

Caracterización de la demanda de servicios de salud mental en una aseguradora en salud en Colombia, 2012¹

Characterization of Demand for Mental Health Services in a Health Insurer in Colombia, 2012

Iván Mauricio Muñoz Galindo², John Jairo Bernal García³,
Natalia Elizabeth Guarín Téllez⁴ y Helbert Orlando Arévalo Roa⁵

Recibido: 30- Marzo - 2015 • Revisado: 07- Julio - 2015 • Aprobado: 14- Agosto-2015

Resumen

El objetivo de esta investigación fue caracterizar la demanda de servicios en salud mental, de la población afiliada a una aseguradora en salud en Colombia durante el año 2012. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con base en información de 52.624 afiliados y 463.522 atenciones en 16 ciudades. Se determinaron frecuencias por servicio y grupo diagnóstico, y se compararon proporciones mediante la prueba estadística Chi cuadrado. Se encontró que las mujeres tuvieron mayor uso de servicios a partir de los 15 años. El trastorno mental registró el mayor número de atenciones. El abuso y dependencia al alcohol y a sustancias psicoactivas predominaron en los hombres, mientras que intento de suicidio, lesiones autoinfligidas y violencias, en las mujeres.

Palabras clave autores: Salud mental, epidemiología, trastornos mentales, servicios de salud, seguros de salud.

Palabras clave descriptores: Salud Mental, Servicios de Salud, Epidemiología, Trastornos Mentales.

Abstract

The aim of this research was to characterize the records of mental health care, of population affiliated with a health insurer in Colombia during 2012. A retrospective descriptive cross-sectional study was conducted based on information from 52,624 members and 463,522 attentions in 16 cities. Frequencies for services and diagnostics group were determined and proportions were compared using Chi square statistic test. It was found that women had higher demand for services from 15 years. The mental disorder reported the highest number of attentions. Abuse and alcohol dependence and psychoactive substance predominated among men, while suicide attempts, self-harm and violence in women.

Keywords authors: Mental health, epidemiology, mental disorders, health services, health insurance.

Keywords plus: Mental Health, Health Services, Epidemiology, Mental Disorders.

Para citar este artículo:

Muñoz Galindo, I. M., Bernal García, J. J., Guarín Téllez, N. E. y Arévalo Roa, H. O. (2015). Caracterización de la demanda en servicios de salud mental en una aseguradora de servicios de salud en Colombia, 2012. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(2), 63-80.

1. Este artículo es resultado de la investigación "Caracterización de la demanda de servicios de salud mental en una aseguradora en salud en Colombia, 2012", realizada por los integrantes del grupo de la Gerencia Nacional de Riesgos en Salud de Salud Total EPS, que desarrollan proyectos de investigación relacionados con epidemiología, evaluaciones económicas en salud y resultados en salud la Investigación fue financiada por Salud Total EPS. Se agradece a Diana Carolina Ramírez Peña de Salud Total EPS, por su gestión en la consolidación inicial de la información.
2. Enfermero, Especialista en Epidemiología, MSc (Candidato) en Efectividad Clínica. Epidemiólogo, Gerencia Nacional de Riesgos en Salud, Vicepresidencia Técnica y de Salud, Salud Total EPS. Correo electrónico: ivan.mg7@gmail.com.
3. Psicólogo, Profesional Promoción y Prevención, Gerencia Nacional de Riesgos en Salud. Vicepresidencia Técnica y de Salud. Salud Total EPS. Correo electrónico: john.bernal@outlook.com.
4. Médico, Especialista en Epidemiología, MSc (Candidato) en Efectividad Clínica. Directora Nacional de Epidemiología y Evaluaciones Económicas, Gerencia Nacional de Riesgos en Salud, Vicepresidencia Técnica y de Salud, Salud Total EPS. Correo electrónico: nataliaguarin@outlook.com.
5. Médico. Especialista en Epidemiología. MSc en Economía de la Salud. MBA (candidato). Gerente Nacional de Riesgos en Salud, Vicepresidencia Técnica y de Salud, Salud Total EPS. Correo electrónico: helbertarevalost@gmail.com.

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 450 millones de personas en el mundo padecen de un trastorno mental o del comportamiento y no todas reciben tratamiento básico para su condición (OMS, 2004). En los países con ingresos bajos y medio-bajos, cuatro de cada cinco personas que necesitan atención por trastornos mentales, trastornos neurológicos y trastornos por uso de sustancias, no reciben tratamiento. Este fenómeno conlleva a que la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves, junto con sus amigos y familiares, afronten desde sus propios recursos e imaginarios la carga que implica la enfermedad mental (World Health Organization [WHO], 2010).

En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) del año 2003, el 40,1% de habitantes presentó algunos de los 23 trastornos definidos por el DSM-IV alguna vez en su vida, 16,0% lo reportó en el último año y 7,4% en el último mes. Respecto al uso de servicios de salud por personas con trastornos mentales, se estimó que entre un 85,8% y un 94,7% de las personas con esta condición no acceden a algún servicio de salud (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005).

En relación a violencia, según las estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal para el año 2013 se reportaron 68.230 casos de violencia intrafamiliar, distribuidos en violencia de pareja (65,6%), violencia entre otros familiares (18,2%), violencia hacia niños, niñas y adolescentes (14,23%) y violencia al adulto mayor (2%). Se practicaron 20.739 exámenes sexológicos forenses en presuntas víctimas de delitos sexuales, 3,5% menos que en el 2012 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013).

Actualmente se plantea que existen dos problemas de salud pública. El primero es la prevalencia de los trastornos mentales neurológicos por uso de sustancias y la violencia. El segundo, lo constituye la brecha entre las personas en condición o riesgo de enfermedad mental, el acceso de éstas a los servicios de salud mental y la consecuente carga para sus familiares (WHO, 2010)

Respecto al suicidio, se estima que cinco personas se quitan la vida cada día en Colombia, con una tasa de 4 suicidios por 100.000 habitantes y con una tendencia al aumento desde el año 2006 (Así vamos en salud, 2014).

Actualmente se plantea que existen dos problemas de salud pública. El primero es la prevalencia de los trastornos mentales neurológicos por uso de sustancias y la violencia. El segundo, lo constituye la brecha entre las personas en condición o riesgo de enfermedad mental, el acceso de éstas a los servicios de salud mental y la consecuente carga para sus familiares (WHO, 2010).

La gestión del riesgo permite identificar y analizar elementos causales de potenciales eventos en poblaciones específicas, con el fin de desarrollar soluciones que permitan intervenirlas oportunamente, modificarlas y evitar que ocurran desenlaces adversos. Por lo tanto, se hace necesario determinar la situación de salud y el

comportamiento del uso de servicios de la población afiliada. El presente estudio tiene como objetivo caracterizar la demanda de servicios en salud mental, relacionado con trastornos mentales, dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas (SPA), intento de suicidio y violencia, en la población afiliada a una aseguradora en salud en Colombia durante el año 2012.

1. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Los datos se tomaron a partir del total de los registros disponibles en los sistemas de información de una aseguradora en salud de régimen contributivo, teniendo en cuenta diagnósticos de trastorno mental, de eventos que afectan la salud mental, y uso de servicios de salud mental, lo cual incluyó historia clínica y autorizaciones de servicios entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2012.

La base de datos incluyó variables de información demográfica, diagnósticos, servicios de salud utilizados, fechas de diagnóstico y de uso de servicios. Se analizó la información de 16 ciudades de acuerdo a la cobertura de la aseguradora en el país. Se tuvieron en cuenta los diagnósticos relacionados con trastorno mental, abuso y dependencia del alcohol; uso, abuso y dependencia de SPA; intento de suicidio y lesiones autoinfligidas, y violencia física, psicológica, intrafamiliar y sexual; con los cuales se realizó la agrupación diagnóstica. La captura de información de uso de servicios de salud mental se realizó a partir de la consulta por psicología, psiquiatría, hospitalización y medicina general en urgencias; dentro de las atenciones por hospitalización se tuvieron en cuenta todas aquellas, independientemente de su causa de

ingreso o egreso, donde se identificará un diagnóstico principal o asociado de salud mental.

En la base de datos obtenida se identificaron 52.624 personas que accedieron a servicios de salud mental durante el periodo de estudio. Se obtuvo un total de 599.741 registros de los cuales se excluyeron las prestaciones consideradas como intervenciones de apoyo. Se incluyeron entonces para el análisis del estudio 463.522 registros a nivel nacional correspondientes a atenciones en salud mental. El procesamiento de la información se realizó excluyendo los datos de identificación de la población de estudio en Microsoft Excel y en Epi Info 7, a través de los cuales se obtuvieron los estadísticos descriptivos, las medidas de resumen y las medidas de asociación. Se realizaron comparaciones de proporciones mediante la prueba estadística Chi cuadrado.

2. Resultados

Para el año 2012, la aseguradora registró un total de 1'828.661 afiliados. La base de datos analizada reportó 52.624 afiliados que requirieron servicios de salud mental, 33.373 mujeres (63.4%) y 19.251 hombres (36.6%) entre 0 años y 98 años. La media de edad general fue de 31,11 años (DS +/- 20,36 años), para las mujeres de 35,15 años (DS +/- 19,77 años) y 24,18 años (DS +/- 19,49 años) en hombres, diferencia estadísticamente significativa en la comparación entre los dos sexos (valor de p menor a 0,001).

El mayor consumo de servicios está dado por las mujeres a partir de los 15 años y en hombres de 1 a 14 años, diferencias estadísticamente significativas en el total general y para cada uno de los grupos etareos, excepto en los menores de un año. En cuanto a distribución geográfica se

observó que el mayor volumen de uso de servicios, se registró en la población de las ciudades de Bogotá (27%), Medellín (10.9%) y Barranquilla (9.9%), comportamiento que es congruente con la distribución proporcional de la población afiliada. Sin embargo, fue necesario revisar la demanda de servicios por ciudad a través de un indicador que permitiera analizar las prestaciones efectuadas sobre la población afiliada. La tasa de afiliados con uso de servicios de salud mental sobre la población afiliada evidenció que las ciudades del eje cafetero registraron una mayor demanda de servicios de salud mental mientras que Montería y Villavicencio la menor (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Tasa de afiliados con uso de servicios de salud mental, por sexo y sucursal (Tasa por 1.000 afiliados).

Sucursal	Mujeres	Hombres	Total
Bucaramanga	55,52	31,89	43,76
Bogotá	28,69	17,75	23,22
Barranquilla	31,51	20,88	26,16
Cali	40,38	22,03	31,04
Cartagena	31,51	21,22	26,27
Girardot	26,12	17,12	21,64
Ibagué	29,89	18,01	24,29
Manizales	76,17	39,47	58,27
Medellín	40,24	17,83	28,59
Montería	20,76	13,02	16,85
Neiva	36,45	23,35	29,90
Pereira	85,77	31,26	58,32
Sincelejo	28,32	18,23	23,35
Santa Marta	24,38	18,44	21,38
Valledupar	24,94	19,98	22,47
Villavicencio	26,68	16,01	21,19
Total nacional	36,65	20,97	28,78

Dentro de la población afiliada que accedió a servicios de salud mental durante el periodo de

estudio se encontraron diferencias significativas entre la proporción de hombres y mujeres en las sucursales de Bogotá, Barranquilla, Cali, Cartagena, Manizales, Medellín, Pereira, Santa Marta y Valledupar. La descripción demográfica de la población se presenta en la Tabla 2. (Ver Tabla 2).

En relación a las atenciones en salud mental por tipo de servicio, las mujeres realizan una mayor demanda de prestaciones, principalmente en urgencias. Por su parte los hombres consultan más a través de los servicios de psicología. En cuanto a edad, se observa a partir de los 15 años mayor predominio de la demanda de servicios a través de las atenciones de urgencias, aunque entre los 45 y 59 años es mayor la demanda de servicios de consulta por psiquiatría. Respecto a la distribución de atenciones por ciudad se encuentra que la demanda está dada principalmente para las consultas de psicología y urgencias, donde la primera predomina en las ciudades de Bucaramanga, Bogotá, Cali, Ibagué, Montería, Neiva, Sincelejo y Santa Marta, y una mayor demanda de servicios por urgencias en Barranquilla, Cartagena, Girardot, Manizales, Medellín, Pereira, Valledupar y Villavicencio. El detalle de la distribución de las atenciones por tipo de servicio se presenta en la tabla 3. (Ver Tabla 3).

En cuanto a la agrupación diagnóstica se observa que la mayor demanda de servicios estuvo relacionada con trastorno mental (93%). Las atenciones se concentraron principalmente en urgencias, excepto para violencias, grupo que registró una mayor demanda de servicios de psicología. Dentro de las atenciones por hospitalización, se observó que el 42% se relacionan específicamente con internaciones de salud mental.

Tabla 2. Características demográficas de la población objeto de estudio.

Variable	Categoría	Sexo				Total general		Valor de p [‡]
		Femenino		Masculino		n	% [†]	
		n	%*	n	%*			
Sexo	Total General	33.373	63,42	19.251	36,58	52.624	100,00	< 0,001 [§]
Grupo Etario	< 1 Año	17	50,00	17	50,00	34	0,06	0,148
	1 - 4 Años	1.180	45,65	1.405	54,35	2.585	4,91	< 0,001 [§]
	5 - 14 Años	5.060	41,09	7.253	58,91	12.313	23,40	< 0,001 [§]
	15 - 44 Años	15.516	68,77	7.047	31,23	22.563	42,88	< 0,001 [§]
	45 - 59 Años	7.772	77,58	2.246	22,42	10.018	19,04	< 0,001 [§]
	> 60 Años	3.828	74,90	1.283	25,10	5.111	9,71	< 0,001 [§]
	Bucaramanga	2.963	63,72	1.687	36,28	4.650	8,84	0,653
Sucursal	Bogotá	8.790	61,77	5.440	38,23	14.230	27,04	< 0,001 [§]
	Barranquilla	3.106	59,79	2.089	40,21	5.195	9,87	< 0,001 [§]
	Cali	1.524	63,87	862	36,13	2.386	4,53	< 0,001 [§]
	Cartagena	2.511	58,93	1.750	41,07	4.261	8,10	< 0,001 [§]
	Girardot	290	60,67	188	39,33	478	0,91	0,211
	Ibagué	1.374	65,06	738	34,94	2.112	4,01	0,111
	Manizales	3.320	66,96	1.638	33,04	4.958	9,42	< 0,001 [§]
	Medellín	3.862	67,58	1.853	32,42	5.715	10,86	< 0,001 [§]
	Montería	271	60,90	174	39,10	445	0,85	0,273
	Neiva	219	61,00	140	39,00	359	0,68	0,340
	Pereira	3.006	73,00	1.112	27,00	4.118	7,83	< 0,001 [§]
	Sincelejo	299	61,52	187	38,48	486	0,92	0,383
	Santa Marta	717	56,46	553	43,54	1.270	2,41	< 0,001 [§]
	Valledupar	791	55,67	630	44,33	1.421	2,70	< 0,001 [§]
	Villavicencio	330	61,11	210	38,89	540	1,03	0,263

* Porcentaje calculado con relación a la proporción de cada sexo en cada una de las categorías de las variables en estudio.

† Porcentaje calculado con relación a la proporción de cada categoría dentro de la variable en estudio.

‡ Valor de p calculado para la diferencia de proporciones entre los sexos en cada una de las categorías de las variables en estudio.

§ Valores estadísticamente significativos (p menor a 0,05)

Tabla 3. Distribución de atenciones en salud mental por sexo, grupo de edad, sucursal y tipo de servicio (hospitalizaciones, psicología, psiquiatría y urgencias).

Variable	Tipo de servicio solicitado										
	Hospitalización				Psicología		Psiquiatría		Urgencias		Total General
	Salud Mental		Todas las causas		n	%†	n	%†	n	%†	
	n	%*	N	%†							
Sexo											
F	2.813	40,53	6.941	2,31	86.740	28,92	79.600	26,54	126.604	42,22	299.885
M	1.939	45,69	4.244	2,59	59.063	36,09	43.380	26,51	56.950	34,80	163.637
Grupo Etario											
< 1 Año	0	0,00	13	9,29	7	5,00	0	0,00	120	85,71	140
1 - 4 Años	0	0,00	329	2,26	4.914	33,75	550	3,78	8.765	60,21	14.558
5 - 14 Años	259	30,12	860	0,98	52.917	60,48	12.173	13,91	21.540	24,62	87.490
15 - 44 Años	3.216	54,46	5.905	2,86	55.157	26,76	51.453	24,96	93.626	45,42	206.141
45 - 59 Años	1.005	39,58	2.539	2,49	24.541	24,10	37.731	37,05	37.037	36,36	101.848
> 60 Años	272	17,67	1.539	2,88	8.267	15,50	21.073	39,50	22.466	42,11	53.345
Ciudad											
Bucaramanga	706	70,04	1.008	1,54	23.949	36,50	23.285	35,48	17.378	26,48	65.620
Bogotá	775	27,60	2.808	2,50	44.367	39,45	38.848	34,54	26.453	23,52	112.476
Barranquilla	180	30,35	593	1,44	12.144	29,40	6.014	14,56	22.550	54,60	41.301
Cali	56	14,32	391	1,51	10.704	41,39	4.325	16,72	10.440	40,37	25.860
Cartagena	167	24,81	673	2,83	3.535	14,88	3.179	13,39	16.363	68,90	23.750
Girardot	3	3,00	100	2,29	1.811	41,52	227	5,20	2.224	50,99	4.362
Ibagué	9	2,91	309	2,09	7.060	47,79	3.022	20,46	4.381	29,66	14.772
Manizales	764	59,78	1.278	2,22	11.026	19,12	18.923	32,82	26.431	45,84	57.658
Medellín	945	50,83	1.859	4,71	7.840	19,85	10.892	27,57	18.912	47,87	39.503
Montería	8	7,77	103	2,91	1.719	48,49	384	10,83	1.339	37,77	3.545
Neiva	12	4,40	273	7,43	1.534	41,75	723	19,68	1.144	31,14	3.674
Pereira	973	76,98	1.264	3,44	5.640	15,35	9.137	24,86	20.706	56,35	36.747
Sincelejo	6	17,65	34	1,01	2.038	60,56	517	15,36	776	23,06	3.365
Santa Marta	19	20,21	94	0,80	6.522	55,33	551	4,67	4.620	39,20	11.787
Valledupar	124	45,93	270	1,86	4.005	27,58	2.361	16,26	7.884	54,30	14.520
Villavicencio	5	3,91	128	2,79	1.909	41,66	592	12,92	1.953	42,62	4.582
Agrupación diagnóstica											
Uso y abuso de alcohol	110	19,37	568	7,16	807	10,18	864	10,90	5.690	71,76	7.929
Trastorno mental	4.294	43,37	9.900	2,30	135.691	31,46	118.090	27,38	167.615	38,86	431.296
Uso y abuso de sustancias psicoactivas	243	68,84	353	4,81	1.516	20,65	2.613	35,58	2.861	38,96	7.343
Intento suicida y lesiones autoinfligidas	67	69,07	97	6,91	184	13,11	252	17,95	871	62,04	1.404
Violencias	38	14,23	267	1,72	7.605	48,91	1.161	7,47	6.517	41,91	15.550
Total general	4.752	42,49	11.185	2,41	145.803	31,46	122.980	26,53	183.554	39,60	463.522

* Porcentaje calculado con relación a la proporción de las hospitalizaciones por causas específicas de salud mental en relación al total de hospitalización por todas las causas

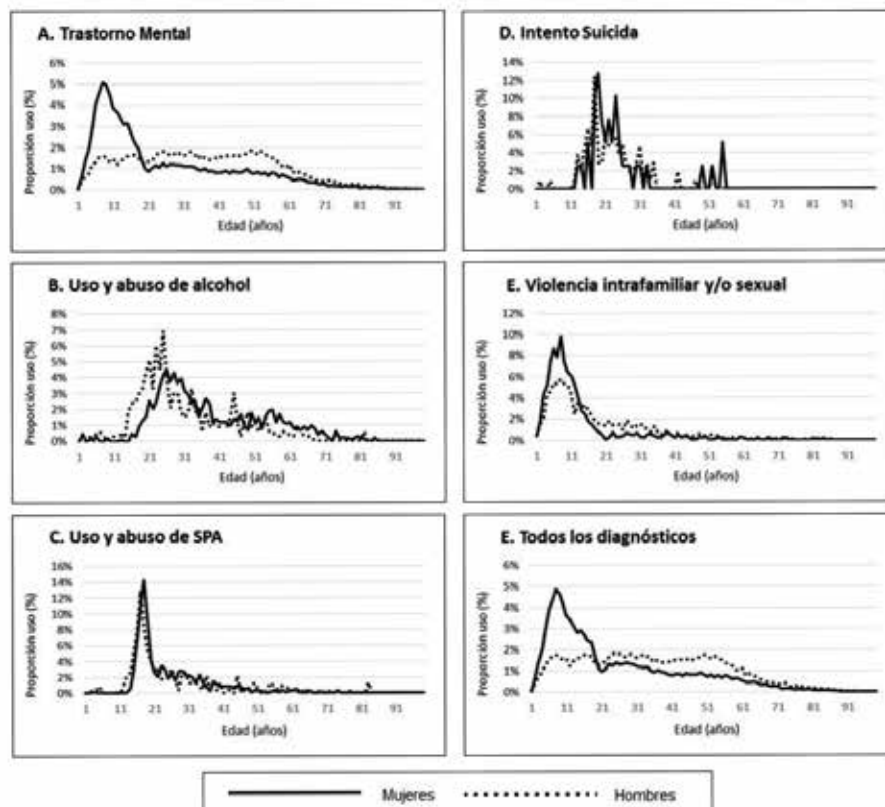
† Porcentaje calculado con relación a la proporción de los servicios de salud en cada categoría dentro de la variable en estudio.

En relación con la distribución por grupo etario se observa que el consumo de servicios de salud mental presenta una tendencia ascendente a medida que incrementa la edad y muestra un pico a partir de los 10 años para luego formar una meseta entre los 30 y 60 años que posteriormente descende. Al analizar las causas de solicitud de servicios, se aprecia que los pacientes en edad infantil y los adolescentes fueron quienes principalmente consultaron por algún diagnóstico relacionado con violencia, dentro de los que se destacan en niños, los problemas relacionados con la crianza, sustancialmente por sospecha o riesgo de maltrato en el entorno familiar del niño, bien sea por acción u omisión que potencialmente afecte su desarrollo; mientras que en las niñas predominó el abuso sexual no especificado. La solicitud de servicios asocia-

da con el uso y abuso de SPA se concentró en la adolescencia y los adultos jóvenes, al igual que el intento suicida y las lesiones autoinfligidas. La distribución de los servicios solicitados según la edad de los pacientes en hombres y mujeres se presenta en la figura 1.

En la distribución de las atenciones de salud mental por agrupación diagnóstica, se observa una mayor proporción de diagnósticos por trastorno mental. Respecto a los diagnósticos relacionadas con abuso y dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas ilegales, se observó que los hombres fueron quienes registraron una mayor proporción, mientras que, para los diagnósticos relacionados con intento de suicidio, lesiones autoinfligidas y violencias, la proporción fue mayor para las mujeres (Ver Tabla 4).

Figura 1.
Tendencia de uso de servicios de salud mental, por edad, sexo y agrupación diagnóstica.



Al analizar las atenciones en salud mental por grupo de edad se observa en menores de un año registros relacionados con trastorno mental y violencias, en donde se identificaron trastornos de la ingestión que obedecen a situaciones de negligencia y abandono por parte de los cuidadores, así como enfermedades neurológicas que afectan el desarrollo cognitivo y psicosocial como los principales diagnósticos (Ver Tabla 4 y 5).

Entre 1 y 4 años, el segundo grupo de mayor prevalencia correspondió a violencias, el cual se encuentra relacionado con maltrato infantil; así mismo se observaron diagnósticos relacionados con uso de alcohol y SPA e intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, para los cuales se realizó revisión de historia clínica y se encontró que correspondieron a eventos accidentales o a exposición por antecedentes familiares de consumo de SPA. Dentro de los diagnósticos más frecuentes en las atenciones se observó trastornos del comportamiento social de la niñez, de la conducta, de la ingestión de alimentos y problemas relacionados con la crianza (Ver Tabla 5). Entre los 5 a 14 años el segundo grupo de diagnóstico con mayor prevalencia fue el de violencias, y aumenta de manera importante el intento de suicidio o lesiones autoinfligidas así como el de consumo de SPA. De 15 a 44 años aparecen los diagnósticos de consumo de SPA como el segundo grupo de diagnósticos de mayor prevalencia, y en menor medida, las violencias y el intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, aunque este último es mucho mayor en relación al grupo de edad anterior. A partir de los 45 años disminuyen las atenciones por farmacodependencia, violencias e intento de suicidio o lesiones autoinfligidas, sin presentar casos para esta última en mayores de 60 años, aunque se mantiene en segundo lugar la

proporción de atenciones por abuso y dependencia de alcohol. Los trastornos de ansiedad, los episodios y los trastornos depresivos, así como los trastornos afectivos bipolares encabezaron respectivamente para ambos sexos la frecuencia de diagnósticos de problemas de salud mental en la población adulta a partir de los 15 años (Ver Tabla 4 y 5).

Dentro de la distribución de diagnósticos, de acuerdo a su agrupación, se observó, para trastorno mental como principal agrupación por su volumen de atenciones en la población general, los trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión como los diagnósticos de mayor frecuencia en las atenciones para ambos sexos (Ver Tabla 6). Para abuso y dependencia del alcohol, la cirrosis hepática fue la primera causa de atención en hombres. Posteriormente, se observó una mayor proporción para la intoxicación alcohólica tanto en hombres como mujeres, lo cual se encuentra relacionado con la proporción de consultas por urgencias para esta agrupación; la consulta para la asesoría por abuso de alcohol, registró una participación importante como parte del seguimiento ambulatorio. En relación a uso, abuso y dependencia de SPA, se observaron principalmente atenciones relacionadas con el uso de múltiples sustancias psicoactivas en ambos sexos, seguido por uso de cannabinoides en el caso de los hombres y por uso de sedantes o hipnóticos y de opiáceos en las mujeres. En tercer lugar, se ubicó una proporción importante de intervenciones ambulatorias relacionadas con consultas para la asesoría y vigilancia de abuso de drogas en ambos sexos. Respecto a intento de suicidio y lesiones autoinfligidas, se observaron atenciones, principalmente, para envenenamiento autoinfligido intencional para ambos sexos, dentro de este se registraron, para hombres, exposiciones a plaguicidas, seguido por

Tabla 4. Distribución de atenciones en salud mental por sexo, grupo de edad, sucursal y agrupación diagnóstica (abuso y dependencia de alcohol, trastorno mental, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas y violencias).

Variable	Categoría	Agrupación diagnóstica									
		Uso y abuso de alcohol		Enfermedad mental		Uso y abuso de SPA		Intento suicida		Violencia intra-familiar o sexual	
		n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Sexo	F	2.000	0,67	286.402	95,50	1.912	0,64	1.090	0,36	8.481	0,03
	M	5.929	3,62	144.894	88,55	5.431	3,32	314	0,19	7.069	0,04
Grupo Etario	< 1 Año	0	0,00	73	52,14	0	0,00	0	0,00	67	0,48
	1 - 4 Años	44	0,30	12.057	82,82	40	0,27	13	0,09	2.404	0,17
	5 - 14 Años	176	0,20	78.473	89,69	417	0,48	131	0,15	8.293	0,09
	15 - 44 Años	4.769	2,31	189.936	92,14	6.149	2,98	1.223	0,59	4.064	0,02
	45 - 59 Años	2.125	2,09	98.749	96,96	497	0,49	37	0,04	440	0,00
	> 60 Años	815	1,53	52.008	97,49	240	0,45	0	0,00	282	0,01
Sucursal	Bucaramanga	758	1,16	61.954	94,41	1.190	1,81	85	0,13	1.633	0,02
	Bogotá	1.027	0,91	104.523	92,93	1.495	1,33	97	0,09	5.334	0,05
	Barranquilla	1.111	2,69	37.496	90,79	755	1,83	275	0,67	1.664	0,04
	Cali	142	0,55	24.867	96,16	369	1,43	74	0,29	408	0,02
	Cartagena	548	2,31	22.096	93,04	275	1,16	155	0,65	676	0,03
	Girardot	108	2,48	4.210	96,52	10	0,23	0	0,00	34	0,01
	Ibagué	92	0,62	13.934	94,33	234	1,58	7	0,05	505	0,03
	Manizales	1.119	1,94	54.153	93,92	1.227	2,13	109	0,19	1.050	0,02
	Medellín	1.021	2,58	36.885	93,37	889	2,25	196	0,50	512	0,01
	Montería	8	0,23	3.451	97,35	9	0,25	28	0,79	49	0,01
	Neiva	493	13,42	2.600	70,77	89	2,42	0	0,00	492	0,13
	Pereira	855	2,33	34.116	92,84	563	1,53	234	0,64	979	0,03
	Sincelejo	25	0,74	3.043	90,43	6	0,18	5	0,15	286	0,08
	Santa Marta	212	1,80	11.258	95,51	85	0,72	74	0,63	158	0,01
	Valledupar	304	2,09	13.177	90,75	76	0,52	65	0,45	898	0,06
Villavicencio	106	2,31	3.533	77,11	71	1,55	0	0,00	872	0,19	

* Porcentaje calculado con relación a la proporción de las agrupaciones diagnósticas en cada categoría dentro de la variable en estudio. SPA: Sustancias psicoactivas.

Tabla 5. Distribución de diagnóstico de trastorno mental por sexo y grupo etario.

Grupo Etareo	No.	Hombres			Mujeres.		
		Diagnóstico	No. Atenciones.	(%) Frecuencia.	Diagnóstico	No. Atenciones.	(%) Frecuencia.
< 1 Año	1	Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado	24	30,38%	Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado	29	47,54%
	2	Convulsiones disociativas	20	25,32%	Síndrome del maltrato, no especificado	17	27,87%
	3	Síndrome del maltrato, no especificado	15	18,99%	Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado	6	9,84%
	4	Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño	8	10,13%	Problemas relacionados con el abandono emocional del niño	4	6,56%
	5	Negligencia o abandono	4	5,06%	Problemas relacionados con presiones Inapropiadas de los padres y otras anomalías en la calidad de la crianza	2	3,28%
		Otros diagnósticos	8	10,13%	Otros diagnósticos	3	4,92%
1 - 4 Años	1	Otros trastornos del comportamiento social en la niñez	1.934	22,41%	Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado	1.231	20,77%
	2	Otros trastornos de la conducta	1.567	18,16%	Otros trastornos del comportamiento social en la niñez	683	11,52%
	3	Trastorno de la ingestión de alimentos, no especificado	1.044	12,10%	Otros trastornos de la conducta	603	10,17%
	4	Otros problemas relacionados con la crianza del niño	722	8,37%	Otros problemas relacionados con la crianza del niño	339	5,72%
	5	Otros trastornos emocionales en la niñez	650	7,53%	Otros trastornos emocionales en la niñez	254	4,29%
		Otros diagnósticos	2.714	31,44%	Otros diagnósticos	2.817	47,53%
5 - 14 Años	1	Otros trastornos del comportamiento social en la niñez	9.799	18,15%	Otros trastornos del comportamiento social en la niñez	3.723	11,11%
	2	Otros trastornos de la conducta	8.976	16,63%	Otros trastornos de ansiedad	3.610	10,77%
	3	Otros trastornos de ansiedad	4.786	8,87%	Otros trastornos de la conducta	3.041	9,08%
	4	Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	3.281	6,08%	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	1.392	4,15%
	5	Otros problemas relacionados con la crianza del niño	2.570	4,76%	Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	1.343	4,01%
		Otros diagnósticos	24.571	45,52%	Otros diagnósticos	20.398	60,88%

15 - 44 Años	1	Trastorno de ansiedad, no especificado	14.175	23,15%	Trastorno de ansiedad, no especificado	37.700	26,01%
	2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	8.427	13,77%	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	31.016	21,40%
	3	Episodio depresivo, no especificado	7.067	11,54%	Episodio depresivo, no especificado	25.450	17,56%
	4	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	4.042	6,60%	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	12.575	8,68%
	5	Trastornos de adaptación	1.138	1,86%	Trastorno depresivo recurrente, no especificado	9.763	6,74%
		Otros diagnósticos	26.369	43,07%	Otros diagnósticos	28.419	19,61%
45 - 59 Años	1	Trastorno de ansiedad, no especificado	6.704	25,79%	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	21.054	27,76%
	2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	5.448	20,96%	Trastorno de ansiedad, no especificado	20.008	26,38%
	3	Episodio depresivo, no especificado	3.838	14,76%	Episodio depresivo, no especificado	11.894	15,68%
	4	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	2.587	9,95%	Trastorno depresivo recurrente, no especificado	7.861	10,36%
	5	Trastorno depresivo recurrente, no especificado	2.152	8,28%	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	7.799	10,28%
		Otros diagnósticos	5.267	20,26%	Otros diagnósticos	7.236	9,54%
> 60 Años	1	Trastorno de ansiedad, no especificado	3.835	27,93%	Trastorno de ansiedad, no especificado	11.698	29,53%
	2	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	3.519	25,63%	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	11.369	28,70%
	3	episodio depresivo, no especificado	1.697	12,36%	Episodio depresivo, no especificado	6.316	15,94%
	4	Trastorno depresivo recurrente, no especificado	1.261	9,18%	Trastorno depresivo recurrente, no especificado	4.443	11,22%
	5	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	1.251	9,11%	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	3.292	8,31%
		Otros diagnósticos	2.167	15,78%	Otros diagnósticos	2.497	6,30%

analgésicos no narcóticos y otras drogas; en el caso de las mujeres las exposiciones se relacionaron con otras drogas, drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo y analgésicos no narcóticos. Las lesiones autoinfligidas se constituyeron como el segundo subgrupo de atenciones y se relacionaron con objetos cortantes y medios no específicos, principalmente, en mujeres. Dentro de las atenciones por violencia física,

psicológica, intrafamiliar y sexual, se observó que en los hombres los problemas relacionados con la crianza del niño formaron parte de más de la mitad de las atenciones en este grupo, seguido por problemas en la relación con la familia, en tanto, para las mujeres el abuso y la agresión sexual se registró como la primera causa de atención, seguido por los problemas en la crianza del niño y la agresión con fuerza corporal y el maltrato.

Tabla 6. Distribución de diagnóstico de salud mental por sexo y agrupación diagnóstica (trastorno mental, abuso y dependencia de alcohol, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas y violencias).

Agrupación Diagnóstica	No.	Hombres			Mujeres		
		Diagnóstico	No. Atenciones.	Frecuencia. (%)	Diagnóstico	No. Atenciones.	Frecuencia. (%)
Trastorno mental	1	Trastorno de ansiedad, no especificado	32.080	22,14%	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	64.838	22,64%
	2	Trastorno del comportamiento social en la niñez, no especificado	19.251	13,29%	Trastorno de ansiedad, no especificado	74.686	26,08%
	3	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	18.440	12,73%	Episodio depresivo, no especificado	45.329	15,83%
	4	Trastorno de la conducta, no especificado	14.600	10,08%	Trastorno afectivo bipolar, no especificado	23.995	8,38%
	5	Episodio depresivo, no especificado	12.709	8,77%	Trastorno depresivo recurrente, no especificado	18.748	6,55%
		Otros diagnósticos	47.814	33,00%	Otros diagnósticos	58.806	20,53%
Uso y abuso de alcohol	1	Cirrosis hepática alcohólica	1.223	20,63%	Intoxicación alcohólica, no especificada	613	30,65%
	2	Intoxicación alcohólica, no especificada	1.133	19,11%	Efecto toxico del alcohol	322	16,10%
	3	Alcoholismo, nivel de intoxicación no especificado	995	16,78%	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol, no especificados	275	13,75%
	4	Efecto toxico del alcohol	719	12,13%	Alcoholismo, nivel de intoxicación no especificado	245	12,25%
	5	Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol	350	5,90%	Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol	177	8,85%
		Otros diagnósticos	1.509	25,45%	Otros diagnósticos	368	18,40%
Uso y abuso de SPA	1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, no especificados	1.007	18,54%	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas, no especificados	460	24,06%
	2	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, no especificados	991	18,25%	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos, no especificados	386	20,19%
	3	Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas	788	14,51%	Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas	195	10,20%
	4	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos, no especificado	607	11,18%	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos, no especificados	148	7,74%

	5	Problemas relacionados con el uso de drogas	327	6,02%	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, no especificados	238	12,45%
		Otros diagnósticos	1.711	31,50%	Otros diagnósticos	485	25,37%
Intento suicida y lesiones autoinfligidas	1	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas	62	19,75%	Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados	158	14,50%
	2	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos	58	18,47%	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas	158	14,50%
	3	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, no especificado	56	17,83%	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo	141	12,94%
	4	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas	42	13,38%	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante, no especificado	104	9,54%
	5	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiéplicas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas	35	11,15%	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos	103	9,45%
		Otros diagnósticos	61	19,43%	Otros diagnósticos	426	39,08%
Violencias	1	Otros problemas relacionados con la crianza del niño	3.615	51,14%	Abuso/agresión sexual, no especificado	2.180	25,70%
	2	Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado	767	10,85%	Otros problemas relacionados con la crianza del niño	1.871	22,06%
	3	Abuso/agresión sexual, no especificado	530	7,50%	Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado	1.160	13,68%
	4	Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos	423	5,98%	Agresión con fuerza corporal, en lugar no especificado	800	9,43%
	5	Síndrome del maltrato, no especificado	310	4,39%	Síndrome del maltrato, no especificado	607	7,16%
		Otros diagnósticos	1.424	20,14%	Otros diagnósticos	1.863	21,97%

SPA: Sustancias psicoactivas.

3. Discusión

La enfermedad mental representa cada vez una carga mayor dentro de la morbilidad. Para 1990 las afecciones psiquiátricas y neurológicas representaron el 8,8% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en Latinoamérica y el Caribe, mientras que en 2002 este indicador ascendió a 22,2% (OPS, 2009). De acuerdo a información de la OMS en 2005 el 31,7% de los años vividos con discapacidad obedecieron a condiciones neuropsiquiátricas (Prince, et al., 2007). Con respecto a los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) a causa de una enfermedad en el mundo, se estima que el 37% se atribuyen a trastornos neuropsiquiátricos (Wang, et al., 2007). En Colombia la información es escasa, sin embargo, se ha podido identificar que alrededor del 40,1% de las personas entre los 18 y 65 ha sufrido o padece algún trastorno psiquiátrico (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005; Posada, 2013). Lo anterior aunado a la disponibilidad de recursos en salud, donde se destina alrededor de un 2,8% del presupuesto en salud a la salud mental (WHO 2011), señala la necesidad de contar con información que permita guiar las decisiones para la definición de estrategias de gestión efectivas, así como la asignación de recursos.

Este estudio, con información del mundo real, permite construir una línea de base sobre la demanda específica de servicios que hace la población afiliada al régimen contributivo en diferentes regiones del país. Del total de afiliados en la aseguradora en el año 2012, el 2,9% solicitó servicios para la atención de condiciones que afectan la salud mental durante todo el año, un porcentaje relativamente bajo teniendo en cuenta la prevalencia estimada del 16% de trastornos asociados a la salud mental en el país

(Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005).

Este porcentaje de uso es inferior al reportado por el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) del 2003, donde la frecuencia de uso de servicios de salud fluctuó entre el 5% y el 14,2% según el diagnóstico. Sin embargo, esta comparación debe hacerse con cautela, debido a que dicho estudio fue diseñado para evaluar la morbilidad sentida, más que la demanda real, y que se incluye población tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, con todas las diferentes características socioeconómicas y de salud que tienen estas dos poblaciones (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005). El bajo uso de los servicios de salud en la población con trastornos mentales está reconocido como un problema mundial, países como Nigeria (1,6%), China (3,4%) e Italia (4,3%) registran un porcentaje inferior a Colombia (5,5%), otras naciones como México (5,1%) y Japón (5,6%) le siguen de cerca, mientras que países como Nueva Zelanda (13,8%), Sudáfrica (15,4%) y Estados Unidos (17,9%) presentan valores más altos (Wang, et al., 2007), sin embargo estos resultados deben observarse con reserva debido a la potencial variabilidad de los resultados, las diferencias sociodemográficas, culturales y económicas, las necesidades básicas insatisfechas, el porcentaje de recursos asignados a salud y, la organización y gestión de los sistemas de salud.

En el análisis por género, fueron las mujeres con algún trastorno mental el grupo que accedió con mayor frecuencia a servicios específicos, en donde los diagnósticos más frecuentes fueron la ansiedad, la depresión y el trastorno mixto de ansiedad y depresión. Los hallazgos encontrados coinciden con los resultados establecidos

en la ENSM (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005), en el Perfil epidemiológico de la salud mental en México (Sistema Nacional de Vigilancia Epistemológica [SINAVE], 2012) y en Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud Pública (Kohn, et al., 2005), donde se encontró que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son más frecuentes en las mujeres, quienes además son el grupo que más acude a los servicios de salud de manera general y por todos los motivos de consulta. Adicionalmente se reconoce que las mujeres tienen una menor percepción del estigma de la enfermedad mental y una mayor habilidad para el auto reconocimiento de los síntomas patológicos que requieren atención médica (Wang, et al., 2007).

Los trastornos mentales tuvieron mayor frecuencia en personas entre los 15 y 44 años, seguido por el grupo con edades entre los 45 y 59 años, hallazgos que coinciden con lo encontrado en el ENSM (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005), que sustenta que los periodos más importantes para el desarrollo de trastornos mentales como la depresión mayor unipolar, el trastorno bipolar y las fobias son la adolescencia y la etapa de adulto joven. Es importante resaltar que este estudio evidencia que es la población en edad productiva la que se encuentra en mayor riesgo de una enfermedad mental, con las respectivas consecuencias sociales y económicas que esto conlleva (Kohn, et al., 2005).

Respecto a las atenciones relacionadas con el uso y abuso de sustancias psicoactivas (incluido el alcohol) se observó predominio de los hombres en todos los grupos etareos. Entre los 5 y 9 años las atenciones obedecen principalmente al riesgo psicosocial y al consumo de sustancias

en el entorno familiar, y a partir de los 10 años las atenciones se relacionan con el uso de estas por parte de niños y adolescentes, comportamiento que es concordante con estudios de salud mental en Colombia, México y Latinoamérica (Medina et al., 2002; Kohn et al., 2005). La solicitud de servicios por uso y abuso de SPA tiene un pico en la edad de 18 años, tanto para hombres como para mujeres. Este dato es coherente con la información sobre inicio del consumo de SPA, que fue citado en promedio a los 18 años de edad para los países del área andina (Bolivia, Ecuador, Perú y Colombia), en el estudio realizado por la Secretaria General de la Comunidad Andina en el 2009 (Secretaría General de la Comunidad Andina, 2009). En este informe además se enuncia que el 13,4% de los estudiantes universitarios en Colombia declararon haber consumido alguna sustancia ilícita en el último año, cifra que contrasta con el 8,6% de los escolares entre 11 y 18 años que declaran haber consumido alguna sustancia ilícita en el mismo periodo de tiempo según el Estudio Nacional de Consumo de SPA en población escolar en Colombia en el 2011. Lo anterior sustenta la necesidad de continuar los esfuerzos en la población infantil y adolescente para la prevención del inicio y mitigación de consumo de sustancias, programas que según recomendación de expertos deberían iniciarse desde los 12 años o menos (Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, 2011), dentro de un marco que tenga en cuenta la diversidad de los patrones de consumo, los derechos de los consumidores y la problemática social y de salud pública (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013).

Las atenciones por intento suicida fueron más frecuentes en las mujeres, lo que puede compa-

rarse con estudios de González, García, Medina y Sánchez (1998) y González, Ramos, Caballero y Wagner (2003), quienes identificaron que el intento suicida era más frecuente en las mujeres adolescentes. Además, esta información coincide con lo manifestado por la OMS en un comunicado emitido en Ginebra donde afirma que las mujeres cometen más intentos suicidas que los hombres a nivel mundial (OMS, 2004). En contraste, el ENSM (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005) del 2003 determinó que la prevalencia del intento suicida en el último año en hombres colombianos fue ligeramente mayor que en mujeres. Debe anotarse que este estudio no cuenta con datos de suicidio consumado en la población afiliada, por lo cual el fenómeno no puede analizarse en su globalidad, teniendo en cuenta que se reconoce que generalmente la consumación del intento suicida es más frecuente en hombres que en mujeres (Gómez, et al., 2002). En cuanto a la edad en que se presentan los intentos suicidas, el estudio de estos autores sobre los factores asociados al intento de suicidio en Colombia, evidenció que las personas con mayor riesgo para la presentación del evento se encontraban entre los 16 y 21 años, datos concordantes con la edad de mayor solicitud de servicios de salud relacionados con este grupo de diagnósticos en este análisis (Gómez, et al., 2002).

Las atenciones relacionadas a violencia doméstica y violencia sexual se concentran en la edad infantil y la adolescencia, principalmente en mujeres, lo que plantea un perfil poblacional que demanda el establecimiento de programas de gestión del riesgo en salud mental. Las personas que sufren algún acto violento generan mayor solicitud de servicios de salud a lo largo de su vida (OPS, 2002) y se sabe que las mujeres que son agredidas tienen el doble de riesgo de

Las atenciones relacionadas a violencia doméstica y violencia sexual se concentran en la edad infantil y la adolescencia, principalmente en mujeres, lo que plantea un perfil poblacional que demanda el establecimiento de programas de gestión del riesgo en salud mental

desarrollar otros trastornos de la salud mental, incluidas patologías específicas e intentos de suicidio, con la correspondiente carga social y familiar que esto conlleva (OMS, 2005)

La violencia en general ha sido considerada una problemática de salud pública, a cuya prevención ha invitado la OMS en su 49a Asamblea Mundial, ya que se estimó que para el año 2000, 1,6 millones de muertes fueron causadas por actos violentos, con una tasa de defunciones del doble en los países con ingresos medios y bajos, en comparación con los países con ingresos altos. Si bien es difícil de cuantificar la magnitud de las consecuencias de los actos violentos que no llevan a la muerte, hay consenso en que esta es una problemática compleja que requiere la intervención de todos los actores de la sociedad, más allá de la reacción terapéutica que pueden brindar los servicios de salud (OPS, 2002).

La mayoría de atenciones en salud mental se presentan en urgencias, lo que hace necesario estructurar actividades e intervenciones a personas en condición de riesgo y donde debe realizarse capacitación al personal en estrategias de atención primaria para la promoción y

prevención de la salud mental. Además, la demanda de servicios de urgencias plantea el reto de la captación de afiliados por la aseguradora en los servicios ambulatorios y la consolidación de redes de apoyo, antes de la ocurrencia de eventos críticos, que representan un alto costo de personal y de salud a las personas que padecen algún trastorno mental o condición que afecte el bienestar psicológico.

Es de anotar el alto porcentaje de uso de servicios especializados en salud mental en adultos, que ya había sido identificado como una característica particular para Colombia en el estudio de Wang et al., sobre el uso de servicios de salud mental en 17 países del mundo, según las encuestas de salud mental de la OMS. Si bien se analizó la información auto reportada por los pacientes, es de notar que estos refieren un mayor uso de los servicios especializados que de los servicios de medicina general en comparación con otros países (Wang, et al., 2007). Los resultados de este estudio deben ser analizados dentro del contexto del que fueron extraídos. Por tratarse de un estudio retrospectivo basado en las atenciones debe mirarse con cautela la generalización de las conclusiones a otras poblaciones y no es posible establecer relaciones de causalidad con factores de riesgo.

Disponer de un perfil de uso de servicios en salud mental en una población dentro del contexto de aseguramiento es de vital importancia, para la formulación y ajuste de políticas institucionales y modelos de atención basados en la gestión del riesgo, la programación adecuada de servicios y el cálculo de la necesidad de recursos humanos entre otros. Aunque el objetivo y el alcance de este estudio no permiten analizar los factores que influyen en el acceso a los servicios de salud, se establece este como una necesidad de conoci-

miento para el desarrollo de futuros proyectos de investigación. Este estudio puede constituirse en el primer análisis publicado sobre el comportamiento de los servicios de salud mental en el país para una población asegurada, que examina un número importante tanto de pacientes como de atenciones solicitadas, y muestra un patrón de comportamiento en cuanto a edad y sexo, congruente con otros hallazgos registrados en la literatura. A su vez, este estudio permite identificar elementos generales que son necesarios en la planeación de modelos de atención, articulación con políticas públicas, generación de programas preventivos y evaluación de los resultados en salud en la población afiliada, con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen estas condiciones.

Referencias

- Así vamos en salud, seguimiento al sector salud en Colombia, (2014) Tasa de suicidio. Recuperado de <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/56>
- Comisión asesora para la política de drogas en Colombia. (2013). Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas. Bogotá: Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia.
- González, C., García, G., Medina, M. y Sánchez, M., (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Rev Salud Mental*, 21(3), 197-206.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Rev. Psicothema*, 15(4), 524-532.
- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina, M. y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(4), 271-286.

- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). Comportamiento de las Lesiones por Violencia Intrafamiliar. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). Boletín de Prensa - Forensis 2013. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., y Caraveo-Anduaga, J. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*, 18(4/5), 229-40.
- Medina, M., Borges, G., Lara, M., Benjet, C., Blanco, J., y Fleiz, C. (2002). Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, Colombia - 2011. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). Estudio nacional de salud mental - Colombia 2003. Cali: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Un informe de la Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Estudio pionero sobre la violencia doméstica. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. (J. J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola, Eds.) Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington D.C.
- Posada, José A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., y Rahman, A. (2007). No Health Without Mental Health. *Lancet*, 370(9590), 859-877. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Secretaría General de la Comunidad Andina. (2009). Estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe comparativo: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009. Lima: Secretaría General de la Comunidad Andina.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica - SINAVE. (2012). Perfil Epidemiológico de la Salud Mental. México D. F. Secretaría de Salud de México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección general de epidemiología.
- Wang, P., Aguilar, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., y Bromet, E. (2007). Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, And Substance Disorders In 17 Countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet*, 370, 841-50.
- World Health Organization - WHO. (2010) MH GAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders. En Non-Specialized Health Settings: Mental Health GAP Action Programme (MH GAP). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization - WHO. (2011). Mental Health Atlas 2011. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.