



**OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD  
MENTAL,  
ONSM Colombia  
Guía Metodológica  
Actualización**

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

Bogotá, Enero de 2017

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
**Ministro de Salud y Protección Social**

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

**CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO**  
**Viceministra de Protección Social**

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
**Secretario General**

**ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA.**  
**Director de Promoción y Prevención**

**JOSE FERNANDO VALDERRAMA VERGARA.**  
**Subdirector de Enfermedades No Trasmisibles**

## GUIA METODOLOGICA PARA EL OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD MENTAL

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

### **Coordinación editorial y cuidado de texto**

Nubia Esperanza Bautista Bautista  
Carolina Cuello Royert

### **Diseño y diagramación**

Carolina Cuello Royert

Imprenta Nacional de Colombia  
Primera Edición: Marzo de 2017  
© Ministerio de Salud y Protección Social  
Carrera 13 No. 32 76  
PBX: (57-1) 330 50 00  
FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97  
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m.  
Bogotá D.C., Colombia, Marzo de 2017

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

### **Coordinación técnica**

Nubia Esperanza Bautista Bautista  
Médico Psiquiatra  
Coordinadora Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

### **Actualización**

Carolina Cuello Royert  
Médico, Epidemióloga  
Contratista  
Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Mary Yulieth Moreno  
Enfermera, Epidemióloga  
Contratista  
Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de información

### **Colaboradores**

Lilibeth Camargo  
Contratista  
Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de información

### **Agradecimientos:**

A todos los profesionales del grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, de la Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles y al grupo de Gestión del Conocimiento de la Dirección de Epidemiología y Demografía.

**Dirección de Epidemiología y Demografía  
Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información**

**SANDRA LORENA GIRON VARGAS**  
**Directora de Epidemiología y Demografía**

**LUZ AMANDA MORALES PEREIRA**  
**Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de información**

**HERNEY RENGIFO CUELLAR**  
**Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de información**

**ANA CAROLINA ESTUPIÑAN GALINDO**  
**Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de información**

**MARY YULIETH MORENO ZAPATA**  
**Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de información**

**PAULA MELISSA PALACIOS TORRES**  
**Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de información**

## Tabla de Contenido

	<b>Pag.</b>
<b>1. PRESENTACIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>2. MARCO NORMATIVO Y POLÍTICO .....</b>	<b>13</b>
<b>3. BASES CONCEPTUALES .....</b>	<b>16</b>
3.1 Concepto de Salud mental.....	16
3.2 Definiciones operacionales de términos relacionados con la salud mental (Ley 1616 de 2013) .....	17
<b>4. SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA.....</b>	<b>18</b>
<b>5. MODELO DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD MENTAL</b>	<b>24</b>
5.1 Concepto.....	24
5.2 Objetivo general del Observatorio .....	24
5.3 Objetivos Específicos del Observatorio .....	24
5.4 Funciones del Observatorio.....	25
5.5 Propósito del Observatorio Nacional de Salud mental .....	25
5.6 Valor Agregado esperado para el Observatorio .....	26
5.7 Características del Modelo .....	26
5.8 Insumos, procesos y resultados.....	26
5.9 Estructura y Funcionamiento .....	27
5.10 Procesos y responsabilidades .....	29

5.11 Sistema de Información del Observatorio Nacional de Salud Mental.....	31
5.12 Sistema Estándar de Indicadores.....	33
<b>6. FUENTES DISPONIBLES .....</b>	<b>37</b>
6.1 Registros Administrativos SISPRO .....	38
6.2 Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud .....	39
6.3 Censos .....	39
<b>7. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL.....</b>	<b>39</b>
7.1 Estrategias para la gestión del conocimiento en salud mental ...	40
7.2 Línea de Base del Observatorio Nacional de Salud mental .....	41
7.3 Plan de Análisis y Presentación de los Resultados .....	42
<b>8. DESAFÍOS .....</b>	<b>44</b>
8.1 Desafíos a Nivel Nacional .....	44
8.2 Desafíos a Nivel Internacional .....	45
8.3 Consideraciones Finales .....	45
<b>9. REFERENCIAS .....</b>	<b>46</b>

## Listado de Figuras

Figura1. Insumos, procesos y resultados de los ROSS.....	29
Figura 2. Triada de operación de un ROSS al interior del Ministerio de Salud y Protección social.....	31
Figura 3. Flujo de la Información en el Observatorio Nacional de Salud mental.....	34
Figura 4. Componentes del diagnóstico de los Sistemas de Salud mental (WHO -AIMS).....	37
Figura 5. Fuentes de Información para el Observatorio Nacional de Salud mental -ONSM.....	44

## Listado de tablas

Tabla 1. Matriz de procesos y responsabilidades del Observatorio Nacional de Salud mental-ONSM.....	32
Tabla 2. Ficha Técnica del Indicador.....	35
Tabla 3. Indicadores priorizados del Observatorio Nacional de Salud mental.....	40
Tabla4. Registros Administrativos SISPRO con datos relevantes en salud mental.....	45
Tabla5. Encuestas y Estudios Poblacionales Identificadas por la Bodega de Datos del SISPRO.....	46



## Siglas

AVISAS:	Años de vida ajustados por discapacidad
BM:	Banco Mundial
COL:	Colombia
DANE:	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DED:	Dirección de Epidemiología y Demografía
EEVV:	Estadísticas Vitales
ENDS:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENS:	Encuesta Nacional de Salud
ENSAP:	Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar
ENSIN:	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia
ENSM:	Encuesta Nacional de Salud mental
ICBF:	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
MSPS/Minsalud:	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONSM:	Observatorio Nacional de Salud mental
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
RIPS:	Registro Individual de Prestación de Servicios
ROSS:	Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud
RUAF:	Registro Único de Afiliados
SABE:	Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento
SISBEN:	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales
SISPRO:	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA:	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SPA:	Sustancias psicoactivas
WHO:	World Health Organization

## 1. PRESENTACIÓN

En Colombia, en el marco de la ley 715 de 2001, (en el títulos III, capítulo I, artículo 42), le fueron asignadas al hoy Ministerio de Salud y Protección Social las funciones de “definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales”; sin embargo, desde la década de los noventa ya se venía trabajando en la búsqueda de fuentes de información que permitieran realizar el seguimiento y monitoreo del estado de salud de los colombianos. Con el fin de satisfacer la necesidad de obtener información relevante, precisa y confiable en salud, se realizaron diferentes estudios descriptivos, que aportaron valiosa información que sirvió de insumo para la formulación de políticas en salud pública.

El Ministerio de Salud y Protección Social, entendió que era necesario organizar la información generada en el sector a través de un sistema integrado de las fuentes disponibles, que permitiera aprovechar y optimizar el uso de esa información y generar conocimiento útil para la toma de decisiones. Bajo esas consideraciones, en el año 2013 se da inicio a la implementación del Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO), que “permite a todos los actores del sistema de salud y protección social como el Gobierno Nacional, Entidades Territoriales, EPS, IPS, centros de investigación, entes de control y público en general, acceder a información epidemiológica y estadística, así como a herramientas de análisis, para facilitar y focalizar la gestión y la toma de decisiones”. Este sistema ha contribuido a disminuir el subregistro, integrar información que antes se encontraba dispersa, incrementar la capacidad de recolectar y analizar la información y suministrar insumos para la construcción del tablero de indicadores en salud, la elaboración de líneas de base y mejorar el desarrollo de capacidades para la gestión del conocimiento.

Colombia viene trabajando en el tema de los observatorios desde hace alrededor de una década, pero solo hasta 2012 se da inicio a la implementación de los primeros observatorios en salud, este paso importante permite la integración a una red global de información, a través de la cual, cualquier persona puede tener acceso fácil a los datos relevantes del sector a través del SISPRO y el micrositio de los observatorios. El país cuenta con un marco normativo amplio que sustenta la disposición de los sistemas de información, como son los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales (ROSS), dentro de los cuales se encuentra el que es objeto de interés de esta guía, el Observatorio Nacional de Salud mental (ONSM).

En los últimos 4 años se hicieron importantes avances y desarrollos en el ONSM, como fueron: la elaboración de un mapa de navegación del observatorio, la elaboración de una guía metodológica, el manual de

funcionamiento, se publicaron artículos científicos de interés en salud mental del orden nacional e internacional, boletines, revistas, un tablero de indicadores, datos estadísticos (sociales, demográficos y económicos), guías de práctica clínica de las patologías más prevalentes y las actividades realizadas en las salas situacionales, también se ofertaron cursos y diplomados.

El ONSM plantea el trabajo en tres líneas: salud mental, convivencia social y ciudadanía y consumo de sustancias psicoactivas de manera que pueda accederse a evidencia de éstos componentes que apoyen la toma de decisiones, además de permitir dar cumplimiento a la Ley 1616 de 2013 y demás normas en la materia. De manera inicial, esta guía orientará los desarrollos en materia de salud mental y posteriormente se incorporará lo relacionado con convivencia social y ciudadanía y consumo de sustancias psicoactivas.

## **Propósito**

El propósito de esta guía es establecer el referente conceptual y metodológico para el funcionamiento del Observatorio Nacional de Salud Mental en el marco del sistema de registros, observatorios, sistema de seguimiento y sala situacionales en salud.

## **Alcance**

Involucra todas las actividades de diseño y puesta en marcha del Observatorio de Salud Mental; desde la perspectiva de los sistemas de información disponibles en el país, la administración y gestión de datos, gestión para el mejoramiento de las fuentes de información y la gestión de evidencia, hasta la difusión de conocimiento que contribuya a la toma de decisiones y permita la comparabilidad en el ámbito nacional e internacional, con énfasis en los observatorios con aplicación específica en salud mental.

## 2. MARCO NORMATIVO Y POLÍTICO

Según las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales. Específicamente en el tema de observatorios, en el año 2014 se emitió la Resolución número 01281, la cual tiene por objeto establecer los lineamientos que permiten la integración de la información en salud generada por los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS) al Observatorio Nacional de Salud ONS-INS, articulándolos al Sistema de información en Salud y Protección Social SISPRO. El artículo 4 de esta resolución define las siguientes responsabilidades para el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>1</sup>:

- Coordinar y administrar la información proveniente de los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS).
- Formular, dirigir y adoptar las políticas en materia de información para el desarrollo del Observatorio Nacional de Salud.
- Integrar las diferentes fuentes de información al SISPRO.
- Definir los estándares de flujos de información, oportunidad, cobertura, calidad y estructura de los reportes al SISPRO.
- Promover la ejecución de las investigaciones que hacen parte de la agenda programática del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales que permitan generar conocimiento que complemente la información disponible en los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS).

A continuación se resumen las bases normativas que ordenan el cumplimiento de estas competencias a cargo del sector salud y exclusivas para el desarrollo del ONSM- Observatorio Nacional de Salud mental:

**Decreto 3039 de 2007.** Plan Nacional de Salud Pública en el Capítulo V. Prioridades Nacionales en Salud. La salud mental y lesiones violentas evitables. Objetivo 4. Mejorar la salud mental. Meta Nacional: Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancia psicoactivas en 100% de las entidades territoriales (Línea de base: 0%. Fuente: direcciones territoriales de salud 2006); a través de las siguientes líneas: promoción de la salud y calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud y vigilancia en salud y gestión del conocimiento<sup>1</sup>.

**Política Nacional para la Reducción del Consumo de sustancias psicoactivas y su Impacto 2007.** Cuya finalidad es reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad. Tiene como objetivo ofrecer una respuesta integrada, participativa, corresponsable, efectiva y eficaz frente al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir de un marco común de referencia ético, filosófico, conceptual y operativo de gestión<sup>1</sup>.

**Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010.** Tiene como ejes operativos: prevención, mitigación, superación y capacidad de respuesta; así mismo propone acciones frente al no consumo y la alta vulnerabilidad al mismo: al consumo activo y problemático que concentra la mayor cantidad de consumidores de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas y la mayor cantidad de consecuencias y costos en seguridad, convivencia, salud pública, salud mental, entre otros; a la superación de la dependencia a partir del tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social definitiva y sostenible de quienes han abandonado el consumo y finalmente, acciones en el desarrollo de la capacidad técnica, institucional, de articulación y financiera para avanzar en la construcción de dispositivos que permitan evaluación de resultados<sup>1</sup>.

**Ley 1438 de 2011.** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Las funciones del Observatorio Nacional de Salud mental (ONSM), se enmarcan en el artículo 8° de la Ley, propone la creación del Observatorio Nacional de Salud<sup>1</sup>.

**Ley 1616 DE 2013.** Ley de Salud Mental. Cuyo objetivo es el de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital<sup>1</sup>.

En el Artículo 32. Menciona que el Observatorio de Salud mental y Sustancias Psicoactivas del Ministerio de Salud y Protección Social pasará en su integridad a formar parte del Observatorio Nacional de Salud como un área de éste en los términos del presente artículo en un plazo no superior a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley y que dentro de sus actividades principales estará:

- Organizar un área clave de trabajo en Salud mental y Consumo de sustancias psicoactivas.
- Generar información actualizada, válida, confiable y oportuna para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones en el área de Salud mental y Consumo de sustancias psicoactivas.
- Permitir el diagnóstico de la situación de salud mental de la población colombiana a través del examen y evaluación de las tendencias y distribución de los indicadores de Salud mental y de sus efectos sobre la salud y el desarrollo general del país.
- Generar una plataforma tecnológica para la formación continua del talento humano en salud mental, el registro de indicadores y cifras en tiempo real, entre otras aplicaciones.

En el título VIII. Sistema de Información en salud mental. Artículo 35. El Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales a través del Observatorio Nacional de Salud deberán implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, víctimas del conflicto armado, entre otros, que permitan el fortalecimiento de los sistemas existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil, (Sivim), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (Sisvelse), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud.

En el título VIII. Sistema de Información en salud mental. Artículo 36. Sistema de Información, menciona que el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud de salud mental e incluirlos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. De igual forma incluirá dentro del sistema de información todos aquellos determinantes individuales o sociales de la Salud mental a efectos de constituir una línea de base para el ajuste continuo de la prevención y atención integral, así como para la elaboración, gestión y evaluación de las políticas y planes consagrados en la presente ley; la

información recolectada deberá reportarse en el Observatorio Nacional de Salud.

**Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021.** “Este plan define una actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios que crea condiciones para garantizar el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia”, tiene dentro de sus líneas: el fortalecimiento institucional, la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la reducción de riesgos y daños, en relación al consumo de sustancias psicoactivas<sup>1</sup>.

**Resolución 429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud PAIS.**

**Art 1:** “... El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución”.

### 3. BASES CONCEPTUALES

Para realizar una mejor aproximación a la iniciativa de los Observatorios del Ministerio de Salud y Protección Social, es necesario examinar algunos enfoques teóricos y metodológicos que los sustentan, por lo que es conveniente consultar el documento Guía metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en salud; Sección 2: Marco conceptual.

#### 3.1 Concepto de Salud mental

El artículo 3 de la ley 1616 de 2013 (Ley de salud mental), 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, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad”

Para la OMS, salud mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.



### **3.2 Definiciones operacionales de términos relacionados con la salud mental (Ley 1616 de 2013)**

Para el desarrollo de este tema, es importante tener en cuenta algunas definiciones que se relacionan directa o indirectamente con la salud mental.

a) Atención integral e integrada en salud mental: Es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

b) Discapacidad mental: Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

c) Promoción de la salud mental: Es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

d) Prevención Primaria del trastorno mental: Hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

e) Problema psicosocial: Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

f) Rehabilitación psicosocial: la ley de salud mental la define como "un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, con discapacidad o afectados por el handicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que

padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad". Este concepto ha evolucionado en la actualidad y los expertos se refieren a ella como un proceso que facilita la recuperación de los individuos con discapacidad asociada a trastorno mental, para alcanzar el máximo nivel de funcionalidad y autonomía, favoreciendo la inclusión social a través de cambios en el entorno para lograr una mejor calidad de vida para quienes presentan estos trastornos.

g) Trastorno mental: Se entiende como trastorno mental "una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, comportamiento, la facultad de reconocer la realidad y adaptarse a las condiciones de la vida".

#### **4. SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA**

El estudio de la situación de salud mental en el país, como parte importante de la salud pública, ha sido objeto del interés nacional, en la medida en que se ha venido observando el incremento de la carga de enfermedad por los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia, los años de vida potencialmente perdidos por el suicidio, la prevalencia de consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, las elevadas cifras relacionadas con las diferentes formas de violencia y otros factores que inciden en el bienestar y la calidad de vida de las personas y su comunidad. Colombia ha invertido grandes esfuerzos y recursos en diferentes estudios de prevalencia de eventos en salud mental, entre ellos las encuestas nacionales de salud mental, realizadas en 1993, 1997, 2003 y 2015 y el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia de 2008, 2013, así como en las Encuestas de Salud Mental de 1993 y 1997 también se recolectó información sobre el consumo de sustancias psicoactivas (SPA)<sup>2,7,9</sup>.

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015(ENSM), es un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado a nivel país, con representatividad de las regiones Atlántica, Oriental, Central y pacífica; la muestra incluye los 32 departamentos y el distrito de Bogotá, tanto a nivel urbano como rural. Se visitaron 1.9564 hogares seleccionados al azar, obteniendo respuesta completa en 13.200 (97,4%), estos fueron seleccionados al azar. Se encuestaron 15.351 personas en los hogares seleccionados, con un rango de edad de 7 a 96 años; la población se dividió en cuatro (4) grandes grupos: de 7 a 11 años con 2.628 personas seleccionadas en la muestra (20%), de 12 a 17 años con 1.752 (27,3%), de 18 a 44 años se incluyeron 5.058 (16%) y de 45 o más fueron

5.058 personas (16%); estas cifras incluyen un 20% más para equilibrar pérdidas por no respuesta<sup>2</sup>.

Esta encuesta brinda información acerca de los determinantes sociales de salud mental y equidad, salud mental en sus dimensiones positivas, problemas en salud mental y comportamiento, trastornos mentales y condiciones crónicas asociadas, eventos críticos, sufrimiento emocional, salud mental en personas expuestas a diferentes formas de violencias, algunas patologías mentales de niños, adolescentes, adultos y personas mayores, acceso a los servicios de salud, uso de medicamentos y percepción de la calidad de vida relacionada con salud que tiene la población adulta en Colombia. En el capítulo que describe los resultados de los problemas en salud mental se desarrolló el tema del consumo de sustancias psicoactivas en población infantil, adolescentes y adultos. Para la elaboración del cuestionario de la encuesta se utilizaron instrumentos nacionales e internacionales usados previamente en el país, seleccionados por un comité de expertos<sup>2</sup>.

Los resultados de la encuesta muestran que las personas adultas vinculan la salud mental con las necesidades básicas satisfechas, consideran que “se relaciona principalmente con buena salud física, dormir, descansar, sensación de paz y bienestar individual, superación de obstáculos sin que éstos impidan avanzar, y ausencia de estrés y sufrimiento; las personas en condición de pobreza entre 18 y 44 años anotan dentro de las respuestas prioritarias, el contar con todas las comodidades”; muestran una autovaloración positiva de la salud mental propia y la de los niños, estas apreciaciones parecen afectarse de acuerdo a la edad, género y situación de pobreza. En lo que se refiere al bienestar individual y a las relaciones, describe que los adultos y niños tienen en general muy buenas relaciones, sin embargo más del 25% de los cuidadores admite que “ante los problemas con el niño tiende a actuar reactivamente”<sup>2</sup>.

En relación al apoyo social ante dificultades o problemas, se percibe que es menor a medida que las personas avanzan en edad; en la población de 60 años y más, el 22%(IC<sub>95%</sub>:19,4%-24,9%) dijo no haber recibido apoyo nunca, esta ayuda es solicitada en el 84,1%(IC<sub>95%</sub>:80,9%-86,8%) de los casos a miembros de su familia. También se encontró que hay escasa confianza en los vecinos (entre el 49,9% y el 66,8%); en condiciones de pobreza la cordialidad es mayor y hasta 14,8% de los niños de 7 a 11 años, y 21,3% de las personas de 45 a 59 años se han sentido discriminadas<sup>2</sup>.

Se perciben carencias afectivas y económicas en la población infantil, solo el 51,5% de los niños de 7 a 11 años viven con sus padres biológicos. En lo que se refiere a la exposición a diferentes formas de violencia, se encontró que el 13,7% (IC<sub>95%</sub>:10,6-17,4) de la población infantil entre 7 y 11 años, el 18,3% (IC<sub>95%</sub>:14,9-22,4) de los jóvenes entre 12 y 18 años y el 18,7% (IC<sub>95%</sub>: 17,1-

20,4) de la población entre 18 y 44 años ha sufrido desplazamiento forzado por algún tipo de violencia<sup>2</sup>.

En el estudio de los problemas en salud mental la ENSM, se exploran los síntomas más relevantes en la población de 7 a 11 años, mediante Cuestionario de Reporte de Niños (RQC- por sus siglas en inglés), es importante aclarar que las respuestas son dadas por la cuidadora, en su mayoría la madre; los síntomas que se presentan con mayor frecuencia corresponden a: lenguaje anormal 19,6% (IC<sub>95%</sub>:17,6%-21,9%), asustarse o ponerse nervioso sin razón con 12,4% (IC<sub>95%</sub>:10,7%-14,3%), presentar dolores frecuentes de cabeza en el 9,7% (IC<sub>95%</sub>:8,3%-11,4%) y jugar poco con otros niños, 9,5% (IC<sub>95%</sub>:8%-11,3%). El 6,7% (IC<sub>95%</sub>: 5,5%-8%) de los niños ha sufrido abuso, maltrato físico o psicológico por compañeros de la escuela. El 11,7% (IC<sub>95%</sub>: 10,4%-13,2%) ha vivido al menos un evento traumático a lo largo de su vida. Se indagó sobre consumo de tabaco, alcohol y otras SPA, pero los resultados fueron imprecisos dada su baja prevalencia y no fueron publicados<sup>2</sup>.

Los investigadores concluyen, entre otras cosas, que por lo menos “un 44,7% de la población infantil de 7 a 11 años requieren de evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para descartar problemas o posibles trastornos” y que en los pocos casos detectados, la edad de inicio del consumo de SPA está alrededor de los 11 años<sup>2</sup>.

En adolescentes y adultos se aplicó el cuestionario de síntomas SRQ (por sus siglas en inglés: *Self-Reporting Questionnaire*), el cual, evalúa presencia de síntomas de ansiedad, depresión, psicosis y epilepsia. En población de 12 a 17 años se encuentra que el 12,2% (IC<sub>95%</sub>:10,6%-14,1%) es positivo en el tamizaje para algún trastorno mental, el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad, el 19,7% manifiesta cuatro o más síntomas de depresión, 2% de los adolescentes poseen síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y 10,1% síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis, estos resultados son estadísticamente significativos. En otros síntomas relacionados con la salud mental, se encuentra que asustarse con facilidad, se presenta en el 24,6% (IC<sub>95%</sub>:22,3%-27%) y los dolores de cabeza frecuentes, en el 20,5% (IC<sub>95%</sub>:18,4%-22,7%)<sup>2</sup>.

El 5,8% (IC<sub>95%</sub>:4,7%-7,3%) de los adolescentes ha fumado cigarrillo o algún derivado del tabaco alguna vez en la vida, el 20,4%(IC<sub>95%</sub>:18,3%-22,6%) ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez; el patrón de consumo es menos de una vez al mes en el 75,9%(IC<sub>95%</sub>:69,7%-81,1%), se reporta un consumo excesivo en el 5,2%, siendo mayor en el sexo masculino. La ENSM explora el uso de marihuana en este grupo encontrando que el 3,5%(IC<sub>95%</sub>:2,6%-4,6%) de los adolescentes refiere haber consumido marihuana en algún momento en la vida, de los cuales el 48,8% (IC<sub>95%</sub>: 34,4%-63,4%) lo han hecho en los últimos 12 meses<sup>2</sup>.

La encuesta también investiga la presencia de eventos traumáticos y la percepción de trauma psicológico en adolescentes, reportando que el 29,3% (IC<sub>95%</sub>:26,9%-31,8%) ha sufrido al menos un evento traumático, del tipo: accidente de tránsito, ahogamiento, robo o atraco, ataque de un animal, enfermedad grave, potencialmente mortal o algún otro evento o experiencia estresante<sup>2</sup>.

En adultos de 18 a 44 años, el 9,6%(IC<sub>95%</sub>:8,8%-10,5%) presenta síntomas sugestivos de algún trastorno mental, el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad y el 80,2% manifiesta de 1 a 3 síntomas depresivos. En otros síntomas, los más frecuentes se asocian con: Sentirse mucho más importante de lo que los demás piensan, con el 51,2% (IC<sub>95%</sub>:49,7%-52,7%) y los dolores de cabeza frecuentes en el 24,1%(IC<sub>95%</sub>:22,9%-25,4%)<sup>2</sup>.

El 15,9%(IC<sub>95%</sub>:14,8%-17%) de esta población ha consumido cigarrillo u otro derivado del tabaco alguna vez en su vida; 45,8% ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión, 42,5 % lo ha hecho durante los últimos 12 meses, 6,0% (IC<sub>95%</sub>: 5,0%-7,2%) lo hace cada semana; se reporta un consumo excesivo en el 21,8%, el cual es mayor en los hombres. El consumo de cannabinoides tiene una frecuencia del 6,6%, el 1,3% ha consumido cocaína o alguno de sus derivados<sup>2</sup>.

40,2% de personas en este grupo de edad ha sufrido por lo menos un evento traumático en su vida, como accidente de tránsito (18,6%), delincuencia organizada o común (10,7%), conflicto armado (7,9%) y violencia intrafamiliar, ya sea física, psicológica o sexual (7,7%)<sup>2</sup>.

En personas de 45 años y más, 11,2%(IC<sub>95%</sub>:10,2%-12,3%) tiene un SQR positivo para trastornos mentales, 54,8% tiene uno o más síntomas de ansiedad, 71,9% (IC<sub>95%</sub>:70,4%-73,3%) presenta de uno a tres síntomas de depresión, 6,7%(IC<sub>95%</sub>:5,9%-7,5%) tiene indicadores de psicosis y el 1,2% (IC<sub>95%</sub>:0,9%-1,6%) de epilepsia (este último resultado no es estadísticamente significativo). En otros síntomas se encuentra que el 45%(IC<sub>95%</sub>:43,4%-46,6%) siente que es mucho más importante de lo que lo que los demás piensan y el 24,3%(IC<sub>95%</sub>:22,9%-25,7%) se cansa con facilidad<sup>2</sup>. El 20,9% de las personas de este grupo han consumido cigarrillo o alguno de los derivados del tabaco en su vida; 33% alcohol, el patrón de consumo más frecuente es menos de una vez al mes, en el 71,7% (IC<sub>95%</sub>: 68,7%-74,5%), el consumo excesivo de alcohol es de 12,3% siendo más frecuente en los hombres. La frecuencia de consumo de sustancias ilegales es: 2,6%(IC<sub>95%</sub>:2,1%-3,2%) de cannabinoides<sup>2</sup>.

La misma encuesta realiza la prueba AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) para evaluar consumo excesivo de alcohol en la población

de 12 a 17, mostrando que la prevalencia es de 5,2%, siendo mayor entre hombres que en mujeres.

Entre los 18 a 44 años la prevalencia corresponde a 21,8% representando una proporción mayor en hombres que en mujeres (36.3% Vs 11.4%); con riesgo de abuso del 12% en esta población<sup>2</sup>.

Las personas de 45 años y más tienen menor prevalencia que en el grupo anterior 12,3%, siendo 7 veces más, entre hombre que en mujeres (25,5 Vs 3,8%)<sup>2</sup>.

La encuesta también utiliza el CIDI-CAPI (versión 21.1.3) para evaluar trastornos mentales, éste instrumento provee diagnósticos del DSM-IV. En los niños (de 7 a 11 años), la encuesta muestra que la prevalencia de cualquier trastorno mental en los 12 últimos meses, es de 4,7% (IC<sub>95%</sub>:3,6%-6,2%); siendo más frecuentes en las niñas. Los trastornos mentales más frecuentes son: el trastorno por déficit de atención con una prevalencia, 3% (IC<sub>95%</sub>:2,1%-4,1%), seguido del trastorno de ansiedad de separación con 1,8% (IC<sub>95%</sub>:1,1%-3%).

En los adolescentes (de 12 a 17 años) la prevalencia de los últimos 12 meses de cualquier trastorno mental de los explorados es de 4,4% (IC<sub>95%</sub>:3,3%-5,7%), siendo más frecuentes en mujeres que en hombres. El trastorno de ansiedad es el más prevalente con 3,5% (IC<sub>95%</sub>: 2,5%-4,7%). El 43% de las personas de este grupo con enfermedades mentales, no recibe tratamiento.

En la población de 18 a 44 años de edad, la prevalencia de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses es de 4%(IC<sub>95%</sub>:3,5%-4,6%), esta frecuencia aumenta en las personas que tienen dos o más enfermedades crónicas. Los trastornos afectivos se encuentran más frecuentes en este grupo etario, con un 2,4% (IC<sub>95%</sub>:2%-3%); la prevalencia de cualquier trastorno depresivo es de 2,4% (IC<sub>95%</sub>: 1,8%-3,1%) y la de ansiedad de 2,7% (IC<sub>95%</sub>:2,1%-3,3%).

En las personas de 45 años y más la prevalencia de cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses está en 0,9% (IC<sub>95%</sub>:0,6%-1,4%), el 1,3% (IC<sub>95%</sub>: 1%-1,9%) presenta cualquier trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad se presenta en el 1,2%(IC<sub>95%</sub>:0,9%-1,6%) de los casos, estos resultados no son estadísticamente significativos. En esta población 65,8% presenta al menos una enfermedad crónica, con la aparición de estos eventos aumenta la frecuencia de trastornos mentales.

La conducta suicida también es estudiada en la ENSM en adolescentes y adultos. En los adolescentes se observa que el 6,6% (IC<sub>95%</sub>:5%-8,6%) tiene ideación suicida. En los adultos mayores de 18 años se evidencia que el 7,4% la ha tenido, esto se presenta más en las mujeres que en los hombres, y 2,57% (IC<sub>95%</sub>: 2,1%-3,1%) ha intentado suicidarse.

Con relación a lo anterior, el Instituto Nacional de Salud reporta que entre la semana epidemiológica 1 a la 52 de 2016, se notificaron 18.910 casos de intento de suicidio, (Boletín epidemiológico No 52, INS), 62,7% de los casos registrados en el sexo femenino y 29,4% en el grupo de 15 a 19 años<sup>3</sup>.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, Colciencias, llevaron a cabo en el país la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Colombia 2014-2015, la cual tuvo como propósitos “explorar y evaluar interdisciplinariamente, y en profundidad, las variables socioeconómicas y de salud que intervienen en el fenómeno del envejecimiento en la población colombiana, ...en el marco de los determinantes del envejecimiento activo”. La encuesta proporciona información de la mayor importancia, sobre la salud de las personas mayores de 60 años en el país<sup>4</sup>.

En los resultados de la encuesta SABE se muestra una prevalencia global de abuso (físico, verbal o psicológico, abuso sexual y/o explotación financiera) de 12,9% (IC<sub>95%</sub>:11.3%-14.7%) y de negligencia de 9,2%(IC<sub>95%</sub>: 8.0%-10.6%). La mayor prevalencia reportada de abuso corresponde a 14,9% en el quinquenio de 65 a 69 años y para negligencia de 10,5% en el grupo de mayores de 85 años. Las mujeres reportan mayor prevalencia de abuso 15,4% y negligencia 9,6%. La mayor prevalencia de abuso se observa en zona urbana 13,1% y de negligencia en zona rural 11,4%. Entre los factores que se relacionan con el maltrato se citan: la pobreza, el desempleo, la falta de recursos sociales, la transmisión intergeneracional de malos tratos, las diferencias intergeneracionales, el deterioro progresivo de valores, el hacinamiento, las privaciones económicas sistemáticas, el desconocimiento y los prejuicios de esta etapa de la vida, el estado de indefensión física y psicológica, el desconocimiento de los propios Derechos. El 14.2%(IC<sub>95%</sub>12.8%-15.8%) de las personas adultas mayores encuestadas consumieron alcohol en el último mes; los hombres consumieron cuatro veces más que las mujeres.

La prevalencia global de deterioro cognitivo fue de 17,5%, a mayor edad mayor prevalencia; en las mujeres se observa mayor deterioro que en los hombres. La prevalencia global de demencia corresponde a 9,4%(IC<sub>95%</sub>:7.7-11.4), esta aumenta progresivamente con la edad<sup>4</sup>.

En Colombia, según el DANE, se registraron 2.154 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, (CIE10: F00-F99), entre 2005 y 2015, (la información de 2015 es un dato preliminar), el número de casos en los últimos 3 años de este período tuvo tendencia ascendente. La tasa de suicidio muestra un leve descenso desde 2005 con 5,10 casos a 4,47 por 100 mil habitantes en 2014; observaciones posteriores evidencian que en 2015 se ha mantenido estable (cifras preliminares para este año)<sup>5</sup>.

## **5. MODELO DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD MENTAL**

### **5.1 Concepto**

El Observatorio Nacional de Salud mental es la instancia técnica responsable de consolidar y proveer información relacionada con la salud mental de la población colombiana, así como de proporcionar evidencia a los responsables de formular políticas, planes y programas, orientados a mejorar la capacidad y oferta de los servicios a nivel nacional y territorial, con el fin de impactar positivamente la situación de la población con problemas y trastornos asociados a ella, concebido como un sistema de información de los programas integrales para enfrentar la problemática de los trastornos mentales, además de hacer parte de la política que en Salud mental está desarrollando el Ministerio de Salud y de la Protección Social en el marco del Decreto 3039 de 2007 por medio del cual se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública 2007, la ley 14 38 de 2011, la ley 1616 de 2013 y el plan Decenal de Salud Pública 2012-2021<sup>1,6</sup>.

### **5.2 Objetivo general del Observatorio**

Recolectar, analizar y suministrar información suficiente, confiable y oportuna en salud mental que sirva de insumo para la identificación de necesidades, gestión del conocimiento y toma de decisiones en salud a nivel nacional.

### **5.3 Objetivos Específicos del Observatorio**

- Elaborar la línea de base en salud mental del país.
- Realizar seguimiento y monitoreo a la situación de salud mental en el país.
- Proporcionar información acerca del comportamiento de las desigualdades en materia de salud mental en Colombia.
- Integrar las diferentes fuentes de información en salud mental.
- Suministrar insumos para el monitoreo y seguimiento a la implementación de la política en salud mental.
- Proporcionar información para la evaluación del cumplimiento de las metas de la dimensión Convivencia Social y Salud Mental del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Publicar información actualizada y relevante de la salud mental en el país
- Incentivar la gestión del conocimiento en salud mental.



## 5.4 Funciones del Observatorio

Como parte de sus funciones el ONSM de Colombia, permitirá el análisis de la tendencia y distribución de los indicadores de Salud mental y de sus efectos sobre la salud, la educación y la población general, pero también incluirá la información generada por otros sectores sobre indicadores de bienestar, que pueden comportarse como factores de riesgo o protección. Igualmente incluirá la información en salud mental generada en estudios nacionales y regionales sobre grupos especiales, (población en condición de desplazamiento, población privada de la libertad, población indígena y otras); además de:

- ✓ Impulsar la intersectorialidad y colaboración entre actores para la integración de fuentes de información con datos de salud mental en el Sistema de Información en Salud.
- ✓ Extraer de forma conjunta datos de diferentes fuentes para producir y aumentar la disponibilidad de información sobre salud mental en el país.
- ✓ Identificar brechas en la información y fomentar el incremento de la evidencia en salud mental, para el país.
- ✓ Aportar elementos que permitan mejorar el componente salud mental de los sistemas nacionales de información, asegurando la recopilación y el análisis regular de datos básicos en salud mental.
- ✓ Informar el desarrollo y aplicación de políticas e intervenciones para prevenir e impactar la salud de la población (*Apoyar e inducir la toma de decisiones, emitir recomendaciones y orientaciones a políticas e intervenciones en salud*).
- ✓ Seguir el comportamiento de la oferta sanitaria y de los servicios de salud asociados a la atención de problemas de salud mental.
- ✓ Difundir y comunicar la evidencia sobre salud mental generada de forma eficiente.
- ✓ Fomentar líneas de investigación en salud.

## 5.5 Propósito del Observatorio Nacional de Salud mental

El Observatorio Nacional de Salud mental tiene como propósito contribuir, a través de la información que genera, a:

- Diseñar e implementar estrategias que contribuyan a mejorar el estado de salud mental de la población Colombiana.
- Identificar determinantes que permitan evitar la progresión y los desenlaces adversos de las enfermedades mentales.
- Aportar elementos que permitan disminuir las inequidades en salud de

la población Colombia.

- Suministrar información que permita analizar, intervenir y disminuir los problemas de salud mental de la población Colombiana.
- Mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud mental y asegurar la prestación de servicios más equitativos, permitir a los gestores y proveedores tomar decisiones más informadas para mejorar la calidad de la atención.

## **5.6 Valor Agregado esperado para el Observatorio**

- La disponibilidad de una visión sistemática y panorámica nacional de salud (incluyendo componentes descriptivos, analíticos e interpretativos) que pueda ser integral, abarcando simultáneamente la situación de salud mental, los factores determinantes que la influyen y la función de sistemas de salud, que incluya información sobre diferentes sectores.
- La información y reportes de visión panorámica que sean adaptados a la cultura y necesidad de información específica de los encargados de diseñar políticas y de adoptar las decisiones.

## **5.7 Características del Modelo**

- Estandarización de los datos sobre trastornos de salud.
- Integración de fuentes de información con estadísticas de problemas y trastornos mentales y del comportamiento y epilepsia.
- Estabilidad temporal y espacial de indicadores priorizados.
- Manejo institucional y organizacional de la información del sector
- Unificación de criterios metodológicos en el análisis y generación de información.
- Información unificada y confiable.
- Aumento de la evidencia y gestión del conocimiento en salud mental en el país.

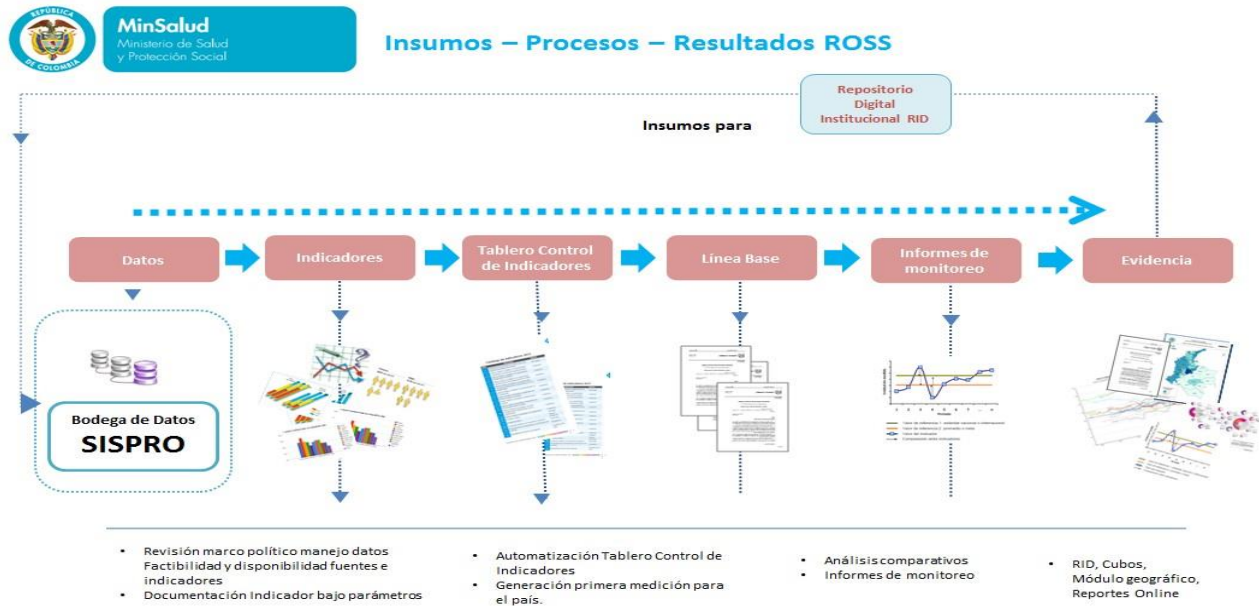
## **5.8 Insumos, procesos y resultados**

La figura 1 ilustra los insumos requeridos (Datos), y los procesos (documentación, análisis, revisión) que se involucran para obtener los resultados esperados (evidencia disponible y para consulta) para el observatorio y sistema de seguimiento.

Adicional y de manera más específica, en el numeral 4.12 de esta sección se profundiza en el flujo de información del Observatorio Nacional de Salud mental, la propuesta expone los insumos que en materia de información

estructuran el observatorio y son esenciales para su funcionamiento.

**Figura 1. Insumos, procesos y resultados de los ROSS**



Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2013

## 5.9 Estructura y Funcionamiento

El ONSM es una instancia que integra diversas fuentes de información y procesos e insumos que ya existen o se realizan en el país (y solo por excepción, registrará o producirá información primaria).

Entre los elementos de base, se destaca una serie de fuentes primarias de información y la capacidad de vigilancia y monitoreo que en general ya se encuentra en algunos sistemas específicos. Además utiliza importantes fuentes secundarias de información, con base en las cuales complementa la posibilidad de contar con indicadores poblacionales sobre la distribución y frecuencia de los trastornos y problemas del campo de la salud mental<sup>1</sup>.

El equipo de trabajo del ONSM del Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta con la capacidad para analizar y producir reportes que permitan elaborar los panoramas y perfiles específicos del ámbito de la salud mental y la oferta de servicios de salud, para ser utilizados como la información de base que contribuya a la formulación de las políticas y toma de decisiones relacionadas con salud mental. En la estructura del ONSM se han definido los siguientes componentes:

**Colecciones documentales:** El ONSM contiene una colección de documentos de referencia como guías de práctica clínica, documentos técnicos y científicos,

presentaciones utilizadas en eventos y otros documentos relevantes.

**La Normatividad:** Se incluyen los documentos con la normatividad relacionada con salud mental.

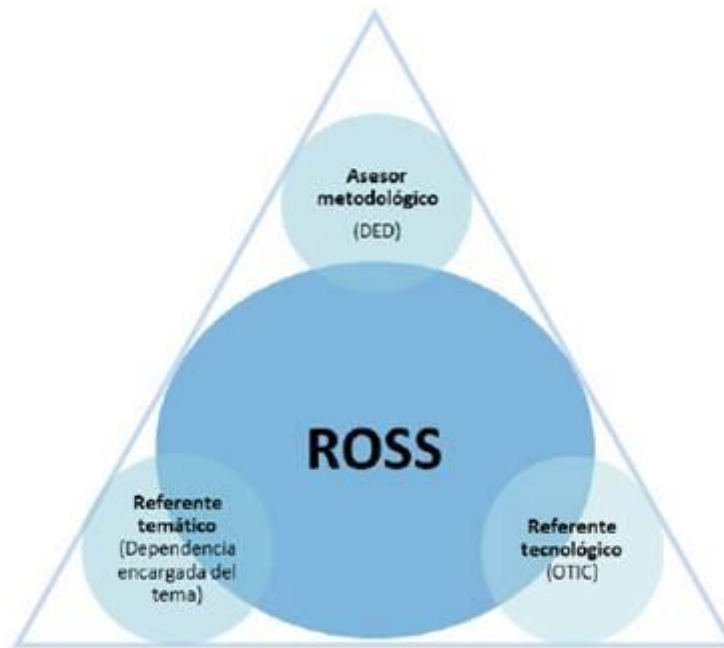
**Vigilancia epidemiológica:** Se realiza la publicación de los resultados de la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio (con un enlace con el Instituto Nacional de Salud, quien genera esta información).

**Boletines:** Se publicarán boletines informativos en temas de interés nacional.

**Artículos científicos de interés:** Se publican artículos científicos del orden nacional e internacional relacionados con la salud mental.

La Figura 2 ilustra la tríada estratégica para la operación de los ROSS al interior del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual está conformada por<sup>1</sup>:

**Figura 2. Tríada de operación de un ROSS al interior del Ministerio de Salud y Protección Social**



Fuente: Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información, Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y Protección Social, MSPS 2014

1. Un referente y/o grupo técnico en el tema: Adscrito a la dependencia encargada de liderar el tema o área que monitorea el ROSS (por ejemplo: Subdirección de Enfermedades Crónicas no transmisibles, Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas, Grupo de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección de Promoción y Prevención; Dirección de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías en Salud; Grupo de Ciclo de vida, Grupo de discapacidad de la Oficina de Promoción Social; Oficina de Calidad).
2. Un profesional de la Dirección de Epidemiología y Demografía DED: Asignado por la Dirección de Epidemiología y Demografía DED, como un asesor metodológico en apoyo a la gestión y análisis de la información requerida para responder a los objetivos planteados por cada ROSS.
3. Un profesional de la Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicación OTIC: Asignado por la Oficina de Tecnologías de Información y Comunicación OTIC como un referente tecnológico, y quien dispone de manera confiable y oportuna las salidas y canales de acceso para consulta y generación de datos requeridos por los ROSS.

## **5.10 Procesos y responsabilidades**

Los profesionales que operen el observatorio deben garantizar la recopilación de estadísticas relevantes y el desarrollo de análisis críticos e interpretación de datos con juicio científico y responsabilidad, este grupo de profesionales será un equipo interdisciplinario e intersectorial en torno a la información y gestión del conocimiento sobre la salud mental. Las actividades en torno a las labores del ONSM están distribuidas de la siguiente manera<sup>1</sup>:

Manejo de datos e integración fuentes SISPRO: Oficina de Tecnologías de la Información – OTIC del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS de Colombia.

Estabilización de salidas de información: Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.

Generación Línea Base y análisis de información preliminar: Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía y Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS (Grupo de gestión integrada para la salud mental).

Incremento de evidencia y recomendaciones de políticas: Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía y Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.

**Tabla 1. Matriz de procesos y responsabilidades del Observatorio Nacional de Salud mental-ONSM**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>
<b>Establecer necesidades de información</b> De acuerdo a normatividad y comportamiento de la situación de la salud mental en el país	Comité Intersectorial del Observatorio Nacional de Salud Mental. Dirección de Promoción y Prevención, MSPS
<b>Gestión de las fuentes de información</b> Control de la calidad, disponibilidad y oportunidad de los datos de fuente de información estandarizadas con variables de salud mental.	Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.
<b>Administración del dato:</b> Integración, bodegaje de las fuentes en SISPRO y flujo de la información.	Oficina de Tecnologías de la Información – OTIC del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS de Colombia.
<b>Estabilización de salidas e indicadores en salud:</b> Definición y automatización de salidas de información partiendo de elementos teóricos orientadores como líneas de acción de políticas para la salud mental y áreas de interés para monitorización reflejadas en indicadores de diferentes tipos y dimensiones	Comité Intersectorial del Observatorio Nacional de Salud Mental Dirección de Promoción y Prevención, MSPS
<b>Generación de indicadores:</b> Líneas base, actualización de indicadores existentes o de líneas base y otros informes con análisis descriptivo preliminar de la información.	Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.
<b>Análisis de la información y emisión de recomendaciones de políticas.</b>	Comité Intersectorial del Observatorio Nacional de Salud Mental Dirección de Promoción y Prevención,
<b>Gestión del conocimiento:</b> conformación de redes de investigación, inventario de publicaciones científicas disponibles en la Biblioteca virtual en Salud, fomento de nuevas líneas de investigación y aumento de la producción científica en salud mental en el país.	Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. Dirección de Promoción y Prevención, MSPS
<b>Seguimiento, evaluación y mejora continua del observatorio.</b>	Comité Intersectorial del Observatorio Nacional de Salud Mental

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2013.

En la tabla 1 se sintetizan los componentes del proceso que se engranan para permitir la conducción del ONSM, cuyos conceptos han sido desarrollados previamente en el documento Guía metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud. En esta tabla, cada actividad requiere como insumo el producto generado en la actividad anterior, siendo el proveedor de dicho insumo el responsable de la actividad anterior, así mismo cada actividad tiene como

cliente, el responsable de la actividad siguiente. Este es un proceso circular que espera asegurar su calidad, basado en el círculo de la calidad conocido como PHVA (Planear, hacer, Verificar y Actuar), donde el producto de la actividad final: "*Seguimiento, evaluación y mejora*" será el insumo de la actividad inicial de "*Establecer Necesidades de información*".

### **5.11 Sistema de Información del Observatorio Nacional de Salud Mental**

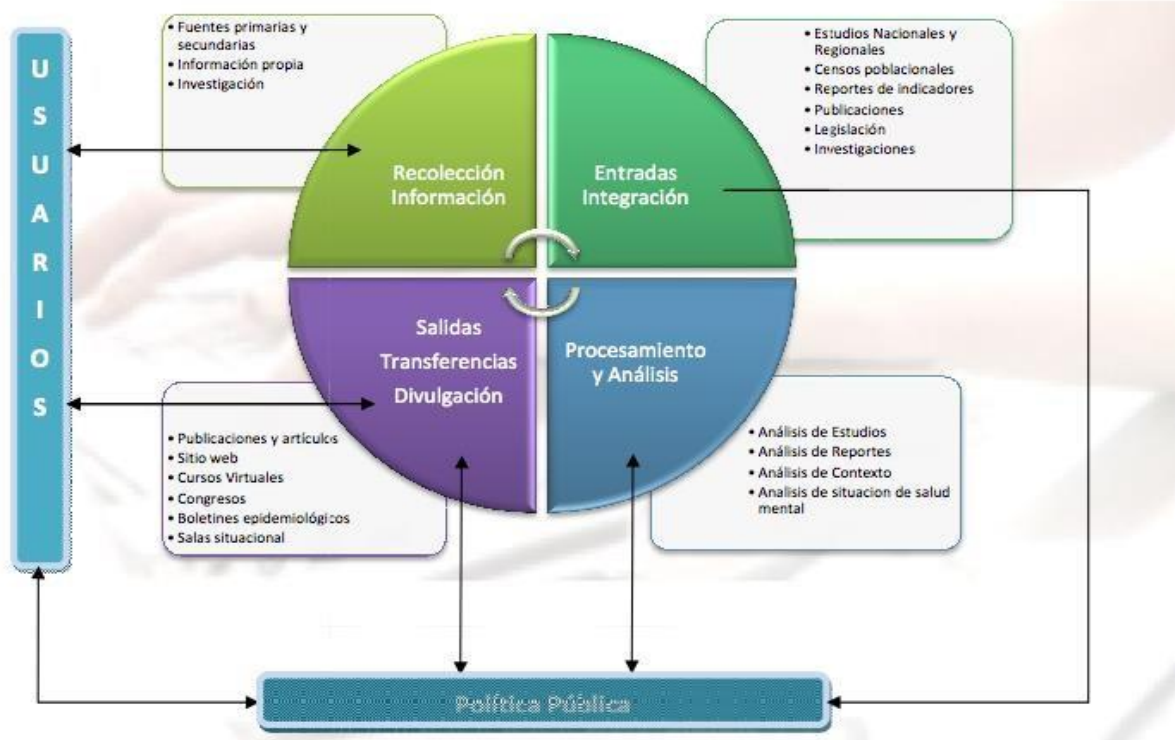
En el marco de la Ley estatutaria del derecho fundamental a la salud y de la Ley 1753 de 2015 (Ley del plan nacional de desarrollo 2014-2018), el Ministerio de Salud y Protección Social formuló la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) adoptando los enfoques de atención primaria en salud, de salud familiar y comunitaria, con articulación de las actividades individuales y colectivas mediante enfoque poblacional y diferencial. El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las intervenciones de los agentes en busca del acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, para así garantizar el derecho a la salud (MSPS, 2016). La política dispone tanto de un marco estratégico como de un modelo operacional que, a partir de un conjunto de estrategias, adopta mecanismos e instrumentos operativos y de gestión que orientan la intervención de los diferentes agentes del Sistema.

El modelo de atención integral en salud, MIAS, es la herramienta operativa de la Política dentro del sistema de salud, tiene como propósito la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, es un modelo centrado en las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Uno de los diez componentes del modelo es la Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS; para el caso de salud mental dichas rutas se encuentra en concordancia con lo dispuesto por la Ley 1616 de 2013 y buscan estandarizar la prestación de los servicios de salud y optimizar la provisión de cuidados con resultados centrados en las personas y sus familias apuntando a la reducción de la carga de las enfermedades mentales.

Cada RIAS cuenta con un tablero de indicadores de seguimiento y monitoreo; una vez esté disponible esta información, podrá ser incorporada para su análisis desde el ONSM y servirá para determinar las necesidades que los territorios tienen en materia de salud mental y como insumo para direccionar los objetivos, principios, líneas de acción y estrategias, de la política pública de salud mental para Colombia y sus regiones.

El sistema de información del ONSM se alimenta de distintas fuentes, que son articuladas, procesadas y analizadas, para generar productos a manera de documentos, artículos, boletines u otros, los cuales, son entregados como insumo al usuario final para la toma de decisiones. Ver figura 3.

**Figura 3. Flujo de la Información en el Observatorio Nacional de Salud mental**



Fuente: Documento Manual de Funcionamiento del ONSM con enfoque sistémico. Universidad CES Medellín. 2011



Este tiene como propósito contribuir a:

- Mejorar la toma de decisiones
- Realizar intervenciones apropiadas en el estado de salud de la población
- Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad mental.
- Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.
- Mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud mental y asegurar una prestación de servicios más equitativos.
- Permitir a los gestores y proveedores en salud mental, tomar decisiones



más informadas para mejorar la calidad de la atención.

## 5.12 Sistema Estándar de Indicadores

El Sistema Estándar de Indicadores se refiere a la batería de indicadores que el Observatorio ha priorizado para hacer seguimiento, monitoreo y evaluación a la situación de salud mental y la disponibilidad de recursos relacionados en el país (ej. Las camas hospitalarias con que se cuentan), así como al progreso de las políticas e intervenciones que se adelantan en esta materia.

A continuación se presenta el modelo de la ficha técnica para cada indicador, disponible en Salud Mental:

**Tabla 2. Ficha Técnica del Indicador: Número de camas para la atención de salud mental.**

<b>FICHA TÉCNICA DE INDICADORES</b>			
<b>Nombre del Indicador: Número de camas para la atención de salud mental</b>			
<b>Definición</b>	Número de camas habilitadas para la atención de salud mental		
<b>Forma de Cálculo</b>	Sumatoria del número de camas para la atención en salud mental: (Camas de psiquiatría o unidad de salud mental + Camas de farmacodependencia + Camas de agudo mental o psiquiatría + camas intermedio mental o psiquiatría)	<b>Componentes de la Fórmula de Cálculo</b>	
		<b>Numerador:</b> No Aplica	
		<b>Fuente Numerador:</b> Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	
		<b>Denominador:</b> No Aplica	
		<b>Fuente Denominador:</b> Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)	
<b>Unidad de medida</b>	Número		
<b>Niveles de desagregación</b>	Nacional, Departamento, Municipio	<b>Periodicidad</b>	<b>Serie Disponible</b>
		Mensual	
<b>Observaciones Generales</b>			
	<b>Fecha:</b> Mayo de 2016	<b>Elaborado por:</b> Dirección de Epidemiología y Demografía	

- Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, 2016.

La priorización de los indicadores se realizó teniendo en cuenta las metas del

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS y el Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS; la necesidad de hacer seguimiento a la implementación de la ley 1616 de 2013, la política nacional de salud mental, el plan de acción en salud mental (OMS), la vigilancia epidemiológica en salud mental y la política nacional en salud mental. Ver tabla 3.

**Tabla 3. Indicadores priorizados del Observatorio Nacional de Salud mental**

Grupo de indicadores	NOMBRE DEL INDICADOR
<b>Morbimortalidad de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia</b>	1. Porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, diagnósticos CIE10: F00-F99
	2. Porcentaje de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales, diagnósticos CIE10: Z55-Z65
	3. Porcentaje de personas hospitalizadas por diagnósticos CIE 10: F00-F99 (trastornos mentales y del comportamiento)
	4. Porcentaje de personas atendidas por epilepsia, diagnósticos CIE10: G40 -G41
	5. Porcentaje de personas atendidas por psicosis de origen no orgánico, no especificado, CIE10: F29, por Trastorno afectivo bipolar, CIE10: F31, por Episodio depresivo moderado, CIE10: F321, por Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, CIE10: F322, por Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, CIE10: F323
	6. Porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo
	7. Prevalencia de síntomas psicológicos en los últimos 12 meses secundarios a la exposición a eventos traumáticos
	8. Porcentaje de personas en condición de discapacidad, atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, CIE10: F00-F99
	9. Porcentaje de personas en condición de habitante en calle atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, diagnósticos CIE10: F00-F99
	10. Porcentaje de indígenas, atendidos por trastornos mentales y del comportamiento, diagnósticos CIE10: F00-F99
	11. Porcentaje de personas privadas de la libertad atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, diagnósticos CIE10: F00-F99
	12. Porcentaje de personas en condición de discapacidad, con alteraciones permanentes en el sistema nervioso, atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, diagnósticos CIE10: F00-F99
	13. Número de casos intento de suicidio
	14. Tasa ajustada de intento de suicidio
	15. Tasa de Años de vida potencialmente perdidos por Trastornos Mentales y del comportamiento, diagnósticos CIE10: F00-F99
	16. Tasa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por lesiones auto infligidas intencionalmente

	17. Letalidad por intoxicaciones, diagnósticos CIE10:T51 a T60
	18. Tasa ajustada de mortalidad por intoxicaciones, diagnósticos CIE10: T51 a T60
	19. Tasa de ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente, diagnósticos CIE10: X60-X84
	20. Letalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente, diagnósticos CIE10: X60-X84
	21. Tasa ajustada de mortalidad por epilepsia, diagnósticos CIE10: G40-G41
	22. Tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento diagnósticos CIE10: F00-F99
<b>Servicios en salud mental y oportunidad en la prestación de servicios</b>	23. Número de camas de psiquiatría
	24. Número de camas de Cuidado Agudo Mental
	25. Número de camas de Cuidado intermedio Mental
	26. Número de camas de farmacodependencia
	27. Número de camas de psiquiatría
	28. Número de IPS habilitadas con servicios de psiquiatría
	29. Número de IPS habilitadas con servicios de psicología
	30. Número de IPS habilitadas con servicios de unidad de Salud mental
	31. Número de IPS habilitadas con servicios de neurología
	32. Número de IPS habilitadas con servicios de neuropediatría
	33. Oportunidad en la asignación de cita medicina especializada. Psiquiatría
<b>Carga de la enfermedad de los trastornos mentales y del comportamiento</b>	34. AVISAS perdidos por los siguientes diagnósticos CIE10: F20-F29, F30-F33, G40-G41 (esquizofrenias, psicosis de origen no orgánico, trastornos bipolares, depresión mayor unipolar, epilepsia)
<b>Otros</b>	35. Percepción de apoyo social

Fuente: Elaboración propia a partir de las necesidades de información identificadas por el grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social (Subdirección de Enfermedades No Transmisibles-Dirección de Promoción y Prevención).

**Diagnóstico de Salud Mental.** Para esta fase del Observatorio se propone utilizar la metodología de la OMS, recomendada a los países miembros para evaluar los componentes claves de un sistema de salud mental, la cual fue ratificada en la 144 Asamblea de la Organización Panamericana de la Salud que se llevó a cabo en Washington entre el 22 y 26 de junio de 2009, en dicha sesión se presentó como propósito que todos los países finalizaran la evaluación en el bienio 2010 -2011. Los componentes del diagnóstico que se resumen en la figura 4 son adaptados del instrumento de evaluación de los sistemas de salud (conocido como WHO-AIMS por sus siglas en inglés). A continuación se explica cada componente y se adicionan los correspondientes a factores sociodemográficos y diagnóstico poblacional de salud mental<sup>1</sup>.

**Figura 4. Componentes del diagnóstico de los Sistemas de Salud mental (WHO –AIMS)**

POLÍTICA Y MARCO LEGISLATIVO	OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL	DEMANDA ATENDIDA	RECURSOS HUMANOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política en salud mental</li> <li>• Plan en salud mental</li> <li>• Legislación en salud mental</li> <li>• Financiación de los servicios de salud mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituciones de salud mental ambulatorios</li> <li>• Instituciones de tratamiento diurno</li> <li>• Hospitales psiquiátricos</li> <li>• Otras instituciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de demanda atendida en los servicios de salud</li> <li>• Descripción por tipo de Institución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de recursos humanos</li> <li>• Formación para profesionales en salud mental</li> <li>• Asociaciones de usuarios y familias</li> </ul>

Fuente: Documento Manual de Funcionamiento del ONSM con enfoque sistémico. Universidad CES Medellín. 2011

**Políticas y marco legislativo.** Las políticas de Salud Mental describen los valores, los objetivos y las estrategias gubernamentales para reducir la carga que representan los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia y mejorar la salud mental. Definen una visión de futuro que ayuda a establecer un programa para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en salud mental y las actividades dirigidas a su fomento en la comunidad. En esas políticas se especifican los criterios que se deben aplicar en todos los programas y servicios y que los vinculan con objetivos y una visión y un propósito común. Sin esa coordinación global, los programas y los servicios resultarían probablemente ineficientes y fragmentados.

**Oferta de los servicios de Salud mental.** La oferta de la red de servicios en salud mental incluye una serie de instituciones que promueven y ofrecen servicios de salud mental. La oferta de servicios de salud, según la Organización Panamericana de Salud - OPS-, se refiere al "Conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de personas y de sus familias, los recursos de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, rehabilitación, prevención médica y fomento de la Salud".

**Demanda Atendida.** La demanda está concebida, según la OPS, como "la necesidad de atención médica asistencial de la comunidad, identificada ésta, como un servicio y/o prestación que se debe brindar". La demanda, se genera por una necesidad relacionada con la salud o con la pérdida de ella y este proceso involucra la búsqueda de atención y la solicitud de un bien o servicio. La morbilidad en los servicios de salud se construye a partir de la atención generada por la demanda espontánea, en la que puede o no estar incluida la demanda inducida, y no por la demanda potencial<sup>1</sup>.

**Recurso Humano.** La contribución de los recursos humanos en el éxito de los

programas de salud mental es decisiva. Se requiere identificar las características de educación, formación y experiencia que tiene el personal que realiza acciones de salud mental con el fin de generar programas de educación continua que den respuesta a las necesidades existentes.

**Factores sociodemográficos.** Los indicadores demográficos se extraen de la caracterización de la población según edad, sexo, zona de residencia o procedencia, estos reflejan en gran medida la situación de una población y algunos determinantes del proceso salud- enfermedad.

De acuerdo a un informe de la "Comisión sobre determinantes sociales de la salud" los determinantes estructurales (distribución desigual del poder, del dinero y los recursos) y las condiciones de vida, son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias. La justicia social es una cuestión esencial que afecta al modo en que vive la gente, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir. Se ha indicado una relación cercana entre la pobreza y el estado de salud de la población. La enfermedad mental puede contribuir a profundizar la pobreza y, por otro lado, la pobreza acrecienta el riesgo de sufrir de un trastorno mental. Como ejemplo de indicadores que deben ser analizados en esta sección tenemos: tipo de régimen de seguridad social según indicadores de pobreza, NBI, en población general y en condiciones de vulnerabilidad: (en condición de discapacidad, desplazamiento, habitante en calle, indígena, carcelaria, etc,) y acceso efectivo a los servicios de salud

**Diagnóstico poblacional de salud mental.** A partir de las salidas de información generadas para cada indicador, se podrá elaborar o actualizar el diagnóstico poblacional en salud mental. De esta forma es posible monitorear los trastornos de salud mental con información representativa para el nivel nacional, monitorear comportamientos entre grupos específicos de población, identificar conductas de riesgo asociadas a la morbimortalidad, además de emitir recomendaciones basadas en la evidencia y uso de la información que no sólo optimizan la asignación del gasto en salud, sino que adicionalmente, potencializan los alcances de políticas y programas concentradas en controlar y reducir los problemas en salud mental a través de la adecuada gestión del riesgo en el país.

## 6. FUENTES DISPONIBLES

La Guía Metodológica de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud, ROSS Colombia, establece: "La información confiable, oportuna y de alta cobertura es uno de los principales requerimientos para la adecuada formulación de políticas en salud pública"; adicionalmente la consideración principal del Ministerio de Salud y Protección Social es que los observatorios deben proveer datos estadísticos que permitan estudiar las variaciones de los eventos en salud, "optimizar el uso y aprovechamiento de las fuentes de información que son obligatorias por norma legal y si estas presentan

deficiencias que afecten su cobertura, oportunidad, calidad o flujo; dedicar esfuerzos para superarlas, pero no sustituirlos o remplazarlos por sistemas paralelos no obligatorios”<sup>1</sup>.

La guía considera que se hace necesario realizar una diferenciación entre fuentes de información e identificar cuatro (4) tipos en concordancia con los planteados por el DANE (DANE, 2006)<sup>1</sup>:

**a) Registros Administrativos:** Estadísticas vitales, registros administrativos, registros poblacionales.

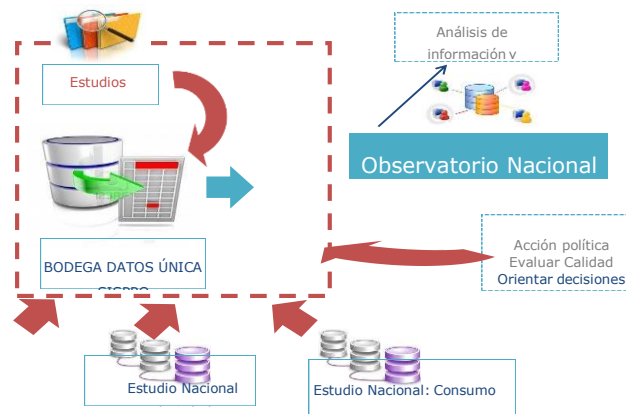
**b) Encuestas:** Encuesta Nacional de Salud, Encuesta de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Salud Mental, etc.

**c) Censos poblacionales**

**d) Estadísticas Derivadas:** índices, subanálisis, análisis secundarios de información.

De acuerdo a lo anterior, las fuentes de información que se incorporan al ONSM corresponden a fuentes primarias, secundarias e investigaciones.

**Figura 5. Fuentes de Información para el Observatorio Nacional de Salud Mental –ONSM**



Fuente: Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS. 2013

## 6.1 Registros Administrativos SISPRO

El Ministerio de Salud y Protección Social dispone la información de usuarios y servicios de salud periódicamente de acuerdo con las estructuras y especificaciones del Sistema Integral de Información de la Protección Social, SISPRO. La tabla 5 enlista las fuentes de información nominales que tienen datos relevantes sobre salud mental que existen en el país y que se

encuentran en diferentes etapas de integración al SISPRO.

**Tabla 4. Registros Administrativos, bodega de datos del SISPRO**

FUENTE
1. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
2. Estadísticas Vitales (EEVV).
3. Actividades de Protección Específica y Detección Temprana
4. Registro Único de Afiliados (RUAF)

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2012.

## 6.2 Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud

El país dispone de una serie de encuestas y estudios poblacionales que han contribuido a la construcción de información en el tema, se cuenta con estudios desde el año 1990, los más recientes se encuentran a continuación:

**Tabla 5. Encuestas y Estudios Poblacionales en Salud mental**

FUENTE
1. Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007.
2. Encuesta Nacional de Salud mental 2003, 2015.
3. Estudio Nacional de Consumos de Sustancia Psicoactivas en Población Escolar 2008-2011.
4. Estudio Nacional de Consumo de Sustancia Psicoactivas, población general (2008 y 2013)

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2013.

## 6.3 Censos

El último censo en el país corresponde al Censo General 2005, realizado por la Dirección de Censos y Demografía del DANE, el cual tiene disponible metadatos a partir de los cuales se hacen proyecciones para los años siguientes<sup>1</sup>.

## 7. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO PARA LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la Gestión del Conocimiento como "la síntesis, el intercambio y la aplicación del conocimiento por parte de los partes interesadas para acelerar los beneficios de la

innovación global y local en el fortalecimiento de los sistemas de salud y mejorar la salud de las personas” (WHO/PAHO, 2013). En ese sentido, la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS ha incorporado esta definición y a través del Grupo de Gestión de Conocimiento y Fuentes de Información y viene progresivamente integrándola a todas aquellas actividades que promueven la producción, el intercambio, la comunicación, el acceso y la aplicación eficaz de conocimientos y evidencias por parte de los responsables de la planeación en salud, con el fin de apoyar la toma de decisiones informadas al MSPS<sup>1</sup>.

Básicamente son tres (3) los elementos involucrados en la gestión del conocimiento: i) la fuente de información en salud, ii) el usuario y iii) el canal de comunicación que conecta la fuente con el usuario de la información. Estos tres elementos interactúan durante cinco (5) procesos de la gestión del conocimiento<sup>1</sup>:

1. Acceso a conocimiento de fuentes de información
2. Generación y medición de nuevo conocimiento
3. Disposición de nuevo conocimiento en bases de datos y a través de canales de consulta
4. Fomento de líneas de investigación
5. Transferencia y difusión del conocimiento

## 7.1 Estrategias para la gestión del conocimiento en salud mental

Para el Observatorio Nacional de Salud mental –ONSM- todas las propuestas que se incluyan como parte de gestión del conocimiento parten del análisis de la situación de la salud mental (tanto en lo referente a la magnitud del problema, como al análisis de los recursos existentes); así mismo, se tiene en cuenta el marco normativo en el ámbito nacional e internacional. Se plantea el desarrollo de estrategias de investigación y gestión del conocimiento como componentes transversales que permitan avanzar en el conocimiento de la problemática de salud mental que presenta el país, en el marco de la ley 1616 de 2013.

Se tienen en cuenta los siguientes componentes que harán parte del proceso de Gestión del conocimiento del ONSM:

**Información.** Es uno de los componentes de mayor importancia y tiene a su cargo desde la generación de la información, el control de su calidad y oportunidad, el procesamiento y la divulgación. Para lograr lo anterior, se plantea desarrollar las siguientes actividades:

- Monitorear los indicadores de salud pública, esto permitirá contar con información sobre la situación de salud mental de la población colombiana.
- Crear mecanismos para la divulgación de los datos, estipulando su



periodicidad y responsables, esto permitirá la evaluación de la gestión de la información de todos los actores del sistema.

- Realizar el seguimiento a las condiciones de salud mental de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud.
- Servir de referente técnico y científico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud mental, para la toma de decisiones.
- Realizar actividades de investigación orientadas a la evaluación de la salud mental en grupos poblacionales especiales.
- Generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas.
- Formular recomendaciones, propuestas y advertencias o “alertas” de seguimiento al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud, o a la entidad que haga sus veces.

**Investigación.** Sus actividades tienen que ver con la generación y utilización del conocimiento sobre salud mental, generando boletines trimestrales con análisis de eventos específicos de salud mental, la publicación de estudios sobre el análisis de la situación de salud mental del país, los determinantes sociales de la salud mental, estudios sobre desigualdades e inequidades y otras actividades relacionadas. Se propone hacer publicaciones anuales sobre las tendencias de los principales indicadores.

**Actualización Científica.** Este componente del Observatorio tiene bajo su responsabilidad el manejo del portal de publicaciones: internacionales, nacionales y regionales, para lo cual se conformará el Consejo Editorial, que tendrá la responsabilidad de la selección y revisión de la información que se publicará.

**Reporte Científico.** La UNESCO propone que “la finalidad esencial de un artículo científico es comunicar los resultados de investigaciones, ideas y debates de una manera clara, concisa y fidedigna; la publicación es uno de los métodos inherentes al trabajo científico”. Los artículos científicos son síntesis de informes de investigación, tesis o revisiones científicas, que orientan los esfuerzos de quienes puedan estar interesados en consultar la obra original. En el ONSM se dispondrá de los links para leerlos u obtener el artículo científico; cada link dispondrá de un pequeño texto que orienta sobre el tipo y resumen de la guía o del artículo.

## 7.2 Línea de Base del Observatorio Nacional de Salud mental

La línea base es el punto de partida y primera medición de los indicadores establecidos para el ONSM, proporcionando un marco de referencia cuantitativo y cualitativo de la situación actual de la salud mental.

Adicionalmente, estandariza la generación de información requerida y facilita la apropiación de los roles y funciones de las instituciones frente a los requerimientos de información relacionados con el objeto del observatorio.

Es importante precisar que se toma como referencia la Metodología DANE para definición de Líneas Base (DANE, Metodología línea base de indicadores. Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización – DIRPEN., 2009), que está ampliamente descrita en la Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales -ROSS del Ministerio de Salud y Protección Social. La línea base de los diferentes indicadores del ONSM se presenta como anexo técnico de este documento y puede ser consultado en la página web del Observatorio Nacional de Salud mental, así como sus respectivas actualizaciones<sup>8</sup>.

### **Alcances de la línea de Base del Observatorio Nacional de Salud Mental**

A continuación se presentan algunos de los alcances que contempla la estructuración y actualización de las líneas base:

- Proporcionar información estadística y epidemiológica, confiable y oportuna, para el seguimiento y evaluación de la situación de salud mental en el país.
- Suministrar información que permita realizar seguimiento a las metas de la dimensión Convivencia Social y Salud Mental establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Entregar insumos para el seguimiento de los indicadores de salud mental incluidos en el sistema de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Proporcionar información para el seguimiento y monitoreo de la implementación de la política en salud mental
- Entregar información que sirva de insumo para la toma de decisiones en salud mental tanto a nivel nacional como regional
- Contribuir en la consolidación de una cultura de uso y difusión de políticas y acciones basadas en la evidencia.

### **7.3 Plan de Análisis y Presentación de los Resultados**

El plan de análisis de información del Observatorio Nacional de Salud mental, supone el uso de la información suministrada por las diferentes fuentes, para conocer la situación de la salud mental en el país y sus determinantes, con el fin de formular propuestas que contribuyan a mejorar la capacidad de respuesta del sector salud.

**Cuadro 1. Plan de Análisis en Salud mental, ONSM, 2016.**

<b>Item</b>	<b>Necesidad de información</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Métodos / construcción de indicadores</b>	<b>Fuente</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Responsables</b>	<b>Productos/ entregables</b>
1	Identificar el comportamiento de las enfermedades en salud mental en la población de Colombia	Análisis descriptivo del comportamiento de las enfermedades de salud mental (análisis, univariado, bivariado y estratificado del comportamiento de las principales enfermedades de salud mental)	Análisis de la distribución de las principales enfermedades en salud mental según edad, sexo, departamento y régimen de seguridad social según indicadores de pobreza, NBI, condiciones de vulnerabilidad para población en condición de discapacidad, desplazamiento, indígena, población privada de la libertad, etc,	RIPS - SIVIGILA- Estadísticas vitales DANE. Registro de localización y caracterización de población en condición de discapacidad y Registro Único de víctimas	Caracterización del comportamiento de las enfermedades de salud mental en la población según edad, sexo, zona de residencia y régimen de seguridad social según indicadores de pobreza, NBI, condiciones de vulnerabilidad para población general, en condición de discapacidad, desplazamiento, indígena y carcelaria; Tasas de Mortalidad y prevalencia de eventos de interés en salud mental	Dirección de promoción y prevención	Artículo publicado en la página del ONSM y en revista indexada
2	Caracterizar las Inequidades sociales en las enfermedades de salud mental en Colombia	Análisis de desigualdades en salud mental en el territorio nacional	Análisis de las principales enfermedades en salud mental por grupos de edad, sexo y zona de residencia y tipo de régimen de seguridad social según indicadores de pobreza, NBI, en población general y en condiciones de vulnerabilidad: (en condición de discapacidad, desplazamiento, indígena, población privada de la libertad, etc.)	RIPS - SIVIGILA- Estadísticas vitales DANE- Resolución 4505 de 2012	- Caracterización de las principales enfermedades en salud mental por grupos de edad, sexo y zona de residencia según indicadores de pobreza, NBI y condiciones especiales (población en condición de discapacidad, desplazamiento, indígena, población privada de la libertad)	Dirección de promoción y prevención - Dirección Epidemiología y demografía	Artículo publicado en la página del Observatorio y en revista indexada

3	Identificar los Determinantes sociales de la salud mental en Colombia	Estudio epidemiológico analítico	Regresión logística de los determinantes sociales de la salud (pobreza, trabajo, desempleo, apoyo social, adicciones- tabaco, alcohol, SPA) en relación con las principales causas de morbilidad por salud mental	RIPS - SIVIGILA- Estadísticas vitales DANE- Resolución 4505 de 2012- Encuesta Nacional de Salud Mental- Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas	Caracterización de los determinantes sociales en salud mental	Dirección de promoción y prevención- Dirección Epidemiología y demografía	Artículo publicado en la página del Observatorio y en revista indexada
---	---	----------------------------------	---	--	---	---	--

Fuente: Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS, 2016.

Es importante resaltar que el plan de análisis y presentación de los resultados se organiza cronológicamente por año, presentando la información de acuerdo a las sub-secciones definidas para el tema, las cuales para el observatorio son problemas, trastornos mentales y del comportamiento y epilepsia. Se actualiza de acuerdo a las necesidades de investigación en el tema y tiene como finalidad garantizar el mayor uso posible de la información disponible y fomentar la cultura de la investigación.

## 8. DESAFIOS

### 8.1 Desafíos a Nivel Nacional

- Continuar con la implementación del ONSM dependen en primera estancia de la necesidad de cumplir con lo estipulado en la Ley 1438 de 2011, (Enero 19) por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial lo relacionado con el Observatorio Nacional de Salud Pública del cual hará parte el ONSM.
- Facilitar la disponibilidad de datos sobre salud mental con calidad y representatividad para el país.
- Fomentar el mejoramiento e integración de las fuentes con datos relevantes sobre salud mental en un sistema único de información en salud, permite disponer de información con una mejor cobertura.
- Conducir acciones y estrategias adecuadas para mejorar la cultura de la información y notificación.
- Disminuir el subregistro, la baja calidad y dispersión de las fuentes de información con datos sobre salud mental.
- Fomentar el uso de la información en la formulación de políticas e

intervenciones para prevenir y reducir los problemas de salud mental basadas en la evidencia.

- Enfatizar en la estandarización de criterios de notificación, uso de variables y categorías, y obligatoriedad del reporte con el fin de afianzar la cultura del dato a través del Observatorio
- Gestionar la voluntad política e institucional para apoyar el desarrollo del Observatorio que sea organizado e integrado, así como la capacidad de los planificadores y encargados de la toma de decisiones claves, para analizar y usar información en su toma de decisiones, logrando así convertir “La información en acción”.
- Articular la producción y disponibilidad nacional de datos básicos de salud mental, así como la vigilancia del comportamiento de los indicadores claves que permitan orientar prioritariamente la implementación de intervenciones de prevención y control de ser posible basadas en la evidencia, así como el desarrollo de perfiles de salud locales regionales y nacionales.
- Facilitar la integración de todas las fuentes de información y sistemas de observación específicos, para fortalecer el centro secundario de búsqueda, recopilación, análisis y divulgación de información, integrado con base en la utilización de la plataforma virtual.
- Enfoque sistémico para la recopilación de datos para ayudar al país a supervisar y evaluar las características y tendencias de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia y de los indicadores de salud mental.
- Crear vínculos con los sistemas de información de diversos sectores los cuales podrían entregar información en salud mental de mucho interés y relevancia para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Lo anterior permitiría construir un sistema que muestre una visión integrada de la salud y ayudaría en la toma de decisiones informadas desde el sector.

## **8.2 Desafíos a Nivel Internacional**

- Hacer parte del entorno global en materia de información en salud mental, dado que el país debe disponer los datos que permitan integrarse al sistema de información mundial que monitorean los organismos internacionales.
- Gestionar conocimiento en los diferentes temas.
- Aportar evidencia sobre el estudio y superación de desigualdades asociadas a la salud mental.
- Incrementar la producción científica como Ministerio de Salud y Protección Social.

## **8.3 Consideraciones Finales**

Los indicadores deben ser debidamente instrumentalizados con el fin de disponer de mediciones de forma oportuna y continua. La generación de las salidas de información de indicadores debe ser una tarea sistemática, concertada y en equipo, concentrándose en proveer insumos a los referentes temáticos que permitan generar información periódicamente.

El Observatorio ayudará a visibilizar problemas relevantes en salud pública y ponerlos en la agenda pública, para su análisis e intervención; por sí solos no producen cambios, son solo una herramienta de trabajo. La colaboración e intersectorialidad activa garantizan la sostenibilidad de los observatorios en el corto y mediano plazo, pero solo fomentando una cultura de la información y acceso entre actores y responsables a esta es posible garantizar que se produzcan cambios en horizontes de tiempo más prolongados.

## 9. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud, ROSS Colombia. Bogotá, D.C. 2015.
2. Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental 2015, tomo I. Bogotá 2015
3. INS. Instituto Nacional de Salud. Disponible en:  
<http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2052%20-.pdf>. [Consultado el 26 de Marzo de 2016)
4. Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. SABE Colombia, Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, 2015
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Defunciones por grupo de edad y sexo, según departamentos de ocurrencia y grupos de causas de defunción (lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad). Informe preliminar. Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2877-defunciones-no-fetales> [Consultado en abril de 2016].
6. Rivillas, J.C, Montaña Caicedo J., Cuellar Segura C. y Ospina Martha L. Registros, observatorios y sistemas de seguimiento en salud en Colombia: Orientación de políticas basadas en la evidencia y gestión del conocimiento. Monitor Estratégico, Número 4. Bogotá, julio a diciembre de 2013.
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2014, Datos para la vida. Bogotá, 2015.
8. DANE. (2009). Metodología línea base de indicadores. Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización – DIRPEN. . Bogotá, Colombia: p17.

9. Pontificia Universidad Javeriana, Cendex. Estimación de la Carga de la Enfermedad para Colombia, 2010. Bogotá, 2014.
10. Andrew S Levey, J. C. Chronic kidney disease. The Lancet, Vol. 379, Issue 9811, Pag. 165-180. 2012.
11. Gómez LA, E. J. Sarcoma de Kaposi: Etiología Viral y transmisión Sexual. Revista Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia, 47(3);151-156. 1.999
12. Lozano R, N. M. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 380: 2095–128.
13. Macías, C. La Gestión del Conocimiento en el Área de la Salud. Revista de Evidencia e Investigación Clínica., pag.31-35. 2009.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud ENS 2007. Bogotá.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana. Bogotá, 2012.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Cuadro de temas Registro Único de Afiliados - RUAF. Disponible en:  
<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/registro-unico-de-afiliados-ruaf.aspx>. [Consultado el 12 de marzo de 2013].
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema de Información de Prestaciones de Salud - RIPS. Disponible en:  
<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/rips.aspx>. [Consultado el 12 de marzo de 2013].
18. OMS. Global status report on non-communicable diseases. Ginebra, 2010.
19. Profamilia-MSPS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. Bogotá, D.C. 2010.
20. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva. 2009.