a tu lado , Fundación ALES , Clínica Manantiales , Clínica Santa Isabel ,Clínica San Roque” (entidad territorial N.º 29).

Por lo tanto, en varios de los departamentos en especial lo zona central del país cuentan con EPS e IPS que prestan el servicio de unidades de salud mental, además las secretarías de salud tienen identificadas tanto a las entidades como a los servicios que prestan, por lo que relacionan en muchos casos una a una las instituciones prestadoras, esto permite que se efectúe acciones de mejora en calidad y oportunidad.

Una de las principales barreras para la prestación del servicio de unidades de salud mental identificadas es:

“No existen en el municipio” (entidad territorial N.º 26)

“El Departamento no cuenta con estas unidades “(entidad territorial N.º 28)

“se apoya con clínicas psiquiátricas del área metropolitana” (entidad territorial N°27)

“No se encuentra en el territorio” (entidad territorial N.º 32)

En algunos departamentos y municipios en especial los que cuentan con gran extensión de área rural, no cuentan con unidades de salud mental, por lo tanto, recurren a los servicios de clínicas psiquiátricas del área metropolitana.



## 8. Servicios de Urgencias Psiquiátricas

Partiendo de la consideración de que una emergencia o urgencia psiquiátrica es una condición aguda o crónica que requiere una intervención psiquiátrica inmediata: intento de suicidio, abuso de sustancias, psicosis, conducta agresiva, crisis de angustia (ataques de pánico), trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático. Para la atención de estas personas se requieren médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos y profesionales en trabajo social, se evidenciaron las siguientes fortalezas para la prestación del servicio:

“En red pública existen 38 IPS que atienden urgencias, lo cual incluye atención de eventos de psiquiatría” (entidad territorial N°6)

“Hospital Local Pio XII - Municipio de Colón, IPS Medic Laser - Municipio de Orito, IPS Clínica de la Amazonía - Municipio de Puerto Asís” (entidad territorial N.º 20 Putumayo)

“Todas las IPS registradas en el REPS. Haciendo énfasis que es un servicio de urgencias en general. Una vez atendido el individuo es remitido a las IPS especializadas en estos temas” (entidad territorial N° 29)

“se apoya con clínicas psiquiátricas del área metropolitana, a través de la clínica Girón, se presta la atención y se remite a la clínica psiquiátrica” (entidad territorial N.º 27), por lo tanto, se tiene identificados a los prestadores de la red pública y con ellos se brinda el servicio de urgencias, pero en el caso de entidades municipales, recurren a la red de prestadores de municipios insulares, lo que requiere procesos de articulación interinstitucional para remisión y atención.

Las barreras determinadas por los referentes territoriales para la realización del servicio de urgencias psiquiátricas son:

“no se cuenta con la información” (entidad territorial N° 14)

“No existen en el municipio” (entidad territorial N° 27) “ No hay” (entidad territorial N° 32)

Es decir, algunas entidades territoriales no cuentan con la información de identificación de sus prestadores de servicios en salud mental, o los referentes territoriales no cuentan con esta información, así mismo en entidades territoriales del orden municipal no se cuenta con este tipo de



servicios por lo que efectúan como se dijo anteriormente procesos de articulación interinstitucional con prestadores existentes en los municipios insulares y la población es remitida a estos servicios.

#### 9. Telemedicina

Considerada como la prestación de servicios que comprende varias modalidades 1. Telemedicina interactiva: videollamada en tiempo real entre un profesional de la salud de una institución prestadora de servicios de salud y un usuario; 2. Telemedicina no interactiva: comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de una institución prestadora de servicios de salud y un usuario; 3. Telexperticia: prestada por dos profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro que atiende a distancia, personal de salud no profesional, esto es, técnico, tecnólogo o auxiliar, que atiende presencialmente al usuario y un profesional de la salud a distancia, así como los profesionales de la salud que en junta médica realizan una interconsulta o una asesoría solicitada por el médico tratante, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas de la persona. Se evidencia que para los referentes territoriales las fortalezas de estos servicios son:

“las IPS y ESE del departamento garantizan esta modalidad de atención, de acuerdo a la necesidad de cada paciente y teniendo en cuenta la contratación con la red prestadora que garantice la misma.” (entidad territorial N° 1- amazonas)

“Las EAPB que están en el departamento prestan servicio de telemedicina no interactiva: comunicación sincrónica entre un profesional de la salud de una IPS de su Red prestadora y un usuario” (entidad territorial N° 3)

“TELEMEDICINA NO INTERACTIVA: SE HA TRABAJADO DESDE LA PANDEMIA Y EN ALGUNAS IPS SE HA QUEDADO COMO APOYO” (entidad territorial N° 5)

“Principalmente en telemedicina interactiva, en instituciones que están ubicadas en la ciudad de Manizales y atienden pacientes de otros municipios y alta ruralidad” (entidad territorial N.º 8)



“SE ESTÁ INICIANDO PARA EL SECTOR RURAL COMO ESTRATEGIA PILOTO” (entidad territorial N.º 9)

“Por la Pandemia las IPS lo hicieron adaptando su software y su modalidad presencial” (entidad territorial N.º 10)

“El servicio se presta por Telemedicina interactiva por parte de los Hospitales psiquiátricos presentes en el territorio, permitiendo agilizar y garantizar el seguimiento de los tratamientos en casos especiales como usuarios en municipios periféricos.” (entidad territorial N.º 18)

“El servicio de telemedicina para salud mental se estableció durante la emergencia sanitaria por COVID- 19 como una alternativa útil que se manejaba de manera interactiva, esto permitió adelantar seguimientos de atención en salud mental que estaban estancados. Así mismo a que las atenciones por la especialidad por psiquiatría se de manera oportuna” (entidad territorial N.º 20)

Lo que evidencia que es necesaria la contratación de este servicio en la red de prestadores así como la necesidad de contar tecnologías como software apropiados para garantizar la continuidad, además que la pandemia por Covid 19 fue un escenario de oportunidad para la implementación del servicio de telemedicina, telemedicina interactiva, para llegar a pacientes que se encuentran en la ruralidad y ruralidad dispersa y que aún se encuentra en proceso de pilotaje en algunas entidades territoriales, pero este servicio genera oportunidad en la atención y acerca a los usuarios a los servicios de salud mental.

Entre las barreras u obstáculos más destacados se encuentran: “En el territorio es complicado realizar este tipo de modalidad puesto que la conectividad es reducida” (entidad territorial N.º 13)

“No sé tiene información” (entidad territorial N.º 21) “se desconoce cómo se presta el servicio de telemedicina en salud mental” (entidad territorial N.º 30), es decir en algunos territorios no se cuenta con la conectividad en sus características de capacidad necesarias o por desconocimiento de los equipos de referentes territoriales y de los prestadores de servicios, no se ha implementado, por lo tanto es necesario contar con la garantía de conectividad en los territorios, así como se hace necesario brindar información respecto a la estrategia a los referentes territoriales de algunas

entidades para que conozcan los beneficios y oportunidades que esta brinda a la población y reducir el desconocimiento manifiesto. Avances de las iniciativas o estrategias Como parte del proceso de análisis cualitativo se efectuó nube de palabras de segmentos donde se identifican los segmentos más utilizados por los referentes territoriales a la hora de diligenciar el instrumento son los que se destacan en un mayor tamaño. Como se muestra en la figura 3.

Figura 3. Segmentos de Palabras



## *Elaboración Propia*

Entre las palabras priorizadas se encuentran, en primer lugar, *De*, que hace referencia al verbo Dar, significa entregar, donar, ofrecer conceder, otorgar, producir, ocasionar, hasta que pertenece a alguien o algo, por lo tanto, las estrategias o programas en su proceso son consideradas como pertenecientes a alguien, algunos o algo. Adicional la segunda palabra priorizada *IPS*, es decir Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, que hacen referencia a las entidades, asociaciones y/o personas de carácter público, privado o de economía mixta que están autorizadas para prestar servicios o procedimientos que se demanden para cumplir el Plan Obligatorio de Salud, en el contexto de la priorización denota que son las IPS las que llevan a cabo la prestación de los servicios de salud mental. En tercer lugar, de priorización se encuentran las palabras *Hospital* y *Salud*, lo que denota que las dos palabras tienen la misma importancia para los referentes, por lo



tanto, el hospital es considerado por la OMS, “como el establecimiento destinado a brindar a la población una asistencia médica sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar”, está directamente relacionado con la salud. Se ahondan en otras barreras por territorio en el Anexo 2.

## 7. CONCLUSIONES

Aumentar la coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de personas con problemas, trastornos mentales o consumo de SPA, es una tarea aún por seguir fortaleciendo y desarrollando.

Fortalecer los entornos sociales en los que se desenvuelven las personas, y desarrollar competencias socioemocionales en toda la población, requiere de una perspectiva interdisciplinaria, un abordaje interinstitucional, intersectorial e interseccional con aplicación del modelo biopsicosocial, por lo que se requiere un proceso de más duración en el tiempo para poder medir la incidencia de las estrategias o programas en ellos.

Mejorar la atención en salud mental e inclusión social de personas víctimas de violencias, personas con problemas, trastornos mentales y consumo de SPA por medio del fortalecimiento de la oferta en salud, formación del talento humano y articulación social.

El fortalecimiento del talento humano se debe generar como proceso permanente para poder continuar con la prestación de los servicios de salud mental, que como se evidencia están siendo ejecutados por las EPS y en su mayoría por las IPS, lo que denota cumplimiento por parte de estos



actores del sistema, pero así mismo se evidencia la falta articulación con las secretarías de salud departamental y distrital con las EPS e IPS.

Se evidencia el mantenimiento del modelo biológico, es decir, reducción de la complejidad del ser humano a sus aspectos biológicos, lo que puede dar a lugar a una visión sesgada de la prestación de los servicios en salud mental.

Se requiere la atención en telemedicina cuando por algún por dificultades humanas, técnicas o geográficas, no se logra brindar la atención en salud, pero hace necesario el seguimiento continuo al diagnóstico, tratamiento o proceso de rehabilitación que se brinde.

## **RECOMENDACIONES**

Aunque este documento busca una caracterización de los servicios de salud mental, se recomienda un análisis de implementación de los mismos, además de orientar a los Equipos territoriales de salud mental en el modelo biopsicosocial de la salud mental, para que se brinde orientaciones más cercanas a la humanización de los servicios, fortaleciendo los servicios comunitarios y trabajando aspectos relacionados directamente con la protección social y con la mejoría en las condiciones de vida, para lo cual la intersectorialidad es un componente central en este propósito. Es importante resaltar que en todos los territorios se encontró un buen clima de implementación y una motivación al desarrollo de las estrategias y las modalidades relacionadas con la salud mental.

La salud mental es un problema creciente de salud pública en América Latina. Para su abordaje se ha insistido desde la evidencia científica en un cambio de referenciales, donde se ha transitado desde una atención hospitalaria, a una ambulatoria y, posteriormente, a un abordaje que considera los contextos y las condiciones de vida, conformando así lo que se ha llamado una salud mental comunitaria. Esta mirada tiene objetivos centrales preservar en todo lo posible los vínculos



comunitarios, familiares y sociales de la persona y la integración social del sujeto afectado, aludiendo a la Rehabilitación Basada en la Comunidad (OPS, 2019).

Esta apertura epistemológica permite la integración de los avances científicos a nivel de neurobiología y psicología, con las ciencias sociales para conformación de los dispositivos de base comunitarios. En países de América Latina, si bien se ha reconocido y descrito en las políticas públicas y en los programas este enfoque de salud mental, es importante iniciar con la implementación del mismo, llevándolo de una intención generada con Prácticas Basadas en Evidencia, a la aplicación en un contexto social específico (Castro et al., 2020). La salud mental vista desde lo glocal, al momento de analizar sus problemas y pasar a la acción, debe considerar un enfoque de intrseccionalidad, participación y derechos humanos, que reconozca los factores estructurales (estructuras políticas, sociales, culturales y económicas, entorno natural, tierra y cambio climático, historia y patrimonio, colonialismo persistente y racismo estructural) y las condiciones de vida (primeros años de vida y educación, vida laboral, personas mayores, ingresos y protección social, violencia, medioambiente y vivienda, sistemas de salud equitativos). Este tipo de acciones se muestran como una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva que permita construir una salud mental más equitativa y una vida más digna que nos lleve como humanidad a un desarrollo sostenible.

Se propone para los territorios reforzar aspectos desde la ciencia de la implementación. En este sentido, según Agudelo y Rojas (2021):

Los estudios de implementación generalmente emplean diseños cuantitativos y cualitativos mixtos, identificando factores que impactan la aceptación en múltiples niveles, incluido el paciente, el proveedor, la clínica, la instalación, la organización y, a menudo, la comunidad y el entorno de políticas en general. Según Centro de Recursos Científicos de Implementación de la Universidad de Washington, la ciencia de la implementación se diferencia de las otras investigaciones clínicas en que se centra en las estrategias utilizadas



para implementar las prácticas basadas en la evidencia, más que en la efectividad de la intervención, tomando como preguntas de investigación el escalamiento, la sostenibilidad, la replicabilidad, la integración de programas, la equidad, la efectividad en el mundo real; como objetivo, evaluar una estrategia de implementación; dirigiendo su intervención al comportamiento clínico o cambio de práctica organizacional; y tomando como resultados la aceptabilidad, adoptabilidad, idoneidad, viabilidad, fidelidad, costo de implementación, penetración y sostenibilidad; y para esto, la unidad de análisis se convierte en el equipo de salud o en una organización. (p. 7).

## 8. **REFERENCIAS**

Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23.

Allotey, P., Reidpath, D. D., Ghalib, H., Pagnoni, F., & Skelly, W. C. (2008). Efficacious, effective, and embedded interventions: implementation research in infectious disease control. *BMC public health*, 8, 343. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-343>

Bauer, M. S., Damschroder, L., Hagedorn, H., Smith, J., & Kilbourne, A. M. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC psychology*, 3(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0089-9>

Congreso de la República de Colombia. (2009). Ley 1346 de 2009. Bogotá

Congreso de la República de Colombia. (2010). Ley 1414 de 2010. Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley Estatutaria 1618 de 2013. Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Bogotá

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Bogotá

Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES. (2020). Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia. Bogotá.



Davidson L, Lawless MS, Leary F. (2005). Concepts of recovery: competing or complementary? *Curr Opin Psychiatry*. Nov;18(6):664-7. doi: 10.1097/01.yco.0000184418.29082.0e. PMID: 16639093.

Glasgow, R. E., Eckstein, E. T., & Elzarrad, M. K. (2013). Implementation science perspectives and opportunities for HIV/AIDS research: integrating science, practice, and policy. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), 63 Suppl 1, S26–S31. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3182920286>

Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 34(2): 184-192. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07

Kleinman A. (1987) Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *Br J Psychiatry*; 151: 447–54

Lewis, Metter, Dorsey & Weiner (2018). Measures and outcomes in implementation Science. In Chambers, Vinson & Norton. *Advancing the Science of Implementation Across the Cancer Continuum* (57-77); consultado el 26 de mayo de 2021, <https://imprsciaw.org/implementation-science/learn/>

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud Mental: Discusión y Acuerdos*. Bogotá: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Resolución 1841 de 2013*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Resolución 518 de 2015*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Resolución 4886: "Política Nacional de Salud Mental"*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección social (2018). *Orientaciones para el Trabajo con Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2019). *Resolución 089: "Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas"*. Bogotá.



Ministerio de Salud y Protección Social (2019). Resolución 3100 de 2019.

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). GI-mhGAP ABECÉ RÉPLICA DE LA FORMACIÓN EN LA GUÍA DE INTERVENCIÓN - mhGAP (GI-mhGAP). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abc-replicas-mhgap.pdf>.

Nilsen, P., & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC health services research*, 19(1), 189.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Principios de Brasilia. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, OMS. Disponible en [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS\\_dE\\_BRASILIA.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf).

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS). (1990). Declaración de Caracas, disponible en [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2009). 62 Asamblea Mundial de la Salud de 2009. Disponible en <https://www.who.int/mediacentre/events/2009/wha62/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2010). Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida. Disponible en [https://www.who.int/social\\_determinants/spanish\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf).

Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS.

Parales, Q. C., Urrego, M. Z., & Herazo, A. E. (2018). La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014\*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). doi:<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23092>.

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., ... Ünützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* (London, England), 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it: implementation research is a growing but not



well understood field of health research that can contribute to more effective public health and clinical policies and programmes. This article provides a broad definition of implementation research and outlines key principles for how to do it. *British journal of sports medicine*, 48(8), 731–736. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>

Sen A. (2000). Desarrollo y libertad. Barcelona, Planeta.

Whitehead, M. (1992). The concept and principles of equity and health. *International journal of health services*. *International Journal of Health Services*, pag 429 445.

## ANEXOS

### Anexo 1. Instrumento de la implementación de los servicios de salud

	<p><b>La salud es de todos</b></p>	<p>Minsalud</p>
<b>CARACTERIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA</b>		
Los problemas de implementación son complejos y deben hacer parte de la puesta en marcha de una política pública a nivel nacional y local. Los siguientes elementos que se indagarán en este instrumento son específicos de las mejores prácticas extraídas de 1) la literatura (que define los servicios de salud según la evidencia científica como óptimos, eficientes y eficaces en la solución de los problemas de salud de la población, bien de manera individual o colectiva), 2) La ley 1616 de 2013.		
Basados en lo anterior, y siguiendo las acciones propias del CONPES 3992 de 2020, en su acción 3.8, cuyo objetivo es “Caracterizar las iniciativas territoriales y nacionales, públicas o privadas o de la sociedad civil y organizaciones comunitarias relacionadas con modalidades de atención relacionadas con lo descrito en el artículo 13 de la Ley 1616 de 2013”, hemos diseñado el siguiente instrumento.		
Le pedimos amablemente que como referente de salud departamental o distrital complete las siguientes preguntas, las cuales servirán además para determinar barreras, facilitadores y orientar		



esfuerzos de implementación de los servicios, planes, programas y estrategias, que mejoren la salud mental en Colombia.

**Dirección de correo electrónico**

¿Acepta brindar información personal que permita establecer contacto con usted posteriormente?

1. Nombre completo

2. Teléfono de contacto

3. E-mail de contacto

4. Departamento o Distrito en el que es referente de Convivencia Social y Salud Mental

5. Profesión

6. Antigüedad en la Institución

7. ¿Se cuenta con un análisis territorial actualizado de la situación en materia de salud mental?

8. Año del análisis

9. ¿El territorio cuenta con una política de salud mental o con adopción de la nacional por acto administrativo?

10. Año de expedición/adopción de la política

Describa los aportes que hace cada uno de los siguientes servicios o estrategias a la gestión de la salud mental en su territorio

11. La estrategia mhGAP 2.0

12. Los grupos de apoyo y de ayuda mutua

13. Atención Ambulatoria: Comprende aquellos establecimientos que se encargan de la prestación de servicios de salud para personas que no requieren un servicio hospitalario. Se incluyen tanto la atención en un consultorio médico como la visita de un profesional a la casa de la persona.

14. Atención Domiciliaria: Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de personas con condiciones agudas o crónicas de salud, en un ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia de la persona con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador; que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener a la persona en su entorno, con la máxima comodidad y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad.

15. La Atención Pre Hospitalaria-APH: es el servicio que se presta a la comunidad cuando se presentan urgencias, emergencias o desastres en el sitio de ocurrencia del evento y de manera



<p>conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en este caso, personas con alteraciones mentales).</p>	
16.	Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia: Centro de Atención en Drogadicción, CAD. Es toda institución pública, privada o mixta que presta servicios de salud en sus fases de tratamiento y rehabilitación, bajo la modalidad ambulatoria o residencial, a personas con adicción a sustancias psicoactivas, mediante la aplicación de un determinado modelo o enfoque de atención, basado en evidencia.
17.	Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias: espacios de interacción convocados y liderados por profesionales (de la salud o las ciencias sociales, con previo entrenamiento para tal fin), con el propósito de crear un ambiente de acogida y confianza, donde se facilita la identificación y reactivación, o puesta en marcha, de los recursos (tanto emocionales, como familiares, sociales, institucionales, entre otros) con los que cuentan las personas para afrontar las situaciones conflictivas o amenazantes con las que se identifican, o comparten.
18.	Grupos de ayuda mutua: Funcionan de forma autónoma, al margen de los profesionales y sin limitación temporal, aprovechando en mayor medida el potencial y los recursos de carácter informal procedentes de las fuertes relaciones establecidas entre sus miembros.
19.	Hospital de día para adultos: “Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural e institucional por un plazo inferior a 12 horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar”.
20.	Hospital de día para niñas, niños y adolescentes. Es un dispositivo asistencial para el tratamiento institucional intensivo, en un medio terapéutico específico, de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos momentos del curso de vida y que tienen en común el provocar una perdida en sus posibilidades evolutivas y de vida autónoma, así como serias dificultades en la vida relacional social y familiar, estando asimismo seriamente alteradas sus capacidades académicas o profesionales.
21.	Rehabilitación Basada en Comunidad: se define como la estrategia que permite fortalecer procesos participativos en salud mental, entendiendo el proceso como toma de conciencia y desarrollo de capacidades, que llevan a un mayor empoderamiento y por ende participación. Estas acciones permiten contribuir a que los individuos, familias y comunidades consoliden sus procesos organizativos, identifiquen intereses, dificultades, proyectos comunes, etc.
22.	Unidades de Salud Mental. Son dispositivos de atención continuada en régimen de hospitalización total para pacientes con trastorno mental grave en fase aguda, que se benefician de una estancia breve orientada hacia la continuidad de cuidados en la comunidad.
23.	Urgencia de Psiquiatría. Una emergencia o urgencia psiquiátrica es una condición aguda o crónica que requiere una intervención psiquiátrica inmediata: intento de suicidio, abuso de sustancias, psicosis, conducta agresiva, crisis de angustia (ataques de pánico), trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático. Para la atención de estas personas se requieren médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos y profesionales en trabajo social.



24. Telemedicina. Contempla varias modalidades: 1. Telemedicina Interactiva: videollamada en tiempo real entre un profesional de la salud de una Institución Prestadora de Servicios de Salud y un usuario; 2. Telemedicina no interactiva: comunicación asincrónica entre un profesional de la salud de una Institución Prestadora de Servicios de Salud y un usuario; 3. Telexperticia: -Dos profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro que atiende a distancia, - Personal de salud no profesional, esto es, técnico, tecnólogo o auxiliar, que atiende presencialmente al usuario y un profesional de la salud a distancia, - Profesionales de la salud que en junta médica realizan una interconsulta o una asesoría solicitada por el médico tratante, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas de la persona.
<b>Capacidades para la planificación e implementación del mhGAP</b>
25. ¿Cuántos actores públicos o privados han aportado al proceso de implementación de mhGAP 2?0?
26. ¿Con cuántos profesionales NO especializados en Salud Mental certificados (según OPS y Minsalud) en mhGAP 2?0 cuenta el territorio?
27. ¿Con cuántos profesionales especializados certificados como facilitadores y supervisores en mhGAP 2?0 cuenta el territorio?
28. De las personas formadas en la estrategia a nivel territorial ¿Cuántas sabe con certeza que están aplicando mhGAP en su ejercicio clínico en atención primaria en salud?
<b>Barreras y facilitadores estrategia mhGAP 2.0</b>
29. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones
La ESTRATEGIA MHGAP es de fácil acceso y está siempre disponibles para su uso
La ESTRATEGIA MHGAP tiene un formato comprensible, atractivo y fácil de entender
La ESTRATEGIA MHGAP expresa de manera clara, precisa e inequívoca los componentes esenciales de las intervenciones
Conozco en detalle todas y cada uno de los componentes de la ESTRATEGIA MHGAP que se aplican en el territorio
La ESTRATEGIA MHGAP ayuda a responder a las necesidades de salud pública
30. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones
La ESTRATEGIA MHGAP es aplicable en los servicios de salud del territorio
La ESTRATEGIA MHGAP es fácil de usar e implementar en los servicios de salud del territorio
He recibido la capacitación suficiente para hacer seguimiento a la implementación de la ESTRATEGIA MHGAP
He recibido asistencia técnica para apoyar la implementación de la ESTRATEGIA MHGAP en el territorio
Los sistemas territoriales de información en salud están alineados con la ESTRATEGIA MHGAP
31. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones
La planificación anual del territorio incluye la ESTRATEGIA MHGAP
El presupuesto anual del territorio tiene en cuenta la implementación y el seguimiento de la ESTRATEGIA MHGAP



Las autoridades locales favorecen la implementación de la ESTRATEGIA MHGAP
El gobierno local está comprometido con la implementación de la ESTRATEGIA MHGAP
Los usuarios de los servicios de salud están satisfechos y reciben bien la atención basada en ESTRATEGIA MHGAP
Capacidades para la planificación e implementación de Grupos (de Apoyo de Pacientes y Familias, y grupos de ayuda mutua) en salud mental
32. Mencione los Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias, o las IPS que cuentan con ellos, en el territorio
33. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones
En su territorio, los grupos permiten aprender de la experiencia propia y de otros
Los grupos permiten generar la oportunidad de que uno o dos de los miembros del grupo se apropien de las competencias para crear, coordinar y orientar el trabajo con grupos en otros espacios comunitarios
El coordinador del grupo hace un seguimiento cuidadoso de lo que sucede
En el grupo se evita que la situación de alguno de los participantes se individualice
En su territorio, se favorecen las competencias de organización de los grupos de ayuda mutua, de forma que se produzca una ampliación de los beneficios logrados en los grupos de apoyo
En su territorio existe una articulación con organizaciones sociales que movilizan recursos institucionales para mejorar la salud mental de sus miembros
Los grupos de ayuda mutua en su territorio cuentan con el apoyo de profesionales de salud mental para situaciones puntuales
Estos grupos en su territorio promueven la expresión de sentimientos o emociones
34. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones
Los Grupos son de fácil acceso y están siempre disponibles para su uso
Los Grupos tienen orientaciones comprensibles, atractivas y fácil de entender
Las orientaciones nacionales para Grupos expresan de manera clara, precisa e inequívoca los componentes esenciales de las intervenciones
Conozco en detalle todas y cada uno de los componentes de los Grupos que se aplican en el territorio
Los grupos ayudan a responder a las necesidades de salud pública
35. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones
Los grupos son aplicables en los servicios de salud del territorio
Los grupos son fáciles de usar e implementar en los servicios de salud del territorio
He recibido la capacitación suficiente para hacer seguimiento a la implementación de los grupos
He recibido asistencia técnica para apoyar la implementación de los grupos en el territorio
Los sistemas territoriales de información en salud están alineados con los grupos
36. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones
La planificación anual del territorio incluye estrategias de Grupos
El presupuesto anual del territorio tiene en cuenta la implementación y el seguimiento de los Grupos



Las autoridades locales favorecen la implementación de los grupos
El gobierno local está comprometido con la implementación de los grupos
Los usuarios de los servicios de salud están satisfechos y reciben bien la atención basada en los grupos
Capacidades para la planificación e implementación de la Atención Ambulatoria
37. Mencione las IPS habilitadas en atención ambulatoria existen para psicología
38. Menciones las IPS habilitadas en atención ambulatoria existen para psiquiatría general
39. Menciones las IPS habilitadas en atención ambulatoria existen para psiquiatría pediátrica
40. Mencione brevemente las barreras que ha identificado en la implementación de la atención ambulatoria en salud mental en el territorio
41. Mencione brevemente los facilitadores que ha identificado en la implementación de la atención ambulatoria en el territorio
Capacidades para la planificación e implementación de la Atención Domiciliaria
42. Mencione las instituciones que presentan habilitado un modelo de Atención Domiciliaria en salud mental
43. Mencione brevemente las barreras que ha identificado en la implementación de Atención Domiciliaria en el territorio
44. Mencione brevemente los facilitadores que ha identificado en la implementación de Atención Domiciliaria en el territorio
Capacidades para la planificación e implementación de Centros de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia
45. Mencione las instituciones que presentan habilitado un modelo de Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia en salud mental para adultos
46. Mencione las instituciones que presentan habilitado un modelo de Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia en salud mental para niños, niñas y adolescentes
47. Mencione brevemente las barreras que ha identificado en la implementación de Centros de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia en el territorio
48. Mencione brevemente los facilitadores que ha identificado en la implementación de los Centros de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia en el territorio
Capacidades para la planificación e implementación de HOSPITAL DE DÍA
49. Mencione las instituciones que presentan habilitado un modelo de HOSPITAL DE DÍA para adultos
50. Mencione las instituciones que presentan habilitado un modelo de HOSPITAL DE DÍA para niños, niñas y adolescentes
51. Mencione brevemente las barreras que ha identificado en la implementación de HOSPITAL DE DÍA en el territorio
52. Mencione brevemente los facilitadores que ha identificado en la implementación de los HOSPITAL DE DÍA en el territorio



<b>Capacidades para la planificación e implementación de la REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD</b>
53. Mencione las instituciones que presentan al menos un programa de REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD en su territorio
54. Mencione brevemente las barreras que ha identificado en la implementación de REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD en el territorio
55. Mencione brevemente los facilitadores que ha identificado en la implementación de la REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD en el territorio
56. ¿Cómo es la vinculación de otros sectores diferentes a salud en las estrategias de rehabilitación basada en comunidad? Mencione algunas experiencias demostrativas en su región o las dificultades en este aspecto.
<b>Capacidades para la planificación e implementación de UNIDADES DE SALUD MENTAL</b>
57. Mencione las instituciones que presentan habilitadas UNIDADES DE SALUD MENTAL para adultos
58. Mencione las instituciones que presentan habilitadas UNIDADES DE SALUD MENTAL para niños, niñas y adolescentes
59. Mencione brevemente las barreras que ha identificado en la implementación de UNIDADES DE SALUD MENTAL en el territorio
60. Mencione brevemente los facilitadores que ha identificado en la implementación de los UNIDADES DE SALUD MENTAL en el territorio
<b>Capacidades para la planificación e implementación de servicios de URGENCIA DE PSIQUIATRÍA</b>
61. Mencione las instituciones que presentan habilitadas URGENCIA DE PSIQUIATRÍA
62. Mencione brevemente las barreras que ha identificado en la implementación de los servicios de URGENCIA DE PSIQUIATRÍA en el territorio
63. Mencione brevemente los facilitadores que ha identificado en la implementación de los servicios de URGENCIA DE PSIQUIATRÍA en el territorio
64. Existe un claro sistema de referencia y contra - referencia entre el prestador complementario y el primer nivel de atención
65. Amplíe la elección en la pregunta anterior
<b>Capacidades para la planificación e implementación de servicios de TELEMEDICINA</b>
66. Describa de qué manera se presta el servicio de Telemedicina para salud mental en su territorio. Idealmente especificando la implementación de las modalidades (telemedicina interactiva, telemedicina no interactiva, telexperticia).
67. Mencione brevemente las barreras que ha identificado en la implementación de los servicios de TELEMEDICINA en el territorio
68. Mencione brevemente los facilitadores que ha identificado en la implementación de los servicios de TELEMEDICINA en el territorio
Muchas gracias por diligenciar este instrumento. Sus respuestas serán optimizadas para la gestión de barreras y facilitadores identificados.



## Anexo 2

Como parte del proceso de lectura interpretación de textos, y creación de categorías, se utilizó la metodología de procesos mixtos, la cual requirió revisión de cada uno de los textos y organización para facilidad de procesamiento con herramienta de microsoft, de tal manera que los textos producidos en las respuestas de carácter cualitativo se les efectuó asignación de colores, numeración de documento, la definición de códigos y proceso de agrupación así:

*Tabla 19. Creación de Documentos*

Departamento / Distrito	Nombre del documento
----------------------------	-------------------------



Amazonas	1
Arauca	2
Atlántico	3
Bogotá	4
Bolívar	5
Boyacá	6
Buenaventura	7
Caldas	8
Caquetá	9
Cartagena	10
Casanare	11
Cauca	12
Chocó	13
Cundinamarca	14
Huila	15
Magdalena	16
Meta	17
Nariño	18
Norte de Santander	19
Putumayo	20
Quindío1	21
Quindío2	22
Risaralda	23
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	24
Santander	25
Santander (Cimitarra)	26
Santander (Girón)	27
Secretaría de Salud Departamental de Guaviare	28
Sucre	29
Tolima	30
Vaupés	31
Vichada	32



Tabla 19. Creación de Categorías

Color	Nombre del documento	Código	Principio	Final	Peso	Segmento	Área	Porcentaje %
●	1	ROJO	2	2	0	Sin dato	8	1,25
●	1	ROJO	4	4	0	NO se cuenta con estos grupos de apoyo por parte de las IPS y ESE ubicadas en el territorio.	92	14,35
●	1	VERDE	5	5	0	IPS Nuevo Amazonas, IPS Fundación clínica Leticia, IPS Mallamas, y ESE Hospital San Rafael de Leticia.	102	15,91
●	1	Amarillo	8	8	0	pero no se cuenta con un programa ya creado para tal fin.	57	8,89
●	2	VERDE	5	5	0	Ips Salud Mental, Ips Samear, Ips Famedic, Ips MyT, Ips Reintegrar, Ips Sikuaso	80	25,40
●	2	ROJO	6	6	0	No se cuenta con esto en el territorio	38	12,06
●	2	VERDE	7	7	0	Ips Salud Mental, Ips Samear	28	8,89
●	2	VERDE	8	8	0	Ips Sikuaso	11	3,49
●	2	VERDE	9	9	0	Ips Unidad de Salud Mental, Ips Samear	38	12,06
●	2	VERDE	10	10	0	Ips Unidad de Salud Mental, Ese Hospital del Sarare	51	16,19
●	3	VERDE	4	4	0	ALANON	6	0,27

Color	Nombre del documento	Código	Principio	Final	Peso	Segmento	Área	Porcentaje %
●	3	VERDE	5	5	0	IPS REENCONNTARSE – IPS BEHAVIORAL CENTER – IPS FASALUD – IPS TRABAJEMOS JUNTOS – IPS SAN FRANCISCO DE ASIS – IPS CMC – IPS REHABILICOP SAS – IPS VIVA 1 <sup>a</sup> – VILLA 76 – IPS CADVIDA – CAD IPS REINICIAR SAS – IPS PROMOCOSTA – IPS CENTRO VIVIR – FUNDACION TERAPEUTICA SHALOM – IPS CRESER – IPS NUEVO SER – IPS GRUPO HELATH – IPS AGRUPASALUD – IPS SONREIR – IPS CONSALUD (COOMEVA) – ESE BARANOA – ESE CAMPO DE LA CRUZ – ESE CANDELARIA – ESE GALAPA – ESE JUAN DE ACOSTA – ESE LURUACO – ESE MALAMBO – ESE MANATI – ESE POLONUEVO – ESE PIONDEDERA – ESE REPELON – ESE SABANAGRANDE – ESE CEMINSA – ESE SANTA LUCIA – ESE SANTO TOMAS – ESE SUAN – ESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD – ESE TUBARA –	688	30,66
●	3	VERDE	6	6	0	CENTRO MEDICO COGNITIVO E INVESTIGACION (CMI)	45	2,01



●	3	VERDE	7	7	0	PROSPERIDAD IPS - CENTRO MEDICO COGNITIVO E INVESTIGACION (CMI) - CENTRO TERAPEUTICO REENCONTRARSE - VILLA 76 INSTITUTO DE PSICOTERAPIA S.A.S. - CAD VIDA IPS - CAD IPS REINICIAR S.A.S - IPS NUEVO SER - IPS CRESER - IPS ASESORIAS HORIZONTES DEL NORTE -	251	11,19
●	3	VERDE	8	8	0	E.S.E HOSPITAL DE BARANOA - E.S.E HOSPITAL DE CAMPO DE LA CRUZ - E.S.E LURUACO - E.S.E REPELON	94	4,19
●	3	VERDE	9	9	0	ESE UNA (ESE Universitaria del Atlántico) -	43	1,92
●	3	VERDE	10	14	0	ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE CLINICA MURILLO CLINICA SOLEDAD CENTRO TERAPEUTICO RE- ENCONTRARSE S.A.S. IPS NUEVO SER - IPS CRESER - IPS REHABILICOP S.A.S - CENTRO MEDICO ALTO PRADO (SANITAS) - IPS ASESORIAS NUEVO HORIZONTE	233	10,38
●	4	VERDE	5	5	0	1496	4	2,72
●	5	VERDE	5	6	0	IPS Cemic, Clínica la misericordia , Niños de Papel Fundación Juan Carlos Marrugo, cad vida, cad marea, IPS nacer, IPS vida digna .	132	18,23
●	5	VERDE	7	14	0	CLINICA SAN FELIPE CEMIC FUNDACION JUAN NACER IPS CAD VIDA Niños DE PAPEL (MAREA) VIDA DIGNA NEUROINTEGRAL MAGANGUE	116	16,02
Color	Nombre del documento	Código	Principio	Final	Peso	Segmento	Área	Porcentaje %
●	5	VERDE	19	19	0	UI SALUD	8	1,10
●	5	VERDE	21	21	0	HOGARES CREA	12	1,66
●	5	VERDE	25	25	0	NIÑOS DE PAPEL	14	1,93
●	5	VERDE	27	29	0	CLINICA LA MISERICORDIA CAMINO IPS NEURONTEGRAL	48	6,63
●	5	VERDE	31	32	0	NIÑOS DE PAPEL NUEVO SER	24	3,31
●	5	VERDE	33	33	0	URGENCIA PSIQUIATRIA: CLINICA LA MISERICORDIA, CEMIC	52	7,18



●	6	VERDE	4	4	0	CONECTATE para RBC de personas con trastorno psicótico	57	14,04
●	6	VERDE	9	9	0	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA	45	11,08
●	6	VERDE	10	10	0	En red pública existen 38 IPS que atienden urgencias, lo cual incluye atención de eventos de psiquiatría	108	26,60
●	7	VERDE	4	4	0	Manantial de Vida, Gesencro.	28	7,24
●	7	VERDE	5	5	0	Hospital luis ablanque de la plata, ESE SAn Agustin, Coemssanar IPS, Clinespa, Gessncro, manantial de vida, cosmitet, intersalud ips, unidad mental del pacifico	160	41,34
●	7	ROJO	6	6	0	El servicio no existe en el territorio	38	9,82
●	7	ROJO	7	7	0	El servicio no existe en el territorio	37	9,56
●	7	VERDE	8	8	0	Secretaria de Salud Distrital	29	7,49
●	7	ROJO	9	9	0	Ninguna	7	1,81
●	7	ROJO	10	10	0	Ninguna	7	1,81
●	7	AZUL	11	11	0	Se manejan a partir de la línea #335	36	9,30
●	8	VERDE	5	10	0	Mediccol, Plenamente, Clínica Funpaz, Clínica San Juan de Dios, Hogar Crea, Renacer del arcoiris. Clínica funpaz, hogar crea, clínica san juan de Dios, renacer del arcoiris, mediccol Mediccol, Clínica Funpaz, Clínica San Juan de Dios La ESE Hospital San Vicente de Paul de Aranzazu y la Alcaldía de Manizales Clínica San Juan de Dios, Clínica Funpa Clínica San Juan de Dios	379	60,45
Color	Nombre del documento	Código	Principio	Final	Peso	Segmento	Área	Porcentaje %



●	9	VERDE	4	10	0	San Rafael, HMI, Malvinas, Medilaser HMI, MALVINAS, MEDILASER. LAS ESE DEL DEPARTAMENTO, PERO NO CUENTAN CON RECURSO PARA CONTRATACIÓN HMI, CLINICA LA FE HMI, MEDILASER ENTIDADES TERRITORIALES MUNICIPALES HMI HMI	218	70,10
●	9	AZUL	11	11	0	SE ESTÁ INICIANDO PARA EL SECTOR RURAL COMO ESTRATEGIA PILOTO	61	19,61
●	10	VERDE	3	7	0	CEMIC TRABAJEMOS JUNTOS IPS CEMIC, CAD VIDA, CLINICA LA MISERICORDIA, ASOCIACION NIÑOS DE PAPEL, FUNDACION JUAN CARLOS MARRUGO VEGA CEMIC, FUNDACION JUAN CARLOS MARRUGO VEGA, CAD VIDA, CLINICA SAN FELIPE DE BARAJAS	220	50,69
●	10	ROJO	8	8	0	Sin respuesta	13	3,00
●	10	VERDE	9	10	0	Todas las IPS hospitalarias del distrito de cartagena CLINICA SAN FELIPE DE BARAJAS	84	19,35
●	10	AZUL	11	11	0	Por la Pandemia las IPS lo hicieron adaptando su software y su modalidad presencial	84	19,35
●	11	ROJO	4	4	0	No	2	0,87
●	11	VERDE	5	5	0	Instituto de fracturas, famedic, hospital de aguauz, hospital de tauramena, red salud, Clinica del oriente , puerta abierta	124	53,91
●	11	ROJO	6	6	0	No hay	6	2,61
●	11	ROJO	7	7	0	No hay	6	2,61
●	11	AZUL	8	8	0	En el PIC	9	3,91
●	11	ROJO	8	8	0	En el PIC	9	3,91
●	11	VERDE	8	8	0	En el PIC	9	3,91
●	11	VERDE	9	9	0	Puerta abierta y clinica dle oriente	36	15,65
●	11	ROJO	10	10	0	No hay	6	2,61
●	11	ROJO	11	11	0	No hay	6	2,61



●	12	ROJO	4	4	0	no contamos con base de datos de los grupos de apoyo de pacientes y familias	76	6,97
Colo r	Nombre del documento	Código	Principi o	Fin al	Pes o	Segmento	Área	Porcentaj e %
●	12	VERDE	5	28	0	Punto de atención Puerto Tejada Punto de atención Buenos Aires Punto de atención Suarez Hospital Francisco de Paula de Santander de Quilichao Punto de atención Toribio Punto de atención Silvia Punto de atención Morales Punto de atención Cajibio ESE El Tambo Punto de atención Popayán ESE El Bordo ESE Timbío Punto de atención Piendamo Punto de atención Balboa Punto de atención Rosas Punto de atención La Sierra Punto de atención Sotara Punto de atención Florencia Punto de atención Mercaderes Punto de atención Totoro Punto de atención Bolívar OPA Francisco de Paula Santander de Quilichao Francisco de Paula Santander de Quilichao	633	58,02
●	12	AZUL	29	29	0	Por medio del Plan de intervenciones colectivas del Departamento se contrato con algunas ESE en sus puntos de atención	118	10,82
●	12	VERDE	30	36	0	Hospital Universitario San José Clínica Moravia Clínica Nuevo Despertar Hospital Universitario San José Clínica Moravia Clínica Nuevo Despertar Hospital Francisco de Paula de Santander de Quilichao	196	17,97
●	12	ROJO	37	37	0	No se cuenta con ese servicio	29	2,66
●	13	ROJO	4	4	0	Las ips no cuentan con grupos de apoyo	38	5,12
●	13	VERDE	4	4	0	algunas comunidades de la ciudad capital tienen grupos de apoyo comunitarios en alianza con ONG	95	12,80
●	13	VERDE	5	5	0	Unidad mental nuevo hospital san francisco de asís y clínica Bantú	66	8,89
●	13	ROJO	6	6	0	El territorio no cuenta con CAD	32	4,31



●	13	VERDE	6	6	0	a unidad mental realiza algunas atenciones a usuarios que ingresan por urgencias con algún tipo de intoxicación por drogas y realizan remisiones a otros departamentos.	167	22,51
●	13	VERDE	7	7	0	Unidad mental y clínica Bantú	29	3,91
●	13	ROJO	8	8	0	No las tienen implementadas	27	3,64
●	13	VERDE	9	10	0	Unidad mental del nuevo hospital san francisco de asís Unidad mental nuevo san francisco de asís y clínica Bantú	113	15,23
Colo r	Nombre del documento	Código	Principi o	Fin al	Pes o	Segmento	Área	Porcentaj e %
●	13	ROJO	11	11	0	En el territorio es complicado realizar este tipo de modalidad puesto que la conectividad es reducida	101	13,61
●	14	ROJO	4	4	0	sin información	15	1,45
●	14	ROJO	6	6	0	No se cuenta discriminada la información por población	55	5,32
●	14	VERDE	6	6	0	el total 13 IPS PR SAN RAFAEL SAS; Colectivo Aquí y Ahora; CIUDADELA FUNDACION LA LUZ; FUNDACION CAMINANDO HACIA LA LUZ; SHEKINAH IPS; NP MEDICAL IPS SAS GIRARDOT; EXISTIR LA TOSCANA; REDES GUATAVITA; Asociación Narconon Colombia; corporación con ánimo; FUNDACION GENESIS DE COLOMBIA SEDE CHIA; FUNDACION GENESIS DE COLOMBIA; CISNE CAMPO VICTORIA	346	33,46
●	14	ROJO	7	7	0	sin información	15	1,45
●	14	ROJO	8	8	0	sin información	15	1,45
●	14	ROJO	9	9	0	NO SE TIENE DISCRIMINADA LA INFORMACION POR GRUPO ESTAREO	56	5,42
●	14	VERDE	9	9	0	ESTAN HABILITADAS LAS SIGUIENTES 6 INSTITUCIONES: CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA; EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA; EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S; CLINICA SAN RAFAEL DUMIAN GIRARDOT; NP MEDICAL IPS SAS GIRARDOT; HEALTH & LIFE IPS SUBACHQUE	307	29,69



●	14	ROJO	10	10	0	no se cuenta con la información, toda vez que a partir de la resolución 3100 no esta este servicio	98	9,48
●	14	VERDE	11	11	0	De acuerdo a los criterios establecidos en la resolución 3100 de 2019	70	6,77
●	15	VERDE	4	4	0	40 de diferentes patologías	27	12,92
●	15	VERDE	5	10	0	4 cad 37 Eses municipales Hospital general de neiva Hospital general de neiva	87	41,63
●	15	AZUL	11	11	0	Vamos en proceso de acompañamiento a la red prestadora	54	25,84
●	16	VERDE	4	4	0	Están en proceso de conformación	32	5,32
Color	Nombre del documento	Código	Principio	Final	Peso	Segmento	Área	Porcentaje %
●	16	VERDE	5	8	0	Instituto Neuropsiquiátrico nuestra señora del Carmen ( INSECAR) Unidad psiquiátrica Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche E.S.E. Psicosalud S.A.S Insecar; Hospital Julio Méndez Barreneche	198	32,89
●	16	ROJO	9	9	0	Ninguna	7	1,16
●	16	VERDE	10	12	0	ESEs municipales en articulación con las alcaldías INSECAR; Hospital JMB INSECAR; Hospital JMB	96	15,95
●	16	VERDE	13	13	0	Las EAPB son las encargadas de garantizar esta modalidad de atención a los usuarios que lo requieran. No obstante	113	18,77
●	16	ROJO	13	13	0	no es la primera opción y su implementación ha quedado relegada desde superado los primeros picos de la pandemia por Covid-19.	126	20,93
●	17	VERDE	3	6	0	153 UNIDAD CLINICA DEL SISTEMA NERVIOSO, CLINICA VIVE, IPS SALUD MENTAL MONTE SINAI, CLINICA DE REHABILITACIÓN ELIM SAS, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA	161	18,76
●	17	ROJO	7	7	0	NINGUA DE LAS INSTITUCIONES HA REGISTRADO ESTE SERVICIO EN LA	111	12,94



						OFICINA DE HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD		
●	17	VERDE	8	8	0	LA SECRETARIA DE SALUD DEL META A TRAVÉS DE LA DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL EN EL PROGRAMA DE MITIGACIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS	138	16,08
●	17	ROJO	9	9	0	LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL ERA LA UNICA UNIDAD HABILITADA CON UNA TRAYECTORIA DE 40 AÑOS, EXCELENTE EQUIPO HUMANO, FUE CERRADA EN EL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2021, ESPERAMOS QUE NOS APOYEN PARA QUE LE DEN APERTURA	239	27,86
●	17	VERDE	10	10	0	UNIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO, FENIX, SAMEN, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA, HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO	117	13,64
●	17	ROJO	11	11	0	LOS SERVICIOS HABILITADOS NO CUENTAN CON ESTA MODALIDAD	55	6,41
●	18	VERDE	4	4	0	los grupos de apoyo en los siguientes municipios priorizados desde le plan de intervenciones colectivas: Ipiales, Tumaco, Tuquerres, Samaniego, la Unión, Sandoná, Barbacoas, Ricaurte, Guachucal, Pasto, El Tambo, Buesaco,	220	13,20
Colo r	Nombre del documento	Código	Principi o	Fin al	Pes o	Segmento	Área	Porcentaj e %
●	18	VERDE	5	5	0	El departamento de Nariño cuenta con 64 municipios en los que se garantiza la atención de salud en todo el territorio, hay que resaltar que debido a su característica geográfica y cultural, se cuenta en el territorio con ESE, IPS e IPSI,	237	14,22
●	18	AZUL	5	5	0	se ha realizado hasta el momento visita de inspección y vigilancia al rededor de 80 instituciones las cuales cuentan con la respectiva habilitación del servicio	160	9,60
●	18	VERDE	6	6	0	Hospital San Rafael, Hospital Perpetuo Socorro, Fundación Sol de los Andes, AXIOMA S.A.S Centro de Atención en Salud Mental, CENTRO DE REHABILITACIÓN VIDA NUEVA SA, CORPO SANDIEGO-FINCA LA ESTANCIA, CENTRO DE REHABILITACIÓN VIDA NUEVA SAS,	240	14,40
●	18	VERDE	7	7	0	Hospital San Rafael de Pasto y Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	82	4,92



Color	Numero	Estado	Principio	Final	Peso	Segmento	Área	Porcentaje %
●	18	VERDE	8	10	0	Como territorio se prioriza en los municipios de Ipiales, Cuaspud, Yacuanquer, San Bernardo, Ospina, Pupiales, Sandoná, El Tambo, Consacá, Ancuya, La Unión, Guitarilla, Samaniego, Policarpa, San Lorenzo, Buesaco, Pasto. Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro y Hospital San Rafael de Pasto Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro y Hospital San Rafael de Pasto	389	23,34
●	18	VERDE	11	11	0	El servicio se presta por Telemedicina interactiva por parte de los Hospitales psiquiátricos presentes en el territorio	119	7,14
●	18	AZUL	11	11	0	permitiendo agilizar y garantizar el seguimiento de los tratamientos en casos especiales como usuarios en municipios periféricos.	129	7,74
●	19	ROJO	4	4	0	sin definir	11	1,97
●	19	ROJO	5	5	0	SE REMITIRA EXCEL A CORREO ASESORES MSPS POSTERIORMENTE	55	9,84
●	19	VERDE	5	5	0	SE PIDIO A LA OFICINA VIGILANCIA Y CONTROL A RELACION DE INFORMACION DE PRESTADORES EN REPS	92	16,46
●	19	VERDE	6	7	0	ESE HMRS ,ESE EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y CENTRO NEUROPSIQUIATRICO DE OCANA  ESE HMRS Y CENTRO NEUROPSIQUIATRICO DE OCAÑA	120	21,47
●	19	ROJO	8	8	0	SIN DATO DE MUNICIPIOS	22	3,94
●	19	VERDE	9	9	0	ESE EMIRO QUINTERO CAÑIZARES EN OCAÑA	37	6,62
●	19	VERDE	10	10	0	ESE HMRS Y ESE EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	39	6,98
●	19	VERDE	11	11	0	En mesa de trabajo virtual el próximo de dic a las 2pm se dará asistencia técnica por parte de la oficina de vigilancia y control	130	23,26
●	20	ROJO	4	4	0	No se cuenta	12	1,35
Color	Nombre del documento	Código	Principio	Final	Peso	Segmento	Área	Porcentaje %
●	20	ROJO	6	6	0	No hay presencia en el departamento	35	3,93
●	20	VERDE	7	7	0	Clínica de la Amazonía - Puerto Asís ( Tiene inhabilitado el servicio desde el año 2020 debido a la emergencia sanitaria por COVID -19)	135	15,17
●	20	ROJO	8	8	0	No hay programas de RBC	23	2,58
●	20	VERDE	9	13	0	Clínica de la Amazonía - Puerto Asís Unidad Mental de Colón - Colón Hospital Local Pío XII - Municipio de Colón IPS Medic Laser - Municipio de Orito	203	22,81



						IPS Clínica de la Amazonía - Municipio de Puerto Asís		
●	20	AZUL	14	14	0	El servicio de telemedicina para salud mental se estableció durante la emergencia sanitaria por COVID- 19 como una alternativa útil que se maneja de manera interactiva, esto permitió adelantar seguimientos de atención en salud mental que estaban estancados. Así mismo a que las atenciones por la especialidad por psiquiatría se de de manera oportuna.	353	39,66
●	20	ROJO	14	14	0	se presentaban barreras en la autorización para entrega de medicamentos.	72	8,09
●	21	Amarillo	1	1	0	21	2	0,68
●	21	VERDE	3	10	0	1 Hospital Mental de Filandia Hospital mental de Filandia, Clínica el prado Hospital Mental de Filandia Hospital Mental de Filandia Hospital Mental de Filandia, Clínica el prado Hospital Mental de Filandia Hospital Mental de Filandia	240	82,19
●	21	ROJO	11	11	0	No sé tiene información	23	7,88
●	22	Amarillo	1	1	0	22	2	0,66
●	22	VERDE	3	3	0	2	1	0,33
●	22	VERDE	4	10	0	hospital mental de filandia hospital universitario san juan de Dios Hospital Mental de filandia Hospital Mental de Filandia Hospital mental de Filandia Hospital Mental de filandia, clinica el prado Hospital mental de filandia, clincia el prado	249	81,91
●	22	ROJO	11	11	0	no se tiene informacion	23	7,57
●	23	Amarillo	1	1	0	23	2	0,35
●	23	VERDE	3	10	0	1 del hospital mental y el de recuperarte. Hopital mental HOMERIS, Instituto del sistema nervioso, recuperarte, psicosalud, sinapsis, neurocentro, neuroser, creer, nueve lunas, neuropsy, instituto de audiologia, apaes, entre otros profesionales con consultorio habilitado.  HOMERIS, Psicosalud e Instituto del Sistema Nervioso Instituto del sistema Nervioso Departamento de Risaralda, Secretarías de Salud del Departamento y algunas instituciones educativas.	529	91,36



						Homeris, Instituto del sistema nervioso, psicosalud. Homeris.		
●	23	ROJO	11	11	0	no existe el servicio	21	3,63
●	24	Amarillo	1	1	0	24	2	0,21
●	24	VERDE	4	4	0	Existe un grupo de apoyo de pacientes y familias gestionado por la Secretaría de Salud Departamental	100	10,73
●	24	VERDE	5	5	0	ESE Hospital de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, IPS Omalina Owkins, Centro de Fisioterapia Integral y Quimiosalud IPS.	128	13,73
●	24	ROJO	6	6	0	el Departamento Insular no cuenta con IPS que tengan habilitados o estén operando un Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia en Salud Mental para adultos.	183	19,64
●	24	ROJO	7	7	0	el Departamento no presenta la oferta de IPS habilitado en modelo de Hospital Día para adultos.	95	10,19
●	24	VERDE	8	10	0	La Secretaría de Salud Departamental Empresa Social del Estado Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina ESE Hospital Departamental de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	203	21,78
●	25	Amarillo	1	1	0	25	2	0,33
●	25	ROJO	2	2	0	Sin dato	8	1,31
●	25	ROJO	4	4	0	EN EL DEPARTAMENTO NO SE HA IMPLEMENTADO ESTA ESTRATEGIA	56	9,17
●	25	VERDE	4	4	0	SE SOLICITO APOYO EN LA VIGENCIA 2021 AL	40	6,55
●	25	VERDE	5	6	0	MINASALUD, PERO NO FUE POSIBLE PROGRAMAR ASISTENCIA TÉCNICA QUEDANDO PARA PROGRAMAR EN LA VIGENCIA 2022	102	16,69
●	25	VERDE	7	7	0	SE DESARROLLA CON EL CONTATO DE SAN CAMILO IDENTIFICAR LOS MUNICIPIOS Y PROCESOS REALIZADOS	90	14,73
●	25	ROJO	8	8	0	SIN RESPUESTA	13	2,13
●	25	ROJO	9	9	0	SOLICITAR INFORMACION A HABILITACION	36	5,89
●	25	ROJO	10	10	0	SOLICITAR INFORMACION A HABILITACION	36	5,89
●	25	ROJO	11	11	0	SOLICITAR INFORMACION A HABILITACION	36	5,89
●	25	ROJO	12	12	0	SOLICITAR INFORMACION A HABILITACION	36	5,89



●	25	ROJO	13	13	0	SOLICITAR INFORMACION A HABILITACION	36	5,89
●	25	ROJO	14	14	0	SOLICITAR INFORMACION A HABILITACION	36	5,89
●	26	ROJO	4	4	0	NO APLICA	9	5,17
●	26	VERDE	5	5	0	CLINICA SAN JOSE IPS - GRUPO GARANTE - IPS MA Y PA	51	29,31
●	26	ROJO	6	6	0	NO APLICA	9	5,17
●	26	ROJO	7	7	0	NO APLICA	9	5,17
●	26	AZUL	8	8	0	IMPLEMENTACION EN EL PIC	24	13,79
●	26	ROJO	9	9	0	NO APLICA	9	5,17
●	26	ROJO	10	10	0	NO APLICA	9	5,17
●	26	ROJO	11	11	0	NO APLICA	9	5,17
●	27	VERDE	4	4	0	solo los que se implementan a traves de PIC	43	6,58
●	27	VERDE	5	5	0	alianza diagnostica, avanzar FOS, clinica Giron, IMAP	53	8,12
●	27	ROJO	6	6	0	En Giron no hay CAD	19	2,91
●	27	VERDE	6	6	0	se apoyan con clinicas psiquiatricas del area metropolitana	59	9,04
●	27	ROJO	7	7	0	No hay en el Municipio	22	3,37
●	27	VERDE	7	7	0	se presta a traves de clinicas psiquiatricas del area metropolitana	67	10,26
●	27	AZUL	8	8	0	Solo se gestiona a traves del PIC	33	5,05
●	27	ROJO	9	9	0	No existen en el municipio	26	3,98
●	27	VERDE	9	9	0	se apoya con clinicas psiquiatricas del area metropolitana	57	8,73
●	27	ROJO	10	10	0	No existen en el municipio	26	3,98
●	27	VERDE	10	10	0	se apoya con clinicas psiquiatricas del area metropolitana, a traves de la clinica Giron, se presta la atencion y se remite a la clinica psiquiatrica	149	22,82
●	27	VERDE	11	11	0	se ha dado el caso de atenciones telefonicas.	45	6,89
●	28	ROJO	4	4	0	no se tienen	12	3,24
●	28	VERDE	5	5	0	ESE Hospital San José, Nueva Salud Integral, Mi IPS Llanos	58	15,68
●	28	ROJO	6	6	0	el departamento no cuenta con estas entidades	45	12,16
●	28	ROJO	7	7	0	El Departamento no cuenta con esta modalidad	44	11,89



●	28	ROJO	8	8	0	.no completo	12	3,24
●	28	ROJO	9	9	0	El Departamento no cuenta con estas unidades	44	11,89
●	28	VERDE	10	10	0	El Hospital San José garantiza la atención integral en salud de urgencias	73	19,73
●	28	AZUL	11	11	0	teleexperticia en el Hospital San José	37	10,00
●	29	ROJO	4	4	0	se clasifico muy desacuerdo , porque no existe la opción de NO APLICA . En el territorio todavía no se ha implementado	118	14,55
●	29	VERDE	4	6	0	IPS : Salud a tu lado , Clínica Manantiales , Clínica Santa Isabel , Clínica San Roque , Fundación Amor , Luz y Esperanza , IPS : Salud a tu lado ; Fundación ALES IPS Salud a tulado , Clínica Manantiales , Clínica San Roque , Fundación Ales	244	30,09
●	29	ROJO	7	7	0	Sin datos	9	1,11
●	29	VERDE	8	10	0	os centro de escucha. IPS : Salud a tu lado , Fundación ALES , Clínica Manantiales , Clínica Santa Isabel , Clínica San Roque Todas las las IPS registradas en el REPS .Haciendo énfasis que es un servicio de urgencias en general. Una vez atendido el individuo es remitido a las IPS especializadas en estos temas	312	38,47
●	29	ROJO	11	11	0	Si datos	8	0,99
●	30	ROJO	4	4	0	Se desconoce que las IPS cuenten con la conformación de estos grupos.	69	1,40
●	30	VERDE	5	130	0	UNIDAD RENAL DEL TOLIMA S.A.S, INSTIT DE REHABILIT DEL TOL IDEAL,CLINICA INTEGRAL PROVIDA S.A, IPS AVENIDA AMBALA, IPS INTERLAKEN,IPS CHAPARRAL, IPS SAN PEDRO, IPS FRESNO, IPS LERIDA,IPS LIBANO IPS MARIQUITA UNIDAD INTERMEDIA SAN FRANCISCO UNIDAD INTERMEDIA DE LOS BARRIOS DEL SUR- UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA LOS REMANSOS INSTITUTO TOLIMENSE DE SALUD MENTAL SAS CLINICA ASOTRAUMA S.A.S. THE WALA IPS INDIGENA PUBLICA THE WALA IPS INDIGENA PUBLICA THE WALA IPS INDIGENA PUBLICA COYAIMA THE WALA IPS INDIGENA PUBLICA NATAGAIMA THE WALA IPS INDIGENA PUBLICA PROMOVER SAS CLINICA AVIDANTI IBAGUE SIA SALUD LTDA MEDICADIZ S.A PROFAMILIA IBAGUE HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA E.S.E. EMPRESA COOPERATIVA DE	4427	89,83



					<p>SERVICIO DE SALUD "EMCOSALUD" SEDE 3 SOCIEDAD DE TERAPIAS DEL TOLIMA IPS LTDA - (730010137201) GESTAMOS S.A.S UNIDAD INTEGRAL DE SALUD DEL TOLIMA UNISALUD SAS SERVIR SAS UNIDAD MATERNO INFANTIL DEL TOLIMA CONSULTA EXTERNA-PLAN MADRE CANGURO IPS A-PRUEBA No. 10 REHABILITAR SUMMA GROUP S.A.S IPS INTEGRAL SOMOS SALUD S.A.S. IPS ESPECIALIZADA S.A IBAGUÉ Centro Médico Colmedica Medicina Prepagada Sede Ibagué SER CONDUCTOR IBAGUE BIOCENTER SALUD OCUPACIONAL SAS salud ocupacional regional SAS neuro conexión NEUROCONEXIÓN CLINICA NUESTRA SEDE IBAGUE VIHONCO IPS IBAGUE PASSUS IPS TALLER PSICOMOTRIZ SAS clínica oncosalud ips SAS DENBAR INTERNACIONAL IPS JL DISTRISALUD IPS SAS grupo cuidar SAS EMUNA MEDICAL CENTER IPS Fundación SIAM - Ibagué SERVICIOS EMPRESARIALES COMPETENTES "SERVICOMPETENTES" S.A.S UNIDAD DE ATENCION AMBULATORIA IBAGUE CERTIFICAMOS Y AUDITAMOS IPS Sies Salud S.A.S CRECER REHABILITACION INFANTIL S.A.S MULTISERVICIOS EN SALUD S.A.S CARDIOLOGIA SIGLO XXI Cistep salud ocupacional S.A.S MEDICARTE IBAGUE EPS SANITAS CENTRO MEDICO IBAGUE CLINICA INTERNACIONAL DE ALTA TECNOLOGIA S.A.S. MAPLE RESPIRATORY IPS IBAGUE UNIDAD DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL ESTRATEGIA INTEGRAL EN SEGURIDAD INDUSTRIAL Y MEDICINA DEL TRABAJO S.A.S.- ESIMET S.A.S. Central de Especialistas de Colombia MEDISERVIS DEL TOLIMA CLINICA CLINIDOL ESPECIALISTAS EN DOLOR Medicina y salud ocupacional total - MEDISOT SAS medisot CLINICA MEGASALUD IBAGUE VITALITEC S.A.S CLINICA NEUROPSICOLOGICA INTEGRAL NEURAXIS IPS S.A.S. INTEGRAL SOLUTIONS SD SAS CORPORACION EL HOSPITAL IPS CENTRO MEDICO OCUPACIONAL CMO SAS</p>				



						SEGURIDAD Y SALUD SOLUCIONES INTEGRALES SAS CLINNOVA CLINICA DE HERIDAS Y OSTOMIAS SAS VIRREY SOLIS IPS SA - CALLE 35 MUTALIS IBAGUE ALFA IPS SALUD OCUPACIONAL S.A.S. CENTRO DE SALUD FEMENINO SAS IPS VIASALUD SAS VIVA 1A IPS CRA QUINTA VIVA 1A IPS EL ESPINAL VIVA 1A IPS MARIQUITA RED MED RED MEDICA ESPECIALIZADA DE COLOMBIA S.A.S SOMOS Medicina Ocupacional y Laboral S.A.S. Unión mental SHARON MEDICAL GROUP CENTRO DE REHABILITACION SOPHIAS IPS SAS RHEUMAHELP IPS IBAGUE INSTITUTO MEDICO INTEGRAL COLOMBIANO IPS SAS DR. MIGUEL ANGEL BARRIOS SAS ALVIHOUSE IPS S.A.S IPS HEMOPLIFE SALUD SEDE IBAGUE SAMA HEALTHCARE IPS SAS CENDIATRA IBAGUE HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO E.S.E. CENTRO DE SALUD CHICORAL FUNDACION DE PROFESIONALES FUNDEPRO PROGRESO APOYO Y COMPROMISO CON LA SALUD IPS LTDA Y SUS SIGLAS PAC SALUD IPS LTDA salud ocupacional mahecha y romero limitada CLÍNICA LAS VICTORIAS - FRACTURAS Santa Sofia IPS Espinal S.A.S. Centro NEUROCAD SAS PROMOPREVISALUD IPS SAS Sede El Espinal SERVINTEGRALES A&A SAS ESPINAL SERVINTEGRALES A&A HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS HONDA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO UNIDAD PAMO SALUD IPS CLINICA DE ESPECIALISTAS DEL NORTE DEL TOLIMA SEDE IBAGUE CLINICA DE ESPECIALISTAS DEL NORTE DEL TOLIMA SEDE IBAGUE 3 CLINICA DE ESPECIALISTAS DEL NORTE DEL TOLIMA S.A.S. CLINICA DE ESPECIALISTAS DEL NORTE DEL TOLIMA SEDE MARIQUITA HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E LERIDA TOLIMA HOSPITAL REGIONAL ALFONSO JARAMILLO SALAZAR E.S.E. CENTRO DE RECONOCIMIENTO AL CONDUCTOR IPS CLINICA TRAUMANORTE SAS CLINICA TOLIMED IPS CENTRAL DE URGENCIAS LOUIS PASTEUR E.S.E.	
--	--	--	--	--	--	--	--



						centro de imágenes diagnosticas san mateo sas NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA HOSPITAL SAN VICENTE HOSPITAL LA MISERICORDIA E.S.E FUNDACION MARIA AUXILIADORA DE VENADILLO. HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E LERIDA TOLIMA. Unidad intermedia de los barrios del sur. Clínica los remansos Instituto Tolimense de salud mental. SAS. Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E Hospital Especializado Granja Integral E.S.E Lérida.		
●	30	ROJO	131	131	0	No se tiene conocimiento de dicha información.	46	0,93
●	30	VERDE	132	137	0	Unidad intermedia de los barrios del sur. Clínica los remansos Instituto Tolimense de salud mental. SAS. Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E Hospital Especializado Granja Integral E.S.E Lérida. UNIDAD INTERMEDIA DE LOS BARRIOS DEL SUR. Hospital Federico Lleras Acosta.E.S.E	276	5,60
●	30	ROJO	138	138	0	se desconoce como se presta el servicio de telemedicina en salud mental	71	1,44
●	31	ROJO	4	4	0	Ninguno	7	2,33
●	31	VERDE	8	8	0	Secretaría de salud departamental de Vaupes quien concurre a otros municipios como Taraira y Caruru, secretaría de salud municipal de Mitú en 2 ocasiones	153	51,00
●	31	VERDE	11	11	0	El médico tratante se contacta o hace la interconsulta con el psiquiatra por telexperticia	90	30,00
●	32	ROJO	4	4	0	No se cuenta con grupos de apoyos en el territorio	50	7,91
●	32	VERDE	5	7	0	IPS La Fontana IPS UNUMA IPS DIPOSALUD	38	6,01
●	32	ROJO	8	8	0	ninguna	7	1,11
●	32	ROJO	9	9	0	Ninguna	7	1,11
●	32	ROJO	10	10	0	No se han implementado aun	26	4,11
●	32	ROJO	11	11	0	No se encuentra en el territorio	32	5,06
●	32	ROJO	12	12	0	No hay	6	0,95



•	32	MAGENTA	13	13	0	se requiere la atención telemedicina cuando por algún motivo el psiquiatra no puede asistir de manera presencial al territorio por dificultades en la disponibilidad de los vuelos y se requiere de un seguimiento a un diagnóstico ya establecido	243	38,45
•	32	VERDE	13	13	0	el paciente debe dirigirse al hospital entrar al consultorio y allí mismo estará un profesional para llevar a cabo el funcionamiento de los equipos correspondientes.	165	26,11

*Elaboración propia.*

Se obtuvo la respuesta de 32 Entidades Territoriales las cuales se organizaron en 32 documentos online que contienen 256 apartes codificados, los cuales fueron distribuidos en cinco colores Rojo, Verde, Azul, Magenta y Amarillo; de acuerdo a su contenido, el Color Rojo es para las Barreras, El verde para las Fortalezas, el Azul para Oportunidades, el Magenta para argumentos conceptuales y el amarillo para datos tácitos.

Adicional se efectuó codificación los cinco colores, haciendo énfasis en los colores Rojo y Verde, generando 766 apartes seleccionados, como se muestra en el modelo de la siguiente tabla.

*Tabla 20. Modelo de Codificación*

Color	Código	Principio	Final	Peso	Segmento	Área	Porcentaje %
●	Amarillo\SIF	1	1	0	Caracterizar las iniciativas territoriales y nacionales, públicas o privadas o de la sociedad civil y organizaciones comunitarias relacionadas con modalidades de atención relacionadas con lo descrito en el artículo 13 de la Ley 1616 de 2013	240	17,76
●	ROJO\BPIS1	4	4	0	EN EL DEPARTAMENTO NO SE HA IMPLEMENTADO	56	9,17



					O ESTA ESTRATEGIA		
●	ROJO\BPIS2	4	4	0	NO se cuenta con estos grupos de apoyo por parte de las IPS y ESE ubicadas en el territorio.	92	14,35
●	ROJO\BPIS3	5	5	0	SIN DATO, SON MUCHAS	20	4,93
●	ROJO\BPIS4	6	6	0	El servicio no existe en el territorio	38	9,82
●	ROJO\BPIS5	7	7	0	SIN OFERTA	10	2,46
●	ROJO\BPIS6	8	8	0	NINGUNO, desde el ente territorial en Salud, se socializó de la estrategia al personal docente y en general del municipio de Leticia, pero no se cuenta con un programa ya creado para tal fin.	191	29,80
●	ROJO\BPIS7	9	9	0	NINGUNO	7	1,09
●	ROJO\BPIS8	10	10	0	NINGUNO	7	1,09
●	ROJO\BPIS9	11	11	0	No se cuenta con esta respuesta	31	21,09
●	VERDE\FPIS1	3	3	0	IPS Nuevo Amazonas, IPS Fundación clínica Leticia, IPS Mallamas, y ESE Hospital San Rafael de Leticia.	3	0,74
●	VERDE\FPIS2	4	4	0	CONECTATE para RBC de personas con trastorno psicotico	57	14,04
●	VERDE\FPIS3	5	5	0	IPS Cemic, Clínica la misericordia , Niños de Papel	51	7,04
●	VERDE\FPIS4	6	6	0	Fundación Juan Carlos Marrugo, cad vida, cad marea, IPS nacer, IPS vida digna .	79	10,91



●	VERDE\FPIS5	7	7	0	CEMIC, FUNDACION JUAN CARLOS MARRUGO VEGA, CAD VIDA, CLINICA SAN FELIPE DE BARAJAS	82	18,89
●	VERDE\FPIS6	8	8	0	En el PIC	9	3,91
●	VERDE\FPIS7	9	9	0	Ips Unidad de Salud Mental, Ips Samear	38	12,06
●	VERDE\FPIS8	10	10	0	Ips Unidad de Salud Mental, Ese Hospital del Sarare	51	16,19
●	VERDE\FPIS9	11	11	0	Telemedicina interactiva	24	7,62
●	AZUL	11	11	0	SE ESTÁ INICIANDO PARA EL SECTOR RURAL COMO ESTRATEGIA PILOTO	61	19,61
●	MAGENTA	13	13	0	se requiere la atención telemedicina cuando por algún motivo el psiquiatra no puede asistir de manera presencial al territorio por dificultades en la disponibilidad de los vuelos y se requiere de un seguimiento a un diagnóstico ya establecido	243	38,45

*Elaboración propia.*

#### Análisis de información:

Una vez generados los 766 apartes de texto, se identificó lo siguiente por cada una de las estrategias.