

ANÁLISIS DE OFERTA Y DEMANDA EN LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA EN  
EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, 2015

ALEJANDRO PÉREZ BUSTAMANTE

JUAN DANIEL PÉREZ ESTRADA

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD  
PEREIRA, RISALDA  
2015

ANÁLISIS DE OFERTA Y DEMANDA EN LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA EN  
EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, 2015

ALEJANDRO PÉREZ BUSTAMANTE

JUAN DANIEL PÉREZ ESTRADA

Trabajo de grado para optar al título de  
Especialista en Gerencia de Sistemas de Salud

ASESOR

ALBERTH CRISTIAN HERRERA GIRALDO

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SISTEMAS DE SALUD  
PEREIRA, RISALDA  
2015

Nota de aceptación:

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Pereira, 30 de noviembre de 2015

## LISTA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN .....	9
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	11
2.1. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA .....	12
3. OBJETIVOS.....	13
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
4. MARCO DE REFERENCIA .....	14
4.1 ANTECEDENTES.....	14
4.1. MARCO CONCEPTUAL .....	15
4.2.1 SALUD MENTAL.....	15
4.2.2 TRASTORNO MENTAL .....	15
4.2.3 EPIDEMIOLOGÍA GENERAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN COLOMBIA .....	17
4.2.4 DEMANDA DE SALUD.....	21
4.2.5 RIPS (REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD).....	22
4.2.6 OFERTA DE SALUD.....	23
4.2.7 TALENTO HUMANO EN SALUD .....	24
4.3 MARCO GEOGRÁFICO.....	25
4.4 MARCO LEGAL .....	29
4.4.1 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS .....	29
4.4.2 DECLARACIÓN DE ALMA – ATA (1978).....	29
4.4.3 RESOLUCIÓN 2358 DE 1998 .....	29
4.4.4 LEY 1616 DE 21 DE ENERO DE 2013 .....	30
4.4.5 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021 .....	31
4.5 MARCO BIOÉTICO .....	32
4.6 MARCO AMBIENTAL.....	32
5. METODOLOGÍA .....	33
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	33
5.2 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	33

5.3 MÉTODOS DE ANÁLISIS.....	33
6. RESULTADOS.....	36
6.1.DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	36
6.2 PERFIL DE ASEGURAMIENTO .....	44
6.3 OFERTA DE PSIQUIATRÍA .....	46
6.3.1 CARACTERIZACIÓN DE TALENTO HUMANO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA .....	46
6.3.2 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y PROFESIONALES INDEPENDIENTES QUE OFERTAN SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA. ....	49
6.3.3 CAPACIDAD INSTALADA EN HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA.	51
6.3.4 PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES HABILITADAS EN PSIQUIATRÍA .....	52
6.4 DEMANDA EN PSIQUIATRÍA.....	55
6.4.1 DEMANDA EFECTIVA EN SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA.....	55
6.4.1.1 DEMANDA EFECTIVA EN PSIQUIATRÍA DE POBLACIÓN TOTAL DE RISARALDA.....	55
6.4.1.2 DEMANDA EFECTIVA EN PSIQUIATRÍA POR RANGOS DE EDAD	63
6.4.2 DEMANDA POTENCIAL EN SERVICIOS DE PSQUIATRÍA.....	82
6.5 ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE OFERTA Y DEMANDA .....	84
7. CONCLUSIONES .....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorías diagnósticas del capítulo de trastornos mentales, CIE-10.....	17
Tabla 2. División político administrativa de Risaralda, 2015.....	27
Tabla 3. Población total y habitantes por km2 según división político administrativa Risaralda, 2015. ....	36
Tabla 4. Estructura demográfica de la población del departamento de Risaralda en los años 1985, 1995, 2005, 2015 y 2020 .....	38
Tabla 5. Población de Risaralda por rangos de edad según Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015.....	39
Tabla 6. Estructura demográfica de la población de Risaralda por sexo, 2015 .....	40
Tabla 7. Crecimiento anual de la población de Risaralda, 1985 – 2020.....	40
Tabla 8. Índice de masculinidad por grupos etarios, Risaralda 2015 .....	41
Tabla 9. Principales indicadores demográficos Risaralda, 2015. ....	43
Tabla 10. Población afiliada al régimen contributivo, subsidiado y regímenes especiales de salud por municipio, Risaralda – junio de 2015. ....	44
Tabla 11. Talento humano especialista en psiquiatría registrado en secretaria de salud de Risaralda, 2015 .....	47
Tabla 12. Instituciones prestadoras de Servicios de Salud que ofertan servicio de Psiquiatría. Risaralda, 2014.....	49
Tabla 13. Profesionales Independientes que ofertan servicio de Psiquiatría. Risaralda, 2014. ....	51
Tabla 14. Capacidad instalada de camas hospitalarias de psiquiatría en Risaralda, 2015. ....	52
Tabla 15. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en Risaralda, 2014 .....	56
Tabla 16. Principales trastornos mentales en el departamento de Risaralda, 2014 .....	58
Tabla 17. Distribución por régimen de salud de personas atendidas con diagnóstico psiquiátrico, Risaralda – 2014.....	59
Tabla 18. Distribución por sexo de personas atendidas con diagnóstico psiquiátrico, Risaralda – 2014.....	59
Tabla 19. Consultas psiquiátricas por rango de edad en el departamento de Risaralda, 2014. ....	60
Tabla 20. Estimación psiquiatras requeridos para Risaralda, según demanda efectiva <i>en atenciones ambulatorias</i> , dividida por mes, 2014 .....	61
Tabla 21. Estimación psiquiatras requeridos para Risaralda, según demanda efectiva <i>en personas con concentración ideal</i> , dividida por mes, 2014 .....	62
Tabla 22. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en población entre 0- 6 años. Risaralda, 2014.....	65
Tabla 23. Principales trastornos mentales agrupados en población entre 0-6 años. Risaralda, 2014 .....	66
Tabla 24. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en población entre 7-11 años. Risaralda, 2014.....	68

Tabla 25. Principales trastornos mentales agrupados en población entre 7-11 años. Risaralda, 2014 .....	69
Tabla 26. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en población entre 12-17 años. Risaralda, 2014.....	71
Tabla 27. Principales trastornos mentales agrupados en población entre 12-17 años. Risaralda, 2014 .....	72
Tabla 28. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en población entre 18-44 años. Risaralda, 2014.....	74
Tabla 29. Principales trastornos mentales agrupados en población entre 18-44 años. Risaralda, 2014 .....	75
Tabla 30. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en población entre 45 y más años. Risaralda, 2014.....	76
Tabla 31. Principales trastornos mentales agrupados en población entre 45 y más años. Risaralda, 2014.....	77
Tabla 32. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas. Risaralda, 2014 .....	78
Tabla 33. Hospitalizaciones psiquiátricas en el departamento de Risaralda, 2014. ....	80
Tabla 34. Requerimientos de psiquiatras por egresos según SISPRO. Risaralda, 2014. ....	81
Tabla 35. Demanda potencial de psiquiatría en el departamento de Risaralda para el año 2015.....	82
Tabla 36. Requerimientos de psiquiatras para hospitalización según capacidad instalada. Risaralda, 2014. ....	83

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Lógica de agregación y desagregación de la CIE-10. ....	16
Figura 2. Necesidades de salud de la población .....	21
Figura 3. División político administrativa del departamento de Risaralda. ....	28
Figura 4. Pirámide poblacional de Risaralda, 2015 .....	37
Figura 5. Estructura demográfica de la población del departamento Risaralda en los años 1985, 1995, 2005, 2015 y 2020. ....	39
Figura 6. Índice de masculinidad por grupos etarios, Risaralda 2015 .....	42
Figura 7. Aseguramiento en salud en el departamento de Risaralda, junio de 2015. ....	45
Figura 8. Distribución de psiquiatras por sexo, 2015. ....	46
Figura 9. Distribución de IPS que ofertan servicio de Psiquiatría, habilitado. ....	50
Figura 10. Personas con psicopatología en 2014 – 2015 .....	84
Figura 11. Atenciones psiquiátricas ambulatorias para el año 2014. ....	85
Figura 12. Psiquiatras requeridos para atención de la demanda en 2014. ....	86
Figura 13. Tasa psiquiatras mundial y nacional por 100.000 habitantes .....	88
Figura 14. Tasa camas de psiquiatría mundial y nacional por 100.000 habitantes	89



## 1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los servicios de salud mental enfrentan una difícil disponibilidad de recursos económicos y talento humano, siendo más grave en los países menos desarrollados, donde se centra la mirada en la atención de enfermos mentales y no en un sistema integrado de salud mental, que cuente con la planeación necesaria para atender la demanda de la población (Organización Mundial de la Salud s.f.). Una muestra de lo anterior es Latinoamérica, donde los sistemas de salud se caracterizan por su fragmentación y el enfoque en el tratamiento de las enfermedades, en lugar de la prevención de las mismas y la promoción de la salud (Organización Panamericana de la Salud 2010). Además, hay gran desconocimiento tanto clínico como gerencial, hasta el punto que no se sabe cuántos psiquiatras ni cuántas camas de psiquiatría hay, según las estadísticas sanitarias mundiales de la Organización Mundial de la Salud en 2012 (Organización Mundial de la Salud 2012).

La prevención y la promoción en salud mental son importantes y necesarias para el bienestar holístico del ser humano, una buena salud mental permite al sujeto un balance en su vida y su desarrollo, permitiéndole adaptarse adecuadamente al entorno que lo rodea (Yepes 2013) (Organización Mundial de la Salud 2008). Esta importancia la hace primordial para la salud pública, resaltando que, si bien salud mental no equivale a psicopatología, al conocerse la demanda y la oferta en psiquiatría, se da fundamento a las propuestas para mejorar la salud mental del departamento de Risaralda (Ministerio de Salud-Colciencias 2015). Se considera que la prevalencia de trastornos mentales en el país es de dos por cada cinco personas, ningún nivel socioeconómico o área geográfica está exento de padecerlo, su tratamiento es costoso y desgastante para el individuo y las personas que lo rodean (J. A. Posada 2013), es decir, conocer un problema tan importante, significará ahorro económico para los risaraldenses, ya que se sabría cómo y en qué medida se debe intervenir, ayudando a que los pacientes y sus familias tengan mejor calidad de vida.

En Colombia, según el Estudio Nacional de Salud Mental, realizado en 2003, en promedio, de las personas con cualquier trastorno mental el 2.1% consultaron a psiquiatría, mientras 6.2% asistieron a otro especialista, 4.1% a medicina general, 1.7% consultaron en servicios sociales y 2.5% solicitaron atención en medicina alternativa. Además, fue más frecuente el no uso de los servicios de salud por parte de personas con patología mental que el buscar ayuda (Ministerio de la Protección Social 2003). Lo anterior evidencia la grave situación en salud mental con relación a la pobre atención especializada que se le brinda a la población colombiana, lo cual muestra grandes fallas a nivel gerencial, ya que no se logra cumplir con la razón de

ser del sistema de salud: cobertura integral (Congreso de la República de Colombia 1993).

El sistema de salud colombiano muestra señales claras de colapso (Redacción Editorial - Vanguardia.com 2012) y psiquiatría no parece ser la excepción, dado que se evidencian dificultades como la demora en la autorización y realización de procedimientos (exámenes paraclínicos, medicamentos, terapias), la inconformidad de los pacientes con el servicio brindado, el progresivo empeoramiento clínico (cronificación de enfermedades) y la alta prevalencia de suicidio. Además, es una queja constante de los pacientes la poca oportunidad de atención en salud mental especializada, asimismo, los prestadores de salud refieren frecuentemente que hay demora en la aceptación de remisiones urgentes de pacientes con trastornos psiquiátricos. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 evidenció una mejoría en el acceso a los servicios de salud mental solamente para las personas que se consideran pacientes psiquiátricos (Ministerio de Salud-Colciencias 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, es primordial contar con información utilizable en la práctica para planear las estrategias de política pública y gerencia en salud mental, con el fin de mejorar la atención en psiquiatría en el departamento (Sarmiento 2009). Por tanto, es necesario inicialmente conocer la realidad respecto a la estructura de la red, entendida esta como la situación de oferta y demanda en psiquiatría, que es lo que busca el presente estudio.

La investigación se realizó buscando dar un aporte a la salud pública, con el fin de ayudar a las secretarías de salud municipal y departamental a tener una visión más objetiva sobre la oferta y la demanda en la red de servicios de psiquiatría, contribuyendo a una toma de decisiones y acciones más adecuada, también, se espera que haya una mayor capacidad de respuesta del sistema a nivel gerencial y se logre evitar el colapso, al menos en lo concerniente a psiquiatría.

## 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La información es la fuente principal del gerente de los sistemas de salud para tomar decisiones pertinentes (Sarmiento 2009), por lo general, no tener una información suficiente conlleva a cometer errores que suelen pagar los pacientes al no tener una atención apropiada y las mismas instituciones al desangrarse financieramente por malgastar los recursos o secarse por déficit al estar saturado el mercado.

En salud mental, el manejo de la información suele hacerlo cada entidad a nivel interno y, generalmente, se basan en reportes parciales sin tener en cuenta el contexto municipal, departamental y nacional (Moica Peña 2012), lo cual ha generado el enclaustramiento evidente en las instituciones psiquiátricas sobrevivientes y nacientes en el departamento.

Además, según lo evidenciado en la práctica clínica, la planeación de los servicios de psiquiatría en Risaralda, usualmente no va más allá del presente y el futuro inmediato, por lo que las entidades de salud mental se caracterizan por su insuficiencia locativa y el colapso en la prestación de servicios, mostrándose de esta manera un panorama desolador respecto a la posibilidad de mejorar la atención de los pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, es queja usual que la oportunidad de consulta sea pobre y el número de camas de hospitalización sea bajo, respecto a la población a atender.

Basado en lo anterior, es fundamental tener información sobre la oferta y la demanda en salud mental en Risaralda, ya que esta es indispensable para que los actores del sistema orienten sus acciones de manera ajustada a la realidad y así poder mejorar en el futuro la prestación de servicios en salud mental en el departamento. De lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la brecha entre oferta y demanda en los servicios de psiquiatría en el departamento de Risaralda, 2015?

## **2.1. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA**

- ¿Cuál es la demanda potencial en atención de psiquiatría en Risaralda?
- ¿Cuál es la demanda efectiva en atención de psiquiatría en Risaralda?
- ¿Cuál es la capacidad instalada en los servicios de psiquiatría en Risaralda?
- ¿Cuántas son las instituciones y profesionales independientes que prestan atención en psiquiatría en Risaralda?
- ¿Cuáles son los portafolios de servicios en salud mental, de las IPS que prestan atención en psiquiatría en Risaralda?
- ¿Cuánto es el recurso humano especializado necesario para atender la demanda en psiquiatría en Risaralda?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la brecha entre oferta y demanda en los servicios de psiquiatría en el departamento de Risaralda, 2015.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer el talento humano debidamente registrado en psiquiatría en el departamento de Risaralda.
- Identificar las instituciones y profesionales independientes que ofertan el servicio de psiquiatría en el departamento de Risaralda.
- Estimar la capacidad instalada para prestar servicios de psiquiatría hospitalaria, en el departamento de Risaralda.
- Describir la demanda efectiva ambulatoria y hospitalaria en psiquiatría, en el departamento de Risaralda.
- Calcular la demanda potencial ambulatoria en psiquiatría, en el departamento de Risaralda.
- Comparar la demanda con la oferta en psiquiatría el departamento de Risaralda.

## 4. MARCO DE REFERENCIA

### 4.1 ANTECEDENTES

Los sistemas de salud en las Américas se caracterizan por altos niveles de segmentación y fragmentación. La fragmentación es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. (Organización Panamericana de la Salud 2010)

En los últimos años, se ha observado una tendencia a abandonar la competencia y a introducir políticas que favorezcan la colaboración entre los proveedores de salud como una forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención de salud. En este sentido, la autoridad sanitaria desempeña un papel fundamental para instrumentar la organización institucional, consolidar y lograr la equidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de la población. (Organización Panamericana de la Salud 2010)

En Risaralda, hay desconocimiento generalizado sobre la relación entre oferta y demanda en la prestación de servicios de psiquiatría. Se tiene información básica sobre los prestadores tanto públicos como privados, pero no se encuentra documentado o no hay una fuente que muestre la situación real de la relación entre la oferta y demanda en psiquiatría en el departamento, siendo la información existente insuficiente para llevar a cabo estrategias y acciones por parte de las personas a quienes concierne las decisiones que apuntan a mejorar la situación de salud de la población risaraldense.

Realizando búsquedas en bases de datos de internet, con variadas palabras clave, se evidenció que, aunque importante, análisis como el del presente estudio son escasos, ya que no se encontró ningún estudio específico sobre el análisis de la oferta y la demanda en salud mental en Colombia o a nivel internacional. Se encontró un estudio realizado en Austria, sobre la brecha entre oferta y demanda en la atención psiquiátrica proyectado para el año 2030, en el que se encontró que la brecha se irá aumentando gradualmente hasta no dar abasto con las necesidades de la población (Riedel 2014). En relación con servicios diferentes a salud mental, se encontraron 4 estudios de análisis de la oferta y la demanda en salud, uno de ellos en Bucaramanga, que investigó la atención médica de alta complejidad (Moreno Morales 2014) especializada, el segundo, en Perú, sobre la brecha entre oferta y demanda de atención en salud desde una mirada económica (M. e.

Madueño Dávila 2003), el tercero sobre atención médica especializada, también en Perú (Zevallos 2011) y el cuarto sobre demanda potencial y oferta de servicios de salud en México (Santos-Padrón 2011).

## **4.1. MARCO CONCEPTUAL**

### **4.2.1 SALUD MENTAL**

La salud mental fue definida por la Organización Mundial de la Salud de manera más amplia que la simple ausencia de trastornos mentales: "...estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (Organización Mundial de la salud 2007).

En Colombia la Ley 1616 del 21 de enero de 2013 define la salud mental como "un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad" (Congreso de la República de Colombia 2013).

### **4.2.2 TRASTORNO MENTAL**

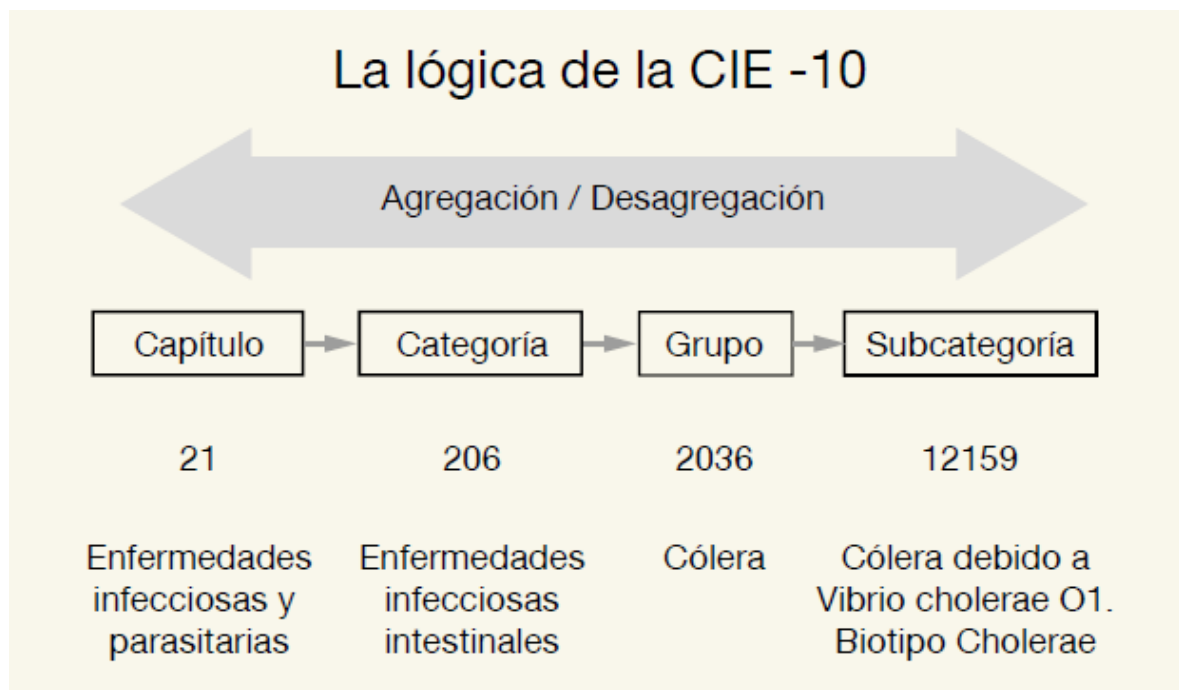
En psiquiatría se prefiere el término *trastorno* en lugar de *enfermedad* o *síndrome*, dadas las implicaciones de conocimiento etiológico y evolutivo que dichos términos tienen. La OMS, propuso que un trastorno es un "conjunto de síntomas o comportamientos asociados en la mayoría de los casos a malestar y a interferencia con la vida del individuo", aclarando que "...desviaciones sociales o conflictos aislados sin una disfunción personal no deben ser incluidos como trastorno mental..." (García Parajuá y Magariños López 1994).

El diagnóstico de los trastornos mentales se realiza según clasificaciones que resultan de investigaciones epidemiológicas, neurobiológicas, neuroimagenológicas y consensos. Los trastornos psiquiátricos se describen y codifican en manuales nosográficos, que son varios a nivel mundial, pero de los que se conocen en nuestro medio principalmente el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, que es norteamericano y va en su 5ª edición y, la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10). Por norma, en Colombia se debe aplicar la CIE-10, que se construyó con una mirada internacional, por lo que

las bases de datos oficiales contienen los códigos correspondientes a esa nosología. Sin embargo, en psiquiatría, suele utilizarse el DSM-IV y DSM-IV-TR, por lo que comparar los diagnósticos es difícil, en especial teniendo en cuenta que hay un desconocimiento grande sobre la forma oficial de diagnosticar los trastornos mentales. Es decir, la CIE-10 y las versiones del DSM tienen en sus codificaciones la manera de correlacionar los diagnósticos, pero la desinformación sobre el sistema de clasificación oficial, suele desencadenar en diagnósticos inapropiados a la hora de llenar las historias clínicas y las bases de datos.

La CIE-10 incluye todos los diagnósticos, no solamente en psiquiatría y se divide en 21 capítulos, los cuales incluyen categorías, grupos y subcategorías.

**Figura 1: Lógica de agregación y desagregación de la CIE-10.**



**Fuente:** (Rivadeneira 2015)

El capítulo de la CIE-10 correspondiente a los trastornos mentales, se identifica con la letra F y se reportan las categorías en la siguiente tabla (Organización Panamericana de la Salud 1995):



**Tabla 1. Categorías diagnósticas del capítulo de trastornos mentales, CIE-10**

F00-F09 TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMÁTICOS
F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
F20-F29 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES
F30-F39 TRASTORNOS DEL HUMOR
F40-F48 TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS
F50-F59 SÍNDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADO CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS
F60-F69 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS
F70-F79 RETRASO MENTAL
F80-F89 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO
F90-F98 TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA
F99 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO

Se anexa una tabla con el capítulo de los diagnósticos psiquiátricos disgregados en categorías, grupos y subcategorías.

#### **4.2.3 EPIDEMIOLOGÍA GENERAL DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN COLOMBIA**

Los trastornos mentales afectan una cantidad significativa de la población mundial y sus consecuencias pueden llegar a ser muy serias. Una adecuada información sobre ellos repercute de manera importante en la calidad de la atención a las personas afectadas (García Parajuá y Magariños López 1994).

Si bien, en Colombia se debe utilizar la CIE-10, hay pobre adherencia de los médicos a este lineamiento y, los que realizan diagnósticos CIE-10, lo hacen más por obedecer la norma que por la importancia que tiene brindar datos confiables para lograr mejores decisiones a nivel de políticas públicas (Ministerio de Salud y Protección Social 2013).

En particular, en psiquiatría, se suele utilizar la clasificación norteamericana de trastornos mentales (DSM), lo que ocasiona un grave problema por pobre confiabilidad de los datos registrados. Un ejemplo claro de la disociación entre lo oficial y lo realmente aplicado en psiquiatría en relación con los diagnósticos, es que la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015, se basó los diagnósticos del DSM-IV.

La ENSM incluyó 15351 encuestados, e investigó algunos trastornos afectivos, ansiosos, de personalidad y propios de la infancia y adolescencia, entre otras variables del que denominaron “continuum de salud mental”, como cognición social

y problemas relacionados con la salud mental, no necesariamente considerados patologías. Dicho estudio fue observacional descriptivo, de corte transversal, a nivel nacional e incluyó residentes de Colombia, mayores de 12 años de edad, residentes en el área urbana o área rural dispersa; para los menores de 12 años, la información fue proporcionada por el cuidador. Por otro lado, excluyó personas con “tamizaje positivo para demencia”, limitación sensorial o del lenguaje que impidiera responder la encuesta, personas que no hablaran español, que estuvieran institucionalizadas o que no desearan participar (Ministerio de Salud-Colciencias 2015).

La ENSM indagó sobre trastornos en los últimos 30 días, 12 meses y a lo largo de la vida, en 4 rangos de edad, a mencionar: 7 a 11 años de edad, 12 a 17 años de edad, 18 a 44 años de edad y 45 y más años. A continuación, se reportan los resultados de los últimos 12 meses, que son los que atañen a la presente investigación (Ministerio de Salud-Colciencias 2015).

- Población entre 7 y 11 años de edad (información aportada por el cuidador):
  - Buscó, a través del *Diagnostic Interview for Children* (DISC-P), ansiedad por separación, trastorno de pánico, de ansiedad generalizada, depresión (depresivo mayor y distimia), oposicionista desafiante, déficit de atención hiperactividad y trastorno de conducta (nombres transcritos como aparecen en el documento fuente).
  - Prevalencia de cualquier trastorno de los evaluados: 4,7% (IC 95% 3,6-6,2)
    - Hombres: 3,8%
    - Mujeres: 5,6%
    - Urbano: 5,5%
    - Rural: 2,6%
  - Cualquier trastorno depresivo (no se encontró distimia): 0,1% (IC 95% 0,0-0,3)
    - Hombres: 0,2%
    - Mujeres: 0,01%
  - Cualquier trastorno de ansiedad (solo encontró ansiedad generalizada y ansiedad de separación): 2,0% (IC 95% 1,2-3,2)
    - Hombres: 1,6%
    - Mujeres: 2,3%
  - Cualquier trastorno de comienzo habitual en la infancia (solo encontró TDAH, negativista desafiante y de la conducta): 3,2% (IC 95% 2,4-4,4)
    - Hombres: 2,9%
    - Mujeres: 3,6%
  - Comorbilidad psiquiátrica: 15,6%
    - Hombres: 31,6%
    - Mujeres: 4,8%

- 12 a 17 años de edad:
  - Buscó, utilizando el CIDI-CAPI, depresión (mayor, menor, distimia), suicidio, manía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico (angustia), fobia social.
  - Prevalencia de cualquier trastorno de los evaluados: 4,4% (IC 95% 3,3-5,7)
    - Hombres: 2,4%
    - Mujeres: 6,3%
    - Urbano: 8,0%
    - Rural: 5,0%
  - Cualquier trastorno depresivo: 1,0% (IC 95% 0,6-1,7)
    - Hombres: 0,4%
    - Mujeres: 1,7%
  - Cualquier trastorno afectivo (incluye depresivo y bipolar): 1,2% (IC 95% 0,6-1,7)
    - Hombres: 0,6%
    - Mujeres: 1,8%
  - Cualquier trastorno de ansiedad: 3,5% (IC 95% 1,2-3,2)
    - Hombres: 1,9%
    - Mujeres: 5,0%
  - Comorbilidad psiquiátrica: 10,2%
    - Hombres: 12,2%
    - Mujeres: 4,7%
  - Intento de suicidio: 2,5%
    - Hombres: 2,1%
    - Mujeres: 2,9%
  - Intento suicida en adolescentes que han planeado: 37,6%
    - Hombres: 36,3%
    - Mujeres: 38,5%
- Adultos:
  - Buscó, utilizando el CIDI-CAPI, depresión (mayor, menor, distimia), suicidio, manía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico (angustia), fobia social (nombres transcritos como aparecen en el documento fuente).
  - Prevalencia de cualquier trastorno de los evaluados en adultos: 4,0% (IC 95% 3,5-4,6)
    - Hombres: 3,2%
    - Mujeres: 9,0%
    - Urbano: 4,4%
    - Rural: 2,7%
  - Cualquier trastorno depresivo en adultos: 1,9% (IC 95% 1,6-2,4)
    - Hombres: 1,2%
    - Mujeres: 2,7%

- Cualquier trastorno afectivo en adultos (incluye depresivo y bipolar): 2,4% (IC 95% 2,0-3,0)
  - Hombres: 1,9%
  - Mujeres: 3,0%
- Cualquier trastorno de ansiedad en adultos: 2,1% (IC 95% 1,7-2,5)
  - Hombres: 1,6%
  - Mujeres: 2,5%
- Comorbilidad psiquiátrica en adultos: 17,6%
  - Hombres: 13,5%
  - Mujeres: 20,4%
- Intento de suicidio en adultos: 2,57%
  - Hombres: 1,87%
  - Mujeres: 3,25%
- Intento suicida en adultos con ideación suicida: 39,2%
  - Hombres: 33,9%
  - Mujeres: 43%

A continuación, se resumen los resultados para adultos, diferenciando por rangos de 18 a 44 y 45 y más años de edad.

- Prevalencia de cualquier trastorno de los evaluados 18 a 44 años: el 5,1% (IC 95% 4,2-6,0)
- Prevalencia de cualquier trastorno de los evaluados 45 y más años: el 2,3% (IC 95% 1,8-3,0)
- Cualquier trastorno depresivo 18 a 44 años: 2,4% (IC 95% 1,8-3,1)
- Cualquier trastorno depresivo 45 y más años: 1,3% (IC 95% 1,0-1,9)
- Cualquier trastorno afectivo 18 a 44 años (incluye depresivo y bipolar): 3,0% (IC 95% 2,4-3,8)
- Cualquier trastorno afectivo 45 y más años (incluye depresivo y bipolar): 1,6% (IC 95% 1,1-2,1)
- Cualquier trastorno de ansiedad 18 a 44 años: 2,7% (IC 95% 2,1-3,3)
- Cualquier trastorno de ansiedad 45 y más años: 1,2% (IC 95% 0,9-1,6)

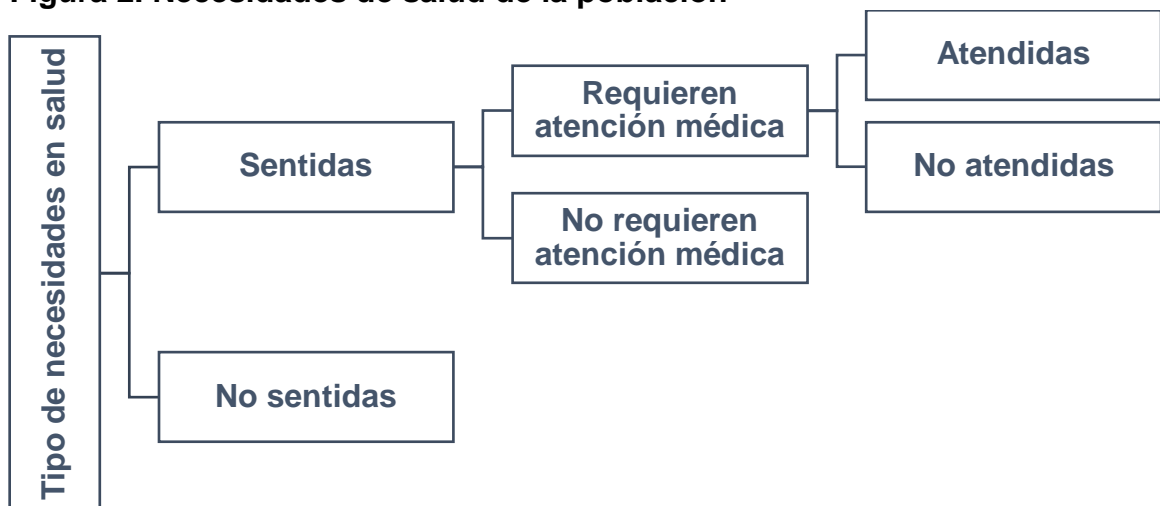
La esquizofrenia no se incluye dentro de los últimos 2 estudios nacionales de salud mental realizados en Colombia, por lo que se tomó como referencia el artículo “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública, donde consta que la prevalencia de esquizofrenia “en el último año” fue del 1% (Kohn, y otros 2005).

Para mayor información sobre epidemiología de trastornos mentales, se sugiere consultar el Informe de la Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015.

#### 4.2.4 DEMANDA DE SALUD

Las comunidades tienen constantemente necesidades de servicios de salud, estas necesidades difieren de una comunidad a otra por factores como el perfil demográfico, perfil epidemiológico y cultura de consumo de servicios (Orozco Africano, Berdugo Jiménez y Ortiz Ibáñez 2010). Dichas necesidades, se encuentran satisfechas, en proceso de satisfacción o insatisfechas, este estado es percibido o ignorado deliberadamente o inconscientemente por los afectados (Gómez de Vargas y Ramírez Duarte 1990).

**Figura 2. Necesidades de salud de la población**



**Fuente: Modificado de artículo “La oferta y la demanda de los servicios de salud”** (Gómez de Vargas y Ramírez Duarte 1990)

Respecto a las necesidades en salud sentidas, de estas unas requieren atención y otras no requieren atención, de las que requieren atención, unas son atendidas y otras no son atendidas. El presente estudio se centrará en las necesidades “atendidas”, denominado para el presente estudio “demanda efectiva”, término que se explicará más adelante.

Antes de que una persona acceda al servicio de médico, se presenta la necesidad de atención médica, luego la demanda por el servicio y por último se llega al acceso a través de la oferta. (Aday y Andersen 1974). Es necesario aclarar que, es diferente la necesidad de atención médica a la demanda por servicios de salud. La primera se presenta en el momento en que las personas tienen un problema de salud, independientemente si consideran que requieren o no atención médica, mientras

que la segunda, depende de factores como el ingreso, los costos de atención y estado de salud percibido por las personas. (Ayala García 2014)

La demanda en salud fue definida en la metodología de Madueño como “la percepción de la necesidad de atención de salud para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas. Esta necesidad responde a factores físicos (demanda de salud por accidente, embarazo, enfermedad) o factores ligados al ciclo de vida” (M. Madueño Dávila 2003).

Existen numerosos artículos donde se clasifica la demanda en salud y se denominan de diferentes formas, para el presente trabajo se adoptaran las definiciones de Anibal Velásquez en su guía metodológica (Velásquez 2006)

- **Demanda potencial:** Es la sumatoria de todas las demandas, se calcula sumando la demanda efectiva+ demanda reprimida + demanda encubierta.
- **Demanda efectiva o real:** Enfermos que utilizaron los servicios de salud.
- **Demanda reprimida:** Sub-valoración de la enfermedad (personas que no se declaran enfermas por barreras económicas).
- **Demanda encubierta:** Barreras de entrada (se declaran enfermos, pero no utilizan los servicios).

Como se mencionó anteriormente, la presente investigación se centrara en la demanda efectiva o real y la demanda potencial.

#### **4.2.5 RIPS (REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD)**

El RIPS (Registro individual de prestación de servicio de salud) es el registro que realizan los prestadores en el momento de atender a una persona, este registro debe tener un conjunto datos mínimos requeridos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud para realizar sus procesos de dirección, regulación y control del servicio de salud (Alcaldía Mayor de Bogotá s.f.).

Entre los múltiples datos que allí se consignan, en el presente estudio se utilizaron:

- Diagnósticos CIE-10.
- Número de personas.
- Número de atenciones.
- Número de atenciones por determinado periodo de tiempo (concentración).

- Egresos hospitalarios
- Días estancia de hospitalización
- Edad
- Sexo
- Régimen de afiliación
- Lugar de residencia
- Ubicación del prestador del servicio

#### **4.2.6 OFERTA DE SALUD**

En economía, la oferta es “la cantidad de bienes o servicios que los productores desean y pueden producir o vender a diferentes precios en un determinado período de tiempo, manteniéndose todo lo demás constante” (Vicerrectorado de Investigación s.f.)

En los servicios de salud la definición de oferta se adapta, teniendo en cuenta que los servicios ofrecidos involucra el proceso de salud – enfermedad, por lo que hay un mayor impacto en la vida de las personas en relación con la necesidad que se tiene de recibir atención médica, los estudios de oferta en los servicios de salud deben relacionarse con las necesidades sentidas de atención de salud de la población, estos estudios se enfocan en tres factores (Lenemar 2013):

- Productividad
- Equipamiento
- Organización

Estos tres términos hacen referencia a la capacidad de producción según la capacidad instalada, por ejemplo salas de procedimientos y camas hospitalarias; así como los profesionales de la salud del sistema. Además incluyen el análisis de la capacidad instalada como tal, y de las características de la organización.

La oferta o disponibilidad de servicios de salud, tiene relación con la cantidad y la distribución en el espacio de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, esto incluye el portafolio de servicios, el talento humano, los recursos físicos y el uso de servicios, lo que el autor de seudónimo Lenemar denominó “el tamaño”, y la calidad.

En resumen, la oferta de servicios de salud corresponde a la producción de servicios de salud por tipo de programa de salud, institución de salud, funciones de producción e insumos requeridos para satisfacer la demanda en salud. (Arredondo López y Recaman Mejía 2001)

#### **4.2.7 TALENTO HUMANO EN SALUD**

La ley 1164 del 2007 define al Talento Humano en Salud como “todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes el territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.” (Congreso de la República de Colombia 2007)

El talento humano en salud se regirá por los siguientes principios (Congreso de la República de Colombia 2007):

- Equidad
- Solidaridad
- Calidad
- Ética
- Integralidad
- Concertación
- Unidad
- Efectividad

A nivel mundial hay grandes dificultades referentes al personal de la salud, ya que es insuficiente para atender las necesidades del sistema, además la forma de contratación deja mucho que desear, y esto desemboca en una alta rotación de profesionales. En consecuencia, la OMS ha propuesto la realización de foros mundiales sobre recursos humanos, que tienen como objetivo compartir experiencias respecto a las dificultades y fortalezas en la gestión del personal de la salud, dichos foros han contado con la participación de gobiernos, organismos multilaterales, instituciones académicas, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y asociaciones de profesionales y sindicatos del personal de la salud. (Ministerio de Salud de Colombia s.f.)

En el presente documento, se diferenciarán los psiquiatras en ejercicio según su dedicación a la docencia al área asistencial, considerando el caso ideal de que cada uno trabaje tiempo completo como es lo contemplado en la ley como jornada ordinaria máxima de trabajo. No se pretende negar la realidad de trabajo mayor al tiempo completo de algunos psiquiatras, sino hacer un ejercicio de cálculo desde ideal.



### 4.3 MARCO GEOGRÁFICO

A continuación, se transcribe un fragmento de la página web de la Gobernación de Risaralda, que explica de manera clara y concisa los datos principales del departamento:

El departamento de Risaralda es una entidad territorial ubicada en el sector central de la región andina, centro occidente de Colombia. Su exposición geográfica está determinada por las coordenadas de sus límites extremos: entre los 5°32´ y 4°39´ de latitud norte y entre 75°23´ y 76°18´ de longitud al oeste del meridiano 0° de Greenwich. Está conformado por una zona central de topografía ligeramente ondulada con una altura promedio inferior a los 2.000 msnm. Esta zona está bordeada por las cordilleras Central y Occidental, la Central supera los 4.500 msnm en los Nevados de Santa Isabel y Quindío y la Occidental alcanza en promedio los 4.000 msnm en el Cerro Tatamá; las dos cordilleras están separadas por el cañón del río Cauca. El Departamento cuenta con extensión aproximada de 3.592 Km, lo que representa el 0.3% del área total del país, y hace parte del llamado Eje Cafetero (Gobernación de Risaralda s.f.).

El departamento se caracteriza por la diversidad de sus paisajes, sus riquezas naturales, culturales y étnicas, alta densidad poblacional y gran capacidad de exportación. Su territorio está enmarcado por sitios de inmensa variedad ecológica y ambiental, como los valles de los ríos Cauca y Risaralda, la rica biodiversidad del Chocó, El Parque Natural de Los Nevados y la zona de producción del mejor café del mundo. Su capital, Pereira, es uno de los municipios colombianos con mayor producción cafetera, cítricos y piña del país; es una ciudad de gran dinámica de construcción de grandes superficies comerciales y líder en la producción de papeles suaves (Gobernación de Risaralda s.f.).

El clima está influenciado por las masas de aire húmedo sobre la cordillera Occidental y la depresión del río Cauca; esta situación hace que se presenten dos marcadas tendencias, una muy húmeda con tendencia seca, en la vertiente oriental hacia el valle del río Cauca. Los meses más lluviosos corresponden a abril-mayo, y octubre-noviembre; el promedio de precipitación para el departamento es de 3.000mm al año. El departamento presenta 5 pisos térmicos desde el valle de los ríos San Juan, Risaralda y Cauca, hasta el nevado de Santa Isabel; el cálido representa el 9% del total departamental, con temperaturas promedio de 24°C; el templado, entre 18 y 24°C, representa el 51% el frío, con temperaturas inferiores a 12°C, ocupa el 8%, y el nevado, que cubre el 1% del área total del departamento. Comparte el parque nacional natural Tatamá con los departamentos de Chocó y

Valle del Cauca; y el parque nacional natural de Los Nevados con los departamentos de Caldas, Tolima y Quindío. (Gobernación de Risaralda s.f.)

El Departamento de Risaralda limita con los siguientes departamentos:

- Al norte con los departamentos de Antioquia y Caldas
- Al Oriente con Caldas y Tolima
- Al Sur con el Quindío y Valle del Cauca
- Al Occidente con Chocó.

Las principales actividades económicas del departamento son la agricultura, la ganadería, la industria y el comercio. En los productos agrícolas sobresale la producción de café, caña de azúcar, plátano, yuca, cacao, piña, papa, maíz, algodón y algunos frutales. La ganadería tiene propósitos lecheros y de carne. La producción industrial se concentra en los alimentos, las bebidas, los textiles, el papel y carbón. El comercio se localiza principalmente en la capital.

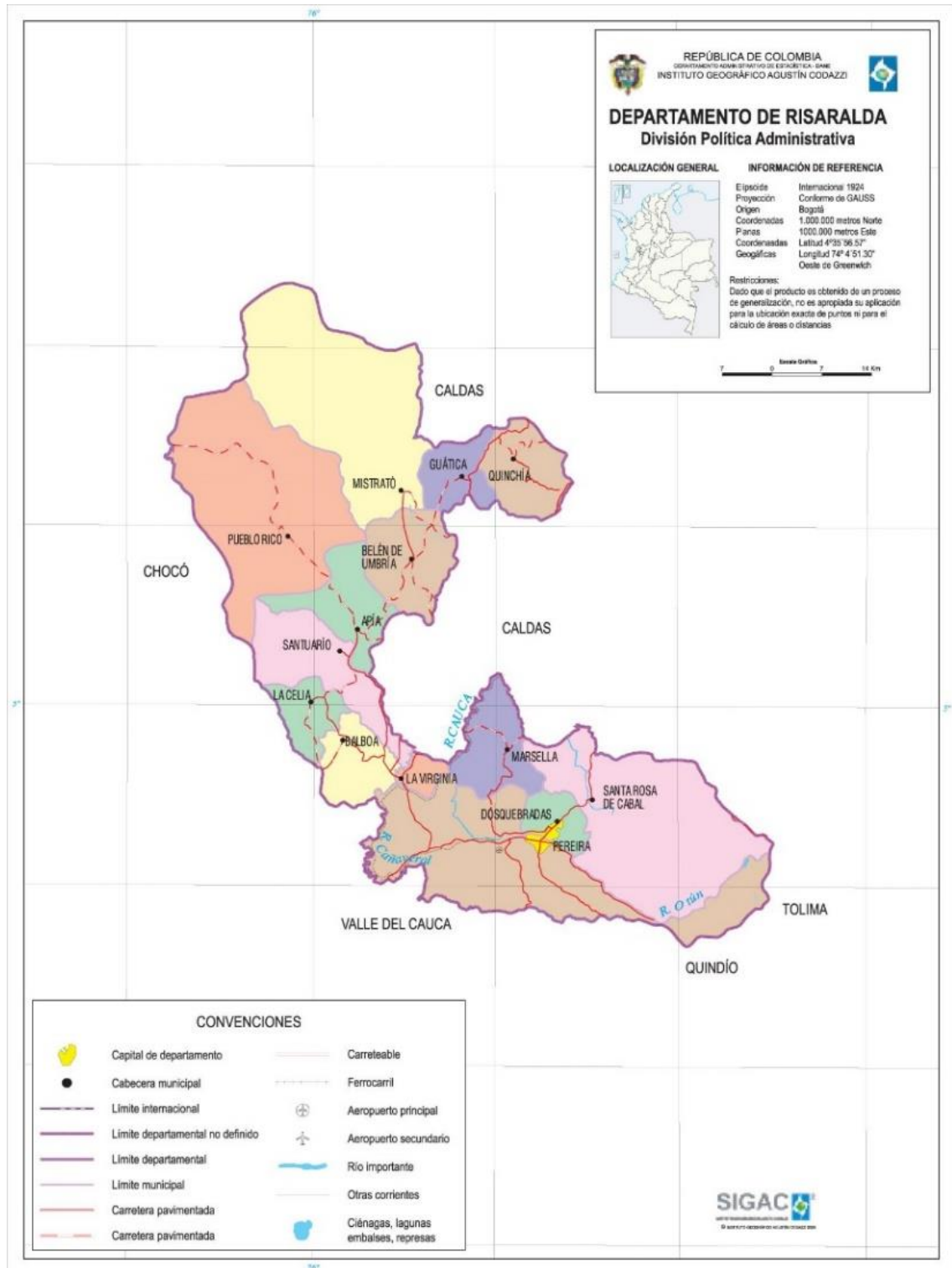
El departamento está dividido administrativamente en 14 municipios, 19 corregimientos, numerosos caseríos y centros poblados. A continuación, se mencionan los municipios de Risaralda:

**Tabla 2. División político administrativa de Risaralda, 2015**

<b>Nº</b>	<b>Municipio</b>	<b>Altura (msnm)</b>	<b>Descripción</b>
1	Apia	1.630	Año de creación 1892. Temperatura promedio 19° C. A 65 km de Pereira.
2	Balboa	1.550	Año de creación 1923. Temperatura promedio 20° C. A 53 km de Pereira.
3	Belén de Umbría	1.500	Año de creación 1911. Temperatura promedio 20° C. A 70 km de Pereira.
4	Dosquebradas	1.479	Año de creación 1972. Temperatura promedio 20° C. A 5 km de Pereira. Catalogado como el municipio industrial del Departamento.
5	Guática	2.150	Año de creación 1921. Temperatura promedio 18° C. A 93 km de Pereira.
6	La Celia	1.500	Año de creación 1959. Temperatura promedio 20° C. A 67 km de Pereira.
7	La Virginia	900	Año de creación 1959. Temperatura 23°C. A 30 km de Pereira. Ubicado a orillas del río Cauca y rodeado de cultivos de caña de azúcar.
8	Marsella	1.600	Año de creación 1904. Temperatura 19° C. A 31 km de Pereira. Uno de sus atractivos es el cementerio construido en forma de terrazas, cuya arquitectura se remonta a la época del diseño barroco
9	Mistrató	1.501	Año de creación 1923. Temperatura 19° C. A 87 km de Pereira.
10	Pereira	1.411	Año de creación 1870. Temperatura: 21°C. Conocida con los apelativos de "Ciudad Sin Puertas", "Perla del Otún" y "La Querendona, Trasnochadora y Morena".
11	Pueblo Rico	1.563	Año de creación 1912. Temperatura 18°C. A 93 km de Pereira.
12	Quinchía	1.800	Año de creación 1912. Temperatura 18°C. A 110 km de Pereira.
13	Santa Rosa de Cabal	1.701	Año de creación 1852. Temperatura 19°C. A 14 km de Pereira. Municipio conocido con el apelativo de Ciudad de Las Araucarias. Cuenta con la Iglesia de Nuestra Señora de las Victorias mezcla de estilo gótico con capiteles tallados y hermosos vitrales. Cerca del casco urbano están los Termales de Arbeláez.
14	Santuario	1.600	Año de creación 1906. Temperatura 20°C. A 64 km de Pereira.

**Fuente: Gobernación de Risaralda.**

Figura 3. División político administrativa del departamento de Risaralda.



Fuente: Gobernación de Risaralda

## **4.4 MARCO LEGAL**

### **4.4.1 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS**

En la declaración de los derechos humanos la Organización de las Naciones Unidas incluyó la salud como derecho fundamental de las personas. (Organización de las Naciones Unidas 1948)

**Artículo 3.** Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

#### **Artículo 25.**

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

### **4.4.2 DECLARACIÓN DE ALMA – ATA (1978)**

En Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, se reconoce a los sistemas de interconsulta integrados como una estrategia para mejorar la atención de la salud de la población.

*VII. La atención primaria sanitaria...* (6) Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados. (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud 1978)

### **4.4.3 RESOLUCIÓN 2358 DE 1998**

El Ministerio de Salud de Colombia adopta la política Nacional de Salud mental, en uso de sus atribuciones y en especial las otorgadas por el artículo 77 del Decreto 1292 de 1994. En su artículo 2 se establece “Las normas técnico-científicas y

técnico-administrativas contenidas en la política adoptada, serán de obligatorio acatamiento por parte de todas las Empresas Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, Administradoras de Régimen Subsidiado y por las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud” (Ministerio de Salud de Colombia 1998)

#### **4.4.4 LEY 1616 DE 21 DE ENERO DE 2013**

En la Ley de Salud mental de enero de 2013 (Congreso de la República de Colombia 2013), se establecen pautas para garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental, en su capítulo II se establece como son las modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental.

##### **Artículo 13. Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental.**

La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Prehospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad.
10. Unidades de Salud Mental.
11. Urgencias de Psiquiatría.

**Parágrafo.** *El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios para la atención integral e integrada en Salud Mental bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red.*

#### **Artículo 14. Prestadores de servicios.**

Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación vigente.

Para este efecto el Ministerio deberá formular, implementar, evaluar y ajustar tales instrumentos de acuerdo con lo establecido en la presente ley y demás disposiciones legales complementarias.

#### **Artículo 15. Puerta de entrada a la red.**

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema, el cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud mental.

Las acciones en este nivel tienen entradas desde múltiples ámbitos e instancias a nivel local tales como los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, la comunidad.

#### **4.4.5 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021**

En el plan decenal de salud pública 2012-2021 se establece la dimensión convivencia y salud mental la cual es definida como...

“Espacio de construcción, participación y acción trans-sectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos”. (Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia 2012)

En esta dimensión se definen objetivos y componentes como la promoción de la salud y la convivencia, y prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia. Estos componentes proponen metas nacionales a 2021, tanto en materia de desarrollo de políticas y planes municipales y departamentales en salud mental, como de eventos en salud pública relacionados con esta dimensión, que pueden modificar o incidir en la situación de salud de la

población (morbilidad, factores protectores, mortalidad y otros determinantes)  
(Ministerio de Salud y la Protección Social s.f.)

#### **4.5 MARCO BIOÉTICO**

Esta investigación se considera según la resolución 8430 de 1993, una investigación sin riesgo, debido a que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en ningún individuo. Por tanto, no se requiere consentimiento informado.

#### **4.6 MARCO AMBIENTAL**

El investigador se compromete a manejar la información de este proyecto en medio digital, para contribuir con el medio ambiente.



## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio es un estudio no experimental, ecológico, descriptivo porque pretende, a partir de una “fotografía” de la situación en psiquiatría en Risaralda, determinar la distancia o diferencia entre la necesidad de atención en psiquiatría y la posibilidad del sistema de responder dicha necesidad. Es decir, no intenta simplemente describir la situación de oferta y demanda, sino también analizar la capacidad actual del sistema para atender los requerimientos de la población risaraldense, específicamente en psiquiatría.

### **5.2 FUENTES DE INFORMACIÓN**

Para la realización del presente trabajo se consultaron las siguientes fuentes de información:

- Proyecciones de población DANE, censo 2005.
- Registros profesionales de Secretaría de Salud de Risaralda
- Secretaría de Salud de Risaralda, Dirección de aseguramiento (Secretaría de Salud, Gobernación de Risaralda 2015)
- Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
- Bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)

### **5.3 MÉTODOS DE ANÁLISIS**

Se consultó la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) para identificar el número de instituciones y profesionales independientes que atienden en psiquiatría, así como la capacidad instalada en camas de psiquiatría en el departamento de Risaralda. Además, se consultó con la Secretaría Departamental de Salud sobre el talento humano registrado en la especialidad de psiquiatría, corroborando los registros con información del programa de especialización en Psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira, para depurar los registros de profesionales que no ejercen en el departamento,

Se realizó un análisis de la demanda efectiva en salud mental con la información de la bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), que incluye datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), filtrando por las variables “diagnóstico”, “edad”, “lugar de residencia”, “geografía del prestador”, “sexo”, “régimen de afiliación a salud”, “personal que atiende” y “grandes grupos DANE” en el año 2014. Se filtraron los resultados por categorías diagnósticas CIE-10 y se obtuvieron datos de algunos grupos diagnósticos según su pertinencia a los grupos etarios (reportado como trastornos agrupados):

- F 320 - F341 Trastornos depresivos
- F 401 - F428 Trastornos de ansiedad
- F 430 - 439 Trastornos asociados a traumas y estrés
- F 500 - 509 Trastornos de la conducta alimentaria
- F 510 - 518 Trastornos del sueño
- F 602 - 628 Trastornos de la personalidad
- F 800 - 809 Trastornos del habla y lenguaje
- F 840 - 41 - 45 -49 Trastornos del espectro autista
- F 900 - 909 Trastorno hiperactivo
- F 910 - 929 Trastornos de conducta
- F10 - 19 Trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas

Para calcular la demanda potencial, se tuvo como base la proyección poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) al año 2015, en el departamento de Risaralda y se tomaron las prevalencias de “cualquier trastorno mental” por los rangos de edad incluidos en la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015. Se tomaron las prevalencias generales de trastornos mentales para disminuir la posibilidad de sesgo, dadas las dificultades para comparar la Encuesta Nacional de Salud Mental, que está planteada desde los diagnósticos DSM-IV y las bases de datos de que se dispone en la actualidad, que incluyen diagnósticos CIE-10, en los que, por ejemplo, no se aclara si un “trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo leve o moderado”, corresponde a un trastorno bipolar I o II. Adicionalmente, se calculó la demanda potencial de sujetos con esquizofrenia, basados en datos de un estudio realizado en América Latina y el Caribe (Kohn, y otros 2005).

Se calculó la demanda potencial considerando una práctica psiquiátrica ideal en que se atienden adultos en consultas de 30 minutos y niños de 0 a 11 años durante una hora en la consulta de primera vez y controles de 30 minutos.

Para calcular la demanda potencial de hospitalización psiquiátrica, se tomó como base la capacidad instalada de las instituciones con camas psiquiátricas habilitadas y un porcentaje de ocupación del 84%, el cual se obtuvo de informe de gestión presentado por Hospital Mental Universitario de Risaralda (Homeris) a la gobernación de Risaralda. No se tuvo acceso al porcentaje de ocupación del Instituto de sistema Nervioso de Risaralda (ISNR), por lo que se utilizó el mismo valor de Homeris.

Para los cálculos de requerimientos de psiquiatra, se utilizó como base la contratación de tiempo completo, utilizando la jornada ordinaria máxima de trabajo, que equivale a 192 horas/mes, como consta en el artículo 161 del código sustantivo del trabajo. Se asumió que dichas horas son de atención efectiva de pacientes, es decir, no se descontó tiempo por labores administrativas y/o descansos.

Para definir la brecha entre la oferta y la demanda, se realizó una resta aritmética entre los resultados de oferta y demanda efectiva, y, oferta y demanda potencial.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Para el año 2015, según proyecciones DANE, Risaralda cuenta con aproximadamente 951.953 habitantes, con un crecimiento en su población con respecto al censo del año 2005 de 6.1%, y con una densidad poblacional de 265 habitantes/Km<sup>2</sup>.

**Tabla 3. Población total y habitantes por km2 según división político administrativa Risaralda, 2015.**

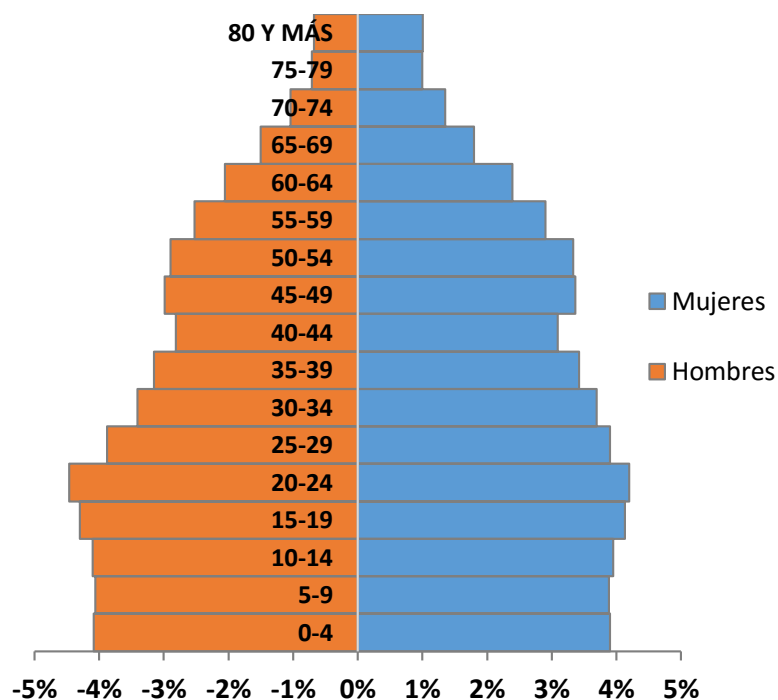
Municipio	Área	No	%	Extensión km2	Habitantes km2	
Pereira	Metropolitana	469.612	49,3%	143	130	
Dosquebradas		198.877	20,9%	114	56	
La Virginia		32.037	3,4%	178	156	
Apía	Resto	18.982	2,0%	71	2.719	
Balboa		6.336	0,7%	95	163	
Belén de Umbría		27.718	2,9%	102	85	
Guática		15.310	1,6%	33	964	
La Celia		8.591	0,9%	149	152	
Marsella		23.304	2,4%	690	23	
Mistrató		16.185	1,7%	603	767	
Pueblo Rico		13.293	1,4%	561	23	
Quinchía		33.757	3,5%	149	226	
Santa Rosa de Cabal		72.230	7,6%	564	127	
Santuario		15.721	1,7%	201	78	
<b>TOTAL</b>			<b>951.953</b>	<b>100%</b>	<b>3.653</b>	<b>256</b>

**Fuente: Cálculos realizados sobre proyección DANE Censo 2005.**

El departamento y el país, se enfrentan a un proceso de migración hacia las ciudades especialmente por la población joven que, en vista de la cercanía de las veredas, corregimientos y municipios, encuentran en la ciudad capital la mejor opción para la formación y el desempeño profesional (Osorio Duque 2011). Muestra de ello es Pereira, que acoge el 49.3% de los habitantes del Departamento, adicionalmente, si se consideran los tres municipios que hacen parte del Área Metropolitana Centro Occidente, la proporción aumenta a 73.6% de total de la población de Risaralda.

Las proyecciones de población muestran en Colombia dinámicas departamentales diferentes asociados a cambios sociales, económicos y ambientales. No obstante a las tasas de crecimientos positivas, el departamento pierde posiciones en el contexto nacional, debido al menor crecimiento de la población año tras año que la registrada por el agregado nacional, esto es reflejado en su pirámide poblacional donde se puede apreciar que la base se está reduciendo paulatinamente, mientras la población adulta aumenta, como consecuencia se obtiene una pirámide poblacional regresiva. (Gobernación de Risaralda s.f.)

**Figura 4. Pirámide poblacional de Risaralda, 2015**



**Fuente: Cálculos realizados sobre proyección DANE Censo 2005.**

La población de Risaralda ha disminuido en la población infantil y adolescente, pasando del 34% del total en 1985 a 24% para el año 2015, mientras el grupo de 45 a 59 años y más de 60 años presentan un aumento del 7% en el mismo periodo de tiempo, este cambio se podría explicar en parte por el aumento que ha tenido la esperanza de vida, que en un periodo de 30 años ha tenido un aumento considerable, pasando de 67.87 a 73.95 años.

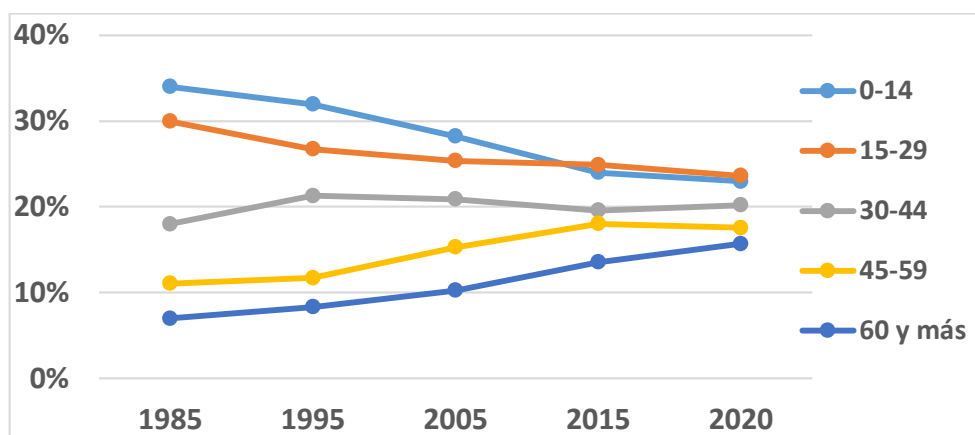
**Tabla 4. Estructura demográfica de la población del departamento de Risaralda en los años 1985, 1995, 2005, 2015 y 2020**

Grupo de edad	1985		1995		2005		2015		2020	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	No.
0-14	226.752	34%	266.631	32%	253.156	28%	228.280	24%	224.603	23%
15-29	199.786	30%	223.120	27%	227.678	25%	236.831	25%	230.935	24%
30-44	120.142	18%	177.556	21%	187.401	21%	186.481	20%	197.570	20%
45-59	73.774	11%	97.695	12%	137.220	15%	171.466	18%	171.640	18%
60 y más	46.639	7%	69.537	8%	91.958	10%	128.895	14%	153.425	16%
<b>Total</b>	<b>667.093</b>	<b>100%</b>	<b>834.539</b>	<b>100%</b>	<b>897.413</b>	<b>100%</b>	<b>951.953</b>	<b>100%</b>	<b>978.173</b>	<b>100%</b>

**Fuente: Cálculos realizados sobre proyección DANE Censo 2005.**

Para una mejor ilustración de los datos mostrados en la tabla anterior, se muestran la siguiente figura.

**Figura 5. Estructura demográfica de la población del departamento Risaralda en los años 1985, 1995, 2005, 2015 y 2020**



**Fuente: Cálculos realizados sobre proyección DANE Censo 2005.**

La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de Colombia del 2015, utiliza 4 rangos de edad entre los 7 años en adelante para mostrar los resultados de su estudio, estos rangos fueron adoptados para la presente investigación, siendo utilizados como base para la realización de cálculos de la demanda efectiva y potencial en psiquiatría. Adicionalmente, se calculó la población entre 0 y 6 años (no contemplada en el ENSM) para no excluir ningún grupo poblacional y obtener resultados más completos.

**Tabla 5. Población de Risaralda por rangos de edad según Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015**

Rango edad	Hombres	Mujeres	Total
<b>0 - 6 años</b>	54.382	51.881	106.263
<b>7 - 11 años</b>	38.659	37.096	75.755
<b>12 - 17 años</b>	47.822	46.110	93.932
<b>18 - 44 años</b>	185.440	190.202	375.642
<b>45 y más años</b>	137.138	163.223	300.361
<b>Total</b>	<b>463.441</b>	<b>488.512</b>	<b>951.953</b>

**Fuente: Cálculos realizados sobre proyección DANE Censo 2005 y Estudio Nacional de Salud Mental 2015.**

En cuanto a la estructura demográfica de la población para el año 2015, el 51.3% corresponde al sexo femenino, mientras el 48.7% equivalente a 463.441 pertenece al sexo masculino, es de resaltar que la población femenina es mayor en grupos de edades superior a los 25 años, pero se evidencia en la infancia y hasta la adultez joven una mayor proporción de varones. El 33,1% de la población del departamento es clasificada como dependiente, de estos el 24% son menores de edad hasta los 14 años y el 9,1% restante es mayor de 65 años, mientras el 66.9% se encuentra en edades productivas.

**Tabla 6. Estructura demográfica de la población de Risaralda por sexo, 2015**

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	No	%	No	%	No	%
<b>0-14</b>	116.604	12,2%	111.676	11,7%	228.280	24,0%
<b>15-64</b>	309.348	32,5%	327.802	34,4%	637.150	66,9%
<b>65 y más años</b>	37.489	3,9%	49.034	5,2%	86.523	9,1%
<b>Total población</b>	463.441	48,7%	488.512	51,3%	951.953	100%

**Fuente: Cálculos realizados sobre proyección DANE Censo 2005.**

La tasa de crecimiento demográfica del departamento, ha venido descendiendo en las últimas décadas, situación que indica menores aumentos de población por la vía de los nacimientos y defunciones, además de un importante número de personas que migran al exterior y que contribuyen de menor medida pero con contundencia en dicha dirección (Osorio Duque 2011)

**Tabla 7. Crecimiento anual de la población de Risaralda, 1985 – 2020**

Año	Población total	Tasa de crecimiento anual
<b>1985</b>	667.093	-
<b>1993</b>	806.071	2,39
<b>2005</b>	897.683	0,9
<b>2011</b>	930.518	0,61
<b>2017</b>	962.530	0,57
<b>2020</b>	978.173	0,54

**Fuente: Cálculos realizados sobre proyección DANE Censo 2005.**



En la mayoría de grupos de edad el índice de masculinidad es mayor a 100, es decir existe un número mayor de Hombres que de Mujeres, en cuanto a grupos etarios específicos se observa como hasta los 24 años de edad, el índice siempre es mayor en hombres en todos los grupos y a medida que va aumentando la edad este se va desviando a favor del número de mujeres, pasando de 104,9 en recién nacidos, hasta 67,2 en mayores de 80 años, es decir existe una disminución marcada en los hombres frente a las mujeres a medida que aumenta la edad. (Herrera Giraldo 2012)

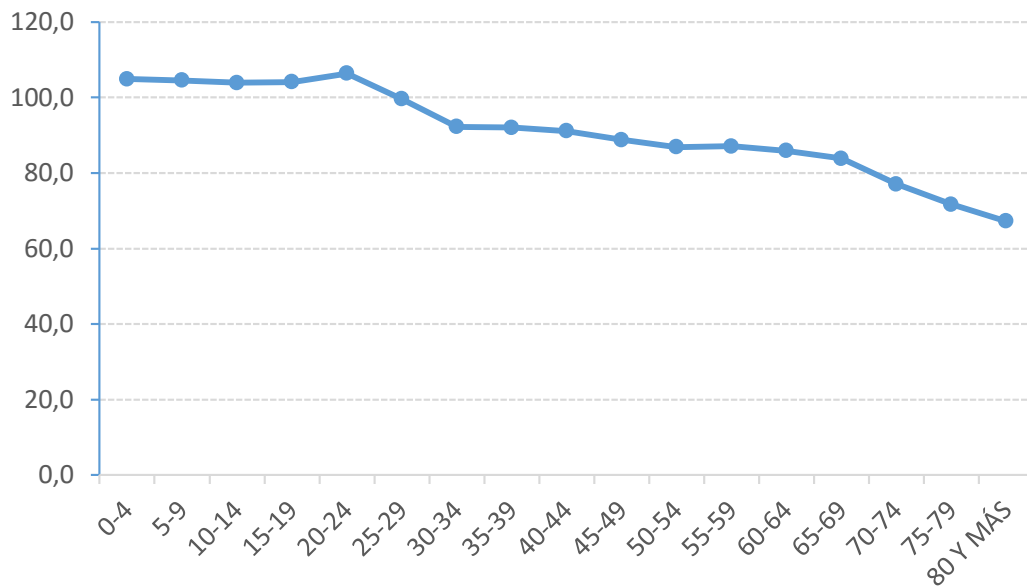
**Tabla 8. Índice de masculinidad por grupos etarios, Risaralda 2015**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Índice de masculinidad</b>
0-4	104,9
5-9	104,5
10-14	103,9
15-19	104,1
20-24	106,4
25-29	99,6
30-34	92,3
35-39	92,0
40-44	91,1
45-49	88,8
50-54	86,9
55-59	87,1
60-64	85,9
65-69	83,8
70-74	77,1
75-79	71,7
80 y más	67,2

**Fuente: Cálculos realizados sobre proyección DANE Censo 2005.**

Para una mejor ilustración de los datos mostrados en la tabla anterior, se muestran la siguiente figura.

**Figura 6. Índice de masculinidad por grupos etarios, Risaralda 2015**



**Fuente: Cálculos realizados sobre proyección DANE Censo 2005.**

Referente a la población considerada económicamente activa, se observa que para Risaralda la proporción es del 66,9%, pero el 75% de esta población se encuentra ubicada en el área metropolitana, esto podría explicar la gran diferencia que hay en el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en zona de cabecera y resto, donde la población de la cabecera posee el 13% de su población en situación de NBI y el resto cuenta con el 32,1% de su población en situación de NBI. Con respecto al índice demográfico de Dependencia, que mide el número de personas que dependen económicamente de las personas económicamente activas, se observa que es de 49,4%, es decir, que por cada 100 personas de la población económicamente activa (15 a 64 años), existen cerca de 50 que dependen económicamente de estos (Herrera Giraldo 2012).

Con relación al índice de envejecimiento, este se encuentra en 37,9 es decir, por cada 100 Menores de 15 años, existen 37,9 mayores de 64 años; lo que indica que todavía el departamento cuenta con una base importante de población joven para los recambios poblacionales, sin embargo, este indicador aumenta año tras año, lo que podría indicar un aumento de la población mayor de 64 años y una disminución progresiva de la población infantil, así como se muestra en la tabla 2.

**Tabla 9. Principales indicadores demográficos Risaralda, 2015.**

<b>Indicador</b>	<b>2015</b>
Población total	951.953
NBI cabecera (%)	13
NBI resto (%)	32,1
NBI total (%)	17
Proporción de hombres	48,7%
Proporción de mujeres	51,3%
Porcentaje de población dependiente	33,1
Índice de masculinidad	94,9
Índice de envejecimiento	37,9
Índice demográfico de dependencia	49,4
Índice de Friz	124,9

**Fuente: Cálculos realizados sobre proyección DANE Censo 2005.**

El índice de Friz, se refiere a la estructura de la población al comparar las generaciones más jóvenes con el grupo de personas entre 30 y 49 años, es decir, las que están en la mitad de su edad productiva (Herrera Giraldo 2012); se observa un valor de 124,9, es decir se encuentra en el rango de población madura (Población vieja: < 60 – Población joven: > 160), con tendencia en los últimos 20 años hacia una población cada vez más veterana.

Aunque la proporción de mujeres es mayor que la de hombres y el índice de masculinidad implica que hay 94,9 hombres por cada 100 mujeres, se evidencia en la tabla 8 que nacen más hombres que mujeres y este índice (>100) se mantiene hasta los 25 años de edad. Lo anterior indica que la población masculina disminuye en las estadísticas al llegar a la adultez joven, situación que podría deberse a la violencia y/o a la migración, entre otras posibles causas.

## 6.2 PERFIL DE ASEGURAMIENTO

El departamento de Risaralda tiene 910.747 personas afiliadas al Sistema de seguridad social en salud para el mes de junio de 2015, el 51,2 % de la población del departamento corresponde al régimen contributivo, el 41,4% pertenece al régimen subsidiado y el 3% a los regímenes especiales, para obtener finalmente una cobertura de aseguramiento del 95,67%.

**Tabla 10. Población afiliada al régimen contributivo, subsidiado y regímenes especiales de salud por municipio, Risaralda – junio de 2015.**

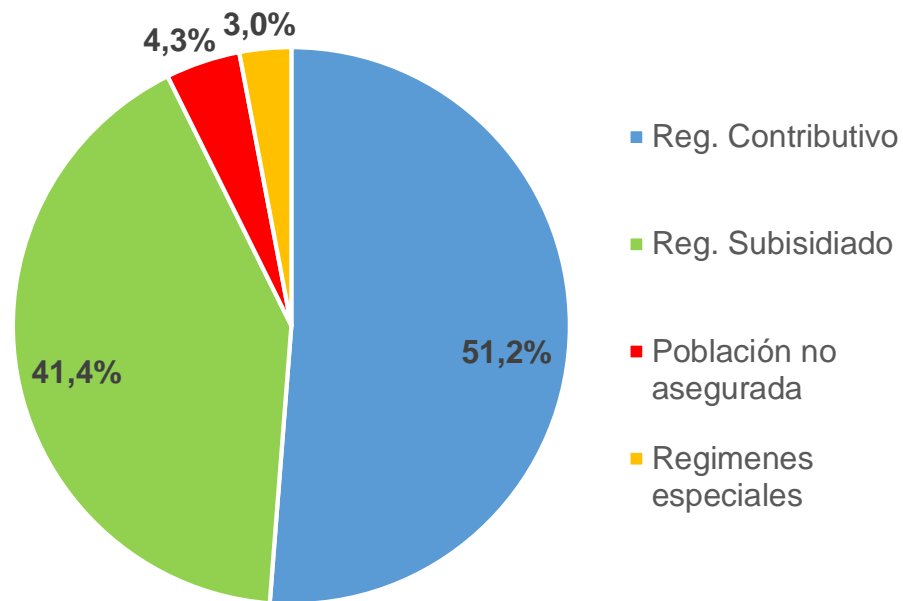
MUNICIPIO	POBLACIÓN ESTIMADA DANE 2015	CONTRIBUTIVO	REGÍMENES ESPECIALES	SUBSIDIADO	TOTAL	COBERTURA
Pereira	469,612	316,216	14,088	146,600	476,904	101.6%
Apía	18 ,982	1,657	569	9,139	11,365	59.9%
Balboa	6,336	726	190	4,818	5,734	90.5%
Belén de Umbría	27 ,718	3,736	831	19,636	24,203	87.3%
Dosquebradas	198,877	104,547	5,966	71,107	181,620	91.3%
Guática	15 ,310	989	459	9,985	11,433	74.7%
La Celia	8,591	637	257	6,253	7,147	83.2%
La Virginia	32 ,037	18 ,385	961	17,110	36,456	113.8%
Marsella	23 ,304	3,122	699	12,930	16,751	71.9%
Mistrató	16 ,185	892	485	14,440	15,817	97.7%
Pueblo Rico	13 ,293	852	398	14,283	15,533	116.9%
Quinchía	33 ,757	1,779	1,012	23,035	25,826	76.5%
Santa Rosa de Cabal	72 ,230	32 ,060	2,166	35,592	69,818	96.7%
Santuario	15 ,721	2,208	471	9,460	12,139	77.2%
<b>Total</b>	<b>951,953</b>	<b>487,806</b>	<b>28,552</b>	<b>394,388</b>	<b>910,746</b>	<b>95.67%</b>
<b>PORCENTAJES</b>	<b>100%</b>	<b>51.24%</b>	<b>3.00%</b>	<b>41.43%</b>	<b>95.67%</b>	

**Fuente: Gobernación de Risaralda, BDUA – Base de datos Única de Afiliados**

Con relación al aseguramiento por municipios, se evidencia que las municipalidades que presentan mayor cobertura de aseguramiento, incluso por encima del 100% son Pereira, la Virginia y Pueblo Rico (el aparente “sobre-aseguramiento” puede deberse a desfase entre la realidad y las proyecciones del DANE). Es de aclarar que estos cálculos son producto de los registros de la BDUA y sobre las proyecciones DANE del censo 2005, razón por la cual estos valores específicos varían a la realidad principalmente por las migraciones de los pueblos a los

municipios del área metropolitana. A continuación, se ilustran los datos totales mostrados en la tabla 6.

**Figura 7. Aseguramiento en salud en el departamento de Risaralda, junio de 2015.**



**Fuente: BDUA – Base de datos Única de Afiliados**

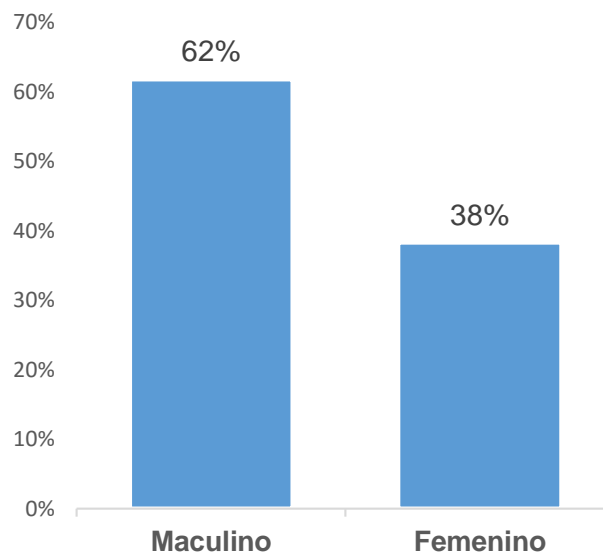
Existe un alto nivel de afiliación al sistema de salud, siendo poco más de la mitad pertenecientes al régimen contributivo. Sin embargo, aunque el porcentaje de personas no afiliadas es bajo (4,3%), corresponde a 40.934 personas, que son una cantidad considerable de potenciales sujetos a atender, en especial, si se tiene en cuenta que dicho número de personas correspondería a la población de Balboa, Guática y La Celia juntas, o, más que la población completa de La Virginia.

### 6.3 OFERTA DE PSIQUIATRÍA

#### 6.3.1 CARACTERIZACIÓN DE TALENTO HUMANO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

En consulta realizada en la Secretaría de Salud Departamental se obtuvo la base de datos de talento humano en salud registrado en Risaralda, actualizada a abril de 2015. Aparecieron 34 médicos psiquiatras registrados, todos con fecha de registro como médicos generales, pero solamente el 32% registra fecha de inscripción como especialista en psiquiatría. De ese porcentaje, hay 1 con registro en 1988, 1 en 1999, 1 en 2001, 1 en 2007, 1 en 2009, 1 en 2011, 4 en 2012 y 1 en 2013. No necesariamente las fechas de inscripción corresponden al tiempo de práctica como psiquiatras, ya que muchos parecen proceder de otros departamentos. No se logró verificar quiénes están en ejercicio de la profesión en el departamento, puesto que no hubo datos suficientes en las bases de datos, para lograr la corroboración (datos de contacto o fecha de actualización de datos por parte de los profesionales).

**Figura 8. Distribución de psiquiatras por sexo, 2015.**



**Fuente:** Elaborado por los autores a partir de registros profesionales Secretaría de Salud de Risaralda, 2015.

**Tabla 11. Talento humano especialista en psiquiatría registrado en secretaria de salud de Risaralda, 2015**

<b>No.</b>	<b>CEDULA</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>REGISTRO</b>
1	10059376	Eduardo Baena Restrepo	227
2	4508411	Félix Edgar Beltrán Salazar	237
3	1210389	Juvenal Gómez Gómez	254
4	10221317	Rafael Patrocinio Alarcón Velandia	277
5	4510067	Hernán Rodrigo Marulanda Mejía	280
6	13823372	Oswaldo Castilla Contreras	408
7	8752002	Uriel Escobar Barrios	557
8	30276915	María Del Pilar De Moya Mejía	702
9	10109053	Mauricio Hoyos López	747
10	19161626	Gustavo Trujillo Pulido	881
11	7542487	Cesar Augusto Arango Dávila	925
12	14985674	Francisco Jairo León Jaramillo	929
13	42080227	Claudia Cristina Salazar Montoya	936
14	16628707	Jorge Enrique Echeverry Chalver	938
15	10134313	Carlos Javier Fernández Moreno	1040
16	51654457	Ruby Mejía Ramírez	1072
17	51821604	Miryan Aurora Guerrero Vásquez	1112
18	51864700	Katteryne Chavarro Bautista	1202
19	42077500	Dora Cardona Giraldo	1243
20	42097130	Gloria Elizabeth Loor Zapata	1329
21	13174321	Francisco José Flórez Ramírez	1353
22	10253116	Álvaro Chávez Cabrera	1698
23	10028153	Alexander Moreno Aguirre	1713
24	80416866	Julio Cesar Gutiérrez Segura	1748
25	43627740	Carolina Jaramillo Toro	1777
26	79572984	Miguel Ángel Rodríguez	1783
27	10135388	Jairo Franco Londoño	1911
28	30399182	Ingrid Saudade Ordoñez Betancourt	1915
29	34564635	Claudia Patricia Guzmán López	1960
30	42110996	Claudia Patricia Zapata Ángel	2068
31	42149384	Magda Luz Londoño Giraldo	2294
32	4517584	Alejandro Pérez Bustamante	2383
33	10539184	Marco Antonio Acosta López	3113
34	53064048	Patricia Rodríguez Lee	3410

**Fuente: Elaborado por los autores a partir de registros profesionales Secretaría de Salud de Risaralda, 2015.**

Como puede conjeturarse por los desnutridos datos de la caracterización de los psiquiatras, la base de datos contiene pocas variables adecuadamente registradas y muchas de ellas no son utilizables para el fin de este estudio, por lo que no es posible inferir y mucho menos proponer o planear desde el punto de vista gerencial y de políticas públicas, con esta información. Por lo anterior se consultó con la programa de especialización en Psiquiatría de la Universidad Tecnológica de Pereira (U.T.P), quienes poseen información de los psiquiatras que efectivamente ejercen la profesión en el departamento, de la consulta realizada se obtuvo que 7 psiquiatras no ejercen la profesión en el departamento ya sea por fallecimiento o porque ejercen en otro departamento. A continuación se relacionan los 7 psiquiatras mencionados anteriormente.

- Álvaro Chaves Cabrera
- Cesar Augusto Arango Dávila
- Claudia Patricia Guzmán López
- Gloria Elizabeth Loo Zapata
- Mauricio Hoyos López
- Miryan Aurora Guerrero Vásquez
- Patricia Rodríguez Lee

De la consulta realizada en la Universidad Tecnológica de Pereira, se obtuvo adicionalmente, información de 4 psiquiatras graduados en el 2015, que aunque ya laboran en las instituciones de la ciudad, en el momento de realizar la consulta en la Secretaría de Salud Departamental, no aparecían todavía en los registros profesionales. En total se obtuvo 31 psiquiatras en ejercicio para atender la demanda del departamento para el año 2015, a continuación se muestran los psiquiatras graduados en el 2015.

- Alexander Bayona
- Maykol Hugo Narváez
- Julián Valencia
- Jimmy Alexander Ríos

Por otro lado, en la U.T.P. laboran como docentes 4 psiquiatras de tiempo completo, 2 de medio tiempo y 4 psiquiatras catedráticos. Mientras en la Universidad Autónoma de las Américas laboran 4 psiquiatras de medio tiempo. Totalizando los valores mencionados anteriormente, se obtiene que 7 psiquiatras laboran como docentes, y considerando que las consultas que podrían realizar debido a sus actividades académicas son mínimas, se restó este valor del total de psiquiatras que laboran en el departamento, obteniendo un total de 24 psiquiatras, denominados en el presente estudio como “psiquiatras asistenciales”

Finalmente, se encontró que 1 psiquiatra tiene la subespecialidad en psiquiatría infantil y otro en psiquiatría geriátrica.



### 6.3.2 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y PROFESIONALES INDEPENDIENTES QUE OFERTAN SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA.

Para establecer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofertan el servicio de Psiquiatría en el departamento, se realizó consulta en el Registro Especial de Prestadores REPS y se buscaron las instituciones y profesionales independientes que ofertaban el servicio 345 – Psiquiatría.

A continuación, se muestran las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que tienen habilitado el servicio de Psiquiatría.

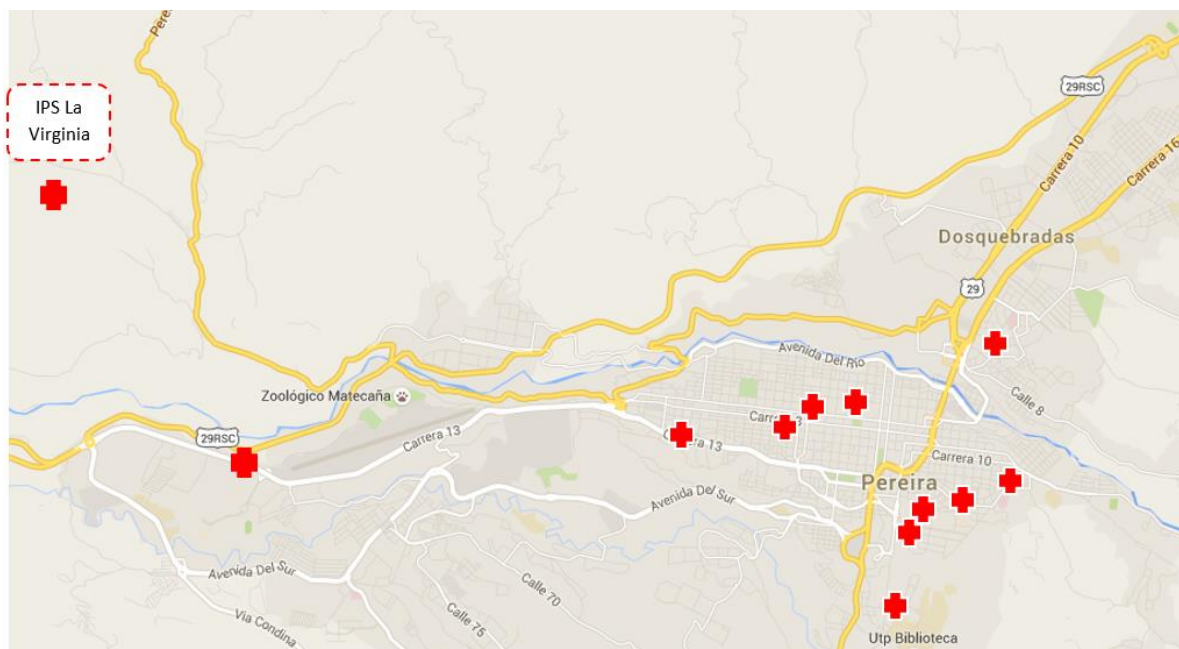
**Tabla 12. Instituciones prestadoras de Servicios de Salud que ofertan servicio de Psiquiatría. Risaralda, 2014.**

No.	MUNICIPIO	NOMBRE	CÓDIGO DE HABILITACIÓN	CARÁCTER
1	PEREIRA	ESE Hospital Mental Universitario De Risaralda	6600100747	Pública
2	LA VIRGINIA	Empresa Social Del Estado Hospital San Pedro Y San Pablo La Virginia	6640000716	Pública
3	PEREIRA	Inversiones Clínica Marañón Ltda.	6600100165	Privada
4	PEREIRA	Instituto Del Sistema Nervioso De Risaralda	6600100205	Privada
5	PEREIRA	Salud Total Eps-S S.A.	6600100759	Privada
6	PEREIRA	Instituto De Epilepsia Y Parkinson Del Eje Cafetero S.A	6600100865	Privada
7	PEREIRA	Clínica Del Ronquido Y Trastornos Del Sueño	6600101432	Privada
8	PEREIRA	Clínica De Dolor Del Eje Cafetero	6600101560	Privada
9	PEREIRA	Psynapsis Salud Mental	6600101576	Privada
10	PEREIRA	Unidad Integral En Salud Pereira	6600101781	Privada
11	PEREIRA	IPS Medifarma S.A.S	6600101836	Privada
12	PEREIRA	Anestesiarte SAS	6600101992	Privada
13	DOSQUEBRADAS	Instituto De Diagnóstico Médico - IPS	6617000208	Privada

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, 2015

Según el REPS, 13 instituciones tienen habilitado el servicio de psiquiatría, pero lo que se conoce en el medio es que algunas de ellas no prestan realmente consulta psiquiátrica y que, incluso, por el contrario, hay prestadores de servicios de psiquiatría que no aparecen en la base de datos consultada. Infortunadamente esta información no pudo ser constatada debido a que la mayoría de instituciones no facilitaron la información al ser consultadas.

**Figura 9. Distribución de IPS que ofertan servicio de Psiquiatría, habilitado.**



**Fuente:** Elaboración de los autores sobre información obtenida de REPS.

**Nota aclaratoria:** La marca que señala Megacentro, incluye 3 IPS.

De las 13 IPS que ofertan el servicio de psiquiatría, se encuentra ubicada IDIME en Dosquebradas, la ESE San Pedro y San Pablo en La Virginia y los 11 restantes Pereira, de estas 11 instituciones; Salud Total EPS, El Instituto de Epilepsia y Parkinson y la Clínica Marañón se encuentran ubicadas en el sector del centro; la Clínica del Dolor, la Clínica del sueño y Anestesiarte en el complejo Megacentro, Psynapsis, Medifarma y Unidad Integral en Salud en el sector de Pínares - la Circunvalar; El Instituto del Sistema Nervioso con sus dos sedes en Álamos y la Av. 30 de agosto y finalmente El Hospital Mental Universitario de Risaralda en el sector de la Villa Olímpica.

A continuación, se muestra tabla con los 13 médicos psiquiatras habilitados como prestadores independientes, es decir, que están autorizados para realizar consulta particular. De ellos, 3 están habilitados para realizar consulta domiciliaria.

**Tabla 13. Profesionales Independientes que ofertan servicio de Psiquiatría. Risaralda, 2014.**

No.	MUNICIPIO	NOMBRE	CÓDIGO HABILITACIÓN
1	PEREIRA	Hernán Rodrigo Marulanda Mejía	6600100092
2	PEREIRA	Benjamín Eduardo Baena Restrepo	6600100304
3	PEREIRA	Edgar Beltrán Salazar	6600100305
4	PEREIRA	Ruby Mejía Ramírez	6600100306
5	PEREIRA	Uriel Escobar Barrios	6600100745
6	PEREIRA	Gustavo Trujillo Pulido	6600100797
7	PEREIRA	Claudia Patricia Zapata Ángel	6600101298
8	PEREIRA	Katterryne Chavarro Bautista	6600101390
9	PEREIRA	Francisco José Flores Ramírez	6600101399
10	PEREIRA	Rafael Patrocinio Alarcón Velandia	6600101499
11	PEREIRA	Claudia Cristina Salazar Montoya	6600101757
12	PEREIRA	Carlos Javier Fernández Moreno	6600101764
13	PEREIRA	Alejandro Pérez Bustamante	6600102140

**Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, 2015**

### **6.3.3 CAPACIDAD INSTALADA EN HOSPITALIZACIÓN DE PSIQUIATRÍA**

Aunque se rumora que hay varias instituciones que prestan el servicio de hospitalización de psiquiatría, en realidad solamente hay 2 entidades que están habilitadas para ello, según consulta realizada en el REPS el 16 de noviembre de 2015, con los criterios de búsqueda: 103- Psiquiatría o Unidad de Salud Mental; 117- Cuidado Agudo en Salud Mental o Psiquiatría; 118- Cuidado Intermedio en Salud Mental o Psiquiatría; 123- Atención a Consumidor de Sustancias Psicoactivas Paciente Agudo; 126- Hospitalización en Unidad de Salud Mental; 127- Internación Hospitalaria Consumidor de Sustancias Psicoactivas; 127- Internación Parcial Consumidor de Sustancias Psicoactivas; 345- Psiquiatría; 819- Atención a Consumidor de Sustancias Psicoactivas; 820: Atención Institucional No Hospitalaria Consumidor de Sustancias Psicoactivas.

El sistema arrojó los siguientes resultados, que incluyeron solamente 3 instituciones, una de las cuales es únicamente de tratamiento de patologías adictivas:

- 103: Homeris e ISNR 1 y 2.
- 127: Homeris.
- 345: Todos los reportados en las tablas 12 y 13.
- 820: CAD A Un Nuevo Amanecer.

**Tabla 14. Capacidad instalada de camas hospitalarias de psiquiatría en Risaralda, 2015.**

<b>Servicio</b>	<b>Camas HOMERIS*</b>	<b>Camas ISNR (1)**</b>	<b>Camas ISNR (2)**</b>	<b>Total</b>
Psiquiatría	80	30	13	<b>123</b>
Farmacodependencia	0	2	0	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>32</b>	<b>13</b>	<b>125</b>

**Fuente: Elaborado por los autores a partir de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, 2015.**

\* Hospital Mental Universitario de Risaralda

\*\* Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda - Sede 1 y 2

#### **6.3.4 PORTAFOLIO DE SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES HABILITADAS EN PSIQUIATRÍA**

Se revisaron los portafolios de servicios en su mayoría por las páginas web oficiales de cada institución y, cuando no fue hallada la página por este medio, se realizó búsqueda general en internet y se trató de localizar telefónicamente la institución. Sin embargo, la posibilidad de contacto telefónico fue baja y, cuando éste se logró, en varias IPS contestaron con evasivas sobre su portafolio de servicios en relación con psiquiatría.

Es particularmente llamativo que el Homeris oferta “recomendaciones TECAR”, aunque en el medio es bien sabido que realiza procedimientos de Terapia Electroconvulsiva bajo Anestesia y Relajación (TECAR). Sin embargo, en cuanto a habilitación y capacidad instalada, no se registra ninguna sala de procedimientos, como lo exige la resolución 2003 de 2014, para este tipo de servicios (Ministerio de Salud y Protección Social 2014).

A continuación, se describen los portafolios de servicios encontrados y se reportan las instituciones que no pudieron ser contactadas, así como las que, a pesar de tener habilitado el servicio de consulta externa de psiquiatría, no lo ofertan.

**Hospital Mental Universitario de Risaralda** (Hospital Mental Universitario de Risaralda 2015):

- Consulta externa:
  - Atención integral en:
    - Consulta Especializada en Psiquiatría
    - Consulta Psicología
    - Consulta Terapia Ocupacional
- Hospitalización:
  - Cómodas habitaciones unipersonales y bipersonales, atención especializada y humanizada.
  - Valoración, diagnóstico y evolución.
  - Terapia individual, grupal, de familia y de pareja.
  - Tratamiento farmacológico
  - Reuniones de orientación familiar
  - Actividades de Terapia Ocupacional
  - Hospital día
  - Toma de Exámenes de Laboratorio
- Consultas extramurales:
  - Programa de promoción, prevención y fomento de la Salud Mental en el Departamento de Risaralda a través de:
    - Talleres
    - Conferencias
    - Material Educativo
    - Redes de Apoyo Institucional
- Farmacia:
  - Suministro a pacientes internos y venta al público de Medicamentos Psiquiátricos.
- Urgencias:
  - Atención al Público
  - Atención las 24 horas.
  - Tratamiento médico y farmacológico, con disponibilidad de equipos para terapias especiales.
  - Equipo único en el Eje Cafetero (Tecnología de Punta)
  - Recomendaciones TECAR

**Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda** (Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda 2015):

- **Psiquiatría Consulta externa**
  - Psicología consulta externa
  - Hospitalización de Psiquiatría
  - Hospitalización farmacodependencia
  - Terapia ocupacional
  - Hospital día
  - Servicio farmacéutico
  
- **Hospitalización en dos sedes ubicadas en:**
  - **Álamos:** Cra. 23 N° 11-11, edificio de 2 plantas con un área aproximada de 500 metros cuadrados; con una capacidad para 30 pacientes, área de terapia ocupacional, salón de conferencias, consultorios para terapia individual.
  - **Avenida 30 de agosto N° 36-47,** edificio de una planta, con capacidad para 12 pacientes, área de terapia ocupacional, salón de conferencias, consultorio para terapia individual.
  
- **Consulta externa:**
  - Ubicada en la calle 11 N° 22 -35 (diagonal al área de hospitalización sede Álamos), cuenta con 3 consultorios, sala de espera, área de recepción, zonas verdes. Ofrece servicios integrales de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, para contribuir al bienestar y la salud mental del individuo, la familia y la comunidad de su área de influencia.

**ESE Hospital San Pedro y San Pablo, La Virginia** (ESE Hospital San Pedro y San Pablo, La Virginia 2015):

- Psicología.
- Salud Mental (en salud pública).

Las demás instituciones prestan servicio de psiquiatría ambulatoria, con las excepciones a continuación:

- La Clínica del ronquido y Psynapsis no realizan consulta externa ni hospitalización en psiquiatría.
- No fue posible contactar con Anestesiarte SAS ni con la Clínica Marañón.

## **6.4 DEMANDA EN PSIQUIATRÍA**

### **6.4.1 DEMANDA EFECTIVA EN SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA**

#### **6.4.1.1 DEMANDA EFECTIVA EN PSIQUIATRÍA DE POBLACIÓN TOTAL DE RISARALDA**

Para la estimación de la demanda efectiva se procedió a consultar el Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO para obtener los valores de diagnósticos psiquiátricos para el año 2014.

Después de filtrar la base de datos por los diagnósticos psiquiátricos (los comenzados con la letra F), se intentó averiguar cuáles de estos fueron realizados por médico psiquiatra específicamente, lo cual no fue posible por ausencia de la variable; luego, se intentó filtrar la base de datos para definir cuántos diagnósticos habían sido realizados por médico especialista (independiente del tipo de especialidad) pero tampoco fue posible porque, aunque existe la variable en la base de datos, esta no aparece registrada.

Por lo anterior, debe hacerse la salvedad que no todos los diagnósticos psiquiátricos registrados corresponden a atenciones realizadas por psiquiatra. Adicionalmente, se explica que los diagnósticos reportados en los resultados, incluyen también los realizados para iniciar las hospitalizaciones psiquiátricas y no psiquiátricas que involucraron al menos un diagnóstico psiquiátrico.

Por otro lado, se encontró en múltiples tablas que los valores totales de número de diagnósticos no correspondían a la sumatoria de las partes, sin embargo, en muchos casos esto pudo explicarse por la posibilidad de una misma persona tener varios diagnósticos.

En las tablas siguientes se encuentran los diagnósticos por categorías, con número de personas atendidas, número de consultas, concentración de atenciones (consultas por año) y porcentaje que le corresponde al número de personas atendidas sobre el total de diagnósticos realizados en 2014, y, sobre la población total de departamento.

Posteriormente, se calcularon los mismos datos sobre los grupos diagnósticos más frecuentes. En las tablas siguientes, aparece la distribución de los diagnósticos psiquiátricos por régimen de afiliación y, a continuación, por sexo. En la última tabla de la presente sección, se reportan los datos de los diagnósticos psiquiátricos distribuidos por los rangos de edad propuestos por la ENSM de 2015.

Se inicia entonces, la exposición de tablas, con los trastornos mentales por categorías, en el departamento de Risaralda:

**Tabla 15. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en Risaralda, 2014**

<b>Categoría diagnóstica (C.D.) CIE-10</b>	<b>Número personas por C.D.</b>	<b>Porcentaje por C.D.</b>	<b>Número de Atenciones</b>	<b>Concentración</b>	<b>Proporción población total Risaralda</b>
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1.978	5,7%	6.061	3,1	0,21%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	1.362	3,9%	4.388	3,2	0,14%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1.395	4,0%	3.989	2,9	0,15%
Trastornos del humor	7.426	21,4%	18.563	2,5	0,78%
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	11.151	32,2%	21.429	1,9	1,17%
Síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos	1.341	3,9%	1.991	1,5	0,14%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	421	1,2%	738	1,8	0,04%
Retraso mental	1.857	5,4%	5.076	2,7	0,20%
Trastornos del desarrollo psicológico	2.911	8,4%	5.535	1,9	0,31%
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	4.735	13,7%	9.462	2,0	0,50%
Trastorno mental no especificado	65	0,2%	92	1,4	0,01%
<b>Total categorías diagnósticas</b>	<b>34.642</b>	<b>100%</b>	<b>77324</b>	<b>-</b>	<b>2,14%</b>
<b>Total personas atendidas</b>	<b>29.941</b>	<b>-</b>	<b>77324</b>	<b>2,6</b>	<b>3,15%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**



Se encontró que 3,15% (34.642) de la población risaraldense recibió al menos un diagnóstico psiquiátrico en 2014, dichos diagnósticos correspondieron a 29.941 personas atendidas. De estos diagnósticos, los más frecuentes fueron los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos (1,17%), seguidos por los trastornos del humor (0,78%) y los trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia (0,5%). Es de resaltar la baja frecuencia de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (0,14%).

Es importante aclarar que, si bien el 3,15% de la población de Risaralda recibió uno o más diagnósticos psiquiátricos en el 2014. Los diagnósticos psiquiátricos correspondieron solamente al 2,14% de todos los diagnósticos médicos realizados en el departamento en el año mencionado. En promedio, los pacientes con diagnósticos psiquiátricos fueron atendidos 2,6 veces por año, siendo mayor la cantidad de controles para los consumidores de sustancias psicoactivas, las personas con trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos y los sujetos de la categoría esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.

De lo anterior, se elaboró una tabla con los resultados por grupos de las patologías más significativas. Se encontró que los grupos diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad, que correspondieron al 1,06% de la población del departamento, seguido de los trastornos depresivos (0,64%) y el trastorno bipolar (0,38%). Por otro lado, el primer diagnóstico de los recién mencionados correspondió al 29,2% de todos los diagnósticos psiquiátricos realizados en 2014, mientras el segundo fue 17,5% y el tercero 10,4%.

Es importante resaltar que solamente el trastorno hiperkinético, denominado Trastorno Deficitario de la Atención con Hiperactividad en la clasificación DSM, constituye el 0,25% de los diagnósticos psiquiátricos en la población de Risaralda y el 6,9% de todos los diagnósticos psiquiátricos realizados en 2014.

**Tabla 16. Principales trastornos mentales en el departamento de Risaralda, 2014**

Trastornos agrupados	Número de diagnósticos	Proporción sobre el total de diagnósticos psiquiátricos de Risaralda	Número de Atenciones	Concentración	Proporción sobre la población total de Risaralda
Trastornos de ansiedad	10.111	29,2%	16.146	1,6	1,06%
Trastornos depresivos	6.053	17,5%	10.748	1,8	0,64%
Trastorno Bipolar	3.609	10,4%	7.545	2,1	0,38%
Trastorno hipercinético	2.397	6,9%	4.429	1,8	0,25%
Trastornos asociados a traumas y estrés	1.569	4,5%	2.755	1,8	0,16%
Trastornos de conducta	1.548	4,5%	2.490	2	0,16%
Trastornos del sueño	750	2,2%	991	1,3	0,08%
Espectro autista	731	2,1%	1.293	1,8	0,08%
Uso de Cannabinoides	343	1,0%	600	1,7	0,04%
Trastornos de la personalidad	232	0,7%	377	1,6	0,02%
Trastorno de la conducta alimentaria	140	0,4%	264	1,9	0,01%
<b>Total</b>	<b>27.483</b>	<b>-</b>	<b>47.638</b>	<b>-</b>	<b>2,89%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

En la siguiente tabla, se observa el número de personas atendidas a quienes se les realizó al menos un diagnóstico psiquiátrico. Es de resaltar que el mayor número de personas atendidas fue del régimen contributivo, con un 59% más que las atendidas en el régimen subsidiado, aunque la diferencia de afiliación fue solamente del 51,2% solamente. Sin embargo, las personas del régimen subsidiado fueron atendidas más veces que las del contributivo. Por último, sobre esta tabla, se debe tener en cuenta que los desplazados no asegurados ni vinculados, aunque fueron muy pocos, fueron vistos prácticamente solamente una vez por año.

**Tabla 17. Distribución por régimen de salud de personas atendidas con diagnóstico psiquiátrico, Risaralda – 2014.**

Régimen	Personas Atendidas		Número de Atenciones	Concentración
	No.	%		
Contributivo	17.659	59,0%	44.373	2,5
Subsidiado	10.568	35,3%	28.202	2,7
Vinculado	1.433	4,8%	2.885	2,0
No definido	933	3,1%	1.566	1,7
Otro	93	0,3%	204	2,2
Particular	38	0,1%	84	2,2
Desplazado no asegurado - vinculado	7	0,02%	10	1,4
<b>Total general</b>	<b>29.941*</b>	<b>102,6%</b>	<b>77.324</b>	<b>2,6</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

\* La sumatoria del número de personas atendidas, no corresponde al total general arrojado por la base de datos del SISPRO, se conserva el total general de SISPRO.

**Tabla 18. Distribución por sexo de personas atendidas con diagnóstico psiquiátrico, Risaralda – 2014.**

Sexo	Personas Atendidas		Número de Atenciones	Concentración
	No.	%		
Femenino	18.182	60,7%	44.098	2,4
Masculino	11.710	39,1%	33.061	2,8
NR - No reportado	49	0,2%	165	3,4
<b>Total general</b>	<b>29.941</b>	<b>100%</b>	<b>77.324</b>	<b>2,6</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

Se atendieron más mujeres que hombres, lo cual podría explicarse por la mayor proporción de trastornos de ansiedad, que son más prevalentes en el sexo femenino. Sin embargo, los hombres fueron atendidos más veces por año, lo cual podría asociarse con la mayor concentración identificada en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, que es predominantemente una categoría diagnóstica de hombres.

**Tabla 19. Consultas psiquiátricas por rango de edad en el departamento de Risaralda, 2014.**

<b>Rango de edad</b>	<b>Número personas con diagnóstico psiquiátrico en 2014*</b>	<b>Proporción población total Risaralda</b>	<b>Número de Atenciones</b>	<b>Concentración</b>
0 - 6 años	2.067	0,2%	4.560	2,2
7 - 11 años	2.663	0,3%	6.284	2,4
12 - 17 años	2.997	0,3%	7.928	2,6
18 - 44 años	10.518	1,1%	28.198	2,7
45 y más años	12.016	1,3%	30.354	2,5
<b>Total</b>	<b>29.941</b>	<b>3,15%</b>	<b>77.324</b>	<b>2,6</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

\* La sumatoria de personas por rangos de edad revela un valor diferente al total arrojado por el cubo de información de SISPRO, se conserva valor total de SISPRO

La población de niños y adolescentes con diagnóstico psiquiátrico equivalió al 2,8% (7.727) de todos los sujetos menores de edad del departamento (275.950) proyectados a 2014 según el DANE. Dicho grupo poblacional representó el 0,8% de todos los diagnósticos psiquiátricos del departamento en 2014, con una concentración de 2,4. Estas personas constituyeron el 24% de todas las atenciones que incluyeron un diagnóstico psiquiátrico en 2014. La población de 18 a 44 años de edad tuvo mayor concentración de consultas, probablemente por la prevalencia mayor de consumo de sustancias psicoactivas en ese grupo poblacional. Por su parte, las personas con 45 y más años con diagnóstico psiquiátricos corresponde al 4% del total de la población de ese rango de edad.

**Tabla 20. Estimación psiquiatras requeridos para Risaralda, según demanda efectiva en atenciones ambulatorias, dividida por mes, 2014**

<b>Rango de edad</b>	<b>Consultas calculadas por mes*</b>	<b>Horas psiquiatra por mes**</b>	<b>Número de psiquiatras requeridos por mes - tiempo completo</b>
0 - 6 años	380	190	1
7 - 11 años	524	262	1
12 - 17 años	661	330	2
18 - 44 años	2.350	1.175	6
45 y más años	2.530	1.265	7
<b>Total</b>	<b>6.444</b>	<b>3.222</b>	<b>17</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

\* Cálculo de las consultas realizadas por mes, resultado de dividir el número de atenciones en el 2014 sobre los 12 meses del año

\*\* Valor calculado asumiendo que las consultas en promedio tienen una duración de 30 minutos (2 pacientes por hora)

Asumiendo que un psiquiatra contratado tiempo completo, efectivamente realice 192 horas mensuales de consulta externa y, considerando el ideal de ver un paciente cada 30 minutos, basándose en las consultas registradas en 2014, se requerirían 17 psiquiatras para atender toda la población. Este resultado se basa en la concentración de consultas de 2,4 para menores de edad y 2,6 para mayores de edad, como se mencionó en la tabla 19 y su comentario (esto se da porque se tomó de base el número total de atenciones psiquiátricas para el año 2014 y dichas consultas fueron el resultado de la concentración reportada).

Teniendo en cuenta los resultados de la tabla 21, si los 34 psiquiatras registrados en Risaralda actualmente realizaran consulta externa en tiempo completo, podrían ver 1 paciente por hora y lograrían atender a toda la población con la baja concentración reportada en la tabla 19 y su comentario.

**Tabla 21. Estimación psiquiatras requeridos para Risaralda, según demanda efectiva en personas con concentración ideal, dividida por mes, 2014**

Rango de edad	Estimación de atenciones	Concentración ideal*	Atenciones estimadas por mes	Horas psiquiatra por mes**	Número de psiquiatras requeridos por mes - tiempo completo
0 - 6 años	172	6	1.034	517	3
7 - 11 años	222	6	1.332	666	3
12 - 17 años	250	4	999	500	3
18 - 44 años	877	4	3.506	1.753	9
45 y más años	1.001	4	4.005	2.003	10
<b>Total</b>	<b>2.522</b>	<b>-</b>	<b>10.875</b>	<b>5.438</b>	<b>28</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

\* Valor estimado por criterio de especialista en psiquiatría

\*\* Cálculo de las personas que asistirían a consulta cada mes, resultado de dividir el número de personas atendidas en el 2014 sobre los 12 meses del año.

\*\*\* Valor calculado considerando consultas de 30 minutos de duración (2 pacientes por hora).

En las mismas condiciones asumidas previamente de un psiquiatra contratado tiempo completo para atender 2 pacientes por hora en consulta externa, pero realizando los cálculos con base en el número de personas que consultaron y obteniendo el número de atenciones que dichas personas generarían con una concentración de 6 para menores de 12 años y 4 para mayores de 11 años (consulta cada 2 meses y 3 meses, respectivamente), se requerirían 28 psiquiatras. Esto, haciendo la salvedad que hay un número incierto (pero que se asume grande) de personas que no acceden a consulta psiquiátrica ni médica general. Se debe recordar que las personas reportadas pudieron asistir con cualquier profesional médico, ya que la base de datos no incluía la posibilidad de filtrar con mayor detalle.

No es posible calcular el número de consultas de primera vez, ya que la base de datos no lo permite y no hay manera, con lo datos de que se disponen, de calcular la incidencia de los trastornos reportados.

#### **6.4.1.2 DEMANDA EFECTIVA EN PSIQUIATRÍA POR RANGOS DE EDAD**

Para presentar los datos por los rangos de edad propuestos por la Encuesta Nacional de Salud Mental, se decidió organizar las categorías diagnósticas en orden de frecuencia, en lugar de mantener el orden original de la CIE-10, ya que se consideró que ello facilitaría la interpretación de los datos.

Se aclara que la intención del presente estudio es analizar la demanda y compararla con la oferta desde un punto de vista gerencial, lo anterior se constituye en la brecha explicada anteriormente. Por ello, no se compararán los resultados con estadísticas nacionales ni mundiales, sino que se resaltarán las categorías y/o los grupos diagnósticos más relevantes para plantear estrategias de política pública y tomar decisiones a nivel gerencial.

En las tablas se reportan las categorías del capítulo V de la CIE-10, con el número de personas a las que se les realizó algún diagnóstico incluido en ellas. Además, se calculó el porcentaje que correspondió a cada categoría, sobre el total de diagnósticos en el rango de edad. Así mismo, se reporta el número de atenciones, la concentración por categoría y el porcentaje que representa cada categoría sobre el total de la población del rango de edad especificado. También, se construyeron tablas con grupos diagnósticos definidos por los autores de acuerdo con el impacto que se considera que podrían tener los datos para la construcción de políticas públicas y las decisiones gerenciales en las instituciones de salud. Los resultados de dichas tablas no necesariamente reflejan el orden de frecuencia de los múltiples grupos diagnósticos que aparecen en la base de datos.

Las concentraciones fueron resultados arrojados por el SISPRO y, aunque en algunos datos los autores encontraron resultados diferentes, se decidió preservar los datos oficiales, teniendo en cuenta que el número de personas con cada diagnóstico es diferente del número de personas realmente atendidas y esto da pie a valores aparentemente erróneos. Es decir, la concentración para cada categoría es independiente de la concentración para el total de personas con diagnósticos psiquiátricos (según esto, la concentración por categorías no se debe promediar).

No se reporta el porcentaje de cada categoría por el total de la población de Risaralda, dado que éstos eran en su mayoría muy bajos, al tratarse de sub-grupos poblacionales y se consideró que era inficioso y su impacto potencial en la toma de decisiones gerenciales y de política pública era mínimo.

Se explica nuevamente que los datos informan el número de diagnósticos del capítulo V de la CIE-10, es decir, de los trastornos mentales, sin haberse logrado dilucidar si dichos diagnósticos fueron realizados por médicos generales o especialistas. Incluso, no se pudo diferenciar en qué institución habían sido realizados. Adicionalmente, se resalta otra vez que los diagnósticos incluidos en las

tablas se constituyen también por los realizados para iniciar las hospitalizaciones psiquiátricas y no psiquiátricas que incluyeron al menos un diagnóstico psiquiátrico.

Los cálculos para hospitalización psiquiátrica se mostrarán más adelante, haciendo la aclaración que los mismos no incluyeron la primera atención psiquiátrica ni se puede definir cuántos de los egresos hospitalarios se dio en instituciones psiquiátricas.

El objetivo de filtrar los resultados por rangos de edad fue lograr una visión más profunda e integradora, que de luz no solamente a la necesidad de psiquiatras que se reportó, sino al tipo de sub-especialidad psiquiátrica pertinente e ideal que son necesarios. Se entiende que no todos los pacientes menores de edad o ancianos, o, de cualquier otro subgrupo poblacional o patológico deben ser atendidos siempre por un psiquiatra sub-especializado, pero los datos ayudan a tener en consideración la necesidad de tener sub-especialistas en las áreas correspondientes, ya que no todos los casos serán solucionados apropiadamente por psiquiatras generales.



## RANGO DE EDAD 0 – 6 AÑOS

**Tabla 22. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en población entre 0- 6 años. Risaralda, 2014**

Categoría diagnóstica (C.D.) CIE-10	Número personas por C.D.	Porcentaje por C.D.	Número de Atenciones	Concentración	Proporción entre la población total de 0-6 años, Risaralda
Trastornos del desarrollo psicológico	1.017	43,9%	2.102	2,1	0,96%
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	888	38,3%	1.870	2,1	0,84%
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	145	6,3%	203	1,4	0,14%
Retraso mental	103	4,4%	159	1,5	0,10%
Síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos	77	3,3%	91	1,2	0,07%
Trastornos del humor	43	1,9%	68	1,6	0,04%
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	20	0,9%	27	1,4	0,02%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	13	0,6%	22	1,7	0,01%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	7	0,3%	12	1,7	0,01%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	3	0,1%	3	1,0	0,00%
Trastorno mental no especificado	2	0,1%	3	1,5	0,00%
<b>Total categorías diagnósticas</b>	<b>2.318</b>	<b>100%</b>	-	-	<b>1,22%</b>
<b>Total personas</b>	<b>2.067</b>	-	<b>4560</b>	<b>2,2</b>	<b>1,95%</b>

**Fuente:** Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO

En el grupo de sujetos entre los 0 y los 6 años de edad, se atendieron 2067 personas, que recibieron 2318 diagnósticos, entre los cuales fueron más frecuentes en ese grupo los *trastornos del desarrollo psicológico*, los *trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia* y

los *trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos*. Entre ellos, los grupos más frecuentes fueron, en orden descendente, los trastornos del habla y lenguaje, trastorno hiperactivo y trastorno de conducta, como se muestra en la tabla 23 (cada uno de los grupos diagnósticos incluye varias subcategorías, que no se reportan en el presente estudio).

Los sujetos menores de 7 años fueron atendidos 2,2 veces por año.

**Tabla 23. Principales trastornos mentales agrupados en población entre 0-6 años. Risaralda, 2014**

Trastornos agrupados	Número de diagnósticos	Proporción sobre el total de diagnósticos psiquiátricos entre 0 – 6 años, Risaralda	Número de Atenciones	Concentración	Proporción entre la población total de 0-6 años, Risaralda
Trastorno del habla y lenguaje	870	37,5%	1.418	1,6	0,82%
Trastorno hiperactivo	447	19,3%	886	2,0	0,42%
Trastornos de conducta	238	10,3%	400	1,7	0,22%
Trastorno de ansiedad	71	3,1%	89	1,3	0,07%
Espectro autista	70	3,0%	157	2,2	0,07%
Trastornos asociados a traumas y estrés	58	2,5%	83	1,4	0,05%
Trastorno de la conducta alimentaria	43	1,9%	47	1,1	0,04%
Trastorno depresivo	37	1,6%	53	1,4	0,03%
Trastornos del sueño	30	1,3%	37	1,2	0,03%
Trastorno Bipolar	12	0,5%	14	1,2	0,01%
<b>Total</b>	<b>1.876</b>	-	<b>3.184</b>	-	<b>1,77%</b>

**Fuente:** Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO

Es muy importante resaltar la presencia de 13 casos de *trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos*, que a simple vista parecería una incoherencia y 7 casos de *trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas*. En cuanto a los aparentes trastornos de personalidad en niños, se debe tener en cuenta que los médicos tienen la obligación de registrar diagnósticos CIE-10, mientras que en psiquiatría infantil se suelen utilizar nosologías propias de la sub-especialidad, en algunas de las cuales se anotan

trastornos de personalidad, contrario a la CIE-10 y el DSM, que requiere la mayoría de edad para diagnosticar un trastorno de personalidad.

En relación con los diagnósticos de consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta la corta edad, podría tratarse de un error, por desconocimiento o insuficiencia de las categorías diagnósticas de la CIE-10, en especial porque de los casos reportados, 1 es por dependencia de opiáceos y 6 son por intoxicación con *cannabinoides, sedantes o hipnóticos, otros estimulantes, incluida la cafeína, disolventes volátiles y múltiples sustancias psicoactivas*, respectivamente. La explicación más factible del caso de dependencia de opiáceos es el parto en el contexto de dependencia por parte de la madre; por otro lado, las intoxicaciones probablemente fueron accidentales, teniendo en cuenta la corta edad de los sujetos. Sin embargo, se hace la salvedad que lo anterior son potenciales explicaciones según los autores, ya que no es posible, con la información presente, aclarar las situaciones.

## **RANGO DE EDAD 7 - 11 AÑOS**

Entre los 7 y los 11 años de edad, se evidencia una distribución similar, aunque el número de casos aumenta en 596 y los diagnósticos ascienden a 3042. Los diagnósticos más frecuentes fueron los *trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia*, los *trastornos del desarrollo psicológico* y los *trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos*, entre los que el trastorno hiperactivo (TDAH en el DSM-IV) fue, por mucho, el más prevalente. Al diagnóstico mencionado, le siguen los grupos de trastornos de conducta y los trastornos de ansiedad. Los trastornos de adaptación y de estrés postraumático y otros secundarios a situaciones traumáticas, ocuparon el cuarto lugar.

Se resalta nuevamente la presencia de consumo de sustancias psicoactivas, lo que debe alertar sobre la edad de inicio de consumo de drogas y/o sobre graves fallas en el registro de diagnósticos, si esto se trata de un error, dado que, de los 3 casos, 2 fueron por síndrome de dependencia por opiáceos y 1 por intoxicación por múltiples drogas. Se aclara un caso de la práctica clínica para poner en contexto una posibilidad de error diagnóstico: los pacientes que requieren tratamiento con analgésicos potentes tipo morfina, cuando solicitan más medicamento quejándose de dolor, son catalogados de “adictos” por los médicos no psiquiatras.

Las personas de 7 a 11 años fueron atendidas 2,4 veces por año.

**Tabla 24. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en población entre 7-11 años. Risaralda, 2014**

<b>Categoría diagnóstica (C.D.) CIE-10</b>	<b>Número personas por C.D.</b>	<b>Porcentaje por C.D.</b>	<b>Número de Atenciones</b>	<b>Concentración</b>	<b>Proporción entre la población total de 7-11 años, Risaralda</b>
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	1471	48,4%	3207	2,2	1,94%
Trastornos del desarrollo psicológico	817	26,9%	1600	2,0	1,08%
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	335	11,0%	505	1,5	0,44%
Retraso mental	177	5,8%	521	2,9	0,23%
Trastornos del humor	111	3,6%	225	2,0	0,15%
Síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos	50	1,6%	61	1,2	0,07%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	35	1,2%	51	1,5	0,05%
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	29	1,0%	79	2,7	0,04%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	8	0,3%	22	2,8	0,01%
Trastorno mental no especificado	6	0,2%	8	1,3	0,01%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	3	0,1%	5	1,7	0,00%
<b>Total categorías diagnósticas</b>	<b>3042</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3,22%</b>
<b>Total personas</b>	<b>2663</b>	<b>-</b>	<b>6284</b>	<b>2,4</b>	<b>3,52%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

**Tabla 25. Principales trastornos mentales agrupados en población entre 7-11 años. Risaralda, 2014**

<b>Trastornos agrupados</b>	<b>Número de diagnósticos</b>	<b>Proporción sobre el total de diagnósticos psiquiátricos entre 7-11 años, Risaralda</b>	<b>Número de Atenciones</b>	<b>Concentración</b>	<b>Proporción entre la población total de 7-11 años, Risaralda</b>
Trastorno hiperactivo	756	24,9%	1.580	2,1	1,00%
Trastornos de conducta	373	12,3%	635	1,7	0,49%
Trastornos de ansiedad	183	6,0%	267	1,5	0,24%
Trastornos asociados a traumas y estrés	143	4,7%	214	1,5	0,19%
Trastornos depresivos	91	3,0%	157	1,7	0,12%
Espectro autista	54	1,8%	118	2,2	0,07%
Trastorno Bipolar	28	0,9%	66	2,4	0,04%
Trastornos de la conducta alimentaria	21	0,7%	22	1,0	0,03%
Trastornos del sueño	21	0,7%	27	1,3	0,03%
Trastornos de la personalidad	20	0,7%	25	1,3	0,03%
<b>Total</b>	<b>1.690</b>	<b>-</b>	<b>3.111</b>	<b>-</b>	<b>2,23%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

## RANGO DE EDAD 12 - 17 AÑOS

Entre los sujetos en pubertad y adolescencia, hubo 2.997 que recibieron diagnósticos psiquiátricos, los cuales sumaron 3.619 diagnósticos en total. Entre ellos se encontró una alta proporción de *trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos y trastornos del humor*. De estos, los trastornos de ansiedad, los de conducta y los depresivos son los más frecuentes, seguidos por el trastorno hipercinético.

Se evidencia también, al analizar los 2 grupos de edad previos y el rango de edad de 12 a 17 años, que el diagnóstico *retraso mental* aumenta gradualmente, aunque es una patología que podría ser diagnosticada de manera temprana por su inicio perinatal. Lo anterior, lleva a pensar en la posibilidad de diagnósticos tardíos que obstaculizan el tratamiento de los sujetos con dicho diagnóstico y, así, empobrecen el pronóstico funcional.

Por otro lado, los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas aumentaron de manera importante, como era lo esperado, mientras que la esquizofrenia representa un porcentaje bajo de la población total de Risaralda, ya que es menos del 0.1% de la población del rango de edad.

El grupo poblacional en mención fue atendido 2,6 veces en el año.

**Tabla 26. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en población entre 12-17 años. Risaralda, 2014**

<b>Categoría diagnóstica (C.D.) CIE-10</b>	<b>Número personas por C.D.</b>	<b>Porcentaje por C.D.</b>	<b>Número de Atenciones</b>	<b>Concentración</b>	<b>Proporción entre la población total de 12-17 años, Risaralda</b>
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	1.048	29,0%	2.246	2,1	1,12%
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	882	24,4%	1.509	1,7	0,94%
Trastornos del humor	485	13,4%	1.032	2,1	0,52%
Trastornos del desarrollo psicológico	320	8,8%	714	2,2	0,34%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	298	8,2%	665	2,2	0,32%
Retraso mental	267	7,4%	1.159	4,3	0,28%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	112	3,1%	202	1,8	0,12%
Síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos	90	2,5%	140	1,6	0,10%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	76	2,1%	201	2,6	0,08%
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	33	0,9%	49	1,5	0,04%
Trastorno mental no especificado	8	0,2%	11	1,4	0,01%
<b>Total categorías diagnósticas</b>	<b>3619</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2,96%</b>
<b>Total personas atendidas</b>	<b>2.997</b>	<b>-</b>	<b>7928</b>	<b>2,6</b>	<b>3,19%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

**Tabla 27. Principales trastornos mentales agrupados en población entre 12-17 años. Risaralda, 2014**

<b>Trastornos agrupados</b>	<b>Número de diagnósticos</b>	<b>Proporción sobre el total de diagnósticos psiquiátricos entre 12-17 años, Risaralda</b>	<b>Número de Atenciones</b>	<b>Concentración</b>	<b>Proporción entre la población total de 12-17 años, Risaralda</b>
Trastornos de ansiedad	632	17,5%	1.005	1,6	0,67%
Trastornos de conducta	467	12,9%	752	1,6	0,50%
Trastornos depresivos	443	12,2%	771	1,7	0,47%
Trastorno hiperactivo	322	8,9%	642	2,0	0,34%
Trastornos asociados a traumas y estrés	244	6,7%	364	1,5	0,26%
Uso de Cannabinoides	151	4,2%	250	1,7	0,16%
Trastorno Bipolar	129	3,6%	235	1,8	0,14%
Trastornos de la personalidad	61	1,7%	93	1,5	0,06%
Trastornos de la conducta alimentaria	29	0,8%	64	2,2	0,03%
Trastornos del sueño	27	0,7%	31	1,1	0,03%
<b>Total</b>	<b>2.505</b>	<b>-</b>	<b>4.207</b>	<b>-</b>	<b>2,67%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**



## GRUPO DE EDAD 18 - 44 AÑOS

De las 10.518 personas con diagnósticos psiquiátricos en el grupo poblacional de 18 a 44 años, la mayoría padecían *trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos*, seguidos por los *trastornos del humor* y los *trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas*. Entre los mencionados, se evidenció que los trastornos de ansiedad, los depresivos y el trastorno bipolar son los más frecuentes, seguidos por los trastornos asociados a traumas y estrés, así como por el trastorno hiperactivo y, curiosamente, por los trastornos de conducta.

El *retraso mental* alcanzó el cuarto lugar, con 518 casos más casos que en el rango de 12 a 17 años, lo cual indica que un número importante de sujetos es diagnosticado después de la mayoría de edad.

Los cannabinoides fueron las sustancias psicoactivas más reportada.

Las personas entre 18 y 44 años de edad fueron atendidos 2,4 veces en 2014.

**Tabla 28. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en población entre 18-44 años. Risaralda, 2014**

<b>Categoría diagnóstica (C.D.) CIE-10</b>	<b>Número personas por C.D.</b>	<b>Porcentaje por C.D.</b>	<b>Número de Atenciones</b>	<b>Concentración</b>	<b>Proporción entre la población total de 18-44 años, Risaralda</b>
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	4.765	39,3%	9.850	2,1	1,27%
Trastornos del humor	2.866	23,6%	7.441	2,6	0,76%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	912	7,5%	3.342	3,7	0,24%
Retraso mental	785	6,5%	2.244	2,9	0,21%
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	762	6,3%	1.141	1,5	0,20%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	714	5,9%	2.206	3,1	0,19%
Trastornos del desarrollo psicológico	456	3,8%	632	1,4	0,12%
Síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos	448	3,7%	642	1,4	0,12%
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	212	1,7%	336	1,6	0,06%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	186	1,5%	334	1,8	0,05%
Trastorno mental no especificado	23	0,2%	30	1,3	0,01%
<b>Total categorías diagnósticas</b>	<b>12129</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2,19%</b>
<b>Total personas atendidas</b>	<b>10.518</b>	<b>-</b>	<b>28198</b>	<b>2,7</b>	<b>2,80%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO.**

**Tabla 29. Principales trastornos mentales agrupados en población entre 18-44 años. Risaralda, 2014**

Trastornos agrupados	Número de diagnósticos	Proporción sobre el total de diagnósticos psiquiátricos entre 18-44 años, Risaralda	Número de Atenciones	Concentración	Proporción entre la población total de 18-44 años, Risaralda
Trastornos de ansiedad	4.305	35,5%	6.879	1,6	1,15%
Trastornos depresivos	2.376	19,6%	4.340	1,8	0,63%
Trastorno Bipolar	1.391	11,5%	2.966	2,1	0,37%
Trastornos asociados a traumas y estrés	622	5,1%	1.176	1,9	0,17%
Trastorno hipercinético	477	3,9%	669	1,4	0,13%
Trastornos de conducta	251	2,1%	388	1,5	0,07%
Uso de Cannabinoides	178	1,5%	332	1,9	0,05%
Trastornos del sueño	164	1,4%	216	1,3	0,04%
Trastornos de la personalidad	112	0,9%	192	1,7	0,03%
Trastorno de la conducta alimentaria	34	0,3%	48	1,4	0,01%
<b>Total</b>	<b>9.910</b>	<b>-</b>	<b>17.206</b>	<b>-</b>	<b>2,64%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

### **GRUPO DE EDAD 45 Y MÁS AÑOS**

En el grupo de personas de 45 y más años, se encontró que los *trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos*, los *trastornos del humor* y los *trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos* fueron los más frecuentes. Continuándose la distribución de trastornos de ansiedad, seguidos por trastornos depresivos y trastorno bipolar.

Entre los trastornos mentales orgánicos, se hallaron 1.127 personas con algún diagnóstico de demencia, 143 con diagnóstico de *trastorno cognoscitivo leve* y 328 personas con delirio (denominado delirium en otras nosografías). La concentración del rango poblacional fue de 2,5.

**Tabla 30. Trastornos mentales agrupados por categoría de la CIE-10 en población entre 45 y más años. Risaralda, 2014**

<b>Categoría diagnóstica (C.D.) CIE-10</b>	<b>Número personas por C.D.</b>	<b>Porcentaje por C.D.</b>	<b>Número de Atenciones</b>	<b>Concentración</b>	<b>Proporción entre la población total de 45 y más años, Risaralda</b>
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	5.071	36,7%	9.362	1,8	1,7%
Trastornos del humor	3.965	28,7%	9.797	2,5	1,3%
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1.688	12,2%	5.570	3,3	0,6%
Síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos	681	4,9%	1.057	1,6	0,2%
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	672	4,9%	998	1,5	0,2%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	605	4,4%	1.557	2,6	0,2%
Retraso mental	543	3,9%	993	1,8	0,2%
Trastornos del desarrollo psicológico	352	2,5%	487	1,4	0,1%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	145	1,0%	364	2,5	0,0%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	78	0,6%	129	1,7	0,03%
Trastorno mental no especificado	26	0,2%	40	1,5	0,0%
<b>Total categorías diagnósticas</b>	<b>13826</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2,1%</b>
<b>Total personas atendidas</b>	<b>12.016</b>	<b>-</b>	<b>30354</b>	<b>2,5</b>	<b>4,0%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

**Tabla 31. Principales trastornos mentales agrupados en población entre 45 y más años. Risaralda, 2014**

Trastornos agrupados	Número de diagnósticos	Proporción sobre el total de diagnósticos psiquiátricos entre 45 y más años, Risaralda	Número de Atenciones	Concentración	Proporción entre la población total de 45 y más años, Risaralda
Trastornos de ansiedad	4.950	35,8%	7.906	1,6	1,65%
Trastornos depresivos	3.131	22,6%	5.427	1,7	1,04%
Trastorno Bipolar	2.069	15,0%	4.264	2,1	0,69%
Trastornos asociados a traumas y estrés	513	3,7%	918	1,8	0,17%
Trastornos del sueño	511,0	3,7%	680	1,3	0,17%
Trastorno hipercinético	447	3,2%	652	1,5	0,15%
Trastornos de conducta	234	1,7%	315	1,3	0,08%
Trastornos de la personalidad	37	0,3%	62	1,7	0,01%
Uso de alcohol	33	0,2%	94	2,8	0,01%
Trastorno de la conducta alimentaria	13	0,1%	83	6,4	0,00%
<b>Total</b>	<b>11.938</b>	-	<b>20.401</b>	-	<b>3,97%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

### **TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

1.362 personas recibieron al menos un diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas, esas personas generaron 1.756 diagnósticos asociados con consumo de sustancias psicoactivas y la concentración fue de 3,2.

Las sustancias más involucradas fueron los *opiáceos* y *múltiples drogas y otras sustancias psicoactivas*, seguidos de los *cannabinoides*, *alucinógenos* y *cocaína*. Hay un evidente sub-registro del consumo de tabaco.

Es importante aclarar que, aunque se reporta un grupo diagnóstico para el consumo de múltiples sustancias psicoactivas, hay un claro consumo de al menos 2 sustancias por parte de muchos de los sujetos registrados.

Por otro lado, si bien el consumo de sustancias psicoactivas representa un grave problema social identificado por la mayoría de los trabajadores de la salud, en cifras de consulta, equivale solamente al 0,14% de la población risaraldense, ocupando el octavo lugar entre todas las categorías diagnósticas del capítulo de psiquiatría.

**Tabla 32. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas. Risaralda, 2014**

Trastornos mentales y del comportamiento agrupados por sustancia	Número Personas Atendidas	Proporción sobre total de trastornos agrupados	Número de Atenciones	Concentración	Proporción sobre la población total de Risaralda
Alcohol	109	6,2%	241	2,2	0,01%
Cannabinoides	343	19,5%	600	1,7	0,04%
Opiáceos	472	26,9%	1617	3,4	0,05%
Sedantes hipnóticos <sup>o</sup>	66	3,8%	431	6,5	0,01%
Cocaína	174	9,9%	301	1,7	0,02%
Otros estimulantes	6	0,3%	11	1,8	0,00%
Alucinógenos	185	10,5%	292	1,6	0,02%
Tabaco	21	1,2%	45	2,1	0,00%
Disolventes volátiles	32	1,8%	71	2,2	0,00%
Múltiples drogas y otras sustancias psicoactivas	348	19,8%	779	2,2	0,04%
<b>Total trastornos agrupados</b>	<b>1.756</b>	<b>100%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,11%</b>
<b>Total personas atendidas</b>	<b>1.362</b>	<b>-</b>	<b>4.388</b>	<b>3,2</b>	<b>0,14%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

## HOSPITALIZACIONES PSIQUIÁTRICAS EN RISARALDA

Se aplicó filtro por egresos a la base de datos del SISPRO, resultando el número de hospitalizaciones que incluyeron al menos un diagnóstico psiquiátrico, con el promedio de días de estancia hospitalaria y la concentración de ingresos, así como el porcentaje que representan las categorías respecto del total de hospitalizaciones en el departamento.

Las hospitalizaciones reportadas pudieron darse tanto en instituciones psiquiátricas como no psiquiátricas y no se logró diferenciarlas con los datos incluidos en la base de datos.

En total, fueron hospitalizadas con diagnóstico psiquiátrico 946 personas, que recibieron en sumatoria 1.021 diagnósticos y generaron 1.303 hospitalizaciones, de 11,6 días cada una en promedio. Sin embargo, las estancias hospitalarias variaron de 3,2 para el *trastorno mental no especificado* a 32,1 para el *retraso mental*.

La causa principal de hospitalización fueron los *trastornos del humor*, que incluyeron los trastornos bipolares, con 268 atenciones a 228 personas y los trastornos depresivos, con 174 atenciones a 152 personas. A esos, siguieron los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, con 64 personas que requirieron 78 atenciones.

En la tabla 33 se reportan 1.303 hospitalizaciones para 946 personas, en 2014, sin embargo, según datos de Homeris (Barón Criollo 2015), los egresos hospitalarios en 2014 fueron 1511, solamente en esa institución, lo que indica que probablemente hay un alto sub-registro de las hospitalizaciones psiquiátricas en el departamento, en especial porque el registro actual incluye hospitalizaciones en instituciones psiquiátricas y no psiquiátricas, ya que solamente permite filtrar por diagnósticos psiquiátricos, los cuales pudieron ser realizados por cualquier médico, en cualquier institución.

**Tabla 33. Hospitalizaciones psiquiátricas en el departamento de Risaralda, 2014.**

<b>Categoría diagnóstica (C.D.) CIE-10</b>	<b>Número personas por C.D.</b>	<b>Porcentaje por C.D.</b>	<b>Número de Atenciones</b>	<b>Concentración</b>	<b>Número Días de Estancia</b>	<b>Promedio de días de estancia</b>	<b>Proporción hospitalizaciones sobre población total con diagnóstico psiquiátrico, Risaralda</b>
Trastornos del humor	345	33,8%	445	1,3	4.516	13,1	1,15%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	179	17,5%	231	1,3	1.629	9,1	0,60%
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	153	15,0%	179	1,2	1.019	6,7	0,51%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	146	14,3%	173	1,2	1.277	8,7	0,49%
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	125	12,2%	167	1,3	1.316	10,5	0,42%
Retraso mental	29	2,8%	55	1,9	932	32,1	0,10%
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia	19	1,9%	24	1,3	160	8,4	0,06%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	16	1,6%	19	1,2	79	4,9	0,05%
Trastorno mental no especificado	5	0,5%	5	1,0	16	3,2	0,02%
Síndromes del comportamiento asociado con alteraciones fisiológicas y factores físicos	2	0,2%	3	1,5	25	12,5	0,01%
Trastornos del desarrollo psicológico	2	0,2%	2	1,0	10	5,0	0,01%
<b>Total categorías diagnósticas</b>	<b>1.021</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.303</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Total personas atendidas</b>	<b>946</b>	<b>-</b>	<b>1.303</b>	<b>1,4</b>	<b>10.979</b>	<b>11,6</b>	<b>3,16%</b>

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**



Según el número de personas hospitalizadas con diagnóstico psiquiátrico en 2014, se requerirían aproximadamente 2 psiquiatras a medio tiempo para encargarse de los pacientes ingresados.

**Tabla 34. Requerimientos de psiquiatras por egresos según SISPRO. Risaralda, 2014.**

<b>Variable</b>	<b>Valor</b>
Número personas	946
Número de Atenciones	1.303
Concentración	1,4
Proporción población total Risaralda	0,1%
Número Días de Estancia	10.979
Promedio de días de estancia	11,6
Proporción hospitalizaciones sobre población total con diagnóstico psiquiátrico, Risaralda *	3,2%
Valoraciones hospitalarias por día **	3,6
Número de psiquiatras requeridos por mes	2

**Fuente: Cálculos sobre base de datos de Sistema Integral de Información para la Protección social – SISPRO**

\* Los diagnósticos psiquiátricos pudieron realizarse en cualquier IPS del departamento

\*\* Resultado de la división entre el número de atenciones y los días del año

## 6.4.2 DEMANDA POTENCIAL EN SERVICIOS DE PSQUIATRÍA

Queriendo utilizar datos actualizados en Colombia, se utilizaron datos del Estudio Nacional de Salud Mental, publicado en el año 2015. Se tomaron los porcentajes para “cualquier trastorno mental” por rangos de edad en lugar de las prevalencias especificadas por trastorno, teniendo en cuenta que con las bases de datos utilizadas no era posible lograr una coincidencia confiable de los diagnósticos del DSM-IV con la CIE 10.

Se calculó el número de psiquiatras requeridos para consulta externa, considerando una concentración de consulta de 6 para los menores de 12 años y de 4 para los mayores de 11. Así mismo, se consideró que los psiquiatras realizarían consulta tiempo completo (192 horas).

Los cálculos utilizaron los datos de población proyectada del DANE a 2015

**Tabla 35. Demanda potencial de psiquiatría en el departamento de Risaralda para el año 2015.**

Grupo de edad	Población	Cualquier trastorno**	Número de personas	Concentración***	Consultas psiquiátricas por año	Número de psiquiatras requeridos por mes - tiempo completo
<b>0 - 6 años</b>	106.263	7,6%	8.076	6	48.456	10,5
<b>7 - 11 años</b>	75.755	4,7%	3.560	6	21.363	4,6
<b>12 - 17 años</b>	93.932	4,4%	4.133	4	16.532	3,6
<b>18 - 44 años</b>	375.642	5,1%	19.158	4	76.631	16,6
<b>45 y más años</b>	300.361	2,3%	6.908	4	27.633	6,0
<b>Esquizofrenia*</b>	952.953	1,0%	9.530	4	38.118	8,3
<b>Total</b>	<b>845.690</b>	<b>17,5%</b>	<b>43.289</b>	-	<b>180.277</b>	<b>49,6</b>

**Fuente: SISPRO, cálculos elaborados por los autores**

\* (Kohn, y otros 2005)

\*\* Porcentajes tomados de la Encuesta Nacional de Salud mental de Colombia (Ministerio de Protección Social de Colombia 2010)

\*\*\* Concepto de experto en psiquiatría

**Tabla 36. Requerimientos de psiquiatras para hospitalización según capacidad instalada. Risaralda, 2014.**

Institución	Camas	Porcentaje de ocupación***	Pacientes en hospitalización por día	Horas psiquiatra****	Número de psiquiatras requeridos por mes - medio tiempo*****
HOMERIS*	80	84%	67	33,6	8,4
ISNR (1)**	30		25	12,6	3,2
ISNR (2)**	13		11	5,46	1,4
ISNR (1) ** Farmaco-dependencia	2	100%	2	1	0,3
<b>Total</b>	<b>125</b>	-	<b>103</b>	<b>51,66</b>	<b>13,2</b>

**Fuente: Cálculos de los autores**

\* Hospital Mental Universitario de Risaralda.

\*\* Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda - Sedes 1 Álamos (camas psiquiatría y farmacodependencia) y 2 Av. 30 - agosto

\*\*\* El porcentaje de ocupación fue obtenido del informe del 2193 vigencia 2014 del Homeris (Barón Criollo 2015)

\*\*\*\* Valor calculado asumiendo que las valoraciones intrahospitalarias en promedio tienen una duración de 30 minutos incluyendo la nota de evolución (2 pacientes por hora)

\*\*\*\*\* Basados en la práctica usual de valorar pacientes hospitalizados en la jornada de la mañana.

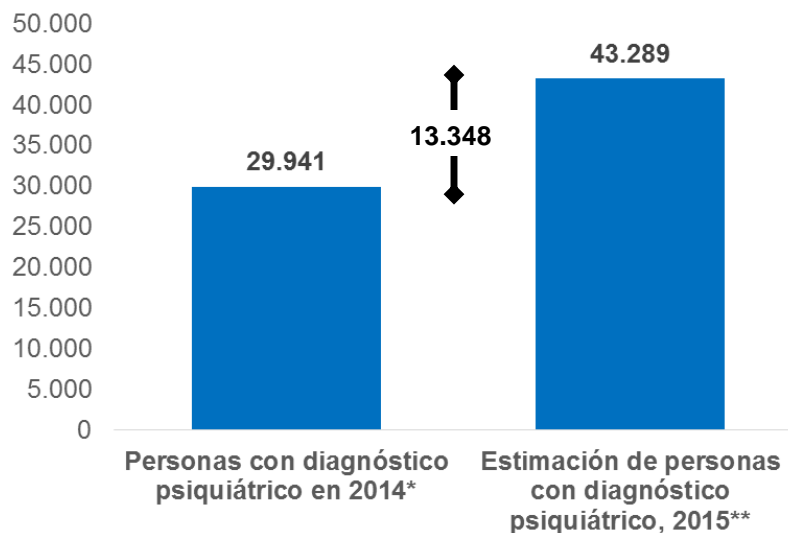
Se calculó los requerimientos de psiquiatras según la capacidad instalada y el porcentaje de ocupación, debido a inconsistencia de los datos, donde los egresos hospitalarios reportados por el SISPRO eran inferiores a las hospitalizaciones reportadas solamente por el HOMERIS para el 2014 (Barón Criollo 2015), de estos cálculos se obtuvo que para atender la capacidad instalada en camas de psiquiatría con el porcentaje de ocupación reportado por Homeris, se requieren 13,2 psiquiatras de medio tiempo, lo que equivale a 7 psiquiatras de tiempo completo.

## 6.5 ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE OFERTA Y DEMANDA

Para la elaboración del análisis comparativo entre la oferta y la demanda en servicios de psiquiatría, se utilizaron los principales resultados arrojados por esta investigación y valores de referencia a nivel nacional e internacional. El presente resultado se compone por el número de personas con psicopatología en el departamento, el número de atenciones psiquiátricas ambulatorias para el 2014, requerimiento de psiquiatras para Risaralda, así como las tasas de psiquiatras y camas de psiquiatría mundial y nacional por 100.000 habitantes.

Durante el año 2014 se encontró que fueron diagnosticadas con psicopatología 29.941 personas (valor obtenido de la base de datos de SISPRO), mientras las estimaciones de personas con potencial diagnóstico psiquiátrico revelaron como resultado 43.289 personas, es decir, una brecha entre lo atendido y lo estimado de 13.348 personas. Es de aclarar que los valores obtenidos para la demanda efectiva corresponden al año 2014, mientras la estimación de personas con psicopatología es con base en las proyecciones poblacionales del DANE para el año 2015.

**Figura 10. Personas con psicopatología en 2014 – 2015**



**Fuente: Cálculos de los autores**

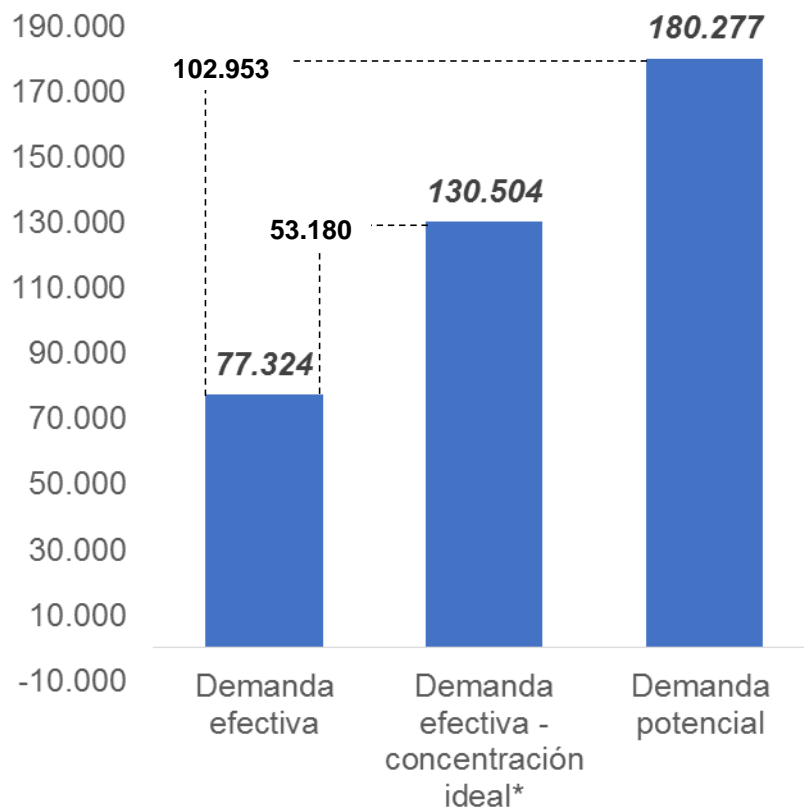
\*Valor obtenido según SISPRO

\*\*Valor obtenido de aplicar porcentajes de población con cualquier trastornos mental según ENSM, 2015

Para atender las 29.941 personas con diagnóstico psiquiátrico en el 2014, se obtuvo un valor de 77.324 atenciones ambulatorias, con una concentración promedio de 2,6, teniendo en cuenta que esta concentración discrepa de los valores establecidos como mínimos en la literatura para realizar una atención y control adecuado de personas con psicopatología.

Se calculó la demanda efectiva con concentración ideal (6 para menores de 12 años y 4 para mayores de 11 años), basándose en el número de personas con psicopatología y diferenciando la población y su concentración según los rangos de edad establecidos en el presente trabajo, es decir, si al número de personas diagnosticadas se le realizara el número de consultas mínimo para garantizar una adecuada atención. El resultado de lo anterior es que se realizarían en 2014 130.504 atenciones, lo que muestra una diferencia con lo realmente atendido en el mismo año, de 53.180 personas.

**Figura 11. Atenciones psiquiátricas ambulatorias para el año 2014**



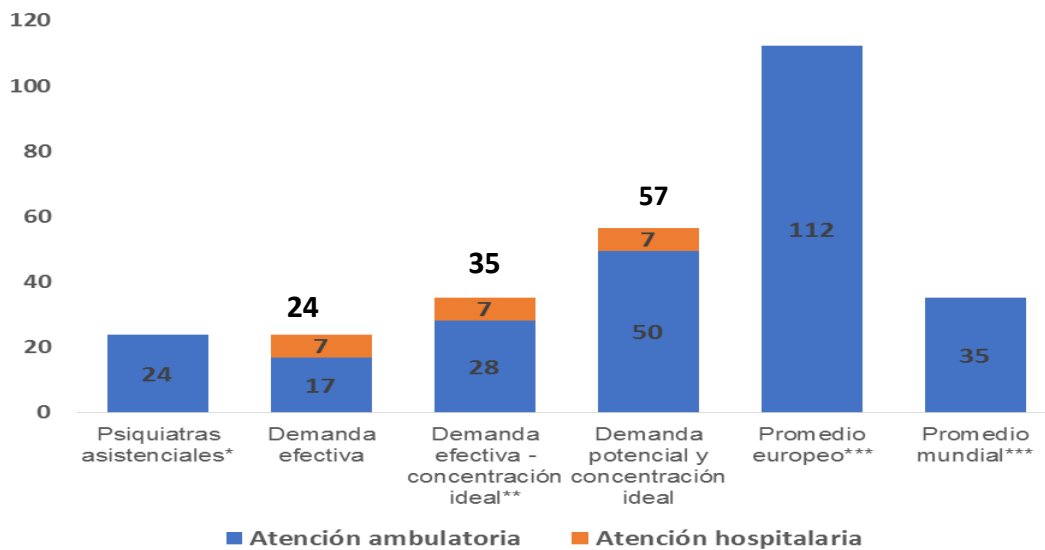
**Fuente: Cálculos de los autores**

\* Se tomó número de personas con diagnóstico psiquiátrico y se le aplicó la concentración ideal según rangos de edad

En cuanto a la demanda potencial, para atender las 43.289 personas con diagnóstico psiquiátrico, con una concentración ideal, se generarían 180.277 atenciones ambulatorias, una diferencia respecto a la demanda efectiva de 102.953 atenciones. Por otro lado, la demanda efectiva con concentración ideal fue de 49.773 atenciones, no se calculó la demanda potencial con la concentración del 2014 debido a que se realizarían cálculos con valores de atención inadecuados.

La Secretaría de Salud de Risaralda reportó en sus registros 34 psiquiatras para el 2015, de este número de especialistas se restaron 7 psiquiatras que no ejercen actualmente en el departamento y se sumaron 4 psiquiatras que en el momento de la consulta en Secretaría de Salud no aparecían registrados pero que son graduados para el 2015 del programa de especialización en psiquiatría de la U.T.P., de esta operación se obtuvo 31 psiquiatras en ejercicio en el departamento, a este valor se le restaron 7 psiquiatras que se dedican a la docencia, obteniendo 24 psiquiatras para atender la demanda para el 2015, que a partir de ahora serán denominados “psiquiatras asistenciales”. De acuerdo a la demanda efectiva mostrada en las figuras 9 y 10, se requerían 17 psiquiatras para atender solo la consulta ambulatoria; sin embargo, si esa demanda efectiva se atendiera con la concentración ideal, se requerirían 28 psiquiatras para las atenciones ambulatorias. Adicionalmente, para atender la demanda potencial con la concentración ideal explicada anteriormente, se necesitarían 50 psiquiatras.

**Figura 12. Psiquiatras requeridos para atención de la demanda en 2014.**



+

**Fuente: Cálculos de los autores**

\* Producto de restar a psiquiatras registrados los psiquiatras que no ejercen en el departamento, los que se dedican a la docencia y sumar los psiquiatras graduados para el 2015.

\*\* Psiquiatras requeridos para hospitalización basados en la necesidad para atender por ocupación de capacidad instalada

\*\*\* Tomado de Atlas de Salud Mental, 2014 (Organización Mundial de la salud 2014)

Comparando los valores calculados para Risaralda con promedios como el europeo o el promedio mundial, se obtiene que Risaralda debería tener según promedio mundial 35 psiquiatras. Por su parte, si el cálculo se realiza con el promedio europeo, Risaralda debería tener 112 psiquiatras. Estos valores fueron calculados tomando las tasas de psiquiatras por 100.000 habitantes (Organización Mundial de la salud 2014) y multiplicarlas por la población del departamento para el año 2015.

Es de resaltar que estos requerimientos de psiquiatras incluyen solamente la consulta ambulatoria, es decir, no se contemplan en este apartado atenciones hospitalarias debido a que los valores encontrados en el SISPRO mostraban inconsistencias respecto a valores reportados en informe del Homeris para el año 2014 (ver tabla 34) (Barón Criollo 2015). Por ello, se procedió a calcular las necesidades de psiquiatras para atender la capacidad instalada en camas de psiquiatría del departamento según el porcentaje de ocupación de camas reportado por el Homeris para el 2014.

De esta manera, se estimó que para atender la capacidad instalada en camas psiquiátricas del departamento se requieren 13 psiquiatras de medio tiempo (ver tabla 36), lo que equivale a 7 psiquiatras de tiempo completo, este número de psiquiatras se sumó a los valores mostrados en la figura 11 y se comparó con los 24 psiquiatras asistenciales, obteniendo los siguientes resultados para la atención ambulatoria y hospitalaria:

- Demanda efectiva: 24 psiquiatras requeridos, diferencia respecto a psiquiatras asistenciales de 0.
- Demanda efectiva y concentración ideal: 35 psiquiatras requeridos, diferencia respecto a psiquiatras asistenciales de 11.
- Demanda potencial y concentración ideal: 57 psiquiatras requeridos, diferencia respecto a psiquiatras asistenciales de 33.

De acuerdo con los valores mencionados, se encuentra que teóricamente los psiquiatras en ejercicio en Risaralda son suficientes para atender la demanda efectiva (personas atendidas en 2014); sin embargo, si se consideran los psiquiatras asistenciales (producto de descontar los psiquiatras dedicados a la docencia), se encuentra que la brecha entre oferta de psiquiatras y demanda efectiva ambulatoria de psiquiatras más hospitalización según capacidad instalada (ver tabla 36) es de 0. Es de aclarar que este resultado no significa que los psiquiatras en Risaralda sean suficientes, debido a que alcanzan a cubrir la demanda pero con un control

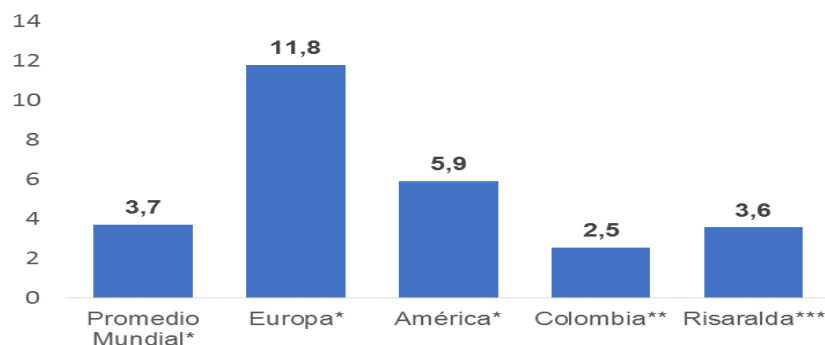
inadecuado (número de veces que la persona es atendida por año), donde la concentración en atenciones para el 2014 fue de 2,6 (ver tabla 15)

Adicionalmente, se debe considerar que en Risaralda hay habilitados 13 psiquiatras como profesionales independientes y es conocido en el medio que algunos de ellos sólo realizan consulta particular o se dedican a otras labores como medicina legal. De igual manera, se debe tener en cuenta que los psiquiatras no realizan consulta exactamente las 8 horas contratadas debido a labores administrativas, reuniones y descansos, entre otras situaciones, por lo anterior la brecha mostrada podría ser mayor a la reportada por el presente estudio.

En cuanto a la demanda efectiva y concentración ideal, se estimó una brecha entre los psiquiatras asistenciales (24) y los requeridos (41) de 17 psiquiatras, mientras para la demanda potencial y concentración ideal se estimó una diferencia entre los asistenciales (24) y los requeridos (63) de 39 psiquiatras.

Respecto a la tasa de psiquiatras por 100.000 habitantes, mencionada anteriormente, se obtuvo que Risaralda cuenta con 3,7 psiquiatras por 100.000 habitantes, cifra superior a la tasa calculada para Colombia de 2,5, lo que muestra que Risaralda tiene una tasa muy superior a la tasa nacional. Sin embargo, no se puede inferir que el departamento tenga un número adecuado de psiquiatras para atender a la demanda de la población (efectiva y potencial), ya que, como se mostró anteriormente el número de psiquiatras registrados no es suficiente. Comparando este indicador con cifras globales (Organización Mundial de la salud 2014), se encontró que Risaralda cuenta con una tasa menor a la del continente americano (incluye América del norte, central y del sur) en 2,3 psiquiatras y de Europa, con una diferencia negativa de 8,2 psiquiatras, por su parte la tasa según promedio mundial es muy similar a la calculada en el departamento.

**Figura 13. Tasa psiquiatras mundial y nacional por 100.000 habitantes**



**Fuente: Cálculos de los autores**

\* Tomado de Atlas de Salud Mental, 2014 (Organización Mundial de la salud 2015)

\*\*Tomado de Mental health Atlas country profile 2014 (Organización Mundial de la Salud 2015)

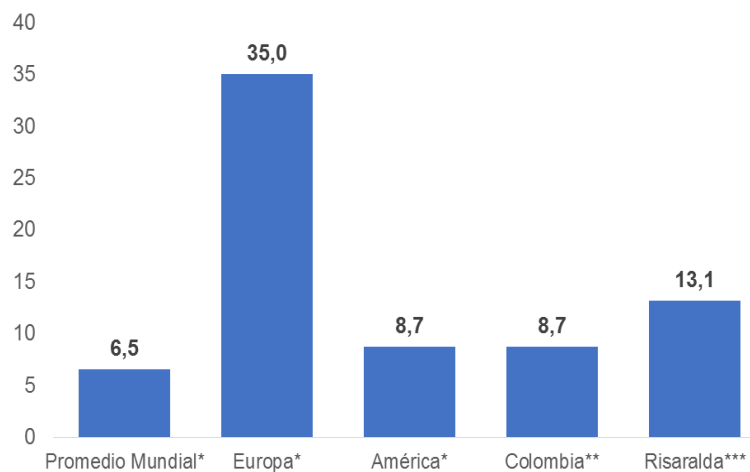
\*\*\* Cálculo de los autores según psiquiatras registrados



El departamento cuenta para el 2015 con 13,1 camas de psiquiatría por 100.000 habitantes, indicador superior a la tasa nacional en 4,4 camas de psiquiatría. Este indicador por sí solo no supone un buen número de camas para el departamento aun siendo superior al nacional, debido a que este debe ser relacionado con la demanda. Para complementar el análisis sobre la tasa de camas de psiquiatría, se utilizó el porcentaje de ocupación de las camas, que según reporte del Homeris es del 84% (Barón Criollo 2015); dicha ocupación reporta una buena relación entre número de camas y demanda de las mismas, ya que está entre el 80% y el 85% (Martínez Vaca 2003). Sin embargo, no se pudo establecer si las instituciones con camas de psiquiatría cuentan con listas de espera que se mantengan durante periodos sostenidos en el tiempo o que tengan problemas de admisión, porque esto podría significar que hay déficit de camas de psiquiatría y por ende ocurriría lo mismo si el porcentaje ocupacional fuese elevado (esta situación es usual en la práctica diaria de la psiquiatría, sin embargo, lo que se argumenta es que no hay datos al respecto, según la búsqueda de los autores).

Confrontando este indicador con cifras internacionales, se encontró que Colombia posee el mismo valor que América; por su parte, Europa cuenta con 21,9 camas de psiquiatría más que Risaralda y, finalmente, Risaralda cuenta con 6,6 camas más de psiquiatría que el promedio mundial.

**Figura 14. Tasa camas de psiquiatría mundial y nacional por 100.000 habitantes**



**Fuente: Cálculos de los autores**

\* Tomado de Atlas de Salud Mental, 2014 (Organización Mundial de la salud 2015)

\*\*Tomado de Mental health Atlas country profile 2014 (Organización Mundial de la Salud 2015)

\*\*\* Cálculo de los autores según camas habilitadas en REPS

## 7. CONCLUSIONES

Risaralda es un departamento predominantemente agricultor y comercial, que tiene 951.953 habitantes según proyecciones DANE, en las cuales hay un predominio de mujeres como se evidencia en el índice de masculinidad de 94,9. No obstante según estadísticas nacen más hombres que mujeres manteniéndose este índice superior a 100 hasta los 25 años de edad, después de esta edad este índice disminuye hasta 67,2 en mayores a 80 años, posiblemente por la violencia y por las migraciones a otras ciudades o el exterior.

Aunque el nivel de aseguramiento en salud para el departamento es alto porcentualmente (95,67%), al calcular el 4,33% restante, se obtiene que la población no asegurada es de 40.934 personas, es decir, más que la población de los municipios de La Celia, Guática y Balboa juntos o más que la población de la Virginia.

Los registros entregados por parte de la Secretaría de salud del departamento sobre el talento humano en salud, no permiten realizar una adecuada caracterización del mismo, impidiendo que se puedan planear estrategias con miras a mejorar el servicio en la especialidad.

Existen 13 instituciones habilitadas para prestar psiquiatría ambulatoria, de estas 2 tienen habilitado hospitalización psiquiátrica, por lo que se sabe en el medio y comparando con los datos encontrados, no todos los que prestan el servicio de psiquiatría aparecen en la base de datos. Acceder a la información sobre las IPS es difícil ya que hay poca disponibilidad de las mismas para brindar información. Como profesionales independientes aparecen registrados 13 profesionales, de ellos 3 están habilitados para prestar consulta extramural domiciliario.

En cuanto a la capacidad instalada para la hospitalización psiquiátrica están solamente 2 instituciones habilitadas: Homeris e Instituto del sistema Nervioso en sus 2 sedes. El Homeris tiene habilitado internación hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas, sin embargo, el que aparece con capacidad instalada para farmacodependencia es el Instituto del Sistema Nervioso. En total hay 123 camas para hospitalización psiquiátrica y 2 camas para hospitalización en farmacodependencia en del departamento de Risaralda, de todas estas Homeris aporta el 64% de las camas (80), ninguna para farmacodependencia.

De acuerdo con los portafolios de servicio revisados se encuentra una alta inconsistencia entre los servicios habilitados y los servicios realmente ofertados, de las 13 instituciones que según registros ofertan el servicio de psiquiatría, 2 de estos no ofertan ni atención ambulatoria ni hospitalaria en psiquiatría, mientras otras 2 no fue posible el contacto para confrontar la información. La ESE de la Virginia San Pedro y San Pablo no reporta en su portafolio de servicios atención ambulatoria ni

hospitalaria en psiquiatría pero tiene en el REPS el servicio de psiquiatría habilitado. Es particularmente llamativo que el Homeris reporta en su portafolio de servicios “recomendaciones TECAR”, cuando es bien sabido en el medio que esta institución oferta Terapia Electroconvulsiva bajo Anestesia y Relajación (TECAR).

En relación con la demanda efectiva de los servicios de psiquiatría, esta se realizó con base en los diagnósticos psiquiátricos (Correspondientes al capítulo V de la CIE-10, identificado con la letra F), sin embargo, no fue posible identificar que diagnósticos fueron realizados por médico psiquiatra, es decir que la información obtenida con esta variable debe ser mirada con precaución, dado que al no ser realizador por médicos psiquiatra hay mayor posibilidad de error.

Debe hacerse la salvedad de tener en cuenta que no todos los diagnósticos psiquiátricos registrados corresponden a atenciones psiquiátricas. Por otro lado, se encontró en múltiples tablas que los valores totales de número de diagnósticos no correspondían a la sumatoria de las partes, sin embargo, en muchos casos esto pudo explicarse por la posibilidad de tener varios diagnósticos una misma persona.

En cuanto al aseguramiento, el 59% de las personas con este tipo de diagnósticos, pertenecieron al régimen contributivo, 35,3% al subsidiado y 0.1% fueron pacientes particulares (estos datos no incluyen información sobre las atenciones por parte de prestadores independientes).

El 3,15% (29.941 personas) de la población de Risaralda recibió algún diagnóstico psiquiátrico en 2014, estos diagnósticos representaron el 2,14% de los diagnósticos médicos del departamento durante el 2014, de estos diagnósticos los más frecuentes fueron los trastornos neuróticos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, equivalente al 1,17% de la población de Risaralda; trastornos del humor reportado con el 0,78% y trastornos emocionales y del comportamiento con el 0,5% de la población del departamento. Para el 2014 se realizaron 77.324 atenciones de personas con diagnóstico psiquiátrico, lo que significó que, en general, las 29.941 personas atendidas, fueran vistas 2,6 veces en el año.

Se encontró una baja proporción de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, siendo el 0,14% de la población del departamento; sin embargo, las personas que este diagnóstico fueron atendidas más veces en el año, junto con los sujetos que sufrieron trastornos mentales orgánicos y trastornos psicóticos.

Los trastornos de ansiedad, los depresivos y el bipolar fueron los más frecuentes en el departamento, encontrándose casos en todos los rangos de edad. El trastorno hiperactivo tuvo en 2014 una alta prevalencia en el departamento, siendo el 6,9% de todos los diagnósticos psiquiátricos, casi 2 veces el número de sujetos con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

De las personas con diagnóstico psiquiátrico en el departamento de Risaralda en 2014, el 60,7% fueron mujeres, 39,1% hombres y en el 0,2% no fue reportado el sexo. La atención de más mujeres que hombres se podría explicar por la mayor proporción de trastornos de ansiedad, que son más prevalentes en el sexo femenino. Sin embargo, los hombres fueron atendidos más veces por año, situación consonante con la mayor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en hombres, junto con los trastornos psicóticos, que son predominantemente una categoría diagnóstica de hombres.

En cuanto a las consultas, se encontró que se atendieron más veces en el año las personas entre los 18 y los 44 años de edad, siendo la concentración más baja de todas en los sujetos menores de 7 años de edad, seguido por los de 7 a 11 años, con un leve incremento en la concentración. Esto es preocupante, teniendo en cuenta la particular complejidad de los diagnósticos en psiquiatría infantil y las consecuencias de realizarse diagnósticos inapropiados y que el 2,8% de los sujetos menores de edad recibieron al menos un diagnóstico psiquiátrico.

En el otro extremo, el 4% de las personas con 45 y más años presentaron al menos un diagnóstico psiquiátrico, entre los que se dominaron las demencias, junto con los trastornos ansiosos, depresivos y el trastorno bipolar.

Realizando un enfoque en los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que 1.362 personas recibieron al menos un diagnóstico de estos en el departamento, en 2014. De ellos, los más frecuentes fueron los de consumo de opiáceos y múltiples drogas, seguidos por los cannabinoides, alucinógenos y cocaína. Se evidenció sub-registro de tabaquismo, ya que solamente se diagnosticaron 21 personas con algún trastorno asociado a esa sustancia. Los trastornos relacionados con uso de alcohol fueron predominantes en el grupo de 45 y más años.

El retraso mental se constituyó en un diagnóstico frecuente que aumentó considerablemente después de los 18 años de edad, lo que indica que un número importante de sujetos es diagnosticado después de la mayoría de edad. Es decir, que las intervenciones terapéuticas y de entrenamiento a ese grupo clínico no se están llevando a cabo de la manera pertinente, teniendo en cuenta que ni siquiera se diagnostica la patología a tiempo.

En relación con el requerimiento de psiquiatras para atención ambulatoria, teniendo en cuenta la cantidad de consultas generadas en 2014, se encontró que con 17 psiquiatras de tiempo completo hubiera sido suficiente para atender 2 pacientes por hora. Sin embargo, dicho valor corresponde a cálculos realizados utilizando las concentraciones de consulta reportadas, que son, a todas luces, inferiores a lo ideal.

Por otro lado, utilizando no el número de atenciones, sino el número de personas a atenderse por mes, para incluir la concentración ideal de valoraciones cada 2 meses para menores de 12 años y cada 3 meses para mayores de 11 años, se encontró que el requerimiento de psiquiatras de tiempo completo en consulta externa en el departamento aumenta a 28.

Teniendo en cuenta la demanda potencial, es decir, según prevalencias anuales de trastornos psiquiátricos y concentraciones ideales, se encontró que debían realizarse 180.277 consultas cada año, para 43.289 personas, lo que se traduce a un requerimiento de 50 psiquiatras (valor aproximado).

Analizando las hospitalizaciones que incluyeron diagnósticos psiquiátricos, se encontró una inconsistencia entre lo arrojado por el sistema, de 1.303 en todas las instituciones del departamento y lo reportado por Homeris, de 1.511 solamente en esa institución. Además, se encontró que de las personas con diagnósticos psiquiátricos el 3,16% tuvieron hospitalizaciones, con un promedio de días estancia de 11,6 pero con un rango amplio que fue de 3,2 el promedio más corto, hasta 32,1 el más largo (ver tabla 33). Esas hospitalizaciones y días estancia se calcularon con base en diagnósticos que pudieron ser realizados por cualquier profesional de la salud, en cualquier institución de salud que prestara el servicio de hospitalización.

Basados en las hospitalizaciones arrojadas por el SISPRO, se requerirían 2 psiquiatras de medio tiempo para ver menos de 4 pacientes por jornada, mientras que haciendo cálculos por la capacidad instalada y un porcentaje de ocupación del 84%, el requerimiento de psiquiatras para hospitalización aumentó a 7 psiquiatras de tiempo completo.

Finalmente, la brecha entre oferta y demanda no se encontró como un solo dato, sino que se realizaron cálculos utilizando los diferentes valores encontrados. Se identificó que la demanda efectiva en 2014, con una concentración de 2,4 fue de 77.324, mientras que la demanda efectiva, incluyendo concentración de 6 para menores de 12 años y 4 para mayores de 11, hubiera sido de 130.504, para una diferencia de 53.180 atenciones. Por otro lado, calculando la demanda potencial según prevalencias de psicopatología, el resultado fue de 180.277.

En cuanto al número de psiquiatras, la brecha inicialmente no parecía grande basándose solamente en lo teórico, ya que se encontró que para atención de demanda efectiva en 2014 se requerían 24 psiquiatras y había 31 psiquiatras en ejercicio. Sin embargo, realizando los cálculos con los 24 psiquiatras asistenciales (producto de restar los psiquiatras dedicados a la docencia), se encuentra una diferencia de 0, esto no quiere decir que el número de psiquiatras sea suficiente, ya que estas atenciones fueron realizadas con concentraciones no adecuadas y no se puede afirmar que afectivamente los 24 psiquiatras denominados asistenciales realicen consulta en tiempo completo. Incluyendo otras cifras, el número de

psiquiatras requeridos para Risaralda aumenta a 50, para la demanda potencial y, teniendo en cuenta las cifras de Europa, aumenta a 112.

Es de resaltar que Risaralda tiene una tasa de psiquiatras más alta que el país en general y, de todas maneras, el sistema se evidencia colapsado. Respecto de las camas de psiquiatría, se encontró que la tasa es mucho mayor que el valor nacional, pero hay una aparente insuficiencia de camas de psiquiatría, lo cual podría explicarse por la insuficiencia del sistema ambulatorio, que lleva a hospitalizaciones frecuentes y, por otro lado, a que el control psiquiátrico ambulatorio nunca se realice y muchos pacientes terminen encontrándose nuevamente con un psiquiatra en la siguiente hospitalización. Basados en cifras europeas, la tasa de camas de psiquiatría es muy inferior.

El presente estudio evidencia varias situaciones que es importante destacar, como es la gran dificultad para acceder a la información y la insuficiencia de los datos o ausencia total de los mismos cuando se desea realizar análisis más profundos. Adicionalmente, hay una disociación entre las nosologías utilizadas en psiquiatría, así como un probable desconocimiento de la CIE-10, lo que lleva a registros inapropiados que no cumplen el objetivo de fundamentar la planeación de políticas públicas. También, sería pertinente mejorar el registro de psiquiatras y probablemente de todos los profesionales de la salud, para poder planear de manera pertinente las políticas relacionadas con el entrenamiento de nuevos especialistas y definir las necesidades del medio para mejorar, finalmente, la salud de la población de Risaralda.

Si bien, se ha prestado gran interés al asunto de consumo de sustancias psicoactivas, hay muchas personas sufriendo otras patologías, que podrían ser intervenidas de manera apropiada con los recursos y la voluntad política necesarios.

Se requieren más estudios al respecto, ya que, como se dijo al inicio del presente estudio, la información es el sustrato del gerente y el planeador de políticas públicas. Se espera haber cumplido el propósito de evidenciar y cuantificar las dificultades de oferta y demanda en la atención psiquiátrica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aday, Lu Ann, y Ronald Andersen. «Health Services Research.» 1974. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/> (último acceso: 27 de Noviembre de 2015).
- Alcaldía de Pereira. «Alcaldía de Pereira.» s.f. [http://www.pereira.gov.co/es/ipaginas/ver/G432/102/asi\\_somos/](http://www.pereira.gov.co/es/ipaginas/ver/G432/102/asi_somos/) (último acceso: Febrero de 2015).
- Alcaldía Mayor de Bogotá. *Salud Capital.* s.f. <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/paginas/RegistroindividualePprestaciondeServicios.aspx> (último acceso: Febrero de 2015).
- Arredondo López, Armando , y Ana Lucia Recaman Mejía. «Oferta Vs Demanda, algunos aspectos a considerar.» *Hitos de Ciencias Económicas y administrativas*, Marzo 2001.
- Ayala García, Jhorland. «Documentos sobre economía regional.» *Banco de la República de Colombia*. Junio de 2014. (último acceso: 27 de Noviembre de 2015).
- Barón Criollo, Alfredo. «Acta revisión y seguimiento cumplimiento de metas anuales del informe del 2193 vigencia 2014.» Hospital Mental Universitario de Risaralda, Pereira, 2015.
- Barón, Juan D. «Banco de la República de Colombia.» Marzo de 2010. <http://www.banrep.gov.co/es/contenidos/publicacion/geograf-econ-mica-andes-occidentales-colombia> (último acceso: Octubre de 2015).
- Beaglehole, R, R Bonita, y T Kjellstrom. «Biblioteca virtual de desarrollo sostenible y salud ambiental.» s.f. [http://publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap\\_2.pdf](http://publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap_2.pdf) (último acceso: Febrero de 2015).
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. *Declaración de Alma-Ata.* 1978. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=2518](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518) (último acceso: Mayo de 2015).
- Congreso de la República de Colombia. «LEY 100.» Bogotá, 1993.
- CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. «LEY 1438 DE 19 DE ENERO DE 2011.» 2011. <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf> (último acceso: Mayo de 2015).

- Congreso de la República de Colombia. «Ley 1616 de 21 de enero de 2013.» Enero de 2013.  
<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf> (último acceso: Mayo de 2015).
- . «LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015.» s.f.  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733> (último acceso: Mayo de 2015).
- . «Ministerio de Salud de Colombia.» *Ley 1164 de 2007*. 3 de Octubre de 2007.  
<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201164%20DE%202007.pdf> (último acceso: Febrero de 2015).
- . «Presidencia de la República de Colombia.» *Ley 1616*. Bogotá, 21 de Enero de 2013.
- ESE Hospital San Pedro y San Pablo, La Virginia. «Portafolio de Servicios.» La Virginia, 2015.
- García Parajuá, Pedro, y Mónica Magariños López, . *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1994.
- Gobernación de Risaralda. *Gobernación de Risaralda*. s.f.
- Gómez de Vargas, Inés, y Ignacio Ramírez Duarte. «La oferta y la demanda de los servicios de salud.» *Salud Uninorte*, 1990: 86.
- Heinze, Gerhard, Gina del Carmen Chapa, y José Artu. «SciELO.» Julio - agosto de 2012.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000400003&script=sci_arttext) (último acceso: 20 de Noviembre de 2015).
- Herrera Giraldo, Alberth Cristian . «Revisión de la demografía sanitaria del departamento de Risaralda, Colombia, 2012.» *Revista Médica de Risaralda*, nº 19 (2012): 21-30.
- Hospital Mental Universitario de Risaralda. «Portafolio de Servicios.» Pereira, 2015.
- Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda. «Portafolio de Servicios.» Pereira, 2015.
- Kohn, R, y otros. «Los trastornos mentales den América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública.» *Rev Panam Salud Publica* 18, nº 4/5 (2005): 29-40.
- Lenemar. «Seguro Social de salud del Perú.» *Concurso "Premio kaelin"*. 16 de Mayo de 2013.



[http://www.essalud.gob.pe/biblioteca\\_central/kaelin2013/LENEMAR\\_PKAELIN\\_2013.pdf](http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/kaelin2013/LENEMAR_PKAELIN_2013.pdf) (último acceso: 29 de Noviembre de 2015).

Madueño Dávila, Miguel. «Análisis de Brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la.» *Ministerio de Salud de Peru*. 2003. [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1020\\_GRAL93.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1020_GRAL93.pdf) (último acceso: Noviembre de 23 de 2015).

Madueño Dávila, Miguel, et al. *Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo*. Lima: Partners for Health Reformplus, 2003.

Martínez Vaca, Walter L. «Estadística descriptiva con énfasis en salud pública.» En *Estadística descriptiva con énfasis en salud pública*, 206. La Hoguera, 2003.

Ministerio de la Protección Social. «Estudio Nacional de Salud Mental.» 2003. 66.

Ministerio de Protección Social de Colombia. «Situación de salud mental del adolescente - Estudio nacional de salud mental Colombia.» *Sociedad Colombiana de Pediatría*. 2010. <http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/saludmentaladolescentecolombia.pdf> (último acceso: 16 de Noviembre de 2015).

Ministerio de Salud de Colombia. «Ministerio de Salud.» 18 de Junio de 1998. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf) (último acceso: 11 de Noviembre de 2015).

—. «Ministerio de Salud de Colombia.» *Documentos*. s.f. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ORIENTACIONES%20INTERNACIONALES%20THS.pdf> (último acceso: 29 de Noviembre de 2015).

Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. «Ministerio de Salud.» 2012. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf> (último acceso: 17 de Noviembre de 2015).

Ministerio de Salud y la Protección Social. *Ministerio de Salud*. s.f. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SIVIGILA.aspx> (último acceso: 17 de Noviembre de 2015).

Ministerio de Salud y Protección Social. *Lineamientos técnicos para el registro de los datos del registro individual de las prestaciones en salud - RIPS, en las IPSs*. Bogotá: Oficina de Tecnologías de Información y la Comunicación, 2013.

—. «Resolución 2003.» Bogotá, 28 de Mayo de 2014.

Ministerio de Salud-Colciencias. *Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015*. Bogotá: Ministerio de Salud, 2015.

- Moica Peña, Luz Clarivel. «Administración de Servicios de Salud Mental en Colombia.» *Especialización en Administración en Salud Pública*. Bogotá: Programa de Especialización en Administración en Salud Pública, 2012.
- Montenegro, Hernan. «Foro internacional de redes de servicios y ordenamiento territorial en salud.» *Organización de sistemas de servicios de salud en redes*. Bogotá, 2003.
- Moreno Morales, Consuelo María, et al. «Oferta y demanda de servicios de salud mental.» Bucaramanga, 2014.
- Organización de la Naciones Unidas. «Declaración Universal de los Derechos Humanos.» 1948. <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (último acceso: Mayo de 2015).
- Organización Mundial de la Salud. s.f. <http://www.who.int/features/qa/62/es/> (último acceso: 27 de Febrero de 2015).
- Organización Mundial de la salud. «Atlas de salud mental.» 2014. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/es/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/) (último acceso: 20 de Noviembre de 2015).
- Organización Mundial de la Salud. «Estadísticas Sanitarias Mundiales.» 2012.
- . «Mental health Atlas country profile 2014.» 2015. [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2014/col.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/col.pdf) (último acceso: 20 de Noviembre de 2015).
- Organización Mundial de la salud. *OMS - ¿Qué es la salud mental?* 03 de Septiembre de 2007. [www.who.int/features/qa/62/es/](http://www.who.int/features/qa/62/es/) (último acceso: 10 de Febrero de 2015).
- Organización Mundial de la Salud. «Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.» Organización Mundial de la Salud, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Vol. 2. Washington, D.C., 1995.
- . «La renovación de la atención primaria de salud en las Américas.» 2010. [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250) (último acceso: 14 de Noviembre de 2015).
- Organización Panamericana de la Salud. «La renovación de la atención primaria en las américas.» Washington, 2010.
- Orozco Africano, Julio Mario, Javier Berdugo Jiménez, y Luis Ortiz Ibáñez. «Análisis de suficiencia de la red prestadora de servicios de salud del departamento

- de Atlántico y distrito de Barranquilla.» Informe de investigación, secretaría de Salud Departamental, Gobernación del Atlántico, Barranquilla, 2010.
- Osorio Duque, Carlos Alberto . «Universidad Católica de Pereira.» 2011. [http://temporal.ucp.edu.co/ucp\\_docs/ppr/documentos-generales/Tendencias-demograficas-y-economicas-Risaralda-Municipio.pdf](http://temporal.ucp.edu.co/ucp_docs/ppr/documentos-generales/Tendencias-demograficas-y-economicas-Risaralda-Municipio.pdf) (último acceso: Octubre de 2015).
- Posada, Jose A. «Biomédica- Instituto Nacional de Salud.» Diciembre de 2013. <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf> (último acceso: Mayo de 2012).
- Posada, Jose A. «La Salud mental en Colombia.» *Biomédica* 33, nº 4 (Diciembre 2013).
- Presidencia de la República de Coombia. «Decreto 4747 de 2007.» Bogotá, 2007.
- Redacción Editorial - Vanguardia.com. «El colapso del sistema de salud.» *Vanguardia.com*, 14 de Mayo de 2012.
- Riedel, M. et al. «A gap analysis for future supply of and demand for psychiatrists in Austria.» *J Ment Health Policy Econ.* 2014 Mar;17(1):9-18 17, nº 1 (Marzo 2014): 9-18.
- Rivadeneira, Alexander Gómez. «Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE-10 y esperando la CIE-11.» *Monitor Estratégico*, nº 7 (Enero-Junio 2015): 66-73.
- Santos-Padrón, Hilda, et al. «La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México.» 10, nº 21 (Julio-diciembre 2011): 33-47.
- Sarmiento, Fabiola Rey. *Modelo de Gestión Operativa para el Componente de Salud Mental en Atención Primaria en Salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2009.
- Secretaría de Salud, Gobernación de Risaralda. «Población afiliada a régimen subsidado y contributivo.» Secretaría de salud, Gobernación de Risaralda, Pereira, 2015.
- Velásquez Valdivia, Aníbal. «Planificación Estratégica Participativa Basada en Evidencias, Guía metodológica.» 2006.
- Velásquez, Anibal. «Gestión en Salud.» 2006. <http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/> (último acceso: 27 de Noviembre de 2015).
- Vicerrectorado de Investigación. «Universidad Tecnológica del Perú.» *Aula Virtual*. s.f.

<http://aulavirtual.utp.edu.pe/file/20102/TT/T2/06/E108/20102TTT206E108T121.pdf> (último acceso: 29 de Noviembre de 2015).

Yepes, Francisco J. «¿Por qué la crisis multisistémica de la salud?» *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 12, nº 24 (enero-junio 2013): 5-7.

Zevallos, Leslie, et al. «Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: Brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad.» *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 28, nº 2 (2011): 177-85.