



MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA

Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio

**Subdirección de Enfermedades No
Trasmisibles**

Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Abril de 2018

Introducción

Con el propósito de “consolidar y proveer información relacionada con la salud mental de la población colombiana, así como de proporcionar evidencia a los responsables de formular políticas, planes y programas, orientados a mejorar la capacidad y oferta de los servicios a nivel nacional y territorial”, en el año 2016 se dio inicio a la reestructuración y reactivación del Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM), esto dio como resultado que en julio de 2017 este espacio estuviera disponible en línea para el público.

Inicialmente se dispuso información del tablero de indicadores de salud mental, con 90 indicadores con sus respectivas desagregaciones por geografía (nacional, departamental y municipal), por edad, sexo, subgrupo diagnóstico, poblaciones especiales y en el caso de los indicadores de salud mental indígena se desagregaron también, por régimen y zona. En 2017 se publicaron 7 indicadores nuevos y en 2018 se solicitaron 2 más que, aunque tienen salida de información, aún se encuentran en la revisión previa a su publicación, en total hay 99 indicadores de salud mental disponibles.

El proceso que sigue al logro de las salidas de información en salud mental es el análisis de los indicadores de salud mental de cada territorio (departamentos y distritos), con el fin de orientar la toma de decisiones.

De manera complementaria, se requiere que los departamentos y distritos se apropien de la información contenida en este boletín y el nivel departamental realice un ejercicio de análisis de los datos con los municipios de su jurisdicción, apoyando la toma de decisiones informadas en salud pública; para lo cual se invita a socializar y asesorar a los municipios en el uso de la información del Observatorio Nacional de Salud Mental.

Indicadores de Salud Mental

La batería de indicadores de salud mental incluye:

1. Indicadores de morbilidad de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y epilepsia

2. Indicadores de carga de la enfermedad de los trastornos mentales y del comportamiento
3. Indicadores de servicios en salud Mental y oportunidad en la prestación de Servicios

Estos indicadores se encuentran disponibles en:

<http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>

Indicadores de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Durante el proceso de construcción de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, se establecieron (hasta la fecha) indicadores para medir desenlaces en salud mental que se espera impactar con las intervenciones incluidas en esta RIA, estos son:

1. Proporción de casos nuevos de trastornos depresivos
2. Proporción de casos nuevos de trastornos emocionales comienzo específico en la niñez
3. Porcentaje de personas cuidadoras con sobrecarga atendidas en salud mental
4. Proporción de casos nuevos de trastornos de ansiedad
5. Proporción de personas atendidas con impresión diagnóstica de problemas mentales, identificados por primera vez en la vida.

Estos indicadores aun no tienen salida de información, por lo tanto no están disponibles para el público; para el análisis en salud mental, se seleccionaron y se solicitó la salida de información la cual se espera tener al finalizar el primer semestre de 2018.

Indicadores de la Ruta Integral de Atención a Problemas, Trastornos mentales y Epilepsia. Durante la construcción de la esta Ruta de riesgo, se seleccionaron un grupo de indicadores de monitoreo y seguimiento a las acciones contempladas en la misma, entre los cuales se encuentran:

1. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio)
2. Tasa de Intento de suicidio
3. Porcentaje de personas atendidas por Trastornos mentales y del comportamiento
4. Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento
5. Porcentaje de personas atendidas por epilepsia

6. Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento

Estos indicadores tienen salida de información y se escogieron para el ejercicio de análisis en salud mental.

Análisis de indicadores de salud mental por departamentos y distritos

Metodología

Para comparar los indicadores territoriales con los nacionales, se utilizó como medida estadística los Intervalos de Confianza de las diferencias relativas de los indicadores territoriales y la medida del indicador nacional, para esto se usó el método de Rothman, la fórmula usada fue:

$$e^{\left[\ln(\text{dif. relativa}) \pm Z_{1-\alpha/2} \frac{1}{\sqrt{a}} \right]}$$

Semaforización. Desde hace varios años el país viene realizando los análisis de situación de salud del país (ASIS), los cuales son un marco de referencia para observar tendencias y comportamientos de los indicadores de interés en las diferentes áreas de la salud, tanto a nivel nacional, como departamental, distrital y municipal. Los ASIS incorporaron a su metodología de análisis la semaforización, que consiste en un proceso cuali-cuantitativo de comparación entre el indicador territorial y departamental, lo cual se lleva a cabo utilizando los intervalos de confianza de las diferencias relativas entre uno y otro; resultado se categoriza en colores así: verde (indicador por debajo de la cifra nacional), amarillo (similar al nacional) o rojo (por encima de la cifra nacional). Esta misma metodología también se utiliza en el análisis de determinantes intermediarios de la salud en el proceso de caracterización de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, orientado desde este Ministerio para “analizar la relación entre el estado de salud y los determinantes Intermediarios de la salud, para encontrar y entender las desigualdades en salud.

La semaforización se realizará de acuerdo con los intervalos de confianza de las diferencias relativas así^{1,2}:

“**Amarillo:** Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza del 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en la región o departamento (o distrito) y el indicador nacional.

Rojo: Cuando la diferencia relativa es mayor de uno y el intervalo de confianza del 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en la región o departamento (o distrito) comparado con el indicador nacional.

Verde: Cuando la diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza del 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en la región o departamento (o distrito) comparado con el indicador nacional”¹.

Resultados de la semaforización.

Indicadores en Rojo. Como se observa en la tabla 1, Se observan 7 indicadores en color rojo (esto corresponde al 2,7% del total reportado), lo que significa que se encuentran por encima de la medida nacional y que esta diferencia es estadísticamente significativa. Los indicadores son:

- Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio): se encuentra significativamente alta en Arauca y Vaupés.
- Tasa de Intento de suicidio: se encuentra elevada en Putumayo, Huila y Nariño
- Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento: se encuentra por encima del nivel nacional en Caldas y Quindío.

Más allá de la diferencia numérica, el resultado hay que analizarlo en cada territorio a la luz de los determinantes sociales de la salud y determinar cuáles de estos se encuentran asociados a esta situación de salud. Los 3 indicadores elevados miden eventos prevenibles en salud, como son la conducta suicida y las internaciones hospitalarias en personas con trastornos mentales y del comportamiento.

Tabla 1. Semaforización de los indicadores de salud mental de la RIA de Problemas y Trastornos Mentales y del Comportamiento y Epilepsia, Colombia, 2015-2016.

Entidad territorial	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) 2016	Tasa de intento de suicidio (2015)	Porcentaje de personas atendidas por Trastornos mentales y del comportamiento (2015)	Tasa ajustada de mortalidad por epilepsia (2016)	Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento (2016)	Porcentaje de personas atendidas por epilepsia (2015)	Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento (2015)
Amazonas	8,37	1,31	1,26	0	0	0,37	1,1
Antioquia	6,02	5,28	4,66	1,43	1,75	0,6	3,03
Arauca	11,67	4,57	1,43	1,45	1,21	0,43	1,08
Atlántico	3,48	2,03	4,55	0,91	0,43	0,52	1,62
Barranquilla DT	3,43	2,54	4,83	0,87	0,32	0,5	1,63
Bogotá D.C.	4,24	2,06	4,88	1,22	2,18	0,56	2,39
Bolívar	3,01	2,67	3,72	1,27	0,94	0,56	2,99
Boyacá	6,07	3,21	2,42	2,27	0,86	0,7	1,95
Buenaventura	3,01	1,0	1,85	0,81	0,38	0,33	2,07
Caldas	6,95	4,76	7,41	1,48	2,42	0,75	6,5
Caquetá	4,09	7,33	1,91	1,71	1,47	0,46	1,94
Cartagena DT	3,14	3,79	5,43	1,29	1,04	0,61	3,66
Casanare	4,8	2,81	2,21	2,32	0	0,44	1,98
Cauca	6,43	5,95	2,2	2,06	0,53	0,62	1,9
Cesar	4,74	2,82	2,8	1,07	1,12	0,44	1,26
Chocó	2,11	1,0	1,29	2,21	0,32	0,28	1,36
Córdoba	2,53	3,04	1,69	0,63	0,45	0,48	1,36
Cundinamarca	4,77	4,07	3,89	1,76	1,38	0,66	3,05
Guainía	9,15	4,82	1,05	1,79	0	0,54	0,4
Guaviare	5,62	1,80	1,46	2,78	0	0,58	0,76
Huila	7,94	11,08	1,86	1,88	2,51	0,58	1,33
La Guajira	2,67	4,07	1,32	0,45	0,23	0,26	0,53
Magdalena	3,43	2,06	1,95	1,18	0,56	0,36	1,48
Meta	6,32	1,56	2,88	1,26	2,45	0,45	1,54
Nariño	6,64	10,89	3,7	1,76	0,68	0,7	3,91
Norte de Santander	5,21	3,10	2,48	1,39	0,89	0,62	2,32
Putumayo	9,22	14,48	2,57	2,17	0,45	0,5	3,41
Quindío	8,07	3,89	5,08	2,01	2,26	0,79	6,15
Risaralda	6,21	6,30	5,89	0,96	0,92	0,6	3,89
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,95	0,00	1,6	0	0	0,2	0,61
Santander	5,21	3,20	4,8	1,2	0,45	0,58	3,21
Santa Marta DT	2,71	1,45	3,28	0,83	0,84	0,44	2,32
Sucre	5,28	3,17	3,1	1,2	0,74	0,74	2,61
Tolima	7,38	4,69	4,81	1,16	1,8	0,59	2,26
Valle del Cauca	4,48	4,6	3,94	1,17	2,73	0,47	2,3
Vaupés	12,21	2,29	1,52	1,66	0	0,36	1,06
Vichada	2,16	0	0,45	1,21	0	0,24	0,73
Colombia	5,07	4,12	3,94	1,34	1,53	0,57	2,42

Fuente: Elaboración propia a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de la Bodega de datos SISPRO.

Indicadores en amarillo. De los 259 resultados reportados en todos los departamentos, el 97,3% se encontraban en color amarillo, lo que significa que las diferencias relativas entre el indicador territorial y el nacional, no son estadísticamente significativas. Es importante anotar que el hecho de que un indicador sea similar a la medida nacional no significa que

esto sea una situación deseable; por ejemplo, en los indicadores de mortalidad, lo que se espera es que se encuentren en cero (0) si esto es posible.

Indicadores en verde. No se encontraron indicadores significativamente más bajos que las medidas nacionales.

Situación en salud mental del país

Mortalidad. Se analizaron 3 indicadores de mortalidad:

- Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio)
- Tasa ajustada de mortalidad por epilepsia
- Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento

Tasa ajustada de mortalidad por suicidio. La tasa más reciente que se tienen es de 2016, la de Colombia es de 5,07 por 100.000 habitantes, el rango de los resultados va de 0,95 a 12,21 por 100.000. De las 37 entidades territoriales analizadas, 19 (51,3%) tienen tasa por encima de la nacional, sin embargo, solo 2 departamentos (5%): Arauca (11,67 por 100.000 hab.) y Vaupés (12,21 por 100.000 hab.) tienen tasas con una diferencia relativa de la tasa nacional que es estadísticamente significativa. Putumayo (9,22) y Guainía (9,15) se encuentran muy cerca del límite estadístico que separa las cifras altas de las similares a la media nacional. Las tasas más bajas las tuvieron San Andrés, Providencia y Santa Catalina (0,95), Chocó (2,11) y Vichada (2,16). Ver tabla 1.

“Las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento y aquellas que tienen trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, tienen mayor probabilidad de presentar conducta suicida, al igual que quienes han tenido eventos críticos en su vida, como pérdidas de un ser querido, del empleo, han tenido experiencias relacionadas con conflictos, peleas con los padres, separación, rompimiento con la pareja, cambio de vivienda, madre con trastornos mentales (principalmente en adolescentes), historia familiar de suicidios, maltrato, desastres, violencia y abuso sexual; personas con factores genéticos o biológicos que se asocian con mayor frecuencia del evento; entre otros”^{3,4,5}.

Los departamentos con tasas similares o superiores al nivel nacional deberán realizar de manera prioritaria una sala situacional (siguiendo la metodología de la Organización Panamericana de la Salud-OPS), con el fin de analizar cuáles son los determinantes sociales de la salud que se encuentran asociados causalmente con el suicidio en su

territorio y así construir y ejecutar un Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida que se ajuste a sus necesidades, conforme a lo establecido en los lineamientos nacionales del Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.^{3,4}

Tasa ajustada de mortalidad por epilepsia. La tasa ajustada de mortalidad por epilepsia del país en 2016 fue de 1,34 por 100.000 habitantes, con un rango territorial que va de 0 a 2,28. Como se observa en la tabla 1, hay 17 entidades territoriales (45,9%) con tasas por encima de la medida nacional y 20 por debajo (54,1%), pero estas diferencias no son significativas. Esto significa que todas las cifras del indicador son similares a la cifra nacional, sin embargo, es importante anotar que Guaviare tiene una cifra de 2,78 por 100.000 habitantes y es la entidad con la tasa más elevada, seguido de Casanare con 2,32 y Boyacá con 2,27. Las tasa más bajas las tuvieron: Amazonas y San Andrés y Providencia con 0 por 100.000.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, el riesgo de muerte prematura por epilepsia es 3 veces que en la población general, todas aquellas situaciones que puedan alterar el funcionamiento del cerebro, en la etapa intrauterina o después del nacimiento, podrían estar asociadas a la epilepsia, por ejemplo, enfermedades de la madre antes, durante o después del embarazo, la prematurez, la hipoxia perinatal, parto prolongado, traumas durante el parto, infecciones en la infancia, tumores cerebrales, malformaciones, trastornos metabólicos y degenerativos, exposición a tóxicos, entre otras. Las personas con epilepsia pueden sufrir la muerte secundaria a un estatus epiléptico que consiste en un episodio sostenido de convulsión, por más de 5 minutos; también puede haber muerte súbita inexplicable en estos pacientes, la mayoría de las veces las causas son prevenibles, por ejemplo la muerte por caídas, ahogamiento, quemaduras o convulsiones prolongadas. (OMS, epilepsia, nota descriptiva, 2018).

Es importante que aquellos departamentos con cifras por encima del nivel nacional, realicen una caracterización del evento y tomen decisiones informadas para la prevención y atención del paciente con epilepsia.

Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento. En 2016 la tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en Colombia fue de 1,53 por 100.000 habitantes, con un rango de resultados entre 0 y 2,73 por 100.000

habitantes. El 21,6% de las entidades territoriales (8) tuvieron cifras por encima de la medida nacional, estas diferencias no fueron significativas.

El departamento de Valle del Cauca (2,73), Huila (2,51) y Meta (2,45) fueron las entidades con más alta mortalidad por esta causa. Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, San Andrés y Providencia, Vaupés y Vichada, tuvieron mortalidad cero.

Este grupo de enfermedades que conforman los trastornos mentales y del comportamiento, es amplio, con más de 100 diagnósticos ubicados en subgrupos, incluye los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), versión 10, que va del F00 al F99. Aunque la mortalidad por esta causa es baja, es importante determinar las causas asociadas a los eventos en cada departamento, para intervenir estos factores.

Morbilidad.

Tasa de intento de suicidio. El intento de suicidio no es una enfermedad, es un desenlace no deseado, como resultado de varios factores y determinantes; es un evento prevenible, predictor del suicidio, de allí el especial interés que tiene para la salud pública.

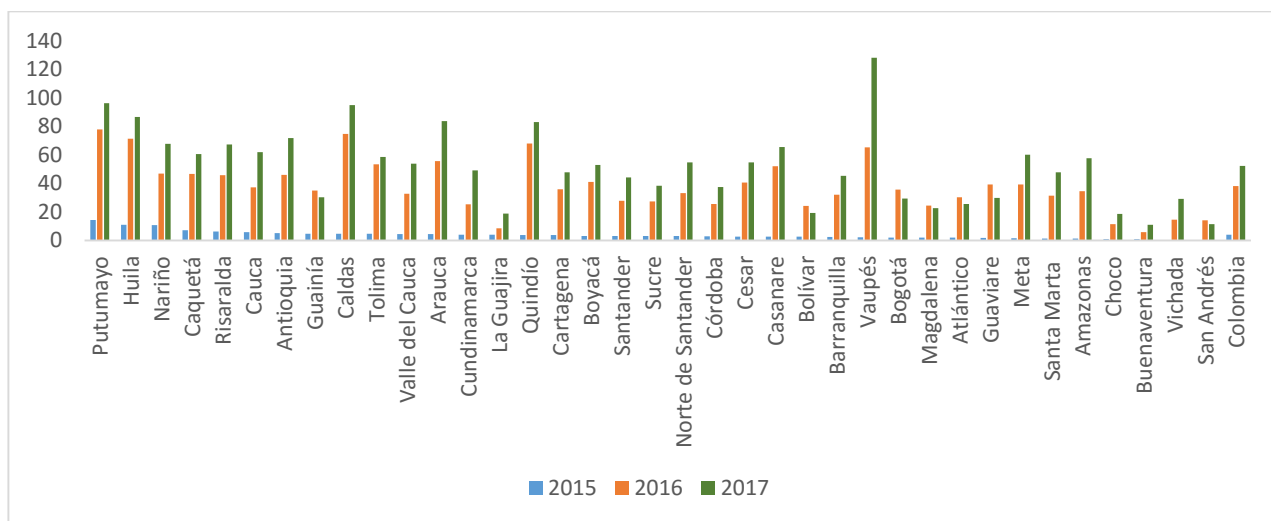
La tasa de intento de suicidio más actual que se encuentra integrada al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) es la de 2015 (los datos de vigilancia epidemiológica de 2016 del evento aún no se han publicado); en ese año se reportaron 1.987 casos y la tasa de Colombia fue de 4,12 por 100.000 habitantes, con un rango en los territorios que va de 0 a 14,48, con una variabilidad importante. Hay 12 entidades territoriales (32,4%) que tienen tasa por encima de la nacional; sin embargo, solo 3 (8%) tiene cifras que son significativamente más altas que la media nacional: Putumayo con 14,48 por 100.000 habitantes, Huila con 11,08 por 100.000 y Nariño tiene 10,89 por 100.000, esto se correlaciona con las tasas de mortalidad por suicidio que se también se encuentran elevadas en estas entidades territoriales. Vichada y San Andrés y Providencia tienen el indicador en cero (0). Ver tabla 1.

En 2016, el Instituto Nacional de Salud (INS) reportó que se presentaron 18.562 casos de intento de suicidio, la tasa nacional fue de 38,1 x 100.000 habitantes, 16 entidades (43,2%) tuvieron tasas superiores a la nacional. Las entidades territoriales con las tasas más elevadas - por cada 100.000 habitantes - fueron: Putumayo (77,9), Caldas (74,6), Huila

(71,3), Quindío (67,9), Vaupés (65,2), Arauca (55,6), Tolima (53,4), Casanare (52), Nariño (46,9) y Caquetá (46,7). Ver gráfico 1.

Para 2017 el INS informó 25.899 casos, la tasa nacional de intento de suicidio (tasa bruta) fue de 52,4 por 100.000 habitantes, hubo 19 departamentos con tasas por encima de la medida nacional; los departamentos con mayor afectación fueron: Vaupés (128,1 por 100.000), Putumayo (96,3), Caldas (94,8), Huila (86,5), Arauca (83,6), Quindío (83,1), Antioquia (71,8) y Nariño (67,7). San Andrés, Providencia y Santa Catalina (11,6) y Buenaventura (11,1), fueron las entidades territoriales con las tasas más bajas del país.

Gráfico 1. Tasas de intento de suicidio, por departamento, de 2015 a 2017, en Colombia.



Fuente Reporte de SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud y Bodega de datos SISPRO.

Como se observa en el gráfico 1, los departamentos de Putumayo, Caldas, Huila y Nariño han permanecido con tasas altas de 2015 a 2017. En los dos últimos años la mayoría de los departamentos tuvieron incrementos en las tasas que van desde 21% a 117%; mientras que departamentos como Guainía, Magdalena, Atlántico, Guaviare, Vichada, San Andrés, Providencia y Santa Catalina y el distrito de Bogotá, bajaron sus tasas.

En 2018, a corte de la semana epidemiológica 17, Colombia tiene una tasa de intento de suicidio de 11,7 por 100.000 habitantes, van 8.798 casos reportados en el país y las tasas de incidencia de casos más elevadas las tienen: Vaupés (26,7), Putumayo (19,5), Huila

(18,4), Caldas (17,5), Risaralda (16,9), Quindío (16), Meta (14,4), Arauca (14) y Antioquia (13,9).

Para analizar las causas relacionadas con el intento de suicidio es útil, como ya se dijo, la metodología de sala situacional, la cual permite que “se identifiquen las inequidades en salud y sus determinantes y se puedan aplicar las intervenciones más costo/efectivas, mejor sustentadas; para reorientar los servicios de salud hacia la atención de las prioridades identificadas, con eficacia y eficiencia; a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, con calidad y equidad”³.

Uno de los desarrollos técnicos más importante que ha tenido el ministerio es la adopción de la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción), la cual se encuentra disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/gpc_home_micrositio.aspx donde encontrarán la versión completa y una para profesionales de la salud. Otro documento de consulta es la Guía de intervención mhGAP, para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, la cual está basada en la mejor evidencia científica disponible y está dirigida a profesionales de la salud del nivel no especializado, la guía contiene un módulo sobre autolesión/suicidio el documento se encuentra disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/guia-intervencion-mh-gap.pdf>.

Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento. En 2015 en Colombia se atendieron 4 personas con trastornos mentales y del comportamiento por cada 100 que consultaron a los servicios de salud, esta proporción viene creciendo año tras año desde 2009 (línea de base de la bodega de datos, SISPRO). Los porcentajes variaron, de 0,45% en Vichada a 7,41% en Caldas. De las 37 entidades territoriales analizadas, 10 (27%) tienen un porcentaje más alto que el indicador nacional, estas diferencias relativas no son estadísticamente significativas pero deben tenerse en cuenta. En Caldas el porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento es de 7,41%, en Risaralda 5,89%, en el distrito de Cartagena 5,43% y en Quindío 5,08%. Obsérvese que 3 de las cuatro entidades territoriales con porcentajes más

altos están ubicadas en el eje cafetero, sería importante determinar qué tipo de asociación existe entre el evento y este determinante geográfico.

Cada departamento o distrito debe estudiar el indicador, desagregado por subgrupos diagnósticos, esta información se encuentra disponible en el enlace referido en el punto de indicadores, esto permitirá orientar de mejor manera la toma de decisiones.

Porcentaje de personas atendidas por epilepsia. En Colombia durante 2015 se atendieron 6 personas con diagnóstico de epilepsia por cada 1000 personas (0,57%), este indicador se ha mantenido con poca variabilidad desde 2009, entre 0,47% y 0,67%.

El 40,5% de las entidades territoriales (15) tienen el indicador por encima de la medida nacional, estas diferencias relativas frente al indicador nacional, no son significativas. Quindío tiene 0,79%, Caldas 0,75%, Sucre 0,74%, Nariño y Boyacá tienen un porcentaje de personas atendidas con epilepsia del 0,7%; aunque en general las cifras no son elevadas, hay que tomar en consideración que la Ley 1414 de 2010, establece la necesidad de “garantizar la protección y atención integral de las personas que padecen epilepsia”, con atención integral se refiere a brindar “servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o a un grupo de ellas que padecen epilepsia, en su entorno biopsicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva”.

La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 encontró síntomas sugestivos de epilepsia en el 2% de la población (más frecuente en adolescentes), el 75% reciben tratamiento mientras que el 25% no lo tiene, con las graves consecuencias que puede traer esto para la salud física y mental de las personas afectadas⁶.

En la actualidad el país cuenta con la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre diagnóstico y Tratamiento de Epilepsia, para el manejo en atención primaria y secundaria, disponible en⁷: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-diagnostico-tratamiento-epilepsia.pdf>

Existen otros desarrollos técnicos de interés que están disponibles para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- y el público en general, en el Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud y Protección Social, en el enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=epilepsia&scope=Todos> como el Abecé sobre la epilepsia, la Guía de atención del síndrome convulsivo y la Estrategia y plan de acción contra la epilepsia, entre otros.

La guía de intervención mhGAP también cuenta con un módulo para la evaluación y atención de las personas con epilepsia en el nivel de atención primaria, que es muy importante que se encuentre a disposición de los profesionales de la salud para su consulta y uso.

Porcentaje de personas hospitalizadas por trastornos mentales y del comportamiento.

En Colombia se hospitalizaron en 2015 el 2,42% de las personas atendidas, por trastornos mentales y del comportamiento, este es un evento prevenible en la medida en que se brinden las atenciones necesarias para mantener a los pacientes compensados y evitar las agudizaciones del cuadro clínico. Los resultados del indicador van de 0,4% (Guainía) a 6,5% (Caldas); el 32,4% de las entidades territoriales tuvieron el indicador por encima de la medida nacional, Caldas (6,5%) y Quindío (6,15%) presentaron diferencias estadísticamente significativas con el indicador del país, con cifras muy elevadas que indican que hay que intervenir de manera prioritaria esta situación. En el resto del país las diferencias relativas no son significativas.

La tendencia hoy día es desinstitucionalizar la atención de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, evitar el recrudescimiento del cuadro clínico y si es necesaria la internación, reducir la estancia hospitalaria a la mínima expresión, para lograr esto se hace necesario realizar intervenciones desde la promoción de la salud mental, realizar la detección temprana en los diferentes entornos y brindar la atención integral a las personas que ya se encuentran diagnosticadas y control ambulatorio periódico a toda persona previamente diagnosticadas, incluyendo a quienes han sido dadas de alta, conforme a lo establecido en los planes de manejo de la Ruta Integral de Atención a Problemas, Trastornos Mentales y Epilepsia.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Plantilla18 – Determinantes Intermediarios de la salud
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Colombia, 2014.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Implementación, sistematización y seguimiento de unidades de análisis y salas situacionales en gestión integrada para la salud mental en el marco del Observatorio Nacional de Salud Mental-ONSM (Lineamiento sala situacional). Bogotá, 2017.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Documento Insumo para la Concertación Intersectorial del Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida 2018-2022.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental, Conducta suicida. Bogotá, 2017.
6. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.
7. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de práctica clínica (GPC) sobre diagnóstico y tratamiento de epilepsia. Bogotá, 2014.
8. Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX. Estimación de la Carga de Enfermedad para Colombia, 2010. Bogotá, 2010.

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA.
Director de Promoción y Prevención

HAROLD MAURICIO CASAS CRUZ.
Subdirector de Enfermedades No Trasmisibles

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental

Coordinación editorial y cuidado de texto

Marcela Galeano Castilla
Coordinadora (E) del grupo Gestión Integrada para la Salud Mental
Carolina Cuello Royert

Diseño y diagramación

Carolina Cuello Royert

Elaborado por:

Carolina Cuello Royert

Colaboradores:

Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental:

Rodrigo Lopera Isaza
Luis Giovanni Rodríguez Castilla
Nancy Millán Echeverría
Diana Rodríguez Araujo
Claudia Godoy Moreno

Bogotá D.C., Colombia, abril de 2018

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS