

## **Carátula**

**2 LOGOS EN LA CARÁTULA: logotipo del Ministerio, primero a la izquierda; logotipo del contratista FES a la derecha**

**Tipografía nombre Ministerio: Arial Narrow. El tono de verde que se utiliza para la imagen institucional del MPS es RGB 51-153-0. Pantone esmaltado 370C – Mate 396U. Separación de colores cian 67 % Magenta 20% Amarillo 93%**

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
República de Colombia**

**FUNDACIÓN FES-SOCIAL**

# **LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA**



**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

**Fundación FES Social**

Logo de FES  
Social

Carátula interna

# **LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA**

---

Revés de carátula interna

Justificado a la izquierda y en la parte inferior de la página:

Ministerio de la Protección Social  
LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA  
Editado por Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social / 2005  
Impreso por Graficas Ltda., Cali, diciembre de 2005

® Reservados todos los derechos de autor. El Ministerio de la Protección Social autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

## CREDITOS INSTITUCIONALES DEL MINISTERIO

Logo MPS 35\*28 mm



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

### LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA

DIEGO PALACIO BETANCOURT  
Ministro de la Protección Social <sup>(1)</sup>

EDUARDO JOSE ALVARADO SANTANDER  
Viceministro de Salud y Bienestar <sup>(2)</sup>

JORGE LEON SANCHEZ MESA  
Viceministro de Relaciones Laborales <sup>(3)</sup>

RAMIRO GUERRERO CARVAJAL  
Viceministro Técnico <sup>(4)</sup>

ALFREDO BERNARDO POSADA VIANA  
Secretario General <sup>(5)(6)</sup>

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ  
Director General de Salud Pública <sup>(7)</sup>

<sup>(1)</sup> Juan Luis Londoño de la Cuesta, Ministro de Salud (2003)

<sup>(2)</sup> Juan Gonzalo López Casas, Viceministro de Salud y Bienestar (Agosto 2002 a febrero 2004)

<sup>(3)</sup> Luz Stella Arango de Buitrago, Viceministra de Relaciones Laborales (Agosto 2003 a enero 2005)

<sup>(4)</sup> Jairo Augusto Núñez Mendez, Viceministro Técnico (Marzo de 2002 a mayo 2004)

<sup>(5)</sup> José Vicente Casas, Secretario General (2003)

<sup>(6)</sup> Luis Manuel Neira Nuñez, Secretario General (2003-2005)

<sup>(7)</sup> Ana Cristina González Vélez, Directora General de Salud Pública (Octubre 2002 a noviembre 2004)



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## **LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA**

### **COMITÉ TECNICO**

**EDUARDO JOSE ALVARADO SANTANDER**  
Viceministro de Salud y Bienestar, Ministerio de al Protección Social  
**JUAN GONZALO LÓPEZ CASAS**  
Viceministro de Salud y Bienestar (2002-2004)

**LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ**  
Director General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social  
**ANA CRISTINA GONZÁLEZ VELEZ**  
Directora General de Salud Pública (2002-2004)

**ESPERANZA GIRALDO MUÑOZ**  
Directora General de Financiamiento, Ministerio de la Protección Social

**PAOLA ROXANA CAICEDO GIGLIOLI**  
Oficina de Comunicaciones, Ministerio de la Protección Social

**NELCY PAREDES CUBILLOS**  
Representante del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

**LUIS CARLOS GOMEZ SERRANO**  
Director Encuesta de Salud Mental

**LUÍS FERNANDO GOMEZ GUTIERREZ**  
Fundación FES Social

**MARÍA CRISTINA AITKEN DE TABORDA**  
Asesora Externa OPS/OMS

### **INTERVENTORIA**

**VÍCTOR HUGO ALVAREZ CASTAÑO**  
Interventor, Ministerio de la Protección Social

## CREDITOS INSTITUCIONALES DEL CONTRATISTA

Logo de FES 35\*28 mm

Fundación FES Social

### **LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA**

Marco Antonio Cruz, Director Ejecutivo FES Social  
Mauricio Serra Tamayo, Director Área de Salud FES Social

#### **Coordinación**

Janeth Mosquera Becerra. Trabajadora Social, Master en Trabajo Social

#### **Equipo Técnico asociado**

Olga Lucía Gómez Gutiérrez. MD, Master en Salud Pública  
Sandra Girón Vargas. Economista, Master en Epidemiología

## INDICE DE CONTENIDO

<b>INDICE DE CONTENIDO</b> .....	<b>6</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>PRESENTACION</b> .....	<b>9</b>
<b>1.INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>2. PROPÓSITO</b> .....	<b>11</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	11
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	<b>12</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>15</b>
5.1. CONTENIDOS SUGERIDOS PARA LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA .....	16
5.1.1. <i>PRINCIPIOS DE POLÍTICA EN SALUD MENTAL</i> .....	17
5.1.2. <i>PROPÓSITOS DE UNA POLÍTICA EN SALUD MENTAL</i> .....	17
5.1.3. <i>LÍNEAS DE ACCIÓN</i> .....	18
1. <i>Organización de Servicios de Salud Mental</i> .....	18
2. <i>Provisión de Servicios de Salud Mental</i> .....	19
3. <i>Inclusión Social</i> .....	22
4. <i>Recursos Humanos</i> .....	22
5. <i>Vigilancia de Eventos y Servicios en Salud Mental</i> .....	23
6. <i>Investigación en Asuntos Prioritarios de Salud Mental</i> .....	24
5.2. RECOMENDACIONES PARA LA ADECUADA INCORPORACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD .....	25
A. <i>MODULACION</i> .....	25
B. <i>FINANCIAMIENTO</i> .....	28
C. <i>ARTICULACIÓN</i> .....	28
D. <i>PRESTACIÓN</i> .....	28
5.3. COSTOS DE ATENCIÓN DE EVENTOS PRIORITARIOS DE SALUD MENTAL .....	29
5.3.1. <i>RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE COSTOS</i> .....	29
5.3.2. <i>METODOLOGIA PARA ESTABLECER EL COSTO DE ATENCIÓN DE EVENTOS PRIORITARIOS DE SALUD MENTAL</i> .....	31
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>36</b>

## INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURA 1. DIAGRAMA GENERAL DE PROCESOS Y ANÁLISIS .....	15
FIGURA 2. ESQUEMA DE CONTENIDOS SUGERIDOS PARA UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL .....	16
TABLA 1. COSTOS DE ATENCIÓN CON TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN PARA DEPRESIÓN UNIPOLAR .....	29
TABLA 2. COSTOS DE ATENCIÓN CON TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN PARA ATAQUE DE PÁNICO.....	30

## RESUMEN

El Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES –Social, durante los años 2003-2004 desarrolló el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, y una propuesta de LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA.

En este marco, en Colombia se llevó a cabo un estudio de prevalencia en una muestra probabilística de 4.544 adultos entre los 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos de 60 municipios de 25 departamentos del país.

Los resultados de la encuesta muestran que alrededor de ocho de cada 20 colombianos, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%).

Por regiones se encontró que la prevalencia de cualquier trastorno “alguna vez en la vida”, la región Bogotá, D.C es la que presenta la prevalencia más elevada: 46.7% en contraste con 40.1% que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país. Además, sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica. El grupo clasificado como Otros trastornos (ver cuadros) son los diagnósticos que generaron más uso de servicios psiquiátricos (4.2%).

La prevalencia de vida de trastornos por uso de sustancias es de 10.6% en el país. El abuso de alcohol es el principal problema. La prevalencia de vida para abuso de esta sustancia es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. La diferencia por sexo es marcada, si tenemos en cuenta que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres.

Estos resultados fueron tenidos en cuenta en la definición de los lineamientos para una política de salud mental en Colombia. En este proceso se siguieron los pasos fundamentales que la OMS ha indicado para el diseño de políticas de salud mental, en los cuales se tiene en cuenta las necesidades de la población, la búsqueda de evidencias de políticas efectivas, las consultas con diferentes sectores y el establecimiento de objetivos y áreas estratégicas de intervención.

La formulación de dichos Lineamientos implicó el desarrollo de distintas fases y metodologías, lo que permitió alcanzar tres productos específicos relacionados:

- Los contenidos sugeridos para la política pública de salud mental, lo cual incluye la propuesta de objetivos, principios, líneas de acción y estrategias, que debería tener la política de salud mental para Colombia.

- Un conjunto de recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en la cual se da cuenta de las redefiniciones que será necesario realizar al SGSSS, para poner en marcha los contenidos propuestos de la política de salud mental.
- La metodología de análisis de costos de eventos prioritarios en salud mental, en la cual se seleccionó dentro de los trastornos del estado de ánimo, la depresión unipolar y dentro de los trastornos de ansiedad, el ataque de pánico. Se resalta que la metodología propuesta es útil para calcular costos de cualquier otro evento en salud mental.

El diseño de lineamientos de la política se refiere al ejercicio de debate y consenso, sobre el cómo debe ser tratado el asunto de salud mental, el cual es un soporte necesario para la política pública a ser formulada y concretada jurídicamente por el ente gubernamental correspondiente. En este proceso participaron servidores públicos del Ministerio de la Protección Social y de los servicios de salud, así como expertos del sector académico e investigadores del país.

## **PRESENTACION**

Una de las prioridades de salud pública definidas en el Plan Estratégico de Salud 2002-2006, tiene que ver con el análisis de la carga de los trastornos mentales y el desarrollo de una política nacional de salud mental que permita al Estado y a la sociedad dar respuesta al complejo perfil de salud mental de la población colombiana.

Es por eso que el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenio de cooperación N° 176 de 2002 con la Fundación FES Social, coordinó la realización del Estudio Nacional de Salud Mental y la elaboración de una propuesta de lineamientos de política de salud mental para Colombia.

Este documento expone los lineamientos de política de salud mental, e incluye los aspectos conceptuales y metodológicos que guiaron su diseño, así como los tres productos alcanzados: los contenidos sugeridos para la política pública de salud mental; un conjunto de recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el SGSSS y; la metodología de análisis de costos de eventos prioritarios en salud mental.

Con el presente documento se pretende disponer de elementos de discusión y análisis para el desarrollo e implementación de una política de salud mental en Colombia, esperando generar una dinámica de participación amplia que comienza con esta publicación.

## **1.INTRODUCCIÓN**

Una Política Nacional de Salud Mental debe ser una política pública que apunte a reducir la carga que representan los trastornos mentales en la salud de la población y sus consecuencias en el desarrollo social, así como mejorar las capacidades del Estado, las instituciones y la sociedad en general para afrontar la problemática, dentro del contexto del Sistema de Protección Social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se entiende por política pública el conjunto de decisiones y acciones que un régimen político representado por el gobierno, realiza para actuar sobre asuntos que afectan al colectivo y que han sido posicionados por distintos sujetos sociales como problemáticos (Salazar, 1999; Vargas, 2000; Hidnito, 1987). Las políticas públicas se concretan en una normatividad y no deben confundirse con las leyes. En términos operativos, las políticas públicas constituyen lo que se ha denominado el “Estado en Acción”.

De cualquier forma, la política pública de salud mental estará orientada a proteger, promover y mejorar la salud mental de las poblaciones y es el soporte para el diseño y ejecución de planes y programas en salud mental en el país, con lo cual se posibilita enfrentar de forma coherente las situaciones problemáticas en este campo. En tal sentido, el diseño de lineamientos de la política se refiere al ejercicio de debate y consenso, sobre el cómo debe ser tratado el asunto de salud mental, el cual es un soporte necesario para la política pública a ser formulada y concretada jurídicamente por el ente gubernamental respectivo. En dicho ejercicio, la salud mental trasciende la ausencia de enfermedad y debe entenderse como una condición básica para el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas (cognitivas, afectivas y relacionales) y por tanto, es un asunto que requiere respuestas comunitarias, institucionales y Estatales, por ende, la vinculación de distintos sectores e instituciones, que bajo el liderazgo del Ministerio de la Protección Social, confluyan en el desarrollo de una política de salud mental.

Hacer explícita una política en materia de salud mental permitirá al Ministerio de la Protección Social dar orientaciones en dicha materia; ofrecer los criterios que deben tenerse en cuenta en el diseño e implementación de los Planes de salud mental en las entidades territoriales, de tal forma que se vinculen con principios, propósitos, líneas de acción y estrategias comunes, teniendo en cuenta las particularidades geográficas y socio-culturales de cada región; y plantear las bases para que todas las instituciones vinculadas con la salud mental asuman su responsabilidad de manera integral y den cuenta de sus acciones a la sociedad.

Los lineamientos de política hacen parte de los insumos para que la autoridad del poder público con legitimidad gubernamental, en este caso el Ministerio de la Protección Social, oriente la definición de una política pública de salud mental, teniendo en consideración la capacidad técnica, financiera y operativa necesaria para llevarla a cabo y, posteriormente, promulgar la normatividad que sustente dicha política.

La formulación de los Lineamientos de Política Nacional de Salud Mental implicó el desarrollo de distintas fases y metodologías, que permitieron alcanzar tres productos específicos relacionados:

- Los contenidos sugeridos para la política pública de salud mental, lo cual incluye la propuesta de objetivos, principios, líneas de acción y estrategias, que debería tener la política de salud mental para Colombia.
- Las recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el Sistema de Seguridad Social en Salud, en donde se da cuenta de las redefiniciones que será necesario realizar al SGSSS, para poner en marcha los contenidos propuestos de la política de salud mental.
- La metodología de análisis de costos de eventos prioritarios en salud mental, en la cual se seleccionó dentro de los trastornos del afecto, la depresión unipolar y dentro de los trastornos de ansiedad, el ataque de pánico. Se resalta que la metodología propuesta es útil para calcular costos de cualquier otro evento en salud mental.

En la primera parte del documento se presentan los aspectos metodológicos que orientaron la formulación de los Lineamientos de Política de Salud Mental para el país, teniendo en cuenta cada uno de los tres productos específicos alcanzados. La segunda parte da cuenta de los resultados obtenidos en cada uno de los tres aspectos considerados

Este documento que presenta el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Fundación FES Social, es fruto de un consenso entre diferentes sujetos sociales, instituciones y tomadores de decisión, que tienen competencia y legitimidad sobre el tema de la salud mental y, especialmente, sobre el cómo debe ser abordado este asunto como política pública.

## **2. PROPÓSITO**

El propósito de los Lineamientos de Política de Salud Mental es facilitar el debate público sobre la situación de la salud mental de los colombianos, sus necesidades y los enfoques posibles para su abordaje en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema de la Protección Social, que permita la formulación y desarrollo de una Política Nacional con la participación activa y comprometida de los diferentes actores sociales.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo General**

Formular los lineamientos de política de salud mental para Colombia.

### **3.2 Objetivos Específicos**

§ Formular los contenidos sugeridos para la política de salud mental en Colombia

- § Formular recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- § Diseñar la metodología para establecer los costos de atención de eventos prioritarios de salud mental.

#### **4. METODOLOGÍA**

La metodología desarrollada se planteó teniendo en cuenta cada uno de los objetivos específicos propuestos, llevándose a cabo las siguientes actividades, así:

##### **1. Formulación de los contenidos sugeridos para la política de salud mental en Colombia.**

- a. *Análisis del abordaje del tema de salud mental en el período 1980-1993 y en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.* Con el fin de identificar enfoque, alcances, fortalezas y limitaciones planteadas antes y después de la reforma sectorial en el asunto de salud mental, se utilizó una metodología de carácter cualitativo, en la que se incluyeron dos técnicas de recolección de información: la revisión documental y la entrevista semi-estructurada.
- b. *Revisión de la literatura nacional e internacional en salud mental.* La revisión de la literatura se realizó con el fin de identificar los contenidos y forma de presentación de las políticas de salud mental en Colombia y en otros países; para comprender las características y el abordaje de eventos específicos en salud mental; y, finalmente, para retomar experiencias y recomendaciones de intervención en salud mental. En particular, se analizó el documento de Política Nacional de Salud Mental promulgada por el Ministerio de Salud en 1998.
- c. *Establecimiento de prioridades de los eventos y áreas de intervención en salud mental.* Para el desarrollo de esta actividad fue convocada, a través de diferentes mecanismos, la comunidad científica y técnica en salud mental del país. En primera instancia, se realizó una consulta interna en las Direcciones Generales del Ministerio de la Protección Social. Posteriormente, con base en los resultados obtenidos en esa consulta, fueron indagados expertos nacionales acerca de las áreas prioritarias a intervenir en salud mental.

Adicionalmente, se tuvieron en cuenta los resultados preliminares que arrojó el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia 2003; incluyéndose en la lista de priorización final aquellos eventos de mayor prevalencia indicados por el Estudio. Como resultado de este abordaje se produjo un documento sobre los contenidos generales sugeridos para una Política de salud mental, el cual fue puesto en consideración ante distintas audiencias del país. La propuesta ajustada se presenta en la sección de resultados del este documento.

## **2. Formulación de recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el Sistema de Seguridad Social en Salud**

A partir de las consultas del documento de contenidos sugeridos para la política de salud mental, se identificó un conjunto de recomendaciones referidas a los ajustes requeridos para la adecuada incorporación de la salud mental en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Las recomendaciones fueron aquellos aspectos que en las consultas con expertos no hacían alusión al contenido mismo sugerido para la política de salud mental, sino con las condiciones que se requieren para poner en marcha una política de salud mental teniendo en cuenta dichos contenidos.

Para la definición de la forma de organización y presentación de las recomendaciones encontradas, se adoptó como marco de referencia el desarrollo conceptual del Pluralismo Estructurado (Londoño, 1997), al cual corresponde la estructura del modelo del SGSSS

## **3. Diseño de una metodología para establecer los costos de atención de eventos prioritarios de salud mental**

La metodología diseñada se enmarca fundamentalmente en una propuesta de descripción de costos, denominación que se ha dado a las evaluaciones económicas parciales en las cuales no se realiza medición de la efectividad ni se hacen comparaciones entre varias alternativas (Drummond, 1991). Para dicha descripción de costos fue preciso identificar, cuantificar, medir y valorar los costos de la atención hospitalaria y ambulatoria de eventos priorizados en salud mental, desde la perspectiva del sistema de salud. Para el cumplimiento de este objetivo se llevaron a cabo las siguientes actividades, cada una con abordajes metodológicos específicos, así:

- a. *Diseño y aplicación de la metodología para establecer procesos de atención de eventos priorizados en salud mental, según su severidad.* De acuerdo con el enfoque de actividades, para el análisis de costos es necesario conocer cada una de las etapas y los recursos que se consumen en la prestación de un servicio. En este caso, los protocolos de atención en salud mental fueron la base para el establecimiento de dichas etapas y recursos necesarios para la atención de los dos eventos prioritarios (depresión y ansiedad).

Para la definición de los procesos de atención se tuvieron en cuenta las actividades relacionadas sólo con el tratamiento de dos eventos tipo (eventos sin comorbilidades: depresión unipolar para el caso de los trastornos del afecto y ataque de pánico para el caso de los trastornos de ansiedad) sin tener en cuenta el proceso de diagnóstico. Esto con el fin de medir los costos que correspondan exclusivamente a los eventos en estudio y no a procedimientos para el diagnóstico de otros eventos que hacen parte del diagnóstico diferencial.

b. *Selección del método para establecer los costos de atención de eventos priorizados en salud mental, según su severidad.* Para seleccionar el método de establecimiento de costos de atención de eventos priorizados en salud mental, se llevó a cabo revisión bibliográfica de los tres métodos de cálculo de costos de atención, a saber (Creese A and Parker D, 1994; Mendoza, 1995):

- i. “1. Costeo por establecimientos: basado en la identificación de centros de costos, tales como departamentos o servicios dentro de un hospital o centro de salud, y su subsiguiente prorrateo para la definición de las actividades del mismo. Es el método a emplear cuando interesa identificar costos a nivel de establecimientos de salud, hospitales, centros de salud o clínicas.
- ii. 2. Costeo por programas: basado en la identificación de los costos de los ingredientes del programa, su agregación y asignación a la producción total del mismo. Se emplea para comparar programas a nivel general, como por ejemplo programas nacionales, regionales o locales de control de una enfermedad, o intervenciones más específicas, como puede ser la comparación entre dos protocolos de tratamiento.
- iii. Costeo por actividades: en los cuales se identifican los costos incurridos en el tratamiento de determinada enfermedad, ciertos tipos de pacientes, o aún procedimientos médicos o de enfermería muy definidos.”

Para la selección del modelo de costos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: (i) que fuera aplicable al contexto del sector salud colombiano; (ii) que fuera replicable para la medición de costos de otros eventos de salud mental; (iii) que fuera factible de aplicar en términos de los recursos que implique para su implementación.

De acuerdo con lo anterior, se seleccionó el costeo por actividades teniendo en cuenta que el análisis de costos se haría en el marco del SGSSS el cual organiza la prestación de los servicios de salud alrededor de actividades, procedimientos e intervenciones; que se requería costear eventos de salud mental muy bien definidos; y era preciso tener concordancia con la forma como se levantaron los procesos de atención, según actividades, sus recursos y sus intensidades de uso.

Adicionalmente, se llevó a cabo una revisión bibliográfica tendiente a identificar la literatura científica relacionada con costos de eventos de atención en salud en general y salud mental en particular.

c. *Aplicación de la metodología diseñada para establecer los costos de atención de eventos priorizados en salud mental, según su severidad:*

La aplicación de esta metodología implicó una fase de recolección de información y otra de análisis de la misma. En la primera fase, se diseñaron los instrumentos de cálculo de costos e intensidades de uso de recursos consumidos (salarios, infraestructura, medicamentos y exámenes de laboratorio) y se procedió a su costeo según los precios actuales en el mercado.

En la segunda fase, una vez obtenidos los datos, se calcularon los costos totales por evento tipo y severidad de la atención de primera elección. Posteriormente, se realizó un análisis de sensibilidad, estimando los costos de atención teniendo en cuenta las variaciones factibles de la atención variando rubros que tuvieran un alto peso en el costo total de la atención, con el fin de establecer el efecto de dichas variaciones sobre dicho costo.

El resumen de los procesos y análisis ejecutados se presenta en la figura 1.

**Figura 1. Diagrama general de procesos y análisis**



## 5. RESULTADOS

Tal como se indicó en la introducción, los resultados que se presentan a continuación corresponden a los tres productos que hacen parte de los Lineamientos de la Política de Salud Mental para Colombia.

- Contenidos sugeridos para la política de salud mental en Colombia, teniendo en cuenta los principales resultados del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, los aportes de expertos nacionales consultados y la literatura actual sobre el tema.
- Recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el Sistema de Seguridad Social en Salud que sugieren los ajustes requeridos al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, para el adecuado abordaje del tema de salud mental, teniendo en cuenta las funciones planteadas por el modelo de pluralismo estructurado, el cual orienta el sistema de salud colombiano.

- Metodología para establecer los costos de atención de eventos prioritarios de salud mental, lo cual le permitirá establecer cuáles son los recursos de los que debe disponer y los costos a asumir, si se decide incluir y/o modificar la atención de diferentes eventos de salud mental en los planes de beneficios en salud.

## 5.1. CONTENIDOS SUGERIDOS PARA LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

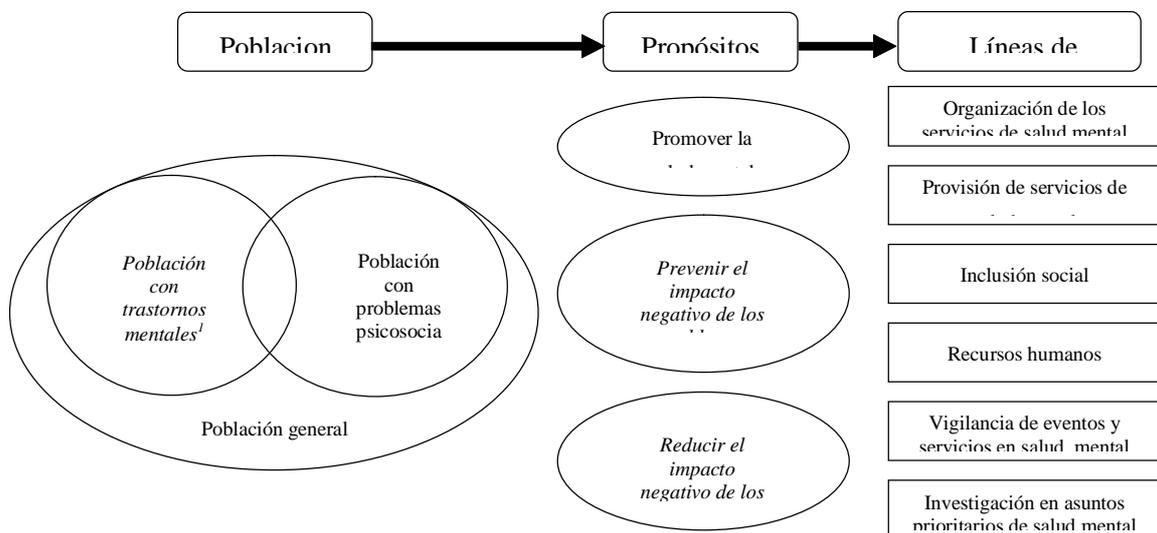
Los contenidos sugeridos para la política de salud mental en Colombia, corresponden a la definición de los aspectos técnicos que deben ser tenidos en cuenta en la formulación final de la política de salud mental. Por lo tanto, dichos contenidos dan cuenta de los objetivos de la política, las líneas prioritarias de intervención, teniendo en cuenta el contexto colombiano y las demandas en salud mental de la población, así como las estrategias propuestas para la implementación de cada una de las líneas planteadas.

El proceso de definición de los contenidos incluyó el uso de distintas metodologías e incorpora la perspectiva de distintos sectores interesados en el tema, a fin de legitimar este proceso y garantizar la factibilidad durante la implementación de la política pública.

Así, se realizaron consultas a expertos de distintas ciudades usando la técnica Delphi (Moreno-Casbas, 2001) y el consenso, consultas a funcionarios de diferentes áreas técnicas del Ministerio de la Protección Social; también, se llevó a cabo revisión de la literatura (especialmente la referida al diseño de políticas y sobre experiencias nacionales e internacionales de políticas y programas de salud mental); y, finalmente, se tuvieron en cuenta los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, 2003.

Para la formulación de la propuesta de contenidos de la política de salud mental se tuvo en cuenta la situación social colombiana, la prevalencia de los trastornos mentales en el país, la oferta actual de servicios y la organización de los mismos, se definió la población a intervenir, los propósitos de la política y líneas de acción (Figura 2).

**Figura 2. Esquema de contenidos sugeridos para una política de salud mental**



- 1) Incluye de manera prioritaria a quienes padecen de trastornos del afecto, de ansiedad y psicosis y sus cuidadores y a población entre 15 a 29 años con conducta suicida. La clasificación utilizada para los trastornos mentales y los problemas psicosociales es la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión -CIE-10, que tiene sus equivalencias en el DSM-IV.
- 2) Incluye desempleado(a)s, víctimas del conflicto armado (desplazado(a)s por el conflicto armado, secuestrado(a)s liberados, población en zonas de conflicto armado y excombatientes), víctimas de otras violencias (cónyuges maltratados, niño(a)s maltratado(a)s en la familia, niño(a)s maltratado(a)s en centros educativos y anciano(a)s maltratado(a)s).

### ***5.1.1. PRINCIPIOS DE POLÍTICA EN SALUD MENTAL***

Los principios para una política de salud mental recogen los principios del servicio público esencial de Seguridad Social y los del Sistema General de Seguridad Social en Salud, propuestos en la Ley 100 de 1993. En consecuencia, la política se regirá por los principios generales de Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Unidad, Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre escogencia, Autonomía institucional, Descentralización administrativa, Participación social, Concertación y Calidad. Además, se sugieren como principios específicos para el abordaje de la salud mental, los siguientes:

- **Continuidad:** los servicios de salud mental deberán ser provistos con la regularidad y durante el tiempo que se requiera, en reconocimiento que la continuidad influye en la calidad y en la eficiencia de los servicios.
- **Integración funcional:** dado el carácter interinstitucional e intersectorial de la salud mental, se promoverá el trabajo concertado y articulado entre todas las organizaciones del sector salud y aquellos sectores que ofrecen servicios conexos para el abordaje integral de la salud mental.
- **Respeto por las diferencias:** en el marco de la salud mental se promoverá y protegerá el respeto por las diferencias étnicas, culturales, sexuales, de género, generacional, político y religioso. Por tanto, los servicios de salud mental se diseñarán de tal forma que sean aceptables para la comunidad que los recibe.
- **Promoción y protección de los derechos humanos:** el marco normativo en salud mental reconocerá la importancia de promocionar y proteger los derechos humanos de las personas con problemas mentales, buscando evitar el estigma y la discriminación.
- **Participación de los pacientes, las familias y las comunidades:** en el contexto de la política se promoverá que las personas con problemas mentales, sus familias y las comunidades sean involucradas en el manejo de dicho problema; reconociendo también, el papel crucial del cuidador en el manejo de la persona con trastorno mental y las necesidades de los cuidadores para que cumplan de manera adecuada su papel.

### ***5.1.2. PROPÓSITOS DE UNA POLÍTICA EN SALUD MENTAL***

- Promover la salud mental de la población colombiana.

- Prevenir el impacto negativo de los problemas psicosociales sobre los individuos, familias y comunidades colombianas.
- Reducir el impacto negativo de los trastornos mentales sobre los individuos, familias y comunidades colombianas.

### **5.1.3. LÍNEAS DE ACCIÓN**

#### **1. Organización de Servicios de Salud Mental**

La prestación de servicios de salud comprende tres aspectos: la estructura organizacional para la prestación de servicios; la producción de servicios que resulta de una relación entre insumos y estructura organizacional; y, finalmente, un producto o resultado que debe corresponder a cambios positivos en la situación de salud de la población que se beneficia de los servicios (Londoño, 1997). Específicamente, la organización de los servicios se refiere a cómo éstos se estructuran para proveer servicios de salud con mayor efectividad a la población, teniendo en cuenta las particularidades del contexto en el que dichos servicios son demandados.

En Colombia, se ha reconocido que la organización de los servicios de salud mental presenta deficiencias que afectan su efectividad y la posibilidad de cumplir con los principios del Sistema General de Seguridad Social. En el actual Sistema, las entidades aseguradoras son las responsables de garantizar la red de servicios para sus afiliados. Por lo tanto, más que una red de servicios, lo que existe son redes de distintas instituciones, con debilidades de articulación para responder mejor a sus afiliados.

Lo anterior implica una redefinición de la prestación de servicios de salud mental y la estructura organizativa adecuada en el SGSSS para su promoción, prevención, vigilancia y atención integral; así como el análisis y redefinición del conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos relacionados con salud mental en los planes de beneficios del sistema, y la articulación de acciones y actores involucrados en la prestación de servicios de salud mental

#### **Objetivo:**

Fortalecer el desarrollo e integración de los servicios de salud mental a las redes públicas y privadas de servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

#### **Estrategias:**

- § Desarrollo de modelos de gestión de servicios básicos de salud mental aplicable en todos los municipios del país.
- § Integración de actividades, procedimientos e intervenciones básicas en salud mental, en el primer y segundo nivel de complejidad.
- § Fortalecimiento de las instituciones que prestan servicios de salud mental de tercer y cuarto nivel de complejidad.

- § Fortalecimiento de los servicios comunitarios de salud mental informales y los ofrecidos por entidades privadas sin ánimo de lucro.
- § Fortalecimiento de los vínculos entre las instituciones de salud de primer y segundo nivel de complejidad, las de tercer y cuarto nivel y los servicios comunitarios formales e informales.
- § Fortalecimiento de los vínculos entre los servicios de salud mental y los servicios conexos, especialmente con instituciones como Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Red de Solidaridad Social e Instituciones de seguridad ciudadana.

## **2. Provisión de Servicios de Salud Mental**

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades.

Así vista, la salud mental es un fenómeno complejo determinado por la interacción de variables individuales, sociales y ambientales, que exigen modelos integrales de atención en salud orientados a la protección de la salud mental, la promoción de la salud, la prevención de factores de riesgo y la atención adecuada de los trastornos mentales. Para la provisión de servicios de salud mental en el contexto de sistema de salud de Colombia, se proponen tres tipos de abordajes dirigidos a la población en general, poblaciones en condiciones de vulnerabilidad psicosocial y población con trastornos mentales, así:

### **A. POBLACIÓN GENERAL. Promoción de la salud y prevención primaria en salud mental**

La promoción de la salud mental está dirigida a toda la población, teniendo en cuenta que todas las personas, independiente de su condición, tienen necesidades de salud mental; por tanto, contempla un amplio espectro de acciones para intervenir sobre los factores de riesgo y los factores protectores de manera continua y a largo plazo, las cuales contribuyen a generar condiciones para construir comunidades e individuos mentalmente saludables.

La prevención primaria en salud mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales. Se enfatiza en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su auto-manejo y está dirigida a los individuos.

#### **Objetivo:**

Desarrollar y fortalecer las actividades, procedimientos e intervenciones de promoción de la salud y de prevención primaria en salud mental, en los planes de beneficios del SGSSS.

***Estrategias:***

- § Promoción de patrones de comportamiento saludables.
- § Promoción de la convivencia pacífica y prevención de la violencia intrafamiliar, en cuatro ámbitos: prevención del maltrato al menor, violencia en la pareja, violencia sexual y violencia al adulto mayor
- § Prevención de condiciones de salud mental antes de la concepción, y durante el embarazo, parto, puerperio y niñez temprana.

**B. POBLACIÓN EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL.  
Intervenciones específicas de prevención de factores de riesgo.**

Aunque no hay grupo humano inmune, el riesgo es más alto en los pobres, en las personas con baja escolaridad, desempleadas, migrantes, víctimas de la violencia y el desplazamiento, grupos de población indígenas, mujeres y niños maltratados, adolescentes desatendidos y ancianos abandonados. Se trata de situaciones diversas de vulnerabilidad que requieren de intervenciones especiales focalizadas a la personas y grupos afectados.

***Objetivos:***

Abogar por la prevención de los problemas psicosociales intervinientes por otros sectores diferentes a salud

Fortalecer las actividades, procedimientos e intervenciones para la reducción del impacto negativo de los problemas psicosociales, en los planes de beneficios del SGSSS

***Estrategias:***

- § Análisis y difusión del impacto negativo en salud mental del conflicto armado, entre las audiencias interesadas.
- § Provisión de atención integral en salud mental a la población víctima del conflicto armado (población en situación de desplazamiento, población que ha sido víctima del secuestro, población residente en zonas de conflicto armado y excombatientes).
- § Diseño, ejecución y evaluación de iniciativas locales intersectoriales de soporte psicosocial y asesoría al desempleado(a) y a su familia, o a grupos laborales en los asuntos relacionados con reinserción laboral, re-entrenamiento ocupacional y manejo del estrés y; desarrollo de investigación operativa sobre la relación salud mental y desempleo, con el fin de poner en marcha modelos de buenas prácticas en este campo

- § Provisión de atención integral en salud mental en casos de violencia intrafamiliar (cónyuges, niños, ancianos), mediante la creación e implementación de programas específicos que incluyan la capacitación del personal de salud; y otros sectores que prestan servicios de atención a personas víctimas de violencia intrafamiliar.
- § Provisión de servicios conexos durante todo el curso del problema psicosocial, mediante el fortalecimiento del trabajo interinstitucional, intersectorial y en red para la atención a la población con problemas psicosociales

### **C. POBLACIÓN CON TRASTORNOS MENTALES. Detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental**

Los objetivos y estrategias están basados en las particularidades de los trastornos mentales, referidas a: (i) algunos trastornos mentales pasan por diferentes etapas y grados de severidad que determinan unas necesidades e intensidades de servicios diferentes; (ii) algunos trastornos mentales tienen un carácter recidivante, que plantea necesidades de continuidad en su manejo; (iii) el manejo integral del trastorno mental requiere de manera imprescindible la inclusión de la persona con trastorno mental, su familia, sus cuidadores y la comunidad; y (iv) el manejo efectivo y de calidad del trastorno mental requiere de manera imprescindible el acceso oportuno y continuo a los medicamentos.

#### ***Objetivo:***

Fortalecer las actividades, procedimientos e intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, en los planes de beneficios del SGSSS.

#### ***Estrategias***

- § Inclusión de prestaciones articuladas a los planes de beneficios del SGSSS, que garanticen el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales:
- § Prevención y/o detección precoz y provisión de tratamiento oportuno de las crisis del trastorno mental, incluidas las conductas suicidas.
- § Definición de procesos para la coordinación y la continuidad en la prestación de los servicios de salud mental entre los distintos niveles de complejidad.
- § Capacitación del recurso humano de todos los niveles de complejidad para el tratamiento de los trastornos mentales.
- § Incorporación de la persona con trastorno mental y sus familiares en el manejo de su problema mental.
- § Acceso a una infraestructura hospitalaria en salud mental apropiada y segura tan cerca del lugar de vivienda del paciente, como sea posible.

- § Vinculación del sector productivo en la creación de mecanismos para la reinserción laboral.
- § Educación a la comunidad para aumentar la credibilidad de que las personas con trastornos mentales severos pueden hallar y mantener un trabajo con calidad.

### **3. Inclusión Social**

El estigma al que se ven enfrentadas las personas que tienen una enfermedad mental y sus familias, es un obstáculo para el temprano y adecuado tratamiento. El estigma generalmente conduce a discriminación, afectando la calidad de vida de los pacientes y sus familias; por ello es necesario realizar intervenciones tempranas para eliminar el estigma asociado a la salud mental y así romper el ciclo de la exclusión (Office of the Deputy Prime Minister, 2004).

#### ***Objetivo:***

Promover el conocimiento de los trastornos mentales y de las oportunidades de tratamiento, rehabilitación e inclusión social.

#### ***Estrategias:***

- § Promoción y desarrollo de iniciativas educativas sobre estigma y discriminación entre profesionales y agentes de salud.
- § Promoción de la prestación de servicios de salud mental en la comunidad.
- § Promoción de la aplicación de leyes que protejan los derechos de los enfermos mentales.
- § Diseño, implementación y evaluación de procesos para educar e informar al público en general sobre las características de las enfermedades mentales.
- § Promoción del trabajo articulado entre los sectores de educación, trabajo, salud y bienestar social.

### **4. Recursos Humanos**

La producción de servicios de salud implica una relación directa entre los usuarios y el personal de salud. Un sistema de salud sustentable depende del número y las características de la fuerza de trabajo con que cuente (Health Canadá, 2004). El equipo humano para la atención en salud en salud mental es complejo, pues allí converge personal profesional, técnico, voluntario y familiar con formación, responsabilidades e intereses diversos.

Asuntos como la descentralización y la incorporación de los servicios de salud mental a los servicios de salud general, han tenido impacto sobre los recursos humanos. Los niveles locales están asumiendo nuevas responsabilidades y, por tanto, existe mayor demanda de médicos generales y de otros profesionales con entrenamiento en salud mental.

En Colombia, la distribución de personal de salud en general es geográfica y numéricamente desigual (González, 2001). Teniendo en cuenta las condiciones actuales del país, es necesario promover el desarrollo de los recursos humanos para atender las necesidades y demandas en salud mental de la población.

***Objetivo:***

Promover el desarrollo de los recursos humanos en el campo de la salud mental.

***Estrategias:***

- § Caracterización de la situación de los recursos humanos en salud mental.
- § Concertación de metas y estrategias a corto, mediano y largo plazo con las entidades educativas para la formación de la fuerza de trabajo en salud que cumpla con las particularidades requeridas para la atención en salud mental.
- § Diseño e implementación de programas de educación continuada que fomenten y consoliden las capacidades de los trabajadores de salud para la gestión de los servicios en salud mental, con humanismo y calidad.

***5. Vigilancia de Eventos y Servicios en Salud Mental***

La vigilancia en salud pública es el proceso sistemático y continuo de obtención, análisis, interpretación y divulgación de información sobre eventos de salud, realizado con el objetivo de orientar las acciones individuales, comunitarias e institucionales necesarias para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el control de los eventos bajo vigilancia (Teutsch, 2000).

La implementación de un buen sistema de vigilancia permite conocer la magnitud y la tendencia de los eventos de salud, los factores de riesgo y la población afectada. Además, puede ser útil para evaluar las intervenciones en salud pública (Teutsch, 2000; WHO, 2001).

Con excepción de la información provista por las encuestas periódicas, el país no dispone de información rutinaria que oriente la toma de decisiones en salud mental, pese a la existencia de fuentes primarias como los registros de atención médica. El desarrollo e implementación de modelos de vigilancia en salud mental incorporado al sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, está plenamente justificada por la magnitud del problema en Colombia y la urgente necesidad de disponer de sistemas de monitoreo permanente en la aplicación de una política nacional de salud mental.

***Objetivo:***

Fortalecer la vigilancia en salud pública de eventos y servicios en salud mental.

### ***Estrategias***

- § Diseño e implementación de modelos de vigilancia en salud pública de los trastornos mentales, factores de riesgo, condiciones de vulnerabilidad de poblaciones de mayor riesgo de trastornos mentales, acceso, cobertura y calidad de servicios de salud mental.
- § Mejoramiento de los registros continuos de morbilidad y mortalidad de trastornos mentales y factores de riesgo asociados.
- § Mejoramiento de la gestión intersectorial en salud mental a través de un sistema de monitoreo de la gestión de servicios y programas.

### ***6. Investigación en Asuntos Prioritarios de Salud Mental***

La necesidad de que el conocimiento se convierta en elemento que sirva, no solamente para comprender la realidad, sino también para la toma de decisiones orientada al desarrollo social y económico de los países, ha sido reconocida por diferentes organismos (República de Colombia. DNP, 2000; Hanney, 2003).

La investigación comprende el trabajo creativo, realizado sistemáticamente, para incrementar el volumen de los conocimientos humanos, culturales y sociales y el uso de esos conocimientos para derivar nuevas aplicaciones.

Dada la necesidad de incrementar la evidencia para mejorar la prestación de servicios de salud mental, tanto para la población general como para las personas con problemas mentales, es necesario fortalecer la investigación en este campo (Dobrow, 2004; WHO, 2003).

#### ***Objetivo:***

Fortalecer la investigación en el campo de la salud mental.

### ***Estrategias***

- § Definición de una agenda de investigación en salud mental que establezca las líneas prioritarias concertadas entre la autoridad sanitaria, la comunidad científica, los sectores económico-político, y otros sectores involucrados en el desarrollo de una política de salud mental
- § Realización de investigaciones y Encuestas periódicas sobre salud mental de acuerdo a la agenda nacional de investigación en salud mental.
- § Establecer mecanismos para el uso de los resultados de las investigaciones realizadas.
- § Articulación del componente de Salud Mental a la Biblioteca Virtual en Salud de Colombia (BVS) y otros mecanismos de difusión que promuevan y faciliten el uso de los resultados de las investigaciones realizadas en salud mental.

## 5.2. RECOMENDACIONES PARA LA ADECUADA INCORPORACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

A continuación, se presenta un conjunto de recomendaciones acopiadas durante las actividades desarrolladas para la formulación de los contenidos sugeridos para la política de salud mental. Estas recomendaciones dan cuenta de las condiciones requeridas para poner en marcha una política de salud mental, teniendo en cuenta los contenidos de política sugeridos previamente.

Para una mejor comprensión, las recomendaciones se han organizado teniendo en cuenta la forma como está estructurado el Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS. Se entiende, entonces, que el modelo que orienta el SGSSS colombiano es el del Pluralismo Estructurado (Álvarez, 2000; Londoño, 1997).

En el modelo de pluralismo estructurado, las funciones de los sistemas de salud son:

- *Modulación:* esta función se refiere a establecer, implantar y monitorear las reglas de juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica.
- *Financiamiento:* corresponde a la movilización de recursos financieros, bien sea provenientes de fuentes primarias (hogares y empresas) o secundarias (gobierno y organismos internacionales) y a la subsecuente asignación de los mismos para la prestación de servicios.
- *Articulación:* con esta función se trata de hacer coherente la articulación de los distintos componentes responsables de la atención en salud a la población.
- *Prestación:* se refiere al proceso mismo de producción de servicios de salud, el cual involucra recursos o insumos, una estructura y unos productos.

En el tema de la salud mental, las recomendaciones respecto al SGSSS, se refieren a:

### A. MODULACION

#### Desarrollo del Sistema:

En el caso colombiano, la dirección del Sistema de Protección Social, en el cual se inscribe la salud, es responsabilidad central del Ministerio de la Protección Social. En ese marco, es necesario **redefinir la forma cómo está concebida la salud mental y reconsiderar la estructura organizativa adecuada**, para poder cumplir las funciones de coordinación, control y seguimiento a la política de salud mental en el Sistema de Protección Social. Además, es necesario especificar los mecanismos de acompañamiento y control a nivel territorial, municipal y departamental, para la puesta en marcha de la política.

De igual forma, se requiere que el Ministerio de la Protección Social, en la formulación de la política de salud mental, **incluya los mecanismos de evaluación** de la misma, como una

forma de rendición de cuentas frente a la corresponsabilidad para la atención de esta problemática en Colombia. Además, debe tenerse en cuenta que desde una concepción de salud pública, es la política de salud mental la que promueve la articulación de ésta con las demás políticas de protección y salud relacionadas.

Teniendo en cuenta que en la función de modulación también deben establecerse las prioridades en salud para la asignación de recursos, es imprescindible que **se analice y redefina el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud- POS, las acciones que hacen parte del Plan de Atención Básica- PAB, y dejar planteado cómo las acciones individuales del POS se articulan con las acciones colectivas del PAB en el tema de salud mental.** Todo esto debe ser realizado tomando en consideración las actuales condiciones sociales, económicas y políticas del país.

Además, se sugiere **incluir la atención de la salud mental dentro del primer nivel de atención,** lo que implica la disponibilidad y el entrenamiento de profesionales de cuidado primario en la detección y tratamiento de los problemas mentales. Unido al fortalecimiento del primer nivel de atención, se requiere **mantener un tercer nivel de atención altamente especializado,** con recursos tecnológicos y humanos apropiados, integrado al sistema de prestación de servicios general.

Por tanto, es necesario propiciar un desmonte gradual de los grandes hospitales psiquiátricos aún existentes, con un trabajo simultáneo de fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud en el área de la salud mental y de prevención de la enfermedad mental.

Así mismo, es necesario **igualar el POS-Contributivo con el POS-Subsidiado en lo concerniente a salud mental,** teniendo en cuenta que las necesidades de la población requieren iguales posibilidades de atención (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1993.) En ese marco, teniendo en cuenta el papel de los medicamentos en los procesos terapéuticos, orientado a reducir la discapacidad, acortar el curso de muchos trastornos y prevenir las recaídas (OMS, 2001), es necesario **mejorar el acceso y la cobertura de los medicamentos esenciales incluidos en el POS;** y en el caso de la población “no vinculada”, es preciso **montar subsidios** para garantizar, por lo menos, el acceso a medicamentos requeridos para la atención de las enfermedades de salud mental con mayor prevalencia en el país.

Una vez se ajusten los paquetes de beneficios y se consiga sean iguales para los dos regímenes de afiliación, se sugiere **realizar evaluaciones periódicas** para revisar dichos planes, de tal forma que su actualización responda a las condiciones cambiantes del contexto y a la evidencia científica disponible. Por ejemplo, cabe señalar que aspectos como la consejería genética, dada su relación con la detección temprana de problemas de salud mental, debería incluirse en el plan de beneficios, tanto del POS-Contributivo como del Subsidiado.

Se recomienda, además, que en los ajustes a los paquetes de prestación de servicios participen las distintas instancias responsables de la salud, tales como Estado, pacientes, Entidades Prestadoras de Servicios y Entidades Aseguradoras, entre otras.

Por último, respecto a prioridades para la asignación de recursos, se requiere que **enfermedades como la esquizofrenia, se incluyan dentro del grupo de enfermedades de alto costo.** Esto con el fin de garantizar su adecuada atención y financiamiento, a través de su aseguramiento como enfermedades catastróficas y un flujo adecuado de recursos a las EPS (Céspedes, 2002).

### **Acción intersectorial:**

Para el caso de la atención a la salud mental, la recomendación propuesta plantea que la acción intersectorial debe dar cuenta de qué es y cómo se concreta la integración funcional al interior del SGSSS (entidades del sector) y con otros sectores, que son co-responsables de la salud mental de la población.

Así, se deben **definir las competencias y las líneas de coordinación entre las entidades adscritas y vinculadas**<sup>1</sup> al Ministerio de la Protección, para responder articuladamente al tema de salud mental. Además, se requiere que desde el ámbito nacional se definan las directrices de acción intersectorial que van a soportar dicho trabajo en el ámbito territorial, municipal y departamental. De esta manera, entendiendo la importancia de la acción intersectorial, le compete al Ministerio de la Protección Social, definir cómo encaminar la dicha acción intersectorial en el ámbito territorial.

Además, considerando que la investigación juega un papel importante en la toma de decisiones públicas y que se ha recomendado la **definición de una agenda de investigación para la política de salud mental, esta debe articularse con la política nacional de investigación impulsada por COLCIENCIAS.**

Finalmente, desde el Ministerio de la Protección Social se deben definir los mecanismos orientados al **cumplimiento de acuerdos,** que el país ha firmado en el escenario mundial, en el tema de salud mental.

### **Regulación:**

En la vigilancia y control en salud mental se mencionan tres ámbitos claves: las entidades prestadoras de servicios y las aseguradoras, los medicamentos y las entidades privadas (formales e informales) que prestan servicios de salud mental.

En el primer caso, **las acciones de vigilancia y control deben extenderse más allá de las ciudades capitales y considerar la zona rural.** Con respecto a los **medicamentos,** se

---

<sup>1</sup> Entidades adscritas: Superintendencia Nacional de Salud, Superintendencia del Subsidio Familiar, Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, el Sanatorio de Agua de Dios, el Sanatorio de Contratación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, el Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Caja de Previsión Social de la Superintendencia Bancaria y Capresub.

Entidades vinculadas: el Instituto de Seguros Sociales, ISS, la Caja Nacional de Previsión Social, Cajanal, la Caja de Previsión Social de Comunicaciones, Caprecom, la Empresa Territorial para la Salud, Etesa, y la Promotora de Vacaciones y Recreación Social (República de Colombia. Decreto 205/2003).

requiere fortalecer la vigilancia de su calidad, dado su papel en el tratamiento de los trastornos mentales. Para las entidades privadas que realizan atención de la enfermedad mental, se deben mejorar los sistemas de información con el fin de conocer las características, condiciones y resultados de las intervenciones que estas entidades realizan.

### **Mobilización social para la salud:**

Dado que en esta sub-función se inscribe la participación comunitaria, para el caso de la salud mental se recomienda definir los mecanismos y espacios para que las personas que sufren una enfermedad mental, junto con sus familias, puedan participar en la gestión de los servicios de salud mental, de tal forma que contribuyan a garantizar la calidad del servicio, la equidad en el acceso y la protección de los derechos de las personas con problemas mentales.

Adicionalmente, teniendo en cuenta el estigma y la discriminación existente frente a la enfermedad mental, se reconoce la necesidad de informar más y mejor a las familias sobre los recursos institucionales existentes para la solución de sus problemas en salud mental.

### **B. FINANCIAMIENTO**

En esta función, referida a la asignación de dineros para la prestación de servicios de salud, se propone la necesidad de incrementar la inversión para el tema de salud mental, teniendo en consideración la crítica situación social, económica y política por la que atraviesa el país, la cual está impactando negativamente las condiciones de salud mental de la población.

Dicha sugerencia es coherente con el ajuste que se requiere hacer a los planes de beneficio, en la cual se propone la inclusión de nuevas actividades, procedimientos e intervenciones en los dos Regímenes de Afiliación en Salud; ello implica, por tanto, una redefinición de las fuentes de financiamiento para estos servicios.

### **C. ARTICULACIÓN**

Para lograr una mejor articulación entre poblaciones y entidades prestadoras, es imprescindible que la red de servicios de salud, para la atención de la salud mental, se adecue a la situación actual del país. Por ejemplo, deben tenerse en cuenta las condiciones de las poblaciones de zonas rurales, que por razón del conflicto armado se ven altamente impactadas en su salud mental y las de poblaciones en situación de desplazamiento que requieren atención en los lugares de recepción.

### **D. PRESTACIÓN**

En la función de prestación, se espera que en el diseño de la estructura organizacional para la prestación de servicios, queden explícitas las competencias del nivel local para el manejo del tema de salud mental, teniendo en cuenta la condición de municipios descentralizados y no descentralizados; la situación particular de las zonas rurales; la oferta de servicios

públicos y privados, formales e informales, institucionales y comunitarios; y los niveles de complejidad de atención, de tal forma que se logre coherentemente una adecuada prestación de servicios de salud mental para la población.

### **5.3. COSTOS DE ATENCIÓN DE EVENTOS PRIORITARIOS DE SALUD MENTAL**

#### **5.3.1. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE COSTOS**

El análisis de costos se realizó con el enfoque de costeo de actividades con base en los protocolos de atención en salud mental de dos eventos sin co-morbilidades, que sirvieron para el establecimiento detallado de las etapas y recursos necesarios para la atención de los dos eventos prioritarios: depresión unipolar para el caso de los trastornos del afecto y ataque de pánico para el caso de los trastornos de ansiedad. Calculados los costos totales por evento tipo y severidad de la atención de primera elección y las intensidades de uso de recursos consumidos (salarios, infraestructura, medicamentos y exámenes de laboratorio), se procedió a su costeo según los precios actuales en el mercado y teniendo en cuenta el efecto de las variaciones factibles de la atención en aquellos rubros con un alto peso en el costo total de la atención.

A continuación se presentan los costos de atención de los eventos tipo priorizados, depresión unipolar y ataque de pánico y sus posibles cursos.

#### **DEPRESIÓN UNIPOLAR**

En la tabla 1 que muestra los costos de tratamiento de la depresión, según tipo de atención, se resalta:

- Los costos del tratamiento anual de una depresión de baja y de alta complejidad, son mucho menores que el costo de una hospitalización de 20 días requeridos para el manejo de una crisis;
- El costo de tratamiento de una depresión de alta complejidad es menor que el tratamiento de una depresión de baja complejidad. Esto, a expensas de los recursos humanos, debido a que en el proceso de atención de la depresión de alta complejidad, el profesional de psiquiatría realiza las actividades de los médicos generales y psicólogos.
- En el tratamiento por consulta externa, los medicamentos representan más del 50% del costo total de la atención.

**Tabla 1. Costos de atención con tratamiento de primera elección para Depresión Unipolar**

<b>TIPO DE EVENTO</b>	<b>TIPO DE RECURSO</b>	<b>COSTO</b>
Depresión para manejo por consulta externa de baja complejidad	Recursos humanos	231.060
	Infraestructura	128.670
	Medicamentos	559.785

	Exámenes de laboratorio	17.533
<b>COSTO TOTAL</b>		<b>937.048</b>
Depresión para manejo por consulta externa de alta complejidad	Recursos humanos	100.751
	Infraestructura	41.033
	Medicamentos	559.785
	Exámenes de laboratorio	17.533
<b>COSTO TOTAL</b>		<b>719.102</b>
Depresión para manejo hospitalario	Recursos humanos	736.766
	Infraestructura	951.200
	Medicamentos	65.623
	Exámenes de laboratorio	8.767
<b>COSTO TOTAL</b>		<b>1.762.356</b>

## ATAQUE DE PANICO

En la tabla 2 se presentan los costos de tratamiento del ataque de pánico, según tipo de atención. En este cuadro se resalta:

- El costo del tratamiento anual del ataque de pánico es mayor que el costo de una hospitalización de 12 horas requeridos para el manejo de una crisis,
- En el tratamiento por consulta externa, los medicamentos representan casi 90% del costo total de la atención.

**Tabla 2. Costos de atención con tratamiento de primera elección para Ataque de Pánico**

TIPO DE EVENTO	TIPO DE RECURSO	COSTO
Ataque de pánico para manejo por consulta externa	Recursos humanos	100.751
	Infraestructura	41.033
	Medicamentos	1.390.747
	Exámenes de laboratorio	17.533
<b>COSTO TOTAL</b>		<b>1.550.064</b>
Ataque de pánico para manejo hospitalario	Recursos humanos	42.394
	Infraestructura	8.740
	Medicamentos	12.723
	Exámenes de laboratorio	8.767
<b>COSTO TOTAL</b>		<b>72.624</b>

### ***5.3.2. METODOLOGIA PARA ESTABLECER EL COSTO DE ATENCIÓN DE EVENTOS PRIORITARIOS DE SALUD MENTAL***

En esta sección se presenta una guía metodológica para la realización de análisis de costos de atención de eventos en salud mental. Cabe precisar que los procesos aquí descritos podrían ser aplicables a otros eventos de salud, con las adaptaciones necesarias.

La guía está constituida por un documento principal que presenta los pasos a seguir para la realización de análisis de costos, con sus respectivos instrumentos, y dos documentos que apoyan este tipo de análisis.

El objetivo de la guía es apoyar metodológicamente el proceso de diseño y ejecución de los análisis de costos de atención en salud mental, y está dirigida, en primer término, a los responsables de la toma de decisiones relacionadas con la asignación de recursos para la prestación de servicios de salud; y en segundo término, a gerentes y personal administrativo de instituciones prestadoras de servicios de salud.

Para efectos de profundizar en la metodología de análisis de costos y, en general, de análisis económicos de atención de la salud, se recomienda apoyarse en documentos que son bastante detallados para la aplicación de este tipo de metodología (Drummond, 1991; OMS, 1994).

Esta guía pretende ser la puerta de entrada a la iniciación de personal de salud en la realización de análisis económicos. Sin embargo, no se constituye en un documento que capacite a cabalidad para la ejecución de este tipo de análisis.

A continuación se presentan los pasos más importantes a seguir:

- **Definición de la perspectiva del análisis:** Lo primero que se debe realizar en cualquier tipo de análisis económico es definir la perspectiva del análisis. Esto es, definir si este se va a realizar desde el punto de vista del paciente, de las instituciones o de la sociedad. La selección de la perspectiva determina cuáles costos son o no relevantes para incluir en el análisis.

En esta primera etapa también es necesario establecer los alcances que tendrá el análisis. Así, definir si estará orientado a dar información desde el diagnóstico hasta la rehabilitación, o si se va a centrar en una de las fases, por ejemplo solo en el tratamiento o en una fase crítica.

Esta guía está desarrollada para hacer análisis del costo de atención desde el punto de vista de las instituciones y se concentra en la fase de tratamiento.

- **Identificación de actividades y recursos:** Este paso se orienta a identificar cada uno de los elementos, insumos o actividades incluidos en el proceso de atención. Dado el esquema de funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Colombia, la identificación se realiza definiendo, primero, cada una de las actividades que se realizan en el proceso de atención.

Estas actividades deberán ser escogidas de manera que sean lo suficientemente grandes como para que eviten la medición de costos que tienen una participación insignificante en el costo total, pero que su medición requeriría un gran esfuerzo y, lo suficientemente pequeñas como para permitir la desagregación del costo en las partes más importantes del proceso de atención.

**Ejemplo:** En una hospitalización las actividades incluyen el examen diario por parte de psiquiatría, la terapia de grupo por parte de sicología y la terapia ocupacional por parte de terapeutas ocupacionales.

*En la estimación de los costos, si la hospitalización de manera macro se considerara como una actividad en el proceso de atención, no se podrían ver los diferentes componentes de los costos y se pueden pasar inadvertidos procedimientos y recursos importantes. Además, si diferentes componentes de la terapia ocupacional a lo largo del día se considerasen como actividades, se haría una desagregación que no aportaría al cálculo de los costos y esto volvería ineficiente el proceso de recolección de esta información.*

Para esta etapa es conveniente contar con expertos en el área y con protocolos validados, que den cuenta del proceso de atención del evento en estudio, con el fin de identificar las principales actividades de la atención, los recursos necesarios (incluyendo personal, infraestructura, exámenes y medicamentos) y las intensidades con las cuales son usados durante la atención de los pacientes.

Es importante tener en cuenta que en algunas ocasiones los protocolos de atención pueden no estar explícitos o no estar disponibles por diferentes razones. Para sortear esta dificultad es preciso diseñar protocolos, ya sea a partir del levantamiento de procesos, con base en las prácticas reportadas por los profesionales, o a partir de protocolos de atención solicitados a instituciones y personas. Esta tarea en la mayoría de las ocasiones, toma un tiempo importante que debe ser tenido en cuenta cuando se establece el cronograma de trabajo.

Con el fin de lograr un análisis de costos que de cuenta de la realidad de la atención de los pacientes, teniendo en cuenta su evolución, es preciso que las actividades sean definidas teniendo en cuenta los diferentes tipos de eventos, dados diferentes niveles de severidad y la presencia de crisis o eventos agudos, entre otros aspectos clínicos importantes en el tratamiento de la enfermedad.

Así, por ejemplo para el manejo de un paciente con depresión de baja complejidad, es necesario:

- Brindar atención de consulta externa de psiquiatría, medicina general y de psicología.
- Formular medicamentos como la Imipramina de 25 mg, por al menos un año.

- Realizar dos hemogramas al año.
- **Cuantificación de los recursos.** Una vez se han identificado las principales actividades del proceso de atención, es preciso realizar la cuantificación de los recursos que se consumen. Para esto, es necesario obtener el listado de los insumos requeridos en la realización de cada una de las actividades.

Es importante que en esta cuantificación también se incluyan aquellos recursos que no han requerido un desembolso explícito en dinero, sino que corresponden a donaciones, uso de recursos existentes (que fueron adquiridos con anterioridad para otros fines) o servicios de personal voluntario. La lógica de incluir estos recursos se basa en que sino se hubiesen tenido, habría que haber incurrido en un gasto para disponer de ellos.

Dicho listado puede ser obtenido a partir de la identificación del tipo y cantidad de los insumos requeridos, tales como:

Cantidad y tipo de personal requerido. Continuando con el ejemplo del paciente con depresión de baja complejidad, se necesita:

- Un Psiquiatra que brinde atención de consulta externa de 30 minutos de duración, por una sola vez en el año.
- Un médico general que brinde atención de consulta externa de 20 minutos de duración, 15 veces al año.
- Un profesional de psicología que brinde atención de consulta externa de 30 minutos de duración, 52 veces al año.

Como los profesionales deben repartir su tiempo a la atención de varios pacientes, es necesario calcular la fracción de mes que dedica a la atención de uno solo, para no sobreestimar el costo de la atención. De esta manera, dicha fracción se calcula así:

Fracción de mes =	Tiempo diario en minutos dedicado por cada tipo de personal
	# semanas al mes * # horas por semana * # minutos por hora

Cantidad y tipo de infraestructura necesaria para que el personal pueda brindar la atención al paciente. Por ejemplo, si se necesita una infraestructura de consulta externa, de hospitalización u otra. En el ejemplo de la depresión de baja complejidad la cantidad y el tipo de infraestructura necesarias se detalla a continuación:

- Una infraestructura de consulta externa de psiquiatría durante 30 minutos por una sola vez en el año.
- Una infraestructura de consulta externa de medicina general durante 20 minutos, 15 veces en el año.
- Una infraestructura de consulta externa de psicología para 52 citas de 30 minutos de duración.

En esta etapa es importante suponer y tener en cuenta que para contar con un espacio para la realización de una consulta externa, por ejemplo, se ha tenido que haber incurrido en unos costos que incluyen, entre otros, los servicios de aseo, mantenimiento, servicios generales y servicios públicos, sin los cuales no se podrían realizar las actividades de atención.

Además, a menos que el interés del análisis determine otra cosa, en el costo de la infraestructura también debe incluirse el costo de otros insumos que se consumen en el proceso de atención y aquellos que son de tipo durable. Entre los primeros se encuentran elementos tales como bajalenguas, pañuelos desechables, algodón y jeringas; y, entre los segundos se encuentran equipos tales como fonendoscopios, tensiómetros y básculas .

Cantidad y tipo de medicamentos formulados. Por ejemplo, la cantidad de Imipramina de 25 mg, para ser tomada en tres pastillas durante los 365 días del año.

Cantidad de otros elementos que se consideren importantes en el análisis tales como exámenes de laboratorio. En el ejemplo que se ha venido considerando, es preciso que al paciente con depresión de baja complejidad se le tomen dos hemogramas al año.

Para el registro de los datos obtenidos hasta este punto, es conveniente diseñar y utilizar instrumentos, tales como hojas de cálculo, que ayuden a ir construyendo el costo del proceso de atención y que serán utilizadas a lo largo del proceso de análisis de costos.

- **Valoración de recursos.** Esta etapa se refiere a la estimación del valor de los recursos consumidos y utiliza los precios existentes en el mercado, como fuente principal de valoración. A continuación se presenta cómo proceder para la valoración de distintos tipos de recursos.
  - a. Recursos Humanos. Para realizar valoración de recursos humanos, es conveniente utilizar el salario devengado como medida del precio de mercado, y multiplicarlo por la fracción de tiempo dedicada a cada una de las actividades. Esta información puede ser obtenida de las oficinas de gestión del talento humano de las diferentes instituciones.

El tiempo dedicado por personal voluntario debe ser valorado utilizando el precio de mercado de su tiempo, representado por el salario mínimo legal vigente. Para obtener la información acerca del tiempo dedicado, pueden realizarse entrevistas a personal involucrado que de cuenta de las actividades y las horas dedicadas semanalmente por este personal.

- b. Recursos Físicos. En la valoración del uso de espacios físicos como consultorios, habitaciones para hospitalización y otros espacios, es conveniente utilizar el valor del alquiler que se habría tenido que pagar por su utilización. Sin embargo, si se tiene en la institución una cifra que dé cuenta de los costos de funcionamiento de

los espacios, puede ser utilizada ya que estaría incorporando los costos de servicios administrativos, servicios públicos y otro apoyo de tipo logístico necesario para el funcionamiento de dichas instalaciones.

- c. Vehículos. Para las situaciones en las que se requiera valorar el uso de vehículos para el transporte del paciente como parte de su atención, en ambulancia por ejemplo, se puede utilizar la tarifa que se cobra por dicho servicio. La información acerca de las tarifas podrá ser consultada en las oficinas de facturación de las instituciones.
- d. Equipos. Para la valoración de equipos existen dos alternativas. En una se supone que el equipo habría tenido que comprarse, y se tendría que calcular la depreciación y multiplicarla por la fracción de tiempo mensual usada en la atención. Esta opción tiene la dificultad de que una vez el valor contable del equipo se vuelve cero, implicaría que el costo del uso fuera cero, lo cual no es coherente con la medición de costos económicos, pues aún se dispondría del recurso para su utilización.

Para sortear este tipo de dificultades, otra alternativa más sencilla es obtener el valor del alquiler de un equipo por horas, días o meses y multiplicarlo por la fracción de tiempo de utilización en el proceso de atención.

- e. Dotación, suministros y medicamentos. La valoración de este tipo de elementos se realiza estableciendo cuánto habría costado comprarlos para ofrecer la atención.
- f. Exámenes de laboratorio. Como aproximación a la valoración puede usarse el precio al que se ofrece el tipo de examen requerido.

Es preciso tener presente que los precios para valorar los recursos consumidos, deberían corresponder al promedio del precio de mercado, el cual se obtiene a partir del cociente de la suma de diferentes precios y el número de precios incluidos.

- **Obtención del costo del uso de cada recurso y del costo total.** Una vez se han incluido los datos para realizar las valoraciones, se pasa a obtener el costo del uso de cada recurso. Luego, se procede a hacer agregaciones de los costos de las diferentes actividades del proceso de atención. De esta manera, se obtiene el costo total de brindar la atención.

Así, en el ejemplo, la atención de un paciente con depresión de baja complejidad tendría un costo total de \$1.741.080, constituido por costos de personal de \$239.014, de infraestructura de \$132.117, de medicamentos de \$1.352.416 y de exámenes de \$17.533.

- **Análisis de sensibilidad.** Con el fin de observar cómo se modificaría el costo de la atención, debido a la variación de aspectos importantes del proceso de atención, es necesario realizar análisis de sensibilidad, adicionando o suprimiendo recursos del proceso de la atención que se consideren sean factibles de cambiar y tengan un peso

económico importante en el proceso de atención, sin que se afecte la efectividad. De esta manera, se pueden obtener escenarios que permitan observar hasta qué nivel puede aumentarse o reducirse el costo de atención.

Así, la depresión de baja complejidad podría ser atendida sin un psiquiatra; de esta manera, el costo del personal para la atención de consulta externa se modificará de \$239.014 a \$231.066 y el costo total se reducirá de \$1.741.080 a \$1.733.132, como producto de la realización de la atención de consulta externa sin la participación de un psiquiatra.

Una vez obtenidos los resultados del análisis de costos, se podrá establecer cuáles son los recursos de los que debe disponer para la atención de diferentes eventos de salud mental y los costos a asumir, en el caso que decida incluir y/o modificar la atención de diferentes eventos de salud mental en los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud pueden utilizar la metodología de análisis de costos para contar con más herramientas en negociación de los contratos con las aseguradoras.

Finalmente, es importante realizar algunas consideraciones que podrían asegurar la factibilidad de realizar análisis económicos en salud y asegurar el uso de los resultados obtenidos, las cuales se presentan a continuación:

- Lograr la aceptación de la idea mostrando los beneficios que se obtendrán de su realización, para lo cual será necesario mostrar que estos análisis no se hacen con la visión de juzgar las acciones realizadas por las personas y las instituciones.
- Ser creativo en la forma de obtención de la información, con el fin de sortear dificultades originadas en la renuencia a brindar información de tiempo, cantidades y precios, por parte de las personas e instituciones.
- Tener conciencia de que los análisis económicos no son procesos sencillos, que puedan realizarse por parte de personal sin entrenamiento en el área, por lo cual se requiere contar al menos con la asesoría de un profesional de economía que supervise la realización de cada una de las etapas del análisis.
- Para la realización del cronograma y presupuesto, es preciso tener en cuenta que los análisis económicos implican una dedicación importante de tiempo y recursos, por lo cual tienen un costo en sí mismo, que debe ser comparado con los beneficios de la decisión tomada con sus resultados.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P, Saxenian H. Design, content and financing an essential national package of health services. Bulletin World Health Organization. 1994;72(4):284-293.

- Chisholm D, Diehr P, Knapp M, Patrick D, Treglia M, Simon G; LIDO Group. Depression status, medical comorbidity and resource costs. Evidence from an international study of major depression in primary care (LIDO). *Br J Psychiatry*. 2003 Aug;183:121-31.
- Gomel MK. Nation for mental health. A Focus on Women. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization. Geneva. 1997.
- Hanney Stephen, Gonzalez-Block, Miguel A, Buxton Martin J. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Bio Med Central Health Research Policy and Systems* 13 January 2003.
- Harpham T, Reichenheim M, Oser R, Thomas E, Hamid N, Jaswal S, Ludermir A, Aidoo M. Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health Policy Plan*. 2003 Sep;18(3):344-9.
- Hidnito, Diana M. Dye Thomas R. *Social Welfare: politics and public policy*. Library of Congress Cataloging-Publication Data. United States. Second edition 1987.
- Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud. 2001.
- Jenkins R. Making psychiatric epidemiology useful: the contribution of epidemiology to government policy. *International Review of Psychiatry* (2003),15,188 –200.
- Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Sep;60 (9):897-903.
- Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 14:4-8.
- Mental Health Determinants and Populations. Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization. Geneva. 2000.
- Moreno-Casbas T. Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35(6):857-863.
- Noorbala AA, Bagheri-Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*. 2004;184:70-73.
- República de Colombia, Ministerio de Salud. *Política Nacional de Salud Mental. Salud Mental para volver a soñar*. 1998. Santafé de Bogotá.
- Salazar Vargas, Carlos. *Las políticas públicas*. Pontificia Universidad Javeriana. Colección profesores No.19. Segunda edición. 1999.
- Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M et al. *Psychiatric morbidity among adults living in private households - 2000*. London. 2001.
- Stimpson NJ, Thomas HV, Weightman AL, Dunstan F Lewis G. Psychiatric disorder in veterans of the Persian Gula War of 1991. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182;391-403.
- Stone D, Maxwell S, Keating M. *Bridging Research and Policy. An International Workshop Funded by UK Department for International Development Radcliffe House. Warwick University. 16-17 July. 2001*.
- Sutton R. *The policy process: an overview*. Overseas Development Institute. Working paper 118. London, 1999.
- Townsend C, Whiteford H, Baingana F. *International Review of Psychiatry* (February/May 2004),16(1 –2),18 – 23. *The Mental Health Policy Template: domains and elements for mental health policy formulation*.
- Whiteford H. Can research influence mental health policy? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35:428-434.