

 Artículo de investigación

Caracterización de los registros de atención en una institución prestadora de servicios de salud mental en Bogotá, 2001–2017

Vanegas-Medina Claudia¹; Fajardo-León Vicente¹; Rico-Mendoza Alejandro¹;
Porras-Ramírez Alexandra¹; Merchán-Grajales Claudia¹

¹Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Resumen

Introducción: el abordaje integral de la salud mental es uno de los retos del país en salud pública, dado que la población colombiana ha presentado un deterioro en ese aspecto en los últimos veinte años de acuerdo con el documento CONPES 3992 del 2020.

Objetivo: Caracterizar los registros individuales de prestación de servicios en atención de salud mental en una institución prestadora de servicios en Bogotá, Colombia, entre el 2001 y el 2017.


Métodos: estudio descriptivo trasversal. Se usaron los registros individuales de prestación de servicios como fuente de información y se tuvo en cuenta clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) En total de registros RIPS en salud mental, por equipo interdisciplinario: médico general, médico psiquiatra, enfermería, psicología, trabajo social y terapia ocupacional.


Resultados: se analizaron 2.360.295 registros individuales de prestación de servicios en salud mental de la institución seleccionada. Según los registros, el promedio de edad de las personas atendidas era de 47 años y predominó el sexo femenino con el 52,5 %. Los servicios utilizados fueron hospitalización (49,82 %), consulta externa (43,42 %), urgencias (4,54 %) y hospital de día (0,39 %). El mayor número de registros (64,47 %) se presentó en el grupo entre los 18 y 59 años de edad; seguido del grupo de 60 años o más (28,50 %) y de menores de 18 años (7,03 %). Los grupos de diagnóstico principales fueron trastorno psicótico con el 33,38 %, depresión con el 15,39 % y ansiedad con el 13,71 %.

Conclusiones: Son las mujeres quienes más utilizan el servicio (52.5%). Es la hospitalización el servicio más utilizado (49.82%). Son los adultos entre 18 y 59 años quienes más utilizan los servicios (64.47%). Se observa un progresivo incremento en el número de atenciones. Los trastornos mentales severos esquizofrenia y bipolar son los más atendidos (33.38%) seguidos de trastornos de depresión y ansiedad (29%). Las enfermedades medicas generales se presentaron en el (10.95%) de las atenciones.


Palabras clave: servicios de salud mental, trastornos mentales, hospitalización, psiquiatría. Urgencias en salud mental. Hospital de día.



Información del artículo

 **Autor de correspondencia**
cdvanegas@unbosque.edu.co

 **Cómo citar este artículo**
Vanegas-Medina C; Fajardo-León V; Rico-Mendoza A; Porras-Ramírez A; Merchán-Grajales C. Caracterización de los registros de atención en una institución prestadora de servicios de salud mental en Bogotá, 2001–2017. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2023;22, e051.

 **doi** <https://doi.org/10.18270/rce.v22.3397>

 **Recibido:** 10-02-2021
Aprobado: 19-09-2022

 Ediciones anteriores 

Redes sociales



Characteristics of care delivery records in a mental health service provider institution in Bogota, 2001–2017

Abstract

Introduction: The comprehensive approach to mental health is one of the country's public health challenges, as the Colombian population has deteriorated in this area over the past twenty years, according to the CONPES Document 3992, 2020.

Objective: To characterize the individual mental health service delivery records at a service provider institution in Bogota, Colombia, between 2001 and 2017.

Methods: Descriptive cross-sectional study. Individual service delivery records were used as a source of information, and the International Classification of Diseases (ICD-10) was considered. Total mental health RIPS by interdisciplinary team: general practitioner, psychiatrist, nurse, psychologist, social worker, and occupational therapist.

Results: A total of 2,360,295 individual mental health service delivery records from the selected institution were analyzed. According to the records, the average age of the patients was 47 years, and females predominated with 52.5% of the patients. Inpatient (49.82%), outpatient (43.42%), emergency room (4.54%), and day hospital (0.39%) services were used. The highest number of records (64.47%) were found among the 18–59 years age group, followed by the 60+ year age group (28.50%) and those under 18 years of age (7.03%). The main diagnostic groups were psychotic disorder (33.38%), depression (15.39%), and anxiety (13.71%).

Conclusions: Women are the main users of the service (52.5%). Hospitalization is the service most frequently used (49.82%). Adults between the ages of 18 and 59 use the services the most (64.47%). There has been a progressive increase in the number of attendances. Severe schizophrenia and bipolar mental disorders are the most treated (33.38%), followed by depression and anxiety (29%). General medical conditions were present in 10.95% of attendances.

Keywords: Mental health services, mental disorders, hospitalization, psychiatry, mental health emergency care, medical day care.

Caracterização dos registros de atendimento em uma instituição prestadora de serviços de saúde mental em Bogotá, 2001–2017

Resumo

Introdução: a abordagem integral da saúde mental é um dos desafios do país em saúde pública, visto que a população colombiana tem apresentado uma deterioração neste aspecto nos últimos vinte anos de acordo com o documento Conpes 3992 de 2020.

Objetivo: Caracterizar os registros individuais de prestação de serviços em saúde mental em uma instituição prestadora de serviços em Bogotá, Colômbia, entre 2001 e 2017.

Métodos: estudo descritivo transversal. Usaram-se os registros individuais de prestação de serviços como fonte de informação e considerou-se a classificação internacional de doenças (CID-10). No total de registros RIPS em saúde mental, por equipe interdisciplinar: clínico geral, psiquiatra, enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

Resultados: Foram analisados 2.360.295 prontuários individuais de prestação de serviço de saúde mental da instituição selecionada. De acordo com os registros, a média de idade das pessoas atendidas foi de 47 anos e o sexo feminino predominou com 52,5%. Os serviços utilizados foram internação (49,82%), ambulatorial (43,42%), emergência (4,54%) e hospital-dia (0,39%). O maior número de registros (64,47%) foi apresentado no grupo entre 18 e 59 anos; seguido pelo grupo de 60 anos ou mais (28,50%) e os menores de 18 anos (7,03%). Os principais grupos diagnósticos foram transtorno psicótico com 33,38%, depressão com 15,39% e ansiedade com 13,71%.

Conclusões: As mulheres são as que mais utilizam o serviço (52,5%). A internação é o serviço mais utilizado (49,82%). Os adultos entre 18 e 59 anos são os que mais utilizam os serviços (64,47%). Observa-se um aumento progressivo no número de atenções. Os transtornos mentais graves esquizofrenia e bipolaridade são os mais atendidos (33,38%) seguidos de depressão e transtornos de ansiedade (29%). Doenças médicas gerais estiveram presentes em (10,95%) dos atendimentos.

Palavras-chave: serviços de saúde mental, transtornos mentais, internação, psiquiatria, clínica diurna, Emergências em saúde mental, Hospital de dia.

Introducción

En el mundo, los trastornos mentales (TM) neurológicos y por abuso de sustancias representan el 31 % de la carga global de enfermedad para el grupo de las enfermedades no transmisibles (1,2). En años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) para el grupo de los TM, la depresión representa el 40,5 %, la ansiedad el 14,6 %, los trastornos por consumo de drogas el 10,9 % y por alcohol el 9,6 %, la esquizofrenia el 7,4 % y el trastorno bipolar el 7 % (3,4). Los TM en la región representan el 34 % de los años perdidos por discapacidad (4,5). En Colombia, el 18 % de los AVAD corresponden a trastorno mental (6)

En la región de las Américas, la mediana del gasto público en salud mental es el 2 % del presupuesto de salud; de este, el 60 % se destina a hospitales psiquiátricos. Por cada cien mil habitantes hay 10,30

trabajadores de la salud; de ellos, 5,40 en psicología, 3,87 en enfermería y 1,39 en psiquiatría. Las camas de salud mental son 16,7 en instituciones psiquiátricas y 2,9 en los hospitales generales por cada cien mil habitantes. El 20 % de los pacientes están por más de cinco años en hospitalización y la residencia comunitaria se encuentra en el 1,4 por cien mil habitantes (5)

En el mundo, las personas con TM tienen acceso limitado a la educación y bajos ingresos, lo cual genera situaciones de pobreza, marginalidad, precariedad además de estigmatización. El desempleo llega incluso hasta el 90%, lo cual desencadena exclusión social, maltrato físico, abuso sexual e incluso violaciones de los derechos humanos. Además, las personas diagnosticadas con TM tienen un capital social reducido y redes de apoyo limitadas, lo cual contribuye a incrementar su situación de vulnerabilidad (7,8). Esto es particularmente preocupante en quienes han sido privados de la libertad, dado que una tercera parte de esta población presenta TM (7,8).

Los TM aumentan el riesgo de exposición a enfermedades transmisibles; hay coexistencia entre los trastornos depresivos y las enfermedades crónicas, lo cual interfiere con la adecuada adherencia a los procesos terapéuticos y el desenlace de la enfermedad. Los TM inciden en otros factores comportamentales, estilos de vida no saludables y la carga de enfermedad en las no transmisibles (7,8). En personas con depresión y esquizofrenia la probabilidad de muerte prematura es, respectivamente, 1,6 y 1,4 veces mayor que en la población general y se relaciona con problemas de salud física como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, sida y suicidio (7,8)

En Colombia, las políticas públicas sobre el tema se han trabajado desde el siglo pasado con base en los macro-diagnósticos en salud mental. En 1998 se expidió la primera Política Nacional de Salud Mental siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud. La Ley 1122 de 2007 en la cual se considera la promoción de la salud mental en los planes de salud pública y en los planes de desarrollo nacional y territorial, con lo cual la salud mental se convirtió en una prioridad nacional en el Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 y en el del periodo 2022–2031 (9). Además, la Ley 1206 del 2009 para la protección general e inclusión social de las personas con discapacidad mental y la Ley 1616 del 2013 garantizan el derecho a la salud mental (10,11). En el 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Política Nacional de Salud Mental, la cual busca promover la salud mental para el desarrollo integral de los sujetos individuales y colectivos (12). En el 2019 se promulgó la Política de Seguridad y Convivencia Ciudadana. En el 2020 el documento CONPES 3992 Estrategia para la promoción de la salud Mental en Colombia (13). Por esta razón consideramos realizar el estudio de los RIPS en una institución de referencia en salud mental en Bogotá.

Métodos

Este es un estudio de corte transversal descriptivo, realizado en una institución prestadora de servicios de salud (IPS) mental en Bogotá. Se utilizaron como fuente de información los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) del periodo 2001–2017. Se define atención como el registro de una intervención realizada por el equipo interdisciplinario, conformado por profesionales en enfermería, psiquiatría, medicina general, psicología, trabajo social y terapia ocupacional. El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en investigación de la institución.

Se realizó el análisis descriptivo de los RIPS por grupos de edad: menores de 18 años, adultos entre 18 y 59 años, y adultos mayores a partir de los 60 años; adicionalmente por servicios utilizados: hospitalización, consulta externa, urgencias y clínica diurna. Para el estudio, los diagnósticos se agruparon de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (14). Se calculó el R^2 para la tendencia en ascenso de las atenciones. Se revisó la distribución de la atención por los diferentes profesionales. Se utilizó el programa Excel, SPSS 25.

Resultados

Distribución por características demográficas

El total de atenciones fue de más de dos millones. Un cincuenta y dos por ciento corresponde a las mujeres. La mayor parte de la población está entre los 18 y 59 años. (véase Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de variables demográficas.

Variable	Registros de atención (n)	Porcentaje (%)
Número de atenciones totales	2.360.295	100
Sexo		
Mujeres	1.238.176	52,5
Hombres	1.122.119	47,5
Edad	(Promedio: 47 años)	
Menores de 18 años	165.835	7,03
Adultos entre 18 y 59 años	1.522.219	64,47
Mayores de 60 años	672.241	28,50

Los servicios más utilizados son Hospitalización con un 49.82%. Seguido de Consulta externa con un 43.42%. (véase Tabla 2).

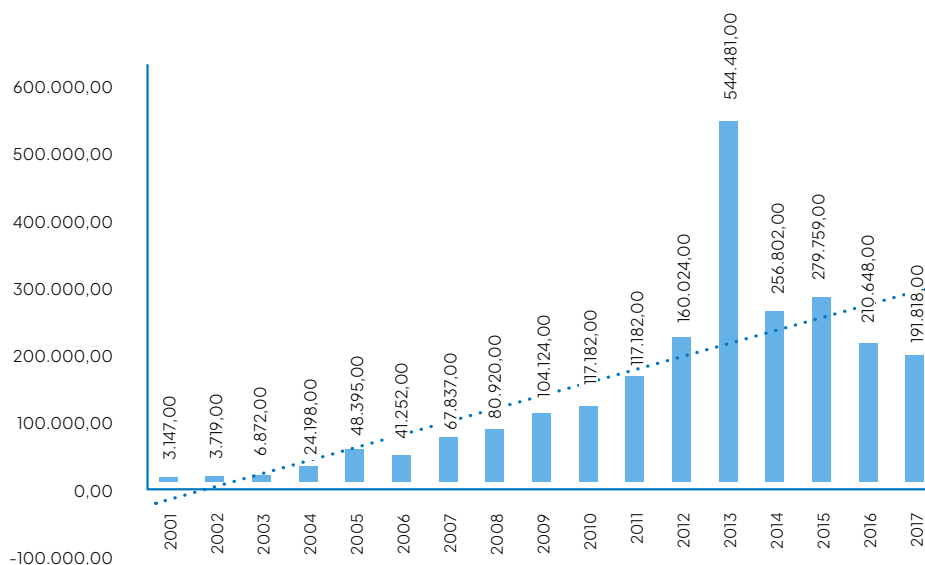
Tabla 2. Descripción de utilización de servicios.

Servicio de atención	Registros de atención (n)	Porcentaje (%)
Hospitalización	1.175.522	49,82
Urgencias	109.224	4,64
Consulta externa	1.075.549	43,42
Clínica diurna	9.340	0,39

De acuerdo con los RIPS del periodo analizado, el 87 % de los pacientes procedía de Bogotá y el 8 % de Cundinamarca, y el 95 % residía en el área urbana. En cuanto a la escolaridad, la información no estaba completa; sin embargo, se puede afirmar que aproximadamente el 9 % tenía educación básica secundaria completa y el 7 % educación básica secundaria incompleta. En cuanto al tipo de afiliación, el 65 % pertenecía al régimen contributivo, el 5,6 % al régimen subsidiado y el grupo restante a regímenes especiales del sistema de seguridad social en Colombia.

En el periodo analizado se observa un aumento progresivo en el número de RIPS, con un R² de 0,5742 (véase Figura 1).

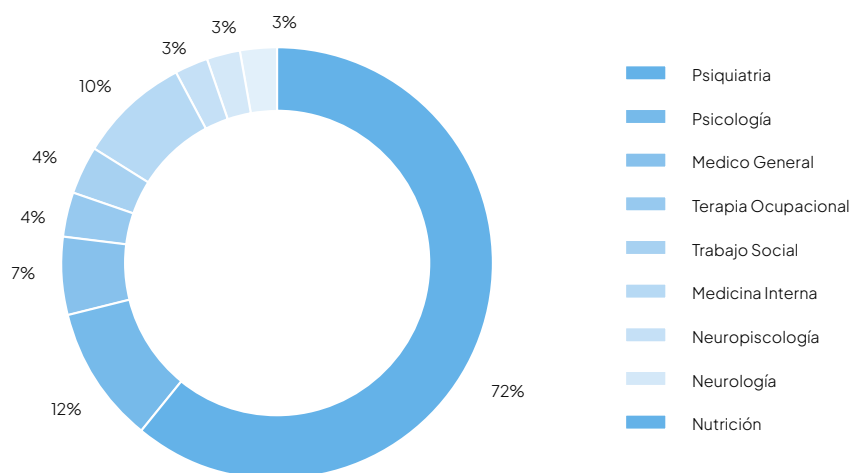
Figura 1. Número de RIPS de trastornos mentales en una IPS en Bogotá, 2001–2017.



Fuente. Elaboración propia con base en los RIPS de una IPS de Bogotá, 2001–2017.

En la IPS, el servicio de hospitalización cuenta con atención por parte de un equipo interdisciplinario de salud mental, conformado por profesionales en enfermería, psiquiatría, medicina general, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, nutrición, y neuropsicología principalmente; también participaron en la atención profesionales en medicina interna y neurología, como muestra la Figura 2. La mayoría de los RIPS analizados estuvieron a cargo de un médico psiquiatra.

Figura 2. Distribución porcentual de los profesionales que participaron en los casos reportados en los RIPS, 2001–2017.



Fuente. Elaboración propia con base en los RIPS de una IPS de Bogotá, 2001–2017.

Los RIPS del periodo analizado se agruparon por los diagnósticos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) por los principales grupos de trastornos mentales (14). (véase Tabla 2).

Tabla 2. Distribución porcentual de alteraciones mentales por grupos de trastornos mentales Fuente: elaboración propia con base en los RIPS de una IPS de Bogotá, 2001–2017.

	CIE-10	Trastornos mentales agrupados	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1	F20.0 a F20.9	Trastorno esquizofrénico	397.393	16,84
2	F30.0 a F31.9	Trastorno afectivo bipolar	390.330	16,54
3	F32.0 a F33.9	Trastornos depresivos	360.833	15,29
4	F40.0 a F43.1	Trastornos de ansiedad	323.691	13,71
5	A00 a Z99X	Trastornos médicos generales	258.499	10,95
6	F00.0 a F03	Trastornos demenciales	161.075	6,82
7	F10 a F19	Trastornos por uso de sustancias	142.421	6,03
8	F80 a F98.9	Trastornos en niños y adolescentes	148.833	4,90
9	F70 a F79	Trastornos por discapacidad cognitiva	107.997	4,58
10	F60 a F69	Trastornos de la personalidad	27.859	1,18
11	F51 a F51.9	Trastornos del sueño	8.254	0,35
12	F50 a F50.3	Trastornos de conducta alimentaria	7.432	0,31
13	F44 a F44.9	Trastornos disociativos y somatomorfos	7.300	0,31
14	F52 a F52.9	Trastornos por disfunciones sexuales	2.602	0,11
15	F53 a F53.9	Trastornos en el puerperio	63	0,00
		Total	2.344.582	99,33

En cuanto a los RIPS por causas específicas, se ubicaron de mayor a menor ocurrencia la esquizofrenia paranoide (F20.0) con 196.131 atenciones (8,31 %), el trastorno afectivo bipolar con psicosis (F31.2) con 170.364 (7,22%), los trastornos mixtos de ansiedad y depresión (F41.2) con 101.729 (4,32%), los trastornos de adaptación (F43.2) con 84.699 (3,59 %), el episodio depresivo moderado (F32.1) con 83.281 (3,53 %), el trastorno afectivo bipolar en remisión (F31.7) con 72.316 (3,06 %); seguidos de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol y sustancias (F19.9) con 71.278 atenciones (3,02 %).

Por grupos etarios, en los mayores de 60 años, los registros mostraron trastornos mentales por causa específica: demencia sin especificación (F03X) con un total de 55.731 atenciones (8,30 %), trastorno bipolar con episodio maniaco con psicosis (F31.2) con 51.761 (7,70 %) y esquizofrenia paranoide (F200) con 31.881 (4,70 %). También se identificaron trastornos mixtos de ansiedad y depresión (F412) con 40.467 (6,02 %) y secuelas de enfermedad cerebrovascular (I694) con 26.612 (4 %) (véase Tabla 3).

Tabla 3. RIPS por causa específica, distribuidos por grupo de edad, en una IPS en Bogotá, 2001–2017.

CIE-10	Nombre de diagnóstico	Mayores de 60 años (%)	Adultos de 18 a 59 años (%)	Menores de 18 años (%)
F200	Esquizofrenia paranoide	4,70	8,75	
F312	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco con síntomas psicóticos	7,70	6,70	
F432	Trastornos de adaptación		4,20	4,83
F412	Trastornos mixtos ansioso-depresivos	6,02	4,00	
F192	Trastornos por uso de sustancias, dependencia		3,90	
F321	Episodio depresivo moderado	3,20	3,80	
F332	Trastorno depresivo recurrente, episodio grave, sin psicosis		2,53	
F311	Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco sin psicosis	2,90	2,50	
F317	Trastornos afectivo bipolar, en remisión	3,60	2,50	
F03X	Demencia sin especificación	8,30		
F900	Trastornos de la actividad y de la atención			15,53
F988/ F989	Otros trastornos de las emociones y del comportamiento			13,22

Fuente. Elaboración propia con base en los RIPS de una IPS de Bogotá, 2001–2017

En los adultos entre 18 y 59 años, los RIPS evidenciaron esquizofrenia paranoide (F200) con un total de 133.370 atenciones (8,75%) y el trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco con psicosis (F312) registró 102.252 (6,7 %). En el grupo de menores de 18 años, las primeras causas de atención de acuerdo a los RIPS por causa específica fueron: trastornos de la actividad y de la atención (F90.0) con 25.757 atenciones (15,53 %); seguido de los trastornos mixtos del desarrollo del aprendizaje escolar (F81.3) con 6.529 (3,94 %), otros trastornos disociales y trastornos disocial limitado al contexto familiar (F91.0) con 6.410 (3,90 %), otros problemas especificados y relacionados con la crianza de niños (Z62.8) con 4.595 (2,8%) y trastornos de ansiedad sin especificación (F41.9) con 3.813 atenciones (2,30 %) (véase Tabla 3).

Las enfermedades médicas generales asociadas a los trastornos mentales presentaron un total del 10,95 % de los RIPS.

Por tipo de servicio prestado, en el grupo de edad de 18 a 59 años la mayoría de los registros corresponde al servicio de hospitalización con el 34,83 %, seguido de la consulta externa con un 24,83 %.

En el grupo de los mayores de 60 años, la hospitalización corresponde al 14,33 % de los registros y la consulta externa al 12,42 %. En los menores de 18 años, la consulta externa fue el servicio más utilizado con un 6,1 % de los RIPS. En general, se observa un bajo uso del programa de Clínica día con 0,4 % de los RIPS (véase Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia y distribución porcentual por servicios y grupo de edad de los registros de atención en una IPS en Bogotá, 2001–2017.

Servicio prestado	Menor de 18 años	Porcentaje (%)	Adulto 18–59 años	Porcentaje (%)	Mayor de 60 años	Porcentaje (%)
Clínica día	95	0,004	8.329	0,35	916	0,04
Consulta externa	145,647	6,17	586,170	24,83	293,183	12,42
Hospitalización	15,009	0,63	822,199	34,83	338,314	14,33
Sin registro	2,248	0,10	24,632	1,04	14,329	0,61
Urgencias	2,836	0,12	80,889	3,42	25,499	1,10
Total	165,835	7,03	1,522,219	64,47	672,241	28,50

Fuente: elaboración propia con base en los RIPS de una IPS de Bogotá, 2001–2017

Discusión

Esta institución prestadora de servicios (IPS) es un centro de referencia para la atención de salud mental en Bogotá. La mayoría de la población está ubicada en área urbana. Se identificaron vacíos en el registro de la información; por ejemplo, los registros de las variables sociodemográficas están incompletos, lo cual dificulta su análisis de acuerdo a lo reportado por la Encuesta Nacional de salud mental 2015, según la cual vivir en situación de pobreza y tener bajo nivel de educación son determinantes de la valoración de los colombianos sobre su estado de salud mental (15). Es necesario fomentar el trabajo en sistemas de información dado que los datos recolectados deben ser útiles, oportunos y completos, así como permitir análisis a profundidad.

Los servicios de clínica diurna presentaron un uso del 0,39 % en esta institución. En la región de las Américas por cada cien mil habitantes se registra una tasa de 0,3 establecimientos de clínica diurna llama la atención como siendo una alternativa ante la ocupación de los servicios hospitalarios y de los programas que están orientados a generar una progresiva disminución del uso de camas hospitalarias, lo cual impacta positivamente en los procesos de desinstitucionalización (4,5). La baja frecuencia de uso de los programas de clínica diurna podría explicarse por barreras relacionadas con el comportamiento de las personas, la ubicación geográfica, dificultades para el traslado en sí o para el pago de transportes y copagos, e incluso el desconocimiento de la oferta de servicios de salud mental (6,15).

En Colombia, según la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, el 4,5 % de la población entre 18 y 44 años informó haber tenido algún problema de salud mental en su vida y el 36,1 % reportó haberlo sufrido en los últimos doce meses. De este último grupo, el 37,5 % solicitó atención en servicios de salud mental y el 94,0 % tuvo acceso a la atención. En el grupo que teniendo un problema de salud mental y no consultaron se refirió en a 62,5 % “pensó que no era necesario consultar” (47,3 %); descuido (23,6 %) y no querer asistir (15,6 %). Sin embargo, en los resultados el grupo que más utiliza servicios de salud mental esta entre los 18 y 58 años (15).

El 49.82% de uso de servicios se da para hospitalización en esta institución. Esto podría estar relacionado con el hecho de que el 77 % de los gastos en salud mental se dirigen a hospitalización y se dejan de utilizar en atención primaria (6,7). En Colombia, el 4 % de las atenciones en el sistema sanitario corresponden a trastornos mentales y del comportamiento. Se hospitalizaron, por salud mental el 2,42 % durante el año 2015; este es un evento prevenible, en la medida en que se brinden las atenciones necesarias para mantener a los pacientes estables en atención primaria y evitar las agudizaciones del cuadro clínico (6,15).

En la IPS se registró una tendencia al incremento en RIPS. En el 2001 se prestaron 3.147 atenciones y en el 2017 ascendieron a 191.818, con un pico de atenciones en el año 2013 de 544.481, posiblemente relacionado con los sistemas de contratación de la principal empresa prestadora de servicios de salud (EPS) de Colombia en su momento dado que existe una tendencia al libre mercado en la contratación de servicios. Dicho incremento se mantuvo en el tiempo, a pesar de las dificultades de acceso a los servicios de salud y a la existencia de múltiples mitos, como miedo a tomar medicamentos, temor a solicitar el servicio por el estigma de la enfermedad mental, dificultad para tener un seguimiento y para articular adecuadamente las rutas de atención con los servicios de atención primaria (6, 13).

En la IPS la atención de salud mental en el servicio de hospitalización está a cargo del equipo interdisciplinario: enfermería, psiquiatría, medicina general, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, medicina interna, neurología, neuropsicología y nutrición. El mayor número de atención está a cargo de psiquiatría 72%. Medicina general realizó el 7% de las atenciones. Las atenciones por trabajo social y terapia ocupacional correspondieron al 4 % respectivamente, centradas en atención hospitalaria y clínica diurna. Las atenciones por psicología corresponden al 12%. En las Américas, el porcentaje de trabajadores de la salud por especialidad que participan en servicios hospitalarios corresponde a: 17 % psiquiatra menor que en la IPS; 8 % médico psiquiatra infantil no existe reporte para esta especialidad en la IPS, 32 % profesionales en enfermería, 2 % psicólogos en la IPS es del 12%, 3 % trabajadores sociales para la IPS es 4% y 6 % terapeutas ocupacionales para la IPS es de 4% (7). Para las Américas, el 80 % de la fuerza laboral está en el sector público y en los hospitales psiquiátricos trabaja uno de cada cinco psiquiatras (5).

La mayor demanda y consumo de servicios de acuerdo a la caracterización de los RIPS de la IPS seleccionada se dio en la atención de la esquizofrenia (16,84 %), el trastorno bipolar (16,54 %), el trastorno depresivo (15,29 %) y los trastornos de ansiedad (13,71 %). Al respecto, se deben considerar mecanismos orientados a medir adecuadamente el impacto de la intervención realizada por el equipo terapéutico, tanto en la disminución de recaídas, la rehabilitación cognitiva, la intervención psicosocial, como en calidad de vida orientada a garantizar el tratamiento de forma ambulatoria centrado en la comunidad y en atención primaria (5,7). Esto con el fin de reducir la brecha entre la carga que representan los trastornos mentales y el presupuesto general asignado para dar respuesta a su atención. Es necesario reevaluar un incremento en las formas de financiación y al mismo tiempo realizar un uso racional de los recursos (5,7).

En el mundo existe la tendencia a des institucionalizar la atención de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, así como a evitar el recrudecimiento del cuadro clínico y si es necesaria recurrir a la internación; también a reducir la estancia hospitalaria a la mínima expresión y utilizar programas como hospitalización domiciliaria (5,7). Para lograr esto, se hace necesario realizar intervenciones desde la promoción de la salud mental, aumentar la detección temprana en los diferentes entornos y brindar atención integral a las personas que ya se encuentran diagnosticadas. También se requiere promover controles ambulatorios periódicos a toda persona previamente diagnosticada, incluyendo a quienes han sido dados de alta, conforme a lo establecido en los planes de manejo de la Ruta Integral de Atención a Problemas, Trastornos Mentales y Epilepsia (7,13).

Según el análisis desarrollado, los RIPS en niños y adolescentes correspondieron al 7 % y en adultos mayores de 60 años al 28,50 %. Esto indica que existe la necesidad de crear conciencia sobre los problemas psicosociales en las personas mayores y brindar servicios de salud mental interdisciplinarios de alta calidad a estos dos grupos específicos de edad y, sobre todo, una intervención oportuna y de calidad para niños, niñas y adolescentes a fin de generar mecanismos de atención por parte de todo el equipo interdisciplinario, incluyendo enfermería, terapia ocupacional, terapia física y fonoaudiología. Es necesario fomentar el trabajo de enfermería en salud mental, el cual debe estar orientado a prevenir, promover, corregir, evitar secuelas, así como a fomentar la salud mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad (16,19).

Las enfermedades médicas generales asociadas a los trastornos mentales presentaron un total del 10,95 % de los RIPS y son una razón de la importancia por la cual se debe considerar la gestión de servicios de atención integral, incluyendo el manejo de comorbilidades en condiciones médicas generales que se presentan en las personas que padecen trastornos mentales. Se debe intervenir eficazmente la mortalidad causada por enfermedades mentales, debidas a causas tratables, que no son atendidas oportunamente, debido a la estigmatización y a servicios de salud no integrados (3,16).

El cuidado efectivo de la depresión y la ansiedad requiere un sistema integral de salud mental que involucre gobierno, instituciones de salud y comunidad, lo cual implica construir un consenso multisectorial

respaldado por una gran voluntad política que permita desarrollar planes holísticos de atención en salud mental, tal como lo plantea el documento CONPES 3992 (13).

En Colombia para 2018 se reportaron 11.965 servicios en salud mental habilitados, de los cuales el 94,0 % (11.204) atienden específicamente problemas y trastornos mentales, con una tasa de atención de 21,4 por cien cada mil personas; los otros (6,36 %) están destinados a prestar servicios para trastornos por consumo de sustancias psicoactivas con un 1,5 por cada cien mil habitantes. Existen variaciones en cada territorio: las tasas de atención están entre 2,2 y 29,3 por cada cien mil habitantes; existe una concentración de servicios alrededor del 53,0 % en Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y la ciudad de Bogotá (6,17).

Es indispensable considerar el papel de enfermería en el proceso de atención en salud mental tanto en promoción, prevención, como en intervención, se han descrito diferentes modelos entre otros el modelo de recuperación de la salud mental, de forma que la atención en salud mental por enfermería debería ser un desafío para mejorar los sistemas de atención sanitaria. Se ha considera como enfermería centra su atención en la persona y sus diferentes dimensiones permitiendo una mejoría en la calidad de vida de las personas con trastornos mentales (19).

Conclusiones

El objetivo del trabajo ha sido caracterizar los registros individuales de prestación de servicios en atención de salud mental, en una IPS de Bogotá en el periodo 2001–2017 encontrándose, como consultan más mujeres que hombres (52,5 % frente al 47,5 %, respectivamente) y que la atención está centrada en el grupo de 18 a 59 años de edad con un 64,47 %, seguida de mayores de 60 años con el 28,50 % y el grupo de edad de menores de 18 años con el 7,0 %. En cuanto al tipo de servicio ofrecido, el 49,82% corresponde a hospitalización, el 43,42% a consulta externa, 4,64 % a urgencias y el 0,39% clínica diurna.

Los principales registros RIPS por grupo de diagnóstico son: esquizofrenia (16,84 %), trastorno bipolar (16,54 %), trastornos depresivos (15,29 %), trastornos de ansiedad (13,71 %) y trastornos demenciales (6,82 %). Los mayores registros por diagnóstico específico por grupo de edad en niños, niñas y adolescentes corresponden al trastorno de actividad y atención (15,53 %), seguido de trastorno mixto del desarrollo y el aprendizaje (3,94 %). La mayor cantidad de RIPS por diagnóstico específico en el grupo de edad de mayores de 60 años corresponde a las demencias, con un 8,3 % para el diagnóstico de demencia no especificada seguido de trastorno bipolar con un 7,7 %.

Los TM están dentro de las principales causas de años vividos con discapacidad en todo el mundo, con una carga presente en ambos sexos a lo largo de la vida y están relacionados con muertes prematuras; sin embargo, las tasas de tratamiento siguen siendo muy bajas, la OMS informa como en los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; igualmente la OMS reporta que la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50% (7,16). Para reducir la carga de enfermedad de estos trastornos y tener una mejor cobertura de tratamiento, se debe incluir un enfoque en la calidad de la intervención realizada, así como una oportuna identificación y cuantificación de factores de riesgo modificables para generar estrategias de prevención efectivas (13,16).

En la IPS la atención es prestada principalmente en hospitalización y consulta externa sin embargo se han identificado cuatro áreas prioritarias para disminuir la brecha de tratamiento de salud mental y mejorar el acceso a servicios de salud mental de alta calidad en el mundo: disminuir el estigma generalizado, desarrollar sistemas innovadores de atención en salud mental que permitan generar capacidad de investigación, implementar programas de promoción y prevención para reducir la incidencia de los trastornos mentales, y establecer una ampliación sostenible y a largo plazo de los sistemas de salud pública para mejorar el acceso al tratamiento de salud mental mediante intervenciones basadas en evidencia (13,16).

Si bien se presta en hospitalización de la IPS una atención por el equipo interdisciplinario de salud mental, los esfuerzos deben estar dirigidos a mejorar los determinantes sociales tanto como los factores de riesgos modificables para poder lograr impactar favorablemente los costos de la atención y de la rehabilitación de los trastornos mentales por medio de políticas de salud pública en salud mental (13,16).

En la IPS el servicio de Clínica Diurna se encuentra con uso muy limitado del 0,39% de las atenciones y podría ser una oportunidad para ampliar la atención en salud mental dado que la brecha entre la necesidad de atención y la prestación del servicio de salud mental en los países de ingresos medios y bajos

se encuentra entre el 85 % y el 76 % (5,16). Esto representa un desafío para los sistemas de salud, tanto en la atención como en la promoción y prevención de los trastornos mentales (4, 5).

La prevención y promoción de la salud mental, aunque necesaria para abordar la brecha de salud mental, no se ha consolidado como un enfoque programático o de investigación. Se requieren estudios de implementación de la investigación a la práctica para informar las políticas y ampliar los servicios. Es necesario evaluar cómo las leyes, los planes y los programas se ajustan a las necesidades de los individuos de forma que se logren vencer los obstáculos para tener una atención de salud mental de alta calidad en Colombia (6).

En Colombia las políticas están orientadas a implementar acciones a nivel intersectorial a nivel nacional incluyendo los territorios. El CONPES 3992 propone la creación del comité técnico interinstitucional de salud mental y mejorar todos los sistemas de información para que el dato del Observatorio Nacional de Salud Mental permita una adecuada consolidación de los mismo y tomar decisiones. Se encuentra en proceso de desarrollo el índice de salud mental. Es necesario fortalecer la investigación para poder incidir sobre los determinantes sociales y se genere una verdadera promoción de la salud mental del país además de intervenir en promoción, prevención y atención integral de las violencias, consumo de sustancias psicoactivas, así como problemas y trastornos mentales además del suicidio (12,13).

Referencias bibliográficas

1. GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017 Sep 16;390(10100):1260–1344. doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)32130-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-X). Erratum in: *Lancet*. 2017 Oct 28;390(10106):e38. PMID: 28919118; PMCID: PMC5605707.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1575–86. doi: [10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6). Epub 2013 Aug 29. PMID: 23993280.
3. Whiteford H, Ferrari A, Degenhardt L. Global Burden Of Disease Studies: Implications For Mental And Substance Use Disorders. *Health Aff (Millwood)*. 2016 Jun 1;35(6):1114–20. doi: [10.1377/hlthaff.2016.0082](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0082). PMID: 27269030.
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington: OPS, OMS; 2018.
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Atlas de salud mental de las Américas 2017. Washington: OPS, OMS; 2018.
6. González LM, Peñaloza R, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Vega-Landaeta AP. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2016 dic. [citado 2020 mzo. 6];45(supl. 1):89–95. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500012&lng=en
7. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030. OMS. 2022
8. Wainberg ML, Scorza P, Shultz JM, Helpman L, Mootz JJ, Johnson KA, Neria Y, Bradford JE, Oquendo MA, Arbuckle MR. Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 May;19(5):28. doi: [10.1007/s11920-017-0780-z](https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z). PMID: 28425023; PMCID: PMC5553319.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031. Abril 2022.
10. Congreso de Colombia. Ley 1309 de 2009. Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados.
11. Congreso de Colombia. Ley 1616 del 21 de enero de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

12. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental. 15 de noviembre de 2018
13. Consejo Nacional de Política Económica Social, Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 3992. Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia; 2020.
14. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Decima revision (CIE-10). OPS; 2015.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Tomo 1. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
16. WHO. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021.
17. Ministerio de Salud. Boletín de salud mental. Análisis de indicadores en salud mental por territorio subdirección de enfermedades no transmisibles Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. Min-Salud; 2018.
18. World Bank Group, World Health Organization. Out of the shadows: Making mental health a global development priority. Seth Mnookin WBG, WHO; 2016.
19. Zaraza-Morales DR, Contreras-Moreno JR. El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería colombiana. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2020 dic [citado 2022 ag.19];49(4):305-310. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000400305&lng=en. Epub 2021 febr. 20. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.002>
20. GBD 2015. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1545-1602. [https://10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://10.1016/S0140-6736(16)31678-6).
21. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol. 2014 Apr;43(2):476-93. doi: 10.1093/ije/dyu038. Epub 2014 Mar 19. PMID: 24648481; PMCID: PMC3997379.