

Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO

Óscar David Díaz-Sotelo¹
*Universidad El Bosque,
Bogotá D.C., Colombia*

Resumen

Los sistemas de información en salud constituyen una herramienta fundamental para la toma de decisiones en todos los ámbitos. Sin embargo, en Colombia existen falencias en el reporte y la calidad de los datos, haciendo que la información no sea altamente confiable. No se encuentran estudios recientes que expongan el perfil de salud mental, por lo que los registros de sistemas de información disponibles son la única fuente de consulta y, pese a sus limitaciones, permiten contar con una estimación de la magnitud de tales eventos. Consultando estas fuentes, se encontró que la carga de enfermedad atribuible a salud mental para Colombia es relevante, con una prevalencia estimada de 9% y las mujeres son las más afectadas. Esto crea la necesidad de planificar estudios nacionales de prevalencia y una juiciosa revisión de las políticas en salud pública, haciendo necesaria la inclusión de eventos en salud mental como de intervención prioritaria.

Palabras clave: bioestadística, epidemiología, prevalencia, salud mental, salud pública, sistemas de información en salud

Abstract

Health information systems are an essential tool for decision-making in different contexts. However, Colombia has shortcomings in data quality and reporting. As a consequence, information is not reliable. It must be said that there are not recent studies exposing profiles of mental health. So, health information systems available records are the only source of information. Despite their limitations, these records allow to estimate the magnitude of such events. When consulting these records, it was found that diseases linked to mental health have a prevalence of approximately 9%. Besides, women are the most affected by them. For that reason, it is necessary to develop research regarding prevalence as well as reviewing public health policies, including intervention in mental health events as a priority.

Keywords: Biostatistics, Epidemiology, Health Information Systems, Mental Health, Prevalence, Public Health

Recibido: 28 de Abril de 2015

Aceptado: 25 de mayo de 2015

1. Profesor Asistente – Facultad de Psicología, Universidad El Bosque.

Los datos publicados son originados a través de las consultas en línea a los cubos de datos del SISPRO disponibles para el público con acceso remoto otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social. La información presentada en el artículo corresponde a los puntos de vista del autor y a los análisis de las cifras publicadas por el SISPRO y en ningún caso corresponden a posiciones oficiales del Ministerio. No existe conflicto de interés alguno entre el autor y otras entidades que comprometiese la imparcialidad de los datos presentados. Contacto: odiazs@unbosque.edu.co

Introducción

La salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, es capaz de hacer una contribución a su comunidad”, y es parte integral de la salud pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007, párr. 2). En esencia, existen muchos determinantes sociales que afectan la salud mental de la población, de modo que en la actualidad es creciente el número de consultas de personas, en cualquier etapa del ciclo vital, para recibir asesoría, consejería, intervención o tratamiento de diversos eventos en salud mental, incluyendo enfermedades y trastornos mentales y del comportamiento.

Se estima que unas 400 millones de personas en el mundo padecen o han padecido alguna vez en su vida trastornos y enfermedades de esta clase, pero en realidad esta cifra puede ser duplicada o triplicada si fueran incluidas todas las personas que han llevado a cabo procesos de atención en salud orientados a algún evento propio de la salud mental, sin que constituyera necesariamente un trastorno o enfermedad (Augsburger, 2002; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005). De cualquier manera, debe considerarse que tanto las enfermedades o trastornos mentales, como cualquier otro motivo de consulta en relación con la salud mental, aparecen a edades más tempranas que otras condiciones médicas de tipo crónico y no transmisible y; por ende, la carga de enfermedad atribuible a este tipo de eventos es considerable y requiere de acciones prioritarias de promoción y prevención (Kohn et al., 2005).

Como lo menciona Augsburger (2005), para reconocer la magnitud de la ocurrencia de estos eventos en la población, es necesario desarrollar estudios que permitan tener datos epidemiológicos confiables. Esto se logra bien sea a través de estudios de base poblacional, en los cuales se aplique algún instrumento o tamizaje, o bien, a través de evaluaciones rápidas de fuentes secundarias de información, como bases de datos o fuentes de dominio público.

Como parte de la iniciativa global de realizar estudios internacionales de prevalencia de eventos en salud mental, en el año 2003, el entonces Ministerio de la Protección Social de Colombia (hoy Ministerio de Salud y Protección Social – MinSalud) desarrolló, en convenio con la Fundación FES Social, el Estudio Nacional de Salud Mental, con el propósito de “contar con un conocimiento actualizado sobre la situación de salud mental en el país” (Ministerio de la Protección Social, 2005, p. 11). Hasta el día de hoy, éste

es el único estudio de base poblacional realizado en el país que da cuenta de las prevalencias de estos eventos.

En Colombia, la salud mental como entidad de priorización para la salud pública ha sufrido diversos flagelos, tal como lo expone la propuesta de ajuste a la Política Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014, p. 2): “fragmentación y segmentación del sistema de salud; falta de decisión política; problemas con la disponibilidad de recursos financieros y escasa divulgación”; posiblemente todo ello ligado a una carencia de iniciativas nacionales o locales para desarrollar procesos investigativos rigurosos en la materia. Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola Magaña y Gómez (2004) exponen que ni entidades públicas ni privadas en Colombia han analizado la magnitud con la cual se presentan los trastornos mentales en la población, ni sus factores protectores y/o de riesgo. Además, no se encuentran investigaciones previas al Estudio Nacional de Salud Mental (y aparentemente tampoco *a posteriori*) que permitan realizar comparaciones entre grupos de población, o bien, que permitan llegar a niveles confiables de inferencia sobre el perfil epidemiológico del país al respecto.

Pese a esta dificultad, Colombia cuenta, desde el año 2005, con lineamientos en la materia: en primera instancia, la formulación de la Política Nacional de Salud Mental pretendió dar respuesta a las obligaciones del Estado colombiano para garantizar la prestación de todos los servicios de salud para la población de forma integral y equitativa, que redundase en su bienestar físico y mental, con énfasis en este último; luego, en el año 2013, fue sancionada la Ley 1616 (Ley de Salud Mental) cuyo objetivo es garantizar el ejercicio pleno del derecho fundamental a la salud mental mediante acciones concretas de promoción y prevención; además, esta política pública incluye los enfoques diferencial y de derechos, los cuales no se consideraron en la anterior legislación (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005; Colombia, 2013). De hecho, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, máxima normativa nacional vigente para las acciones y la vigilancia en salud pública, define como una de sus dimensiones de acción prioritaria la denominada *convivencia social y salud mental*, sobre la cual se impartirán las políticas y gestiones a las que haya lugar, esperando que los perfiles epidemiológicos de la población colombiana en relación con este tipo de eventos mejore con el transcurso del tiempo (Ministerio de Salud, 2013a). La vigencia de esta legislación tiene vital

importancia para la salud mental en el país, pero su respaldo a través de los resultados de estudios existentes puede ser limitado dado que estos no cuentan con suficiente validez.

Pese a no contar con otras iniciativas que permitan la obtención de datos recolectados a través de instrumentos aplicados directamente a la población, se debe resaltar que el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con una “herramienta que permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria... [acerca de la] gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales del sector: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios” (Ministerio de Salud, 2013b, párr. 1), denominada Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO. En Colombia, el SISPRO hace parte de lo que en el ámbito global se denomina Sistemas de Información en Salud (SIS), los cuales se consideran el pilar para la toma de decisiones en salud.

El diseño del SISPRO está basado en una bodega de datos, “en la cual se concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes” (párr. 2). Como el principal antecedente del SISPRO puede mencionarse la Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud; según esta disposición, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del país deben reportar al ente rector, de forma obligatoria y con periodicidad mensual, ciertos datos básicos que el sistema de salud requiere para conocer íntegramente el perfil epidemiológico de la población colombiana. Para tal efecto, se han creado los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), que hoy en día mantienen su vigencia y alimentan al SISPRO.

De acuerdo con el Ministerio de Salud (2000), los RIPS están conformados por datos de identificación de los usuarios del sistema de salud, los servicios de salud—propiamente dichos— que han sido prestados y los motivos que originan su prestación. Los registros consideran de forma diferencial la información, producto de las consultas y procedimientos ambulatorios, procedimientos hospitalarios, servicios de urgencias y dispensación de medicamentos, todos ellos ligados a un diagnóstico médico clínico principal (que da lugar a la prestación de los servicios) y un número limitado de diagnósticos relacionados (complementarios o concomitantes). Los diagnósticos son estandarizados y codificados de acuerdo con lo dispuesto en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS (2015).

Según la OMS (2006), “la mayoría de los países podría mejorar significativamente la salud mental si tuviera recursos

adicionales dedicados específicamente a (realizar investigación rigurosa y una posterior construcción de iniciativas tendientes a fortalecer las respuestas nacionales frente a los eventos en salud pública propios de) la salud mental” (p.15), lo cual es; además, una forma de garantizar el ejercicio pleno de los derechos fundamentales en la población gracias a que dichos eventos entran a formar parte de las prioridades de intervención para los sistemas de salud. En consecuencia, las iniciativas efectivas y útiles para la población dependen esencialmente de la información disponible acerca de las necesidades de salud mental de la población; y éstas pueden ser determinadas mediante estudios de prevalencia o de incidencia, de modo que se evidencien todos aquellos determinantes presentes en la comunidad y sus contextos en relación con la situación de salud mental (OMS, 2005). Esto ha generado la inquietud en el autor para sentar un precedente adicional para vislumbrar, a través de una evaluación rápida de datos, una aproximación a la situación de salud mental en el país.

A nivel nacional, es necesario desarrollar estudios epidemiológicos actualizados que permitan conocer el panorama de los trastornos mentales y del comportamiento, así como otros eventos que afectan la salud mental de la población colombiana. En consecuencia, el objetivo principal de este estudio fue estimar las prevalencias de eventos en salud mental de la población colombiana, que fueron reportados a través de los RIPS al Ministerio de Salud y almacenados en las bodegas de datos del SISPRO y, a partir de ello, caracterizar a través de indicadores epidemiológicos de frecuencia y algunas medidas de efecto a la población que haya sido diagnosticada bajo las categorías de *trastornos mentales y del comportamiento, lesión autoinflingida y factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud*, acorde con la estructura de la CIE-10.

Método

Tipo de investigación

Se desarrolló un estudio epidemiológico transversal basado en las prestaciones de servicios de salud reportadas al Ministerio de Salud y Protección Social a través de los sistemas de información dispuestos para ello por parte de las IPS que reportaron información en el país. El estudio tomó como unidad de análisis los registros consolidados de los RIPS disponibles para consulta a través de acceso remoto a los servidores del Ministerio de Salud.

Instrumentos

Se utilizaron los cubos de datos (bases de datos multidimensionales) del SISPRO disponibles en el Ministerio de Salud; estos se basan en matrices de datos dinámicos bajo la plataforma *SQL Server Analysis Services* y se ejecutan en hojas electrónicas de *Microsoft® Excel*. Los cubos de datos del SISPRO que se emplearon para el análisis fueron los provenientes de los RIPS. Cabe mencionar que El MinSalud concedió autorización expresa para el acceso remoto a la información respectiva.

Procedimiento

Una vez se obtuvo acceso remoto a los cubos de datos, se generaron matrices de datos dinámicos, cruzando variables sociodemográficas básicas, tales como sexo, edad (en grupos decenales), tipo de afiliación al sistema de salud y área geográfica de prestación del servicio de salud, con el diagnóstico principal asignado por el profesional tratante; es decir, la categoría diagnóstica de la CIE-10, codificada como evento que generó la atención.

Todas las tablas de resultados fueron filtradas según las categorías diagnósticas de CIE-10 para restringir los registros a aquellos codificados con diagnósticos correspondientes al capítulo quinto, denominado *trastornos mentales y del comportamiento* (códigos F00 a F99), complementándolos con los correspondientes al capítulo vigésimo, denominado *causas externas de morbilidad y mortalidad*, específicamente la sección de *lesión autoinflingida* (códigos X60 a X84); y finalmente, los que respectan al capítulo vigésimo primero, denominado *factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud*, específicamente las secciones de *personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias económicas y psicosociales* (códigos Z55 a Z65) y *personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias* (códigos Z70 a Z73). Todas estas categorías diagnósticas abarcan eventos relacionados con salud mental.

Cabe anotar que en los cubos de datos no se encontraron otras variables sociodemográficas, clínicas o de salud pública que fueran relevantes para el análisis.

Resultados

A partir de los RIPS, se pudo evidenciar que el sistema de salud ha reportado a través de sus plataformas informáticas las prestaciones de servicios de salud para 42.086.620

personas en Colombia, con corte a 31 de marzo de 2014. Esta cifra corresponde al 88,3% del total de la población general nacional estimada para ese período ($N = 47.661.368$) según el sistema de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2015). Por otra parte, el universo de registros de prestaciones de servicios de salud fue de 1.056.759.941.

Para estimar las prevalencias de las categorías diagnósticas de la CIE-10 anteriormente descritas, se realizó un filtro de registros de acuerdo con los códigos considerados para el análisis. Se obtuvo un total de 4.415.822, lo cual corresponde a un 20,1% del total de la población atendida. Al realizar la exploración de los cubos de datos, se encontraron registros desde el año 2009 hasta la fecha de corte. Esta distribución anual de atención en salud se refleja en la Figura 1, si bien se omiten los registros correspondientes al año 2014 por falta de disponibilidad al momento de la consulta.

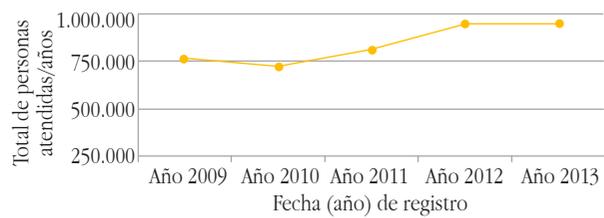


Figura 1. Prestación anual de servicios de salud para eventos en salud mental en Colombia, 2009-2013.

La razón de feminidad en los diagnósticos de salud mental fue de 3:2 y la distribución de las personas diagnosticadas según edad y sexo se puede evidenciar en la Tabla 1. Cabe resaltar que la mayor carga de enfermedad de los eventos en salud mental la tiene el grupo de niños y niñas menores de 10 años, mientras que la menor es para los grupos de adultos mayores.

Tabla 1.

Distribución de las personas diagnosticadas con eventos en salud mental según edad y sexo. Colombia, 2014.

Grupos etarios	Sexo			Total general
	F	M	Sin dato	
0 a 9	1.174.903	1.299.199	778	2.474.880
10 a 19	659.282	507.598	447	1.167.327
20 a 29	836.694	337.259	210	1.174.163
30 a 39	678.086	301.078	131	979.295
40 a 49	589.675	289.414	152	879.241
50 a 59	489.252	258.037	195	747.484

Grupos etarios	Sexo			Total general
	F	M	Sin dato	
60 a 69	310.299	197.933	197	508.429
70 a 79	201.149	136.354	151	337.654
80 y más	108.130	69.118	105	177.353
Total general	5.047.469	3.395.990	2.365	8.445.824

Analizando la distribución geográfica de la prestación de los servicios de salud para eventos de salud mental en el país, las mayores tasas de prevalencia para los eventos diagnosticados las presentan, en primer lugar, el departamento de Risaralda, seguido por Bogotá D.C. y por el departamento de Quindío; los departamentos con las menores prevalencias fueron Vaupés, Guainía y Amazonas. La tasa media nacional es de 9,4 casos por 100 habitantes (Tabla 2).

Tabla 2

Prevalencias de eventos en salud mental por departamento de residencia, distribuidas según edad y sexo. Colombia, 2013.

Departamentos	Sexo			Total	Proporción	Tasa por 100 hab.
	F	M	Sin dato			
Risaralda	87.373	54.392	62	141.827	3,2%	15,1
Bogotá D.C.	659.456	409.451	207	1.069.114	24,2%	13,9
Quindío	50.409	26.849	45	77.303	1,8%	13,8
Santander	156.854	94.818	79	251.751	5,7%	12,3
Caldas	70.570	44.510	42	115.122	2,6%	11,7
Huila	78.391	49.073	33	127.497	2,9%	11,3
Meta	54.949	34.567	36	89.552	2,0%	9,7
Atlántico	140.605	86.893	136	227.634	5,2%	9,5
Valle del Cauca	266.634	162.084	130	428.848	9,7%	9,5
Antioquia	366.108	223.727	108	589.943	13,4%	9,4
Bolívar	111.124	64.804	71	175.999	4,0%	8,6
Nte. de Santander	70.636	44.443	37	115.116	2,6%	8,6
Nariño	88.131	51.521	48	139.700	3,2%	8,2
Guaviare	5.368	3.506	4	8.878	0,2%	8,2
Tolima	68.287	43.852	41	112.180	2,5%	8,0
Boyacá	63.454	34.416	18	97.888	2,2%	7,7
Cundinamarca	112.123	66.308	24	178.455	4,0%	6,9
César	35.545	21.213	38	56.796	1,3%	5,7
Arch. San Andrés	2.522	1.597	2	4.121	0,1%	5,5
Sucre	27.528	17.084	20	44.632	1,0%	5,3
Magdalena	39.496	24.030	26	63.552	1,4%	5,1
Caquetá	14.434	8.689	10	23.133	0,5%	5,0
Cauca	41.456	25.342	31	66.829	1,5%	4,9
Arauca	7.769	4.005	5	11.779	0,3%	4,6
Casanare	8.959	6.141	7	15.107	0,3%	4,4
Córdoba	41.004	25.930	19	66.953	1,5%	4,0
Putumayo	8.689	4.523	5	13.217	0,3%	3,9

Departamentos	Sexo			Total	Proporción	Tasa por 100 habs.
	F	M	Sin dato			
Guajira	17554	9.719	21	27.294	0,6%	3,0
Vichada	1.085	704	1	1.790	0,0%	2,6
Chocó	7.377	3.871	12	11.260	0,3%	2,3
Amazonas	725	446	2	1.173	0,0%	1,6
Guainía	417	242	1	660	0,0%	1,6
Vaupés	323	193	8	524	0,0%	1,2
Sin dato	41.819	18.347	29	60.195	1,4%	N/A
Total general	2.747.174	1.667.290	1.358	4.415.822	100,0%	9,4

De otro lado, al revisar los regímenes de afiliación al sistema de salud de las personas que recibieron atención por eventos en salud mental, se encontró que la mayoría de los servicios fueron prestados en el marco del régimen contributivo (64,3%); llama la atención que el 1,2% de las personas atendidas accedieron de forma particular a los servicios (Tabla 3).

Tabla 3

Prevalencias de eventos en salud mental por departamento de residencia, distribuidas según edad y sexo. Colombia, 2013.

Régimen de afiliación	Sexo			Total general
	F	M	Sin dato	
Sin dato	47.446	43.241	86	90.773
Contributivo	1.737.088	1.102.417	544	2.840.049
Subsidiado	732.658	376.602	404	1.109.664
Vinculado	100.793	64.320	188	165.301
Particular	30.211	22.322	17	52.550
Otro	98.978	58.388	119	157.485
Total general	2.747.174	1.667.290	1.358	4.415.822

Finalmente, según las categorías diagnósticas de la CIE-10 consideradas para el análisis, se encontró que la mayor prevalencia de eventos es la referente a aquellas situaciones que motivan a la consulta e intervención por conductas sexuales, abusos de alcohol y drogas, y acciones de asesoría, consejería e intervención para problemas de la vida cotidiana (59%, n=2.595.727); luego, le siguen los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés, y los somatomorfos (22%, n=961.877). La menor proporción fue para los eventos relacionados con trastornos mentales sin

especificación (0,1%, n=5.554) y para lesiones autoinflingidas (0,4%, n=15.043). La distribución de las prevalencias, según sexo y entidad diagnóstica, puede detallarse en el Apéndice A, según grupo diagnóstico de la CIE-10.

Discusión

Se encuentra que son las mujeres quienes más consultan y demandan servicios de salud para evaluación e intervención de eventos en salud mental, con una importante diferencia con respecto a los hombres. Es interesante considerar que en eventos como los trastornos de ansiedad, los relacionados con el estrés y los afectivos tienen un número de registros de atención muy superior para las mujeres. Esto concuerda con lo que hasta el momento ha demostrado la evidencia científica en cuanto a las diferencias de género en los trastornos mentales y del comportamiento. En este orden de ideas, vale la pena mencionar estudios como el de Arenas y Puigserver (2009), en los cuales se confirman tendencias de mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en mujeres en edad reproductiva; así mismo, Campo-Arias y Cassiani (2008) reflexionaron sobre las diferencias entre hombres y mujeres en diversos eventos en salud mental, y concluyeron que las mujeres presentan prevalencias más altas de trastornos psicóticos, del estado de ánimo y de ansiedad, con respecto a los hombres.

Por otra parte, la mayor proporción de diagnósticos para el sexo masculino corresponde al consumo de sustancias psicoactivas, lo cual se puede deber principalmente a la mayor cantidad de consultas y necesidades de intervención para los hombres frente a este diagnóstico y el estigma social asociado al consumo de psicotrópicos para las mujeres. De hecho, se ha llegado a afirmar que “la tolerancia social de la dependencia

en la mujer es menor, padeciendo mayor rechazo social y discriminación” (Ochoa, s.f., p. 3). Estos hallazgos están en correspondencia con lo que evidencia el estudio de Barbieri, Trivelloni, Zani y Palacios-Espinosa (2012), quienes afirman que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas predomina en estudiantes universitarios de sexo masculino, así como con los hallazgos de la investigación de Rodríguez, De La Villa, Ovejero y Sirvent (2004), en donde se concluye que los hombres presentan “una actitud más permisiva” (incluyendo creencias, valores, conocimientos y expectativas) frente al consumo de bebidas alcohólicas.

En términos generales, la mayor carga de enfermedad para la salud mental está dada por los trastornos relacionados con el estrés y los somatomorfos, lo que incluye la mayoría de eventos asociados a experiencias que afectan la salud de las personas y para las cuales no existe una explicación desde el punto de vista médico. Además, estos trastornos están asociados a una pobre capacidad de afrontamiento, adaptación y manejo de situaciones estresantes de la cotidianidad u otras más graves, para las cuales no hay una atención oportuna por parte del sistema de salud, o bien, no hay percepción de riesgo por parte de la población en general.

Las muertes violentas, incluyendo los suicidios y otras lesiones y traumas por causas externas relacionadas con la salud mental, según los RIPS, tendrían una muy baja prevalencia para el país. Pero, en definitiva, estos registros no resultan ser la mejor fuente de información para documentarlos, puesto que existen sistemas de vigilancia en salud pública y otros específicos desde las instancias de la rama judicial que están tendientes a registrar sistemáticamente y de forma más oportuna la información relacionada con estos diagnósticos.

En cuanto a la tendencia anual de uso de servicios de salud para la atención de eventos en salud mental, se puede detallar que a medida que avanza el tiempo, el número de personas atendidas por estas causas es mayor, si bien es cierto que hubo un leve declive en el último año analizado; esto puede deberse, bien a un efectivo aumento en el número de procedimientos y atenciones en salud para estos eventos, o bien, a un aumento y mejora de la calidad en el reporte de información de las IPS al MinSalud. De cualquier modo, es posible afirmar con cierta propiedad que año tras año se ha aumentado de forma significativa la demanda de servicios de salud relacionada con eventos en salud mental, dadas las condiciones socioeconómicas, políticas y de salud pública, así como las dinámicas poblacionales que han afectado a Colombia durante el presente siglo.

Además, vale la pena resaltar que existe un mayor número de registros de prestación de servicios en la materia para las personas afiliadas al régimen contributivo, superando por un amplio margen al subsidiado; además, cabe mencionar que la proporción de consultas particulares es mínima. Lo anteriormente descrito obedece, sin duda, a un claro sub-registro en el reporte de información por parte de prestadores particulares, dado que por las limitaciones de atención en salud mental que el sistema de salud colombiano presentaba hasta la fecha de corte, una gran cantidad de personas acuden a este tipo de servicios por fuera de la cobertura sanitaria y estos servicios no son reportados al ente rector. Las barreras de acceso a los servicios para las personas del régimen subsidiado podrían constituir una de las principales razones por las cuales no existe equilibrio en los registros de atención en salud mental entre ambos regímenes; sin embargo, esta inferencia debería ser soportada empíricamente a partir de un análisis de registros institucionales en IPS públicas y privadas para establecer comparaciones directas más aterrizadas a la realidad nacional.

Llama especialmente la atención que las mayores prevalencias de eventos en salud mental se encuentran en los departamentos con menores índices de densidad poblacional, con excepción de Bogotá, que ocupa el segundo lugar en prevalencias globales y es en donde se registra la mayor proporción de servicios de salud mental hasta la fecha de corte. Debido a la naturaleza de los datos suministrados por el SISPRO, no es posible hacer mayores análisis a profundidad según área geográfica, por lo que es importante, en futuras experiencias, ampliar la información con respecto a esta variable y establecer comparaciones directas para tener panoramas regionales más claros de la salud mental en todo el país.

Circunstancialmente, el SISPRO y sus herramientas son la única fuente disponible de información, hasta el momento, para contar con una aproximación al panorama de la prestación de los servicios de salud orientados a la atención e intervención de los eventos de salud mental, pese a la calidad y oportunidad en el registro de los datos, su consolidación y análisis, los cuales resultan cuestionables. En parte, las falencias de las políticas públicas de salud son responsables de no contar en el país con unos sistemas de información estandarizados, confiables y oportunos que optimicen la disponibilidad de información como herramienta para la toma de decisiones en salud. (OMS, 2005).

Es por esto que deben acogerse las recomendaciones de la OMS frente al fortalecimiento de los SIS, para poder responder de manera efectiva a las necesidades actuales y

posteriores de gestión en salud pública para la salud mental (Kohn et al., 2005); si se cuenta con fuentes confiables y oportunas de información epidemiológica sobre eventos de salud mental, sería posible el abordaje de tales problemáticas a través de estrategias costo-efectivas de promoción y prevención. De hecho, las intervenciones específicas en salud mental son trascendentales en países en desarrollo como Colombia, abocados a graves problemáticas psicosociales, políticas y económicas. Tal y como reflexiona Posada (2013), es urgente darle mayor protagonismo a la promoción de la salud mental, así como a la prevención con enfoques de riesgo, poblacional y de género.

Como lo documenta el estudio de Pacheco et al. (2012), los sistemas y registros de datos de la salud en Colombia son una fuente valiosa de información, pese a que gran parte de la misma no es confiable en términos de la calidad del registro del dato desde su fuente primaria (codificación del profesional de salud, la versatilidad y funcionalidad de las plataformas informáticas y la manipulación de los registros para su consolidación). Lo anterior hace que se dificulten las acciones de vigilancia epidemiológica, la toma de decisiones y la gestión de los recursos para la creciente demanda de atención y prestación de servicios para la salud mental.

A pesar de la disponibilidad de los datos provenientes de los RIPS, las herramientas de consulta provistas por el MinSalud, según Pacheco et al. (2012), son muy poco usadas para la toma de decisiones y; por ende, insuficientes para conocer integralmente las dinámicas de la salud pública del país. Según este mismo autor, es totalmente factible emplear los RIPS como una fuente de información para la vigilancia en salud pública. La presente investigación deja en evidencia que en cuanto a los eventos en salud mental, el panorama en Colombia es complejo, pues a partir de los RIPS se evidencia una altísima carga de morbilidad (y posiblemente de mortalidad) por eventos de salud mental.

En suma, es urgente que en Colombia se lleve a cabo un estudio de base poblacional que permita obtener cifras con respecto a la situación de salud mental del país; dicha investigación debe contar con un enfoque diferencial, de género y de derechos humanos, acorde con los principios de la legislación actual vigente en salud.

Referencias

- Arenas, C. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3 (1), 20-29.
- Augsburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos médico sociales*, 31, 61-75.
- Barbieri, I., Trivelloni, M., Zani, B. y Palacios-Espinosa, X. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia. *Revista de Ciencias de la Salud*, 10 (Especial), 69-86.
- Campo-Arias, A. y Cassiani, C. A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (4), 598-613.
- Colombia (2013). *Ley No. 1616 de 21 de enero de 2013. "Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones"*. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%201%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2015). *Proyecciones de población 2005 – 2020*. Recuperado de www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/ProyeccionMunicipios2005_2020.xls
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga J. J., Saxena, S. y Saraceno B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4/5), 229–40.
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental 2003*. Cali: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de Salud (2000). *Resolución 3374 de 2000. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados*. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%203374%20DE%202000.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social – MinSalud (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social – MinSalud (2013b). *Sistema Integral de Información SISPRO*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS (2014). *Documento propuesta*

- de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014*. Recuperado de <http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/pls/portal/docs/1/5304073.PDF>
- Ochoa, E. (s.f.). *Psicosis y trastornos esquizofrénicos. Consumo de sustancias. Diferencias de género*. Recuperado de <http://www.institutospiral.com/iiisymposium/resumenes/EOchoa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2005). *Mental Health Context*. Ginebra, Suiza: EDIMSA.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2005). *Mental Health Policy, Plans and Programs*. Ginebra, Suiza: EDIMSA.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2007). *¿Qué es la salud mental?* Recuperado 2015 de: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- Pacheco, O., Huguett, C. M., Solarte, I. N., Valera, D. A., Martínez, M., Muñoz, C. M., ... Lozano, F. (2012). *Viabilidad y factibilidad del uso de los RIPS como fuente de información para la vigilancia en salud pública, Colombia, 2012*. Recuperado de http://aulavirtual.ins.gov.co/ins_gea_cursos/material_consulta/biblioteca/Viabilidad_y_Factibilidad_de_uso_de_RIPS_en_vigilancia_en_salud_p%C3%BAblica.pdf
- Posada, J. (2013). La Salud Mental en Colombia. *Biomédica*, 33 (4), 497.
- Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Magaña C. y Gómez L. C. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23 (3), 241-262.
- Rodríguez, F., De La Villa, M., Ovejero, A. y Sirvent, C. (2004). Consumo de sustancias psicoactivas, género e identidad psicosocial: análisis de las diferencias intergénero en las actitudes juveniles ante el uso/abuso de alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 29 (3,4), 167-187.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2015). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. de:<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>

Apéndices

Apéndice A

Prevalencias de eventos en salud mental, según grupos diagnósticos de la CIE-10, distribuidas de acuerdo con edad y sexo. Colombia, 2013.

Grupo diagnóstico CIE-10	Sexo			Total	% (total)	Prevalencia por 1.000 habs.
	F	M	Sin dato			
(Z70-Z73) Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	1.751.932	843.795	-	2.595.727	58,8%	61,7
(F40-49) Ts. neuróticos, Ts. relacionados con el estrés y Ts. somatomorfos	676.928	284.707	242	961.877	21,8%	22,9
(F30-39) Ts. del humor (afectivos)	457.694	188.615	228	646.537	14,6%	15,4
(F80-89) Ts. del desarrollo psicológico	183.902	267.981	124	452.007	10,2%	10,7
(F90-F98) Ts. emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia	115.533	202.250	130	317.913	7,2%	7,6
(Z55-Z65) Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias económicas y psicosociales	171.309	106.781	107	278.197	6,3%	6,6
(F00-F09) Ts. mentales orgánicos, incluidos los Ts. sintomáticos	135.032	93.240	81	228.353	5,2%	5,4
(F20-29) Esquizofrenia, Ts. esquizotípicos y Ts. delirantes	86.656	100.911	109	187.676	4,2%	4,5
(F50-59) Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	83.205	97.744	46	180.995	4,1%	4,3
(F10-F19) Ts. mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos	32.375	83.333	94	115.802	2,6%	2,8
(F70-79) Retraso mental	46.759	60.122	50	106.931	2,4%	2,5
(F60-69) Ts. de la personalidad y del comportamiento en adultos	24.107	23.029	18	47.154	1,1%	1,1
(X60-X84) Lesiones autoinflingidas	9.638	5.375	30	15.043	0,3%	0,4
(F99) Ts. mentales sin especificar	2.941	2.608	5	5.554	0,1%	0,1