



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud®

Evidencia que promueve Confianza

**Estudio técnico de los servicios de internación
o institucionalización de estancia completa y
estancia parcial en institución no hospitalaria
para esquizofrenia no especificada (F209) en el
marco del procedimiento técnico científico y
participativo de exclusiones**

Reportes No. 1281 y 1282

Septiembre 2020

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores políticas públicas y prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, el Instituto Nacional de Salud - INS, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

Autores

Echeverry-Coral, Sandra Johanna, Bacterióloga especialista en Bioquímica Clínica, Magister en Epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Cortes-Muñoz, Ani Julieth, Bacterióloga, Magister en Epidemiología, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Agradecimientos

Astrid Isabel Arrieta Molinares, Médica Psiquiatra, Presidente Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Natalia Sánchez, Médica Psiquiatra, Directora Científica Clínica La Inmaculada.

Luis Fernando Muñoz, Médico Psiquiatra, Magister en Rehabilitación Psicosocial.

Entidad que solicita el estudio

Este estudio técnico se realiza por solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiadas con recursos públicos asignados a la salud.

Fuentes de financiación

Ministerio de Salud y Protección Social. Contrato 182 de 2020.

Conflictos de interés

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este informe.

Declaración de independencia editorial

El desarrollo de este estudio, así como sus conclusiones, se realizaron de manera independiente, transparente e imparcial por parte de los autores.

Todos los autores declaran haber leído y aprobado el contenido de este estudio.

Derechos de autor

Los derechos de propiedad intelectual del contenido de este documento son de propiedad conjunta del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales y las citas y referencias bibliográficas enunciadas.

En consecuencia, constituirá violación a la normativa aplicable a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar, su modificación, copia, reproducción, fijación, transmisión, divulgación, publicación o similares, parcial o total, o el uso del contenido del mismo sin importar su propósito, sin que medie el consentimiento expreso y escrito del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Consideraciones técnicas

Los aportes, análisis, conceptos y recomendaciones de este estudio tendrán un alcance consultivo, informativo y orientador, sin carácter vinculante para la toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

El desarrollo de este estudio técnico se limita al análisis de la nominación como esta fue publicada por el MinSalud, y se circunscribe al estudio de los criterios por los cuales la tecnología fue nominada.

Citación

Echeverry-Coral SJ, Cortes-Muñoz AJ. Estudio técnico del servicio de Internación o institucionalización de estancia completa y estancia parcial en institución no hospitalaria para esquizofrenia, no especificada (F209) en el marco del procedimiento técnico científico y participativo de exclusiones. Bogotá D.C. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.

Correspondencia

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Carrera 49 A # 91-91

Bogotá, D.C., Colombia.

www.iets.org.co

contacto@iets.org.co © Ministerio de Salud y Protección Social, 2020

Tabla de contenido

Resumen ejecutivo	6
Informe técnico- científico	10
1. Alcance	10
1.1. Identificación de la nominación	10
1.1.1. Identificación y descripción de la tecnología nominada con sus características e indicación.....	11
1.1.2. Identificación y descripción del criterio o criterios de exclusión por los cuales fue nominada la tecnología	31
1.2. Metodología para el análisis del criterio de nominación	31
1.2.1. Preguntas de política en salud.....	31
1.2.2. Pregunta de investigación	31
1.2.3. Criterios de elegibilidad.....	32
1.2.4. Búsqueda de información	32
2. Resultados.....	33
2.1. Resultados de la búsqueda de información	33
2.2. Síntesis de la evidencia.....	37
2.3. Información de vigilancia post- comercialización	41
2.4. Análisis de la información enviada por el nominador.....	41
2.5. Análisis de las objeciones, observaciones o aportes realizados con respecto a la nominación	41
3. Recomendaciones	42
3.1. Consideraciones a tener en cuenta para el análisis de la recomendación..	42
4. Referencias.....	44
5. Anexos.....	49
Anexo 1. Solicitud a la autoridad competente sobre la autorización al Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS.....	49
Anexo 2. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS a solicitud realizada.	50
Anexo 3. Análisis de las observaciones realizadas por el nominador para la nominación N. 1281.....	53
Anexo 4. Análisis de las observaciones realizadas por el nominador para la nominación N. 1282.....	54

Anexo 5. Análisis de las objeciones para la nominación N. 1281	56
Anexo 6. Análisis de las objeciones para la nominación N. 1282	59

Resumen ejecutivo

Estudio técnico-científico de los servicios de internación o institucionalización de estancia completa y estancia parcial para manejo de esquizofrenia no especificada (F209)

1. Descripción de la nominación

Nombre de la tecnología y número de nominación:

Los servicios nominados corresponden a Internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria identificado con el código de nominación N.1281 y el servicio de Internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria identificado con el código de nominación N.1282

La indicación para la cual fue nominada la tecnología

La condición de salud para la cual fueron nominados los servicios de internación o institucionalización de estancia completa y estancia parcial, es la esquizofrenia, un desorden mental complejo, con típico inicio en la adolescencia tardía o adultez temprana (1), caracterizado por la presencia de creencias delirantes, alucinaciones y trastornos del pensamiento, la percepción y comportamiento (2).

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), la frecuencia estimada de esquizofrenia dentro de la población oscila entre el 1% y el 1,5%. Comparada con otras enfermedades mentales, esta frecuencia es relativamente baja, pero cobra una gran relevancia como un grave problema de salud pública, al ser catalogada por la OMS, como una de las diez enfermedades que produce más discapacidad a nivel mundial (3).

En Colombia, la esquizofrenia presenta una prevalencia similar a la de otras partes del mundo, del 1%, lo que permite estimar una población de 471.052 colombianos con esta enfermedad. En regiones como Cali y Bogotá alcanza el 1,5%, estando en el límite máximo del promedio mundial reportado por la OMS (3).

El Global Burden Disease para el año 2016, menciona que aunque la esquizofrenia tiene una baja prevalencia, ocupa el lugar número 12 como uno de los trastornos más incapacitantes entre las 310 enfermedades y lesiones a nivel mundial (4).

La esquizofrenia contribuye con 13,4 (IC 95%: 9,9 – 16,7) millones de años de vida con discapacidad a nivel global; la mayor carga de enfermedad se observa entre los 30 y 40 años de edad, es comparable entre hombres y mujeres pero es mayor en pacientes que viven en países de bajos y medianos ingresos (1).

De acuerdo con los datos del informe de carga de enfermedad en Colombia (2005), los problemas neuropsiquiátricos como la depresión mayor unipolar, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y la epilepsia son responsables del 21% de la carga global de años saludables perdidos por cada mil personas en Colombia (5).

La tasa de años de vía potencialmente perdidos por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes en Colombia para el año 2018 fue de 0,44 en mujeres y 1,14 en hombres por 100.000 (6,7).

Las personas con trastornos mentales que no reciben una atención adecuada, presentan recaídas y deterioros que llevan a urgencias y re hospitalizaciones con altos costos para el sistema sanitario en camas hospitalarias, medicamentos y servicios de salud en general (5).

Criterio de nominación

El criterio de nominación corresponde al criterio D, “Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente”

2. Pregunta de política y pregunta de investigación

¿En Colombia, con base en la información proporcionada por la autoridad competente acerca del uso autorizado, el servicio de internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria para personas con esquizofrenia no especificada (F209), debería ser excluida de la financiación con recursos públicos asignados a la salud?

¿En Colombia, con base en la información proporcionada por la autoridad competente acerca del uso autorizado, el servicio de internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria para personas con esquizofrenia no especificada (F209), debería ser excluida de la financiación con recursos públicos asignados a la salud?

3. Metodología

Se realizó revisión de la normatividad colombiana vigente publicada en la página del Ministerio de Salud y Protección Social para verificar denominaciones de los códigos y las descripciones de los procedimientos en salud autorizados por autoridad competente en Colombia (Resolución 3495 del 2019 y resolución 537 de 2020), así como, la norma de habilitación (Resolución 3100 de 2019) para verificar la existencia de estos servicios en el marco de los servicios habilitables en salud.

Adicionalmente se consultaron documentos técnicos relacionados con políticas de la salud mental a nivel global y local, así como la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia y la página del Observatorio Nacional de Salud Mental. Se realizó revisión de las resoluciones 537 de 2020, 3512 de 2019, la ley 1616 de 2003, la ley estatutaria 1751 de 2015, así como documentos técnicos relacionados con la salud mental, para verificar los conceptos emitidos para estos servicios.

Con el fin de dar respuesta a las objeciones y poder documentarlas con alguna evidencia que permitiera dar soporte a la recomendación emitida en este informe, se realizó una búsqueda abierta de la literatura en bases de datos como Pubmed y Google, así como la consulta con expertos clínicos en el manejo de la esquizofrenia.

Finalmente, se hizo una consulta formal al Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de obtener concepto de la autoridad encargada de emitir las normas de habilitación de servicios en salud.

4. Resultados

Después de realizar revisión de la normatividad colombiana vigente y de los documentos técnicos relacionados con salud mental, se verificó que los servicios de internación o institucionalización de estancia completa y estancia parcial en institución no hospitalaria para el manejo de esquizofrenia no especificada (F209) NO cuentan con autorización por autoridad competente, que en este caso es la norma de habilitación de servicios en salud (Resolución 3100 de 2019) ya que esta habilita los servicios para atención en salud mental internación únicamente bajo las siguientes modalidades descritas en los numerales citados:

- 11.4.10 “SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS” el cual es descrito como “el servicio que presta atención hospitalaria a pacientes con alteraciones en salud mental o por consumo de sustancias psicoactivas, con una estancia mayor a 24 horas;
- 11.4.11: “SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL” que corresponde al “servicio que presta atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras que no impliquen estancia completa
- 11.4.12 “SERVICIO PARA EL CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS” que corresponde al “servicio de internación en infraestructura no hospitalaria, para la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas, que incluye pernoctada”

En la revisión de la Resolución 3495 de 2019 dentro del ítem “Internación en Unidad de Salud Mental” se encontró el código CUPS “820P01 que corresponde a “INTERNACIÓN PARCIAL EN INSTITUCIÓN NO HOSPITALARIA”, los otros códigos CUPS para internación, establecidos en esta resolución corresponden todos a internación en unidades de salud mental hospitalarias. De igual manera la Resolución 537 de 2020 ratifica el código CUPS 820P01 (Internación parcial en institución no hospitalaria). Sin embargo, el Minsalud aclara que la norma de CUPS va directamente relacionada con lo estipulado por la norma de habilitación por lo que este código solo aplica en casos de consumo de sustancias psicoactivas.

En la revisión de la normatividad colombiana, se encontró que para el manejo de enfermedad mental hay prestación de todos los servicios que garantizan el manejo de dichas enfermedades al interior de instituciones hospitalarias y bajo el manejo de personal profesional idóneo para dicho fin. Del mismo modo, la respuesta a la consulta elevada al MSPS, ratifica la no habilitación para instituciones no hospitalarias. No obstante, hay otras normas relacionadas como la política de salud mental el CONPES 3992 de 2020, GPC colombiana de manejo de esquizofrenia que establecen el uso de estos servicios como parte del tratamiento y rehabilitación de los pacientes, en un modelo de rehabilitación basada en comunidad.

En cuanto a la literatura revisada para la documentación del ítem y análisis de objeciones, así como la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia, elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2014 recomienda que “El manejo de pacientes con esquizofrenia se haga primordialmente mediante modalidades de prestación de servicios de salud que tengan una base comunitaria y que cuenten con un grupo multidisciplinario liderado por un médico psiquiatra, el cual trabaje de manera coordinada e integrada”.

5. Alertas de seguridad (Vigilancia post-comercialización)

No aplica para el criterio por el cual fue realizada la nominación.

6. Análisis de la evidencia enviada por el nominador y análisis de objeciones

Con corte a 19 de junio de 2020, en el portal MiVox Populli, se identificaron las objeciones N.1287, N. 1309 y N. 1318 para la nominación N. 1281 y las objeciones N. 1288, N.1310 y N.1317, para la nominación N. 1282. El grupo de objetadores estuvo conformado por: una madre de paciente con diagnóstico de esquizofrenia, una paciente miembro del concejo nacional de salud mental y veedora en Diversamente; un profesional de la salud quien a su vez es vicepresidente de la Asociación Colombiana de Patología dual y la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Se realizó revisión de cada uno de los argumentos expuestos, así como la revisión de documentos mencionados en la objeción como parte del análisis y se procedió a dar respuesta a los objetadores.

7. Recomendación(es) de política

Recomendación 1

Se recomienda esperar un tiempo para determinar la decisión de exclusión del servicio de internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria, de la financiación con recursos públicos de la salud, para el manejo de esquizofrenia no especificada (F209) a pesar de no estar autorizado por la autoridad competente (Resolución 3100 de 2019), sin antes considerar realizar una evaluación de la efectividad, eficacia y seguridad de los servicios nominados y hasta tanto no se dé claridad técnica y jurídica para que se garantice su financiación.

Recomendación 2

Se recomienda esperar un tiempo para determinar la decisión de exclusión del servicio de internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria, de la financiación con recursos públicos de la salud, para el manejo de esquizofrenia no especificada (F209) a pesar de no estar autorizado por la

autoridad competente (Resolución 3100 de 2019), sin antes considerar realizar una evaluación de la efectividad de los servicios nominados y hasta tanto no se dé claridad técnica y jurídica para que se garantice su financiación.

8. Consideraciones a tener en cuenta para el análisis de la recomendación

El grupo desarrollador del presente informe, encontró que para los servicios nominados: “servicio de internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria” y servicio de internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria” efectivamente NO existe autorización por la autoridad competente para manejo de esquizofrenia no especificada, en este caso la norma que compete habilitar los servicios en Salud (Resolución 3100 de 2019). No obstante, se encuentra un vacío jurídico dado entre el deber ser y la implementación de ese deber ser, el primero dado la existencia de documentos como la GPC de esquizofrenia, los planes como el CONPES 3992 de 2020, la política de salud mental, entre otros, que establecen como parte del manejo clínico la rehabilitación basada en comunidad cuyo enfoque va más allá de un aspecto netamente social, y la segunda por las barreras de implementación para prestar estos servicios por no tener una claridad de cómo prescribirlos, quién los financia, cómo se deberían prestar, quién debería estar a cargo etc.

Es así que al encontrar contradicciones entre las bases teóricas que sustentan la rehabilitación basada en comunidad y los vacíos normativos que impiden su uso, el grupo considera que para determinar una posición específica de financiación se aclaren los siguientes tópicos:

- Primero se haga claridad terminológica pues se encuentran varios nombres para referir a estos servicios, no existiendo límites claros entre la figura de servicios para rehabilitación basada en comunidad y sitios de permanencia donde no se aplica ningún tipo de intervenciones.
- Se de claridad de criterios de funcionamiento, uso y financiación de estos servicios, ya que esto no está estandarizado ni normatizado, esto último debido a que se encuentran posiciones encontradas entre el hecho de que esto sea del resorte social y aplique el artículo 9 de La ley 1751 de 2015, o que corresponda al ámbito clínico como la GPC de esquizofrenia lo enuncia.
- Se establezcan las normas y lineamientos relacionados sobre los procesos de prescripción o uso de manera particular.

Finalmente, el grupo desarrollador de este informe, también considera que estas tecnologías se deben evaluar a partir de otros criterios como los de efectividad, eficacia y seguridad.

Informe técnico- científico

Estudio técnico de internación o institucionalización de estancia completa o estancia parcial en institución no hospitalaria para esquizofrenia no especificada (F209) en el marco del procedimiento técnico científico y participativo de exclusiones.

1. Alcance

1.1. Identificación de la nominación

Esta información ha sido tomada de la nominación presentada en el portal mi vox populi:

Nombre de la tecnología y número de la tecnología:

Nominador:

Nueva EPS

Nombre la enfermedad o condición de salud que motiva la nominación de exclusión de la tecnología:

Esquizofrenia no especificada (F209) (8)

Criterio de nominación:

El criterio de nominación corresponde al criterio D, “Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente” (8)

Información adicional u observaciones

El nominador no aporta información adicional ni adjunta ningún tipo de evidencia, pero especifica para la nominación N.1281:

“para la nominación de internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria e internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria para paciente con patología diferente a farmacodependencia, se tenga en cuenta dentro de la justificación que, la nominación se hace para aquellas estancias que no corresponden a las autorizadas por el sistema único de habilitación vigente según la resolución 3100 de 2019”. Así como también: “Según el alcance la Resolución 3100, no existen instituciones de salud habilitadas para la internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria, para la atención de personas con patologías de salud mental, incluyendo la farmacodependencia” (8).

Por otro lado, para la nominación 1282 especifica:

“para la nominación de internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria e internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria para paciente con patología diferente a farmacodependencia, se tenga en cuenta dentro de la justificación que, la nominación se hace para aquellas estancias que no corresponden a las autorizadas por el sistema único de habilitación vigente según la resolución 3100 de 2019. Adicionalmente expresa: “Las instituciones habilitadas para prestar el servicio 820 antes llamado

atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas (resolución 2003 de 2014) y hoy en día llamado servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas (resolución 3100 de 2019), se circunscribe únicamente para la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas, por tal motivo, no existe autorización por parte del ente regulador para este tipo de internación parcial no hospitalaria en pacientes con enfermedad diferente a farmacodependencia” (8).

1.1.1. Identificación y descripción de la tecnología nominada con sus características e indicación.

A través del tiempo, especialmente en las últimas décadas, la atención de personas con diagnóstico de enfermedad mental grave y crónica se ha ido transformando, y cada vez se tiende a que los tiempos de institucionalización prolongada disminuyan, debido a las inevitables consecuencias de cronificación, deshumanización y marginación social que estas generaban (9)

Gracias al desarrollo de los procesos en psiquiatría, se ha consolidado una nueva ideología de modelo de atención en salud mental basado en la comunidad, en el cual personas con trastornos psiquiátricos graves y crónicos (esquizofrénicos), que presentan discapacidades y déficits en su funcionamiento psicosocial y que dificultan su desempeño social autónomo (9), tengan la oportunidad de acceder a programas que cubran sus múltiples necesidades y posibiliten su rehabilitación e integración efectiva en la comunidad (10).

La atención comunitaria a este colectivo, exige organizar y articular una red coordinada de servicios y programas que cubran sus múltiples necesidades y posibiliten su rehabilitación e integración efectiva en la comunidad de un modo lo más autónomo y normalizado posible (10). Un elemento clave dentro de este sistema de atención comunitaria son los servicios residenciales comunitarios (9). Según uno de los expertos consultados, contar con un adecuado abanico de alternativas de alojamiento y dispositivos residenciales (residencias asistidas en rehabilitación social), constituye un requisito esencial para posibilitar el mantenimiento e integración de muchos enfermos mentales crónicos, además, es sabido, que existen pacientes que, a pesar de tener manejos farmacológicos y psicosociales, no se recuperarán y por la alta carga generada en sus cuidadores, necesitarán cuidados especializados en unidades de larga estancia que en nuestro país no existen. Estos centros, dependientes de los sistemas de salud en algunos países y de los sistemas de atención social en otros, tienen un carácter hospitalario, con personal especializado para la atención en las unidades más complejas (médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas) y un personal menos especializado en unidades de base comunitaria (mini-residencias, residencias sociales), en las cuales conviven personas con altos niveles de discapacidad que no pueden permanecer en sus hogares y que suelen ser supervisados por personal del ámbito sanitario y/o social (trabajadores sociales, educadores, técnicos).

Al no contar con opciones de alojamiento y servicios residenciales en la comunidad, muchos esfuerzos de rehabilitación e integración de este tipo de pacientes puede verse limitado y obstaculizado (9). De modo que se hace necesario articular un sistema de servicios comunitarios que atienda e integre las necesidades de alojamiento y atención residencial del paciente psiquiátrico bajo estándares normalizados.

En algunos países, el desarrollo de políticas de reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización de pacientes crónicos internados en hospitales psiquiátricos por largos períodos de tiempo, hizo necesario articular estrategias residenciales que facilitaran la salida y transición desde el hospital a la comunidad. Por ello, en los años 60 surgen los llamados “Halfway House” o casas de transición, orientados a prestar servicios de corta y media estancia enfocados a permitir la transición entre el hospital y la vida en comunidad (11,12). Posteriormente se va produciendo una expansión de este tipo de servicios para suplir las necesidades que requerían los enfermos mentales crónicos debido a los diferentes niveles de discapacidad psicosocial que tienen. Aparece entonces el llamado “Continuum Residencial” que trató de ir articulando una serie de recursos que ofrecían una forma de preparación progresiva en autonomía e independencia del enfermo para lograr su plena inserción comunitaria (12).

En países como Estados Unidos, ha habido una proliferación confusa e incompleta de servicios residenciales para enfermos mentales sin una clara planificación ni coherencia (Arce y Vergare, 1985) y se han desarrollado numerosos dispositivos (residencias asistidas en rehabilitación social) con diferentes denominaciones que ha impedido alcanzar una nomenclatura común para identificar claramente los diferentes servicios (12,13).

En una encuesta realizada en Estados Unidos por la asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 1982) se identificaron más de 100 denominaciones diferentes para servicios residenciales y en muchos casos servicios similares se denominaban de forma distinta y se incluían bajo un mismo término servicios distintos. Lo anterior mostró la falta de criterios uniformes respecto a la composición y organización de lo que debe ser una red de servicios residenciales comunitarios para enfermos mentales crónicos (12,13).

Basada en la encuesta previamente mencionada, la Asociación Americana de Psiquiatría estableció 6 grandes grupos de dispositivos residenciales articulados progresivamente desde más restrictivos y supervisados a menos restrictivos y supervisados. Cada grupo incluye dispositivos con denominaciones diferentes pero que se agrupan de acuerdo a elementos comunes, Tabla 1 (9,12,13).

Tabla 1. Dispositivos residenciales

Dispositivo residencial	Características
Nursing Facility (Unidad sociosanitaria residencial)	<ul style="list-style-type: none"> Dispositivos entre un hospital y una residencia. Brinda atención médica y de enfermería durante 24 horas al día. Para pacientes que no requieren una hospitalización por atención aguda y tienen gran deterioro y discapacidad necesitando una supervisión constante. Podrían asimilarse a las residencias asistidas para ancianos dependientes o personas con discapacidad gravemente afectados. La duración de la estancia es variable, aunque en general de larga duración.
Group Home. (Residencias, Hogar de Grupo, Casa Hogar)	<ul style="list-style-type: none"> Atención continuada de 24 horas Grupos de pacientes, (10 a 20), Conviven con un equipo de apoyo y supervisión Principal programa de trabajo (entrenamiento de habilidades y recuperación de autonomía) dentro de procesos de rehabilitación psicosocial. Duración de la estancia es variable, aunque predomina la estancia transitoria, dadas sus funciones de rehabilitación.
Personal Care Home	<ul style="list-style-type: none"> Incluye una variedad confusa y heterogénea de dispositivos: boards and care homes, boarding home, congregate care facility, community care home. Residencias de tamaño variable, (4 a 100 personas) Principal función es el mantenimiento del nivel de funcionamiento de los residentes y soporte. Dirigidos por propietarios ajenos a los residentes y que no dependen directamente del sistema de salud mental. Brindan atención y supervisión de 24 horas a través de un equipo que ofrece sobre todo apoyo para tareas básicas de autocuidados, actividades de la vida diaria y seguimiento de la medicación prescrita.
Foster Home (hogares sustitutos, familias sustitutas)	<ul style="list-style-type: none"> Programas residenciales articulados a través de familias sustitutas que acogen a pacientes mentales no relacionados con la familia. Facilitan la integración y mantenimiento normalizado a la comunidad a través de un contrato de convivencia y soporte socioafectivo familiar. Pueden servir tanto para acogimientos temporales como para alojamiento estable y continuado.

Dispositivo residencial	Características
Satellite Housing (pisos supervisados, pisos protegidos)	<ul style="list-style-type: none"> Dispositivos de alojamiento y soporte para la vida semindependiente. Se organizan a través de pisos o apartamentos normales compartidos entre varias personas con enfermedad mental crónica, habitualmente de 2 a 4. Reciben supervisión para apoyar el funcionamiento cotidiano y la convivencia. La supervisión puede ser variada, desde personal profesional que vive en el piso a supervisión externa más o menos intensa. En general, funcionan como alternativas de alojamiento estable.
Natural Family Placement (reinserción familia propia)	<ul style="list-style-type: none"> Se refiere a la reinserción del enfermo mental en su familia. Por tanto, no puede ser considerado un dispositivo residencial específico, aunque de hecho funciona como uno de los principales recursos para el cuidado y mantenimiento comunitario de muchos pacientes crónicos. La familia debe contar con apoyo, asesoramiento y soporte.

Elaboración Propia, fuente (9,12,13).

Institución total o internación completa en institución no hospitalaria

Tipo de tecnología: Servicio de salud

Código CUPS: No tiene

Descripción del servicio:

Concepto ideado por el sociólogo Erving Goffman para designar un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Ejemplos típicos de instituciones totales son las cárceles o los hospitales psiquiátricos (14).

En general, están diseñados para brindar atención a una población que no puede cuidarse a sí misma y/o proteger a la sociedad del daño potencial que esta población podría causar a sus miembros. Los ejemplos más típicos incluyen cárceles, complejos militares, internados privados e instalaciones cerradas de salud mental. Hablando desde el punto de vista sociológico, las instituciones totales sirven para resocialización y/o rehabilitación (15).

Según Goffman (1961: 19-20), estas instituciones se caracterizan por (14):

- Todas las dimensiones de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una única autoridad.
- Todas las etapas de la actividad cotidiana de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros, a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
- Todas las actividades cotidianas están estrictamente programadas, de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone jerárquicamente, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo administrativo.
- Las diversas actividades obligatorias se integran en un único plan racional, deliberadamente creado para lograr objetivos propios de la institución.

Internación parcial en institución no hospitalaria

Tipo de tecnología: Servicio de salud

Código CUPS: 820P01 (Resolución 3495 de 2019 y 537 de 2020- Anexo técnico 4

"códigos para el reporte de otras prestaciones en salud")

Descripción del servicio:

Existe una variada tipología de instituciones de tiempo parcial que han surgido como adaptaciones a tiempos y funciones terapéuticas diversas en el marco de la psiquiatría social, dentro de los que se encuentran el hospital día, hospital noche, los hospitales de fin de semana que son desarrollados netamente en instituciones hospitalarias, así como los clubes psicosocioterapéuticos, los centros día y los centros de salud mental polivalentes. Los dos últimos son los que en la práctica han causado más confusión con el hospital día (16).

La internación parcial en institución no hospitalaria, ofrece actividades de readaptación social y se puede comprar más a un centro de aprendizaje, orientándose a obtener que los pacientes llamados “estabilizados” o compensados clínicamente, dejen con regularidad su medio familiar para encontrar ocupaciones accesibles acercándose así a las formas de taller protegido (16).

Estos centros difieren del hospital día donde hay una atención intramural e institucional por un plazo inferior a 12 horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar (5), en estas instituciones se realiza diagnóstico, investigación clínica, así como tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa pero que no justifican la estancia completa en el hospital (17).

Indicación: Esquizofrenia

El término esquizofrenia, derivado del griego “*esquizo*” que significa definición y “*phren*” que significa mente, fue acuñado en 1908 por Eugen Bleuler para describir un desorden mental complejo, con típico inicio en la adolescencia tardía o adultez temprana (1), caracterizado por la presencia de creencias delirantes, alucinaciones y trastornos del pensamiento, la percepción y comportamiento (2). Es un desorden psiquiátrico severo que tiene un profundo efecto tanto en el individuo que la padece como en la sociedad (18).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe la esquizofrenia como un trastorno mental grave que puede estar provocado por interacción entre la genética y una serie de factores ambientales, en donde los factores psicosociales pueden contribuir a su desarrollo. Se sabe que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones) y se asocia a una considerable discapacidad que afecta el desempeño educativo y laboral (19).

La esquizofrenia se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta, además por experimentar con frecuencia alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y delirios (creencias erróneas y persistentes) (19). Las personas que padecen esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidad de morir a edad temprana por enfermedades físicas (cardiovasculares, metabólicas e infecciosas) cuando se comparan con la población general y suelen sufrir estigmatización, discriminación y violación de sus derechos (19).

Aunque los desenlaces podrían no ser tan negativos como se cree comúnmente, más del 50% de las personas que reciben un diagnóstico, tienen intermitencia pero con problemas psiquiátricos a largo plazo, cerca del 20%, tienen síntomas crónicos y discapacidad, el desempleo es asombrosamente alto en estos pacientes, y es entre 80 y 90%; la esperanza de vida es reducida en 10-20 años (18).

La farmacología y el apoyo psicosocial son eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia y el facilitar los medios para vivienda asistida y para la inserción laboral son medidas eficaces de apoyo a las personas que padecen este trastorno mental (19). Se estima que más del 50% de los esquizofrénicos no reciben atención apropiada y que el 90% de ellos viven en países de ingresos medios o bajos, además estos pacientes son menos proclives a solicitar asistencia médica que el resto de la población (19). Existe evidencia que los hospitales psiquiátricos convencionales no son efectivos proporcionando el tratamiento que los pacientes con esquizofrenia requieren, de modo que se requieren esfuerzos amplios y acelerados por trasladar su asistencia desde las instituciones de salud mental hacia la comunidad, con integración de los familiares (19).

Algunos programas implementados en países de medianos y bajos ingresos han demostrado que es posible brindar asistencia a estos pacientes que mediante programas de vivienda asistida y de atención primaria que han incorporado la capacitación de personal, acceso fácil a medicamentos esenciales, apoyo a familias para la atención en el hogar, programas de concientización para reducción de estigmatización social, así como, intervenciones psicosociales rehabilitadoras que mejoran la capacidad de vivir con

autonomía y la inserción laboral (aprendizaje de habilidades para relaciones interpersonales) (19).

- **Etiología**

Varios estudios han postulado que la esquizofrenia puede ser el resultado de anormalidades como la hiperactividad dopaminérgica, serotoninérgica y alfa-adrenérgica o la hipoactividad glutaminérgica y del ácido gamma-amino butírico (GABA) (2). Por otro lado, estudios epidemiológicos genéticos han mostrado en los últimos 50 años, que la genética contribuye substancial pero no exclusivamente (18); se ha observado que hay una tasa de concordancia del 46% en gemelos monocigóticos y un riesgo desarrollar esquizofrenia del 40% cuando ambos padres están afectados (2). Adicionalmente, estudios de asociación con genoma completo han identificado más de 100 loci genéticos que contienen alelos comunes de pequeño efecto, así como efectos en masa de muchos de estos, lo cual sugiere que SNP (single-nucleotide polymorphisms) con un rango de frecuencia poblacional pueden contribuir al riesgo (20,21).

Los estudios genómicos también han identificado 11 raros pero frecuentes CNV (copy number variants), que son copias de número variante que de manera individual confieren un riesgo relativamente alto de esquizofrenia (22,23) y también un papel en el trastorno (18). Estudios con secuenciación de exoma completo de pacientes esquizofrénicos han encontrado la presencia de SNPs raros, heredados y de novo, así como también la inserción y delección de variantes, aunque la contribución en el desarrollo de la enfermedad aún no es claro y falta mucho por investigar (18,24).

Los que se ha visto es que los alelos que confieren alto riesgo individual son raros en la población quizás debido al efecto de selección natural, pero los que tienen bajo efecto en el riesgo individual pueden ser comunes como resultado de una deriva o selección de balanceo (18,25). Adicionalmente, al parecer el riesgo genético es altamente pleomórfico (un gene o alelo puede afectar múltiples rasgos fenotípicos aparentemente no relacionados) y no mapea las definiciones existentes de la enfermedad. Se ha observado, que algunas variantes de riesgo identificadas en esquizofrenia son compartidas con otras alteraciones mentales como es el caso del desorden bipolar, desorden depresivo mayor y en una menor extensión con desorden de espectro autista (18,26). Adicionalmente, algunos SNPs raros y algunos indels (inserciones o delecciones) están asociadas con uno rango de desenlaces similares y se han empezado a identificar perfiles de riesgo específicos (27–29).

Estudios con genoma a gran escala también han implicado variación en genes comunes que codifican receptores de glutamato, proteínas de la familia de canales de calcio y receptores de dopamina D2 (DRD2), el cual es el principal blanco de medicamentos antipsicóticos (18). Otros genes como el gen NGR1 (Negative growth regulatory protein 1) que codifica la neuregulina, que participa en la señalización de glutamato y el desarrollo del cerebro ha sido implicado, así como la disbindina (DTNBP1) que ayuda a la liberación de glutamato, y el polimorfismo de la catecolamina O-metil transferasa (COMT), que regula la función de la dopamina (2).

La mayoría de los hallazgos en esquizofrenia aún no tienen una implicación clínica directa, aunque se ha sugerido que dado a que la prevalencia de CVNs relevantes en esquizofrenia es alrededor del 5%, el uso de análisis de micro arreglos cromosómicos podría ser empleado como una prueba diagnóstica (30). Dado que, una prueba positiva podría tener implicaciones para consejería genética y manejo medico debido a que muchos CNVs están asociados con patrones específicos de morbilidad física y un diagnóstico genético tendría algún tipo de beneficio sicológico para el paciente y su familia por reducción del estigma y la autculpa (30).

- **Patofisiología**

Se han postulado tres hipótesis principales con relación al desarrollo de la esquizofrenia. La primera de ellas es la de anormalidad neuroquímica donde un desequilibrio de dopamina, serotonina, glutamato y GABA da como resultado las manifestaciones psiquiátricas de la enfermedad. Postula que cuatro vías dopaminérgicas principales están involucradas en el desarrollo de la esquizofrenia. Esta hipótesis de la dopamina postula que una excesiva activación de los receptores D2 (vía mesolímbica) da lugar a los síntomas positivos de la enfermedad; mientras que los bajos niveles de dopamina (vía nigrostriatal) serían responsables de causar los síntomas motores a través de su efecto en el sistema extrapiramidal y los bajos niveles (vía mesocortical) provocarían los síntomas negativos de la enfermedad (2).

La evidencia que muestra la exacerbación de los síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia por parte de los antagonistas del receptor NMDA insinúa el papel potencial de la hipoactividad glutaminérgica, mientras que también se ha demostrado que la hiperactividad serotoninérgica desempeña un papel en el desarrollo de la esquizofrenia (31).

Existen argumentos de que la esquizofrenia también es un trastorno del desarrollo neurológico basado en anormalidades presentes en la estructura cerebral, una ausencia de gliosis que sugiere cambios en el útero y la observación de que las deficiencias motoras y cognitivas en los pacientes preceden al inicio de la enfermedad (2).

Por otro lado, la hipótesis de desconexión se centra en los cambios neuro-anatómicos observados en las exploraciones PET (tomografía por emisión de positrones) y fMRI (functional magnetic resonance imaging), en las cuales se observa una reducción en el volumen de materia gris en los pacientes con esquizofrenia, que está presente tanto en el lóbulo temporal como en los lóbulos parietales. También se observan diferencias en los lóbulos frontales y el hipocampo, lo que puede contribuir a una variedad de trastornos cognitivos y de memoria asociados con la enfermedad (2).

- **Factores de riesgo**

Si bien se han presentado múltiples teorías sobre el origen de la esquizofrenia, por varias décadas, el paradigma que ha dominado el entendimiento de la contribución ambiental a la esquizofrenia fue la hipótesis del neurodesarrollo (18,32). De acuerdo con esta hipótesis, la etiología de la esquizofrenia puede involucrar procesos patológicos, causados por factores genéticos y ambientales, que comienzan antes de que el cerebro se acerque a su estado anatómico en la adolescencia. Se ha sugerido que estas anomalías del desarrollo neurológico, que se desarrollan en el útero entre el final del primer trimestre y el inicio del segundo trimestre de embarazo, conducen a la activación de circuitos neuronales patológicos durante la adolescencia o la edad adulta, en ocasiones debido a estrés severo, que conducen a la aparición de los síntomas positivos, negativos o ambos que caracterizan a la esquizofrenia (32).

Múltiples marcadores de anomalías congénitas indicativas de alteraciones en el neuro desarrollo se han encontrado en esquizofrenia, dentro de las que se encuentran agenesia del cuerpo calloso, estenosis del acueducto de Silvio, hamartomas cerebrales y cavum septum pellucidum (32,33).

La hipótesis previamente planteada, ha dirigido la atención hacia factores de riesgo establecidos para esta enfermedad que afectan procesos del neurodesarrollo durante el embarazo, incluyendo estrés materno (34), infecciones maternas (35,36), deficiencias nutricionales (35), retardo del crecimiento intrauterino, complicaciones en el embarazo y en el parto (37,38). Otros factores asociados a la esquizofrenia son los socioeconómicos (39–41), la adversidad infantil (42) e inmigración (primera y segunda generación) (43).

Por otro lado, también se han visto altas tasas de esquizofrenia en individuos nacidos al final del invierno o al inicio de la primavera (44), nacidos y criado en ciudades (45) y en individuos con padres relativamente mayores (40 años o más) (46,47). También existe evidencia acumulada con relación al uso de cannabis en la adolescencia, particularmente el mal uso de compuestos con alto contenido de tetrahidrocannabinol (48).

Las exposiciones ambientales tempranas y los factores genéticos pueden incrementar los efectos sobre el desarrollo cerebral y también incrementar la susceptibilidad a los factores de riesgo. Sin embargo es necesario tener precaución antes de inferir causalidad y se deben realizar estudios que combinen factores prenatales y post natales con medición de implicaciones genéticas, en donde los estudios genómicos a gran escala ofrecen una nueva vía para entender el papel causal del medio ambiente y podría conducir hacia la prevención primaria (18).

Los factores de riesgo incluyen complicaciones de parto, la temporada de nacimiento (estación del año), desnutrición materna severa, infección materna por virus de la influenza durante el embarazo, antecedentes familiares, trauma infantil, aislamiento social, consumo de cannabis, etnia minoritaria y urbanización (2,49,50).

Otros factores asociados estudiados son: nacimientos de invierno los cuales están asociados con un riesgo relativo 10% mayor y la residencia urbana que aumenta el riesgo de desarrollar esquizofrenia en un 2 a 4% (2).

También se ha observado una incidencia hasta diez veces mayor en los niños de migrantes africanos y caribeños en comparación con los caucásicos, según un estudio realizado en Gran Bretaña (2,49).

Otro factor importante y ampliamente estudiado con estudios longitudinales, es la asociación entre el consumo de cannabis y la psicosis, que sugieren un aumento del riesgo del 40%, al tiempo que sugieren una relación dosis-efecto entre el uso del medicamento y el riesgo de desarrollar esquizofrenia (50).

Factores ambientales también han estado asociados con un mayor de riesgo de desarrollar la enfermedad. Dentro de ellos encontramos un desarrollo fetal anormal, bajo peso al nacer, diabetes gestacional, pre eclampsia, cesárea realizada de emergencia, deficiencia de vitamina D (2).

- **Epidemiología y Carga de Enfermedad**

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), la frecuencia estimada de esquizofrenia dentro de la población oscila entre el 1% y el 1,5%. Comparada con otras enfermedades mentales, esta frecuencia es relativamente baja, pero cobra una gran relevancia como un grave problema de salud pública, al ser catalogada por la OMS, como una de las diez enfermedades que produce más discapacidad a nivel mundial (3).

Saha et al, en el año 2005 (51), en una revisión sistemática realizada con 188 estudios que reportaron cifras de prevalencia entre los años 1965 y 2005, se demostró que la esquizofrenia es una enfermedad con una prevalencia de 3,3 por 1000, pero que genera una elevada carga de enfermedad por la discapacidad que se presenta (51). Este mismo estudio mostró que en hombres, la prevalencia global fue de 5,92 y en mujeres de 5,40 por 1000 en donde la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,41$) (51); sin embargo se ha observado que el inicio de los síntomas ocurre a una edad más temprana en hombres que en mujeres, en donde generalmente el primer episodio se da a inicio de los 20 años (31) y que la incidencia puede variar de acuerdo a la ubicación geográfica (1,52).

En Colombia, la esquizofrenia presenta una prevalencia similar a la de otras partes del mundo, de 1%, lo que permite estimar una población de 471.052 colombianos con esta enfermedad. En regiones como Cali y Bogotá alcanza el 1,5%, estando en el límite máximo del promedio mundial reportado por la OMS (3).

Un estudio descriptivo realizado en un hospital de la ciudad de Cali mostró que el 65% de los población afectada con esquizofrenia fue de sexo masculino con una edad promedio de 40 años (DE:31,6), el 98% provenían del área urbana (3).

Una revisión sistemática realizada en el año 2012, reveló que la proporción de la mediana de personas con esquizofrenia quienes reunieron criterios clínicos y de recuperación social fue de solo del 13,5% (53). Adicional a los malos resultados en la recuperación, las personas con esquizofrenia tienen una expectativa de vida reducida (54) y una alta mortalidad en todos los grupos de edad (55). También se ha observado una alta tasa de comorbilidades, y el exceso de muertes que se presentan en este grupo, son debidas a enfermedades crónicas subyacentes (enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes tipo II, enfermedades respiratorias y algunos tipos de cáncer (54). Las causas no naturales, incluido el suicidio, representan menos del 15% del exceso de muertes (55).

La prevalencia global estandarizada por edad, estimada para el 2016 fue de 0,28% (IC95%:0,24-0,31) **Error! Reference source not found.**, iniciando en la adolescencia (10-14 años de edad) y en la edad adulta con un pico de prevalencia a los 40 años y sin diferencia entre sexos femenino y masculino (1). Los casos prevalentes a nivel global fueron cercanos a 13,1 (IC95%: 11,6 – 14,8) millones en 1990 y para el 2016 ascendieron a 20,9 (IC95%: 18,5 – 23,4) millones de casos. Para la región Andina (América Latina), la prevalencia estandarizada por edad fue de similar en el 2016 comparada a la de 1990 (0,20 por 1000), pero los casos prevalentes tuvieron un incremento, pasando de 59,0 en 1990 a 113,5 en el 2016; una situación similar se observó en Colombia, en donde para el año 1990 hubo 55,2 a 104,5, **Error! Reference source not found.**, mostrando las cifras más elevadas de los países reportados en el informe del GBD de 2016 (1).

Tabla 2. Prevalencia de Esquizofrenia en América Latina

Localización	Casos Prevalentes (en 1000s)		Prevalencia estandarizada por edad (%)	
	1990	2016	1990	2016
Global	13122.1 (11607.0-14751.9)	20883.0 (18496.7-23422.0)	0.28 (0.25-0.31)	0.28 (0.24-0.31)
América Latina Región Andina	59.0 (51.5-67.2)	113.5 (99.5-128.3)	0.20 (0.17-0.22)	0.20 (0.18-0.23)
Colombia	55.2 (47.9-63.2)	104.5 (91.6-118.7)	0.20 (0.18-0.23)	0.20 (0.18-0.23)
Bolivia	9.6 (8.4-10.9)	18.6 (16.3-21.0)	0.19 (0.17-0.22)	0.19 (0.17-0.22)
Ecuador	15.7 (13.7-18.0)	31.5 (27.6-35.9)	0.20 (0.18-0.23)	0.20 (0.18-0.23)
Peru	33.7 (29.3-38.4)	63.5 (55.6-71.9)	0.20 (0.18-0.23)	0.20 (0.18-0.23)

Adaptado de: Charlson FJ et al. (1)

El Global Burden Diseases para el año 2016, menciona que aunque la esquizofrenia tiene una baja prevalencia, ocupa el lugar número 12 como uno de los trastornos más incapacitantes entre las 310 enfermedades y lesiones a nivel mundial (4). De igual manera

informa que para medir la carga de enfermedad emplea la discapacidad ajustada por años de vida conocida como DALY (Disability adjusted Life Year) o en español como AVAD (Años de vida ajustados por discapacidad). Un DALY/AVAD es equivalente a 1 año de vida saludable perdido por una enfermedad. Teniendo en cuenta que el DALY/AVAD se calcula sumando años de vida vividos con discapacidad y los años de vida perdidos debidos a mortalidad prematura por una enfermedad dada, la inclusión de la discapacidad al medir la carga de enfermedad ha contribuido particularmente a la carga de enfermedad en la esquizofrenia (1).

La esquizofrenia contribuye con 13,4 (IC 95%: 9,9 – 16,7) millones de años de vida con discapacidad a nivel global; la mayor carga de enfermedad se observa entre los 30 y 40 años de edad, es comparable entre hombres y mujeres pero es mayor en pacientes que viven en países de bajos y medianos ingresos (1).

Las diferencias observadas en AVAD, teniendo en cuenta los ingresos por país, evidencian que la alta carga de esquizofrenia que tienen los países de bajos y medianos ingresos es 4 veces mayor a la carga que tienen los países con altos ingresos y que es atribuible en parte al crecimiento poblacional que se ha venido dando en estos países (1).

El estudio global de epidemiología y carga de enfermedad en esquizofrenia, estimó que aproximadamente 21 millones de personas viven con esquizofrenia, y que muy probablemente esta cifra seguirá en aumento debido al envejecimiento y crecimiento de la población (1). La mayoría de personas que padecen esta enfermedad viven en países de bajos y medianos ingresos y esto coincide con las altas brechas de desigualdad observadas alrededor del tratamiento en estos países (1,56).

Las mejoras y el control realizados alrededor de las enfermedades comunicables (transmisibles) han llevado a un cambio significativo a nivel demográfico, generando un incremento relativo de las enfermedades no comunicables y una contribución a la carga de enfermedad global (1,4). Lo anterior ha llevado a un aumento de la carga de trastornos mentales (incluida la esquizofrenia), de modo que los sistemas de salud de países de bajos y medianos ingresos deben prepararse para responder, debido a que las intervenciones necesarias solo llegan al 31% de las personas que padecen la enfermedad (1,57).

Según el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia del año 2003, en nuestro país 40,1 por ciento (2 de cada 5 personas) de la población colombiana ha presentado alguna vez en su vida algún trastorno mental. Según este estudio, alrededor de 8 de cada 20 colombianos encuestados presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida (5).

No obstante, lo anterior de acuerdo con los datos del informe de carga de enfermedad en Colombia 2005, los problemas neuropsiquiátricos como la depresión mayor unipolar, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y la epilepsia son responsables del 21% de la carga global de años saludables perdidos por cada mil personas en Colombia (5). La tasa de años de vía potencialmente perdidos por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes en Colombia para el año 2018 fue de 0,44 en mujeres y 1,14 en hombres por 100.000 (6,7).

Las personas con trastornos mentales que no reciben una atención adecuada, presentan recaídas y deterioros que llevan a urgencias y re hospitalizaciones con altos costos para el sistema sanitario en camas hospitalarias, medicamentos y servicios de salud en general (5).

- **Sintomatología y diagnóstico**

La definición y diagnóstico de la esquizofrenia ha evolucionado y ha sido documentada a través de las seis ediciones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría desde el año 1952. Tres principales raíces se reflejan en todas las definiciones: 1) El énfasis de Kraepelin; 2) la incorporación de la visión Bleuleriana y 3) el énfasis Schneideriano (58).

El diagnóstico de esquizofrenia es clínico; hecho exclusivamente después de obtener un historial psiquiátrico completo y excluyendo otras causas de psicosis (2), a la fecha no hay pruebas diagnósticas o biomarcadores disponibles (18).

Tradicionalmente, los síntomas se han dividido en dos categorías (2)

- Síntomas positivos: que incluye alucinaciones, delirios y trastornos formales del pensamiento; son los llamados síntomas psicóticos en los que el contacto con la realidad se pierde (18). Este tipo de síntomas tienden a tener periodos de recaída y remisión, aunque algunos pacientes tienen síntomas psicóticos residuales a largo plazo (18).
- Síntomas negativos: que incluye anhedonia, pobreza del habla y falta de motivación; estos síntomas negativos y que involucran la parte cognitiva, tienden a ser crónicos y están asociados con efectos a largo plazo en las relaciones sociales de estos pacientes (18).

El primer episodio de psicosis generalmente ocurre en la adolescencia tardía o edad adulta temprana, pero con frecuencia es precedido por una fase prodrómica o un también llamado estado mental de riesgo. En algunos casos, la discapacidad premórbida cognitiva y en el funcionamiento social, o en ambos, pueden manifestarse muchos años antes del primer episodio psicótico. Sin embargo, en otros casos, el inicio puede ser repentino en individuos que previamente tenían un funcionamiento cognitivo y social normal (18).

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM– 5TM (59), un trastorno mental es *“un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”* que además habitualmente van asociados a estrés

significativo o a discapacidad, ya sea de tipo social, laboral o de otras actividades importantes. Para el caso de la esquizofrenia (F20.9), el diagnóstico se realiza basado en 6 criterios diagnósticos según la presencia de síntomas descritos en la **Error! Reference source not found..**

Tabla 3. Criterios diagnósticos para esquizofrenia según (DSM-5™)

Síntomas
<p>a. La presencia de dos (o más) de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo, durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delirios 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
<p>b. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, (trabajo, relaciones interpersonales o cuidado personal), está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).</p>
<p>c. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).</p>
<p>d. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.</p>
<p>e. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.</p>

Síntomas
<p>f. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones son notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).</p>
<p>Especificar si:</p> <p>Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad solo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un <i>episodio agudo</i> es el periodo en que se cumplen los criterios sintomáticos. • Primer episodio, actualmente en remisión parcial: <i>remisión parcial</i> es el periodo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente. • Primer episodio, actualmente en remisión total: <i>remisión total</i> es el periodo después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes. • Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva). • Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial Episodios múltiples, actualmente en remisión total Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los periodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global. No especificado
<p>Especificar si: con catatonía</p> <p>Nota de codificación: Utilizar el código adicional (F06.1) catatonía asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonía concurrente.</p>
<p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos.</p>

Síntomas
Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Escala dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis Sección III del DSM-5.)
Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Adaptado de: Asociación americana de Psiquiatría (59)

Según la guía de practica clínica para diagnóstico de esquizofrenia del año 2014, hay una recomendación fuerte con relación a los exámenes paraclínicos que deben ser practicados a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia al inicio del tratamiento farmacológico y durante el seguimiento de este y que son listados en la **Error! Reference source not found.**

Tabla 4. Estudios paraclínicos para realizar en el adulto con diagnóstico de esquizofrenia

Estudio	Periodicidad
Perímetro abdominal	<ul style="list-style-type: none"> Al inicio del tratamiento Cada 3 meses durante el primer año Dos veces al año (del segundo año en adelante)
Glicemia en ayunas	<ul style="list-style-type: none"> Al inicio del tratamiento A los 3 meses si hay cambio en el tratamiento Cada 6 meses para pacientes menores de 45 años Cada año para pacientes mayores de 45 años
Perfil lipídico (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos)	<ul style="list-style-type: none"> Al inicio del tratamiento Cada seis meses para AP* atípicos Control anual para otros AP <p>*Antipsicóticos</p>
EKG	

Estudio	Periodicidad
	<ul style="list-style-type: none"> Al inicio del tratamiento Y una vez al año
Hemograma	<ul style="list-style-type: none"> Al inicio del tratamiento *Recomendación específica para clonazepina
Transaminasas	<ul style="list-style-type: none"> Según instrucciones de recomendación de uso de los diferentes fármacos.

Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias (60).

• Tratamiento

En el tratamiento de la esquizofrenia, es importante el control sintomático permanente puesto que las recaídas y recurrencias disminuyen la frecuencia y duración de los episodios de remisión, empeoran la discapacidad y aumentan la resistencia al tratamiento (60). Se sabe que, tras un primer episodio psicótico, hay entre un 15% y 35% de recuperación durante el primer año y entre el 30% y el 60% a los dos años. Adicionalmente, a los dos años se observa una tasa de recaída hasta del 56%, y del 82% a los cinco años. Una recaída incrementa el riesgo de tener otras y a mayor cantidad de episodios psicóticos, la recuperación funcional es menor y hay un mayor compromiso del funcionamiento general del paciente (60).

Antes de establecer un plan de tratamiento, es importante contar con un diagnóstico adecuado y conocer la historia clínica del paciente, teniendo en cuenta la respuesta a tratamientos previos, las comorbilidades médicas, el predominio de síntomas (positivos vs. negativos) o las condiciones especiales, tales como: ideación suicida, conducta violenta o síntomas catatónicos (60).

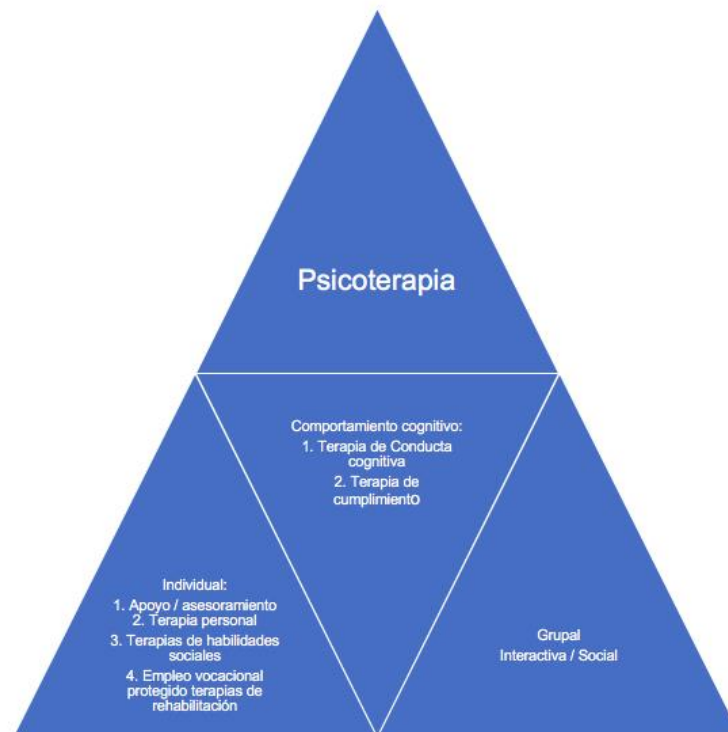
Es importante recordar que hay varias aproximaciones terapéuticas que se complementan: tratamiento farmacológico, tratamiento psicosocial y psicoterapéutico, además de las modalidades de atención (60).

Ante un trastorno mental tan complejo que afecta varias facetas de la salud y la vida del sujeto que la padece, se considera que estas personas deben recibir un manejo integral de su patología. A pesar de que hay evidencia de lo anterior, a la mayoría de los pacientes que reciben tratamiento para la esquizofrenia solo se les ofrece tratamiento psicofarmacológico (60).

El objetivo del tratamiento de la esquizofrenia está enfocado a tratar los síntomas, prevenir las recaídas y aumentar el funcionamiento adaptativo para que el paciente pueda reintegrarse a la comunidad (61). Aunque los tratamientos farmacológicos son la base del manejo de la esquizofrenia, los tratamientos no farmacológicos como la psicoterapia también son importantes y por ello, ambos deben ser empleados para optimizar los resultados a largo plazo (62).

Los enfoques psicoterapéuticos (**Error! Reference source not found.**) se pueden dividir en tres categorías: individual, de grupo y de comportamiento cognitivo.

Figura 1. Enfoques psicoterapéuticos



Tomado y adaptado de: Patel KR et al. (31)

Las terapias no farmacológicas, no solo llenan los vacíos del tratamiento farmacológico, sino que además pueden ayudar asegurar la adherencia a este (31,63), dado que se conoce que las tasas de no adherencia oscilan entre el 37% y 74% (31,64). Lo anterior puede ser debido a la negación de la enfermedad, a los efectos adversos de la medicación o la no percepción de la necesidad de ella (31,61).

Por lo tanto, es importante que el paciente sea informado y conozca sobre los efectos adversos y efectividad del tratamiento, así como los riesgos de recaída que pueden conducir a hospitalización (63).

La terapia de conducta cognitiva (TCC), la terapia personal y la terapia de cumplimiento, son enfoques que ayudan a educar a los pacientes sobre la importancia de tomar sus medicamentos (62).

La tasa de recaídas depende en parte de la adherencia al tratamiento con fármacos antipsicóticos (AP); es frecuente que los pacientes los suspendan total o parcialmente, lo cual lleva a recaídas psicóticas, aumento de las hospitalizaciones y peor pronóstico. Esto tiene como consecuencia mayor estrés y estigma social para el paciente y su familia, como también un incremento de los costos económicos para las familias, la sociedad y el sistema de salud (60).

Los programas de tratamiento, adicionalmente dan soporte a la familia acerca de cómo controlar al paciente, cuando informar efectos adversos del tratamiento al médico; así como también han demostrado útiles en la disminución de rehospitalización y mejor funcionamiento social del paciente (62).

En la actualidad, no hay consenso sobre cuáles son las intervenciones psicológicas y psicosociales que deben recomendarse a los pacientes con esquizofrenia, lo cual se refleja en la discordancia existente entre las GPC de distintos países. Por tanto, deben tenerse en cuenta las particularidades de la población en las que se van a aplicar, incluyendo factores demográficos, legales, sociales y del sistema de salud (60).

La mayoría de los pacientes con esquizofrenia requieren de una pronta implementación del tratamiento farmacológico dentro de los primeros años posteriores al primer episodio agudo, que es cuando ocurren la mayoría de cambios en el cerebro, que están relacionados con la enfermedad (31) y está enfocado en la reducción de la hostilidad y en intentar retornar al paciente al funcionamiento normal (61). Al inicio debe realizarse una titulación de la dosificación de acuerdo a la respuesta de cada paciente a la medicación y luego que la dosis ha sido establecida y el episodio agudo controlado, se debe implementar una terapia de mantenimiento con el objeto de ayudar a mejorar el estado de ánimo, autocuidado, proceso de socialización y evitar así una recaída.

Con relación a los modelos de atención para el paciente con esquizofrenia (adulto), se conoce que surgieron ante la necesidad de ofrecer a las personas una aproximación a un servicio de salud que de manera integral con el propósito de mejorar los diferentes desenlaces de la enfermedad (recaídas, adherencia a los tratamientos, el funcionamiento psicosocial y ocupacional, la carga familiar, entre otros) (60).

Cuyun y colaboradores (65) encontraron que solo un 10% de 1.635 pacientes con diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o esquizofreniforme presentaron mejoría sostenida entre el primer y tercer año, recibiendo un manejo usual de acuerdo con

el tipo de centro de procedencia (centros de salud mental comunitarios, sistemas de salud universitarios, hospitales comunitarios y estatales y el Departamento de Asuntos de Veteranos de Servicios de Salud.) (60).

Aunque el porcentaje de recuperación es bajo, se ha observado que conlleva una buena funcionalidad en diferentes aspectos de la vida del paciente en relación con el resto de pacientes quienes continúan inmersos en síntomas activos, deterioro cognitivo y problemas sociales (60,66).

La guía de práctica clínica para el diagnósticos, tratamiento e inicio de rehabilitación social de los adultos con esquizofrenia (61) con el objeto de dar respuesta a la pregunta ¿Cuáles con las modalidades efectivas para mejorar los desenlaces en adultos con diagnóstico de esquizofrenia tanto en la fase aguda como en la de mantenimiento de la enfermedad? realizó una revisión de literatura que le permitió identificar alternativas tales como: tratamiento asertivo comunitario, equipos de salud mental comunitaria, hospital día de agudos, hospital día de no agudos, equipos de resolución en crisis y tratamiento en casa, manejo intensivo de caso y rehabilitación basada en la comunidad (60).

La evidencia obtenida en la anterior revisión, aunque tuvo algunas limitaciones fue la mejor disponible en su momento para emitir recomendaciones tales como:

- “El manejo de pacientes con esquizofrenia se haga primordialmente mediante modalidades de prestación de servicios de salud que tengan una base comunitaria y que cuenten con un grupo multidisciplinario liderado por un médico psiquiatra, el cual trabaja de manera coordinada e integrada. El grupo de estar constituido por al menos: psiquiatra, enfermero profesional, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y agente comunitario y debe establecer objetivos de tratamiento específicos basados en las características de cada paciente” (recomendación fuerte),
- “Las modalidades de atención que se pueden ofrecer para la atención del adulto con diagnóstico de esquizofrenia son:
 - Atención asertiva comunitaria (recomendación fuerte),
 - Equipos de resolución en crisis y tratamiento en casa si se tiene red de apoyo familiar adecuada (recomendación fuerte),
 - Manejo intensivo de caso para pacientes que presentan múltiples recaídas (recomendación fuerte),
 - Equipos de salud mental comunitaria (Recomendación débil),
 - Hospital día transicional y para crónicos (recomendación débil) y
 - No se recomienda usar la modalidad hospital día en la fase aguda de la esquizofrenia en adultos.

Es importante resaltar que para que el paciente con esquizofrenia sea atendido en alguna de las modalidades relacionadas previamente se requiere garantizar la disponibilidad de recurso como: un servicio de salud que de soporte administrativo a los servicios de salud

mental con base comunitaria descritos en las recomendaciones, profesionales de la salud y afines entrenados en la prestación de servicios de salud en las modalidades recomendadas y que trabajen de manera coordinada, servicios de salud que atiendan el tiempo necesario de acuerdo con las características y requerimiento de cada modalidad de atención y un adecuado servicio de referencia y contrareferencia para dar rutas de atención y cohesión cuando se requieran (60).

1.1.2. Identificación y descripción del criterio o criterios de exclusión por los cuales fue nominada la tecnología

La tecnología internación o institucionalización completa y parcial en institución no hospitalaria fue nominada por el criterio: D) “Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente”

Definición operativa: De acuerdo con el documento “*Método para fase 2 PTC de análisis técnico-científico*” la tecnología no autorizada es aquella que no ha surtido el proceso ante la autoridad en salud competente para la autorización de su uso; o aquella que habiendo adelantado dicho trámite no reunió los estándares necesarios para su autorización. Exceptuando los medicamentos considerados por INVIMA como Vitales No Disponibles y los usos de medicamentos no incluidos en el registro sanitario definidos por el MSPS, dentro del listado de usos no incluidos en el registro sanitario-UNIRS (67).

1.2. Metodología para el análisis del criterio de nominación

1.2.1. Preguntas de política en salud

¿En Colombia, con base en la información proporcionada por la autoridad competente acerca del uso autorizado, el servicio de internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria para personas con esquizofrenia no especificada (F209), debería ser excluida de la financiación con recursos públicos asignados a la salud?

¿En Colombia, con base en la información proporcionada por la autoridad competente acerca del uso autorizado, el servicio de internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria para personas con esquizofrenia no especificada (F209), debería ser excluida de la financiación con recursos públicos asignados a la salud?

1.2.2. Pregunta de investigación

Teniendo en cuenta el criterio de nominación para el servicio de internación o institucionalización de estancia completa y parcial en institución no hospitalaria para personas con esquizofrenia no especificada (F209), que corresponde a “*Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente*” no se precisa el diseño de una pregunta de investigación sobre los potenciales beneficios de la intervención vs no realizarla u otros que se encuentren reportados.

Población	Hombres y mujeres adultos con diagnóstico clínico de esquizofrenia identificada con código CIE 10 F209.
Intervenciones	Internación o institucionalización completa o parcial en institución no hospitalaria.
Comparador(es)	No aplica teniendo en cuenta el criterio de nominación, sin embargo, se tendrán en cuenta en el análisis los potenciales beneficios de la intervención vs no realizarla u otros que se encuentren reportados.
Desenlaces	No aplica teniendo en cuenta el criterio de nominación, sin embargo, se tendrán en cuenta en el análisis los beneficios en la mejora de la condición clínica y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia que hacen uso de la intervención.

1.2.3. Criterios de elegibilidad

Se realizó revisión de la normatividad colombiana vigente publicada en la página del Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS para verificar si la prestación del servicio de internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria para personas con esquizofrenia no especificada (F209) está autorizado, así como las políticas nacionales con relación al manejo de salud mental.

1.2.4. Búsqueda de información

Se realizó revisión de la normatividad colombiana vigente, publicada en la página del Ministerio de Salud y Protección social, específicamente las resoluciones 3100 de 2019, para verificar la autorización de instituciones habilitadas para prestar los servicios nominados; las resoluciones 3512 de 2019 y 537 de 2020, para verificar denominaciones de los códigos y las descripciones de los procedimientos en salud autorizados por autoridad competente en Colombia, esta información se corrobora con una consulta formal al Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de obtener concepto de la autoridad encargada de emitir las normas de habilitación de servicios en salud (Anexo 1).

De igual manera se consultó la ley 1616 de 2003, la ley estatutaria 1751 de 2015, así como documentos técnicos relacionados con la salud mental, para verificar si los servicios

nominados cuentan con aprobación e indicación por la autoridad competente para ser prestados en instituciones no hospitalarias.

Adicionalmente se consultaron documentos técnicos relacionados con políticas de la salud mental a nivel local, así como la Guía de Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia; la página del Observatorio Nacional de Salud Mental y el documento CONPES 3992 de 2020.

Con el objeto de dar respuesta a las objeciones presentadas, suministrar alguna evidencia sobre los posibles beneficios de los servicios nominados y dar soporte a la recomendación emitida en este informe, se realizó una búsqueda abierta de literatura en bases de datos como Pubmed y Google, así como la consulta con expertos clínicos en el manejo de la esquizofrenia.

2. Resultados

2.1. Resultados de la búsqueda de información

Normatividad relacionada con la prestación de servicios en salud

Con relación a la habilitación de instituciones para prestar los servicios de internación de estancia completa y estancia parcial, la normatividad colombiana por medio de la Resolución 3100 de 2019 (68) define en el anexo técnico “*manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud*”, los diferentes servicios de internación en numeral “11.4 grupo internación”, dentro de los que se encuentran definidos:

- 11.4.10 el “*servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas*” el cual es descrito como “el servicio que presta atención hospitalaria a pacientes con alteraciones en salud mental o por consumo de sustancias psicoactivas, con una estancia mayor a 24 horas;
- 11.4.11 el “SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL” que corresponde al “servicio que presta atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras que no impliquen estancia completa y finalmente en el numeral
- 11.4.12 está el “SERVICIO PARA EL CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS” que corresponde al “servicio de internación en infraestructura no hospitalaria, para la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas, que incluye pernoctada” (70). Este último servicio, es el único que se presta en infraestructura no hospitalaria y que solo está habilitada para fines diferentes al manejo de enfermedad mental.

Encontrándose que los servicios de internación completa y parcial en instituciones no hospitalarias para enfermedades mentales, dentro de las que estaría la esquizofrenia, no hacen parte de las opciones de servicios que se puedan habilitar para la prestación en salud.

Adicionalmente, en la consulta hecha al MSPS el día 13 de Julio de 2020 con el número de radicado 202042301107682, este responde el día 21 de Julio de 2020 mediante el radicado 202023101091871 (Anexo 2), en donde corrobora lo encontrado en el párrafo anterior y además precisa que: *“bajo la Resolución 3100 de 2019 no se tiene establecido un servicio de internación parcial o completa en infraestructura no hospitalaria que tenga como objetivo la atención de pacientes con alteraciones en salud mental. El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 de la Ley 1755 de 2015”*.

Adicionalmente, la resolución 3512 de 2019 menciona, que la internación parcial “es el servicio que presta atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras que no impliquen estancia completa” y define la atención con internación como aquella “modalidad intramural de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud”, y aclara que “cuando la duración sea inferior a este lapso, se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospitalización parcial y que “para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante” (artículo 8, ley 3512 de 2019)”, y la atención debe ser prestada en “los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente” (artículo 25, resolución 3512 de 2019) (69).

Es importante tener en cuenta que el capítulo VI (Salud Mental) de la resolución 3512 de 2019, el artículo 64 (Atención con internación para la población general) establece que “los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad”, que durante la fase aguda “la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario; de acuerdo con el concepto del equipo profesional de la salud tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social” (69).

Adicionalmente el Parágrafo 1. Menciona *“A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tiene límites para su financiación con recursos de la UPC”* (69).

Así mismo, el artículo 127 de la misma resolución, establece que no serán financiadas con recursos públicos asignados a la salud “Servicios no habilitados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros”. Así como “Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al artículo 9 de la Ley 1751 de 2015” (69). También es importante tener en cuenta, que si bien en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, menciona

que “el sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas” los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta el criterio de “Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente” (70).

La consulta de normatividad relacionada con códigos disponibles para la prestación de los servicio nominados, evidenció que en el anexo 4 (Códigos para el reporte de otras prestaciones en Salud) de la resolución 3495 de 2019 (71), dentro del ítem “Internación en Unidad de Salud Mental” se encuentra el código CUPS 820P01 que corresponde a “Internación parcial en institución no hospitalaria”, el cual en el Anexo 2 (Lista tabular) de la previa resolución 5851 de 2018 (72), correspondía al código S12801 “Internación parcial en institución no hospitalaria (granja protegida, taller protegido, centro ocupacional o residencia protegida)”; los otros códigos CUPS para internación, establecidos en la resolución 3495 de 2019 corresponden todos a internación en unidades hospitalarias de salud mental (71). De igual manera la Resolución 537 de 2020 ratifica el código CUPS 820P01 (Internación parcial en institución no hospitalaria) (73), no obstante, el MSPS aclara que dicho CUPS va alineado con la norma de habilitación, por lo que su uso solo se podrá restringir para cuando la demanda del servicio sea en el marco de consumo de sustancias psicoactivas.

Normatividad y documentos técnicos relacionados con salud mental

En cuanto a las normas relacionadas con salud mental, la Ley 1616 de 2003 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (5,74). Adicionalmente, la salud mental, es un tema de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas (74).

El artículo 4 de la ley 1616 de 2013, menciona que el estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales (74).

Con relación a los modelos y servicios de atención, la ley 1616 del 2013 en el artículo 13 establece que “ La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (donde se incluye en una de las opciones

la rehabilitación basada en comunidad eje que sustenta los servicios de internación parcial y completa no hospitalaria):” (74)

- Atención Ambulatoria.
- Atención Domiciliaria.
- Atención Prehospitalaria.
- Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
- Centro de Salud Mental Comunitario.
- Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
- Hospital de Día para Adultos.
- Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
- Rehabilitación Basada en Comunidad.
- Unidades de Salud Mental.
- Urgencia de Psiquiatría.

Y en el Parágrafo del artículo 13, se aclara que “en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios para la atención integral e integrada en Salud Mental bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red.” (74).

Adicionalmente esta misma ley, establece que los prestadores de servicios “deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación vigente, para lo cual “ el Ministerio deberá formular, implementar, evaluar y ajustar tales instrumentos de acuerdo con lo establecido en la presente ley y demás disposiciones legales complementarias (Artículo 14 de la ley 1616 de 2013) (74).

El documento CONPES 3992 de 2020 “*Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*” establece que “*El abordaje integral de la salud mental es uno de los retos del país en salud pública, y que la comprensión de la salud mental se ha centrado exclusivamente en la presencia de enfermedad mental y por lo tanto su intervención se ha limitado, en mayor medida, al tratamiento de la enfermedad*” (75). Por otro lado, menciona que se “*propone un conjunto de acciones con el fin de eliminar las principales barreras de los entornos sociales en los que se desenvuelven los individuos y que inciden en su salud mental*”, así como también, que “*se proponen algunas actividades para mejorar la atención integral de los pacientes que requieren rehabilitación en el sistema de salud, así como varias acciones que permitan que los pacientes rehabilitados puedan acceder a una oferta de inclusión social*” (75).

Adicionalmente plantea que “*si bien el país ha logrado avances importantes en normatividad y en el diseño de políticas y en la adopción de un enfoque que permita abordar temas de promoción y prevención de determinantes sociales de la salud mental, aún es necesario redoblar esfuerzos para lograr mejorar la articulación intersectorial que incida en la promoción de la salud mental, prevención y atención integral de las violencias, consumo de*

sustancias psicoactivas SPA, problemas y trastornos mentales y suicidio". Parte del incremento que se ha visto en los trastornos de salud mental, según se menciona en este documento "está relacionado con la desarticulación y fragmentación de la salud mental con otras políticas y otros sectores que inciden en esta. A esto se suma, que la mayoría de las intervenciones en salud mental se realizan desde el sector salud, en gran medida porque la salud mental aún está asociada exclusivamente a trastornos mentales, desligándola de factores como la violencia y consumo de SPA" (75).

Finalmente, se recomienda considerar que dentro de la Estrategia de fortalecimiento de entornos protectores, del CONPES 3992 del 2020 (salud mental), específicamente en la línea de acción número 3 (numeral 5.3.2) se menciona que: *"el Ministerio de Salud y Protección social, a partir del primer semestre de 2021, diseñará una estrategia de rehabilitación basada en la comunidad para la implementación de procesos intersectoriales de inclusión social de las personas con trastornos mentales, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas, sus familias y cuidadores. Esta estrategia se hará en el marco del Comité Técnico Interinstitucional para la salud mental, y buscará la inclusión de la comunidad en procesos de rehabilitación e inclusión social según recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud"* (75).

La *"Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia – 2014"* (60), estipula como parte del manejo clínico de los pacientes con esquizofrenia lo siguiente:

Aspecto 1. Evaluación diagnóstica complementaria del paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

Aspecto 2. Tratamiento farmacológico de la esquizofrenia: incluye el manejo farmacológico para el control de los síntomas en fase aguda y de mantenimiento (poscrisis y estable).

Aspecto 3. Rehabilitación psicosocial inicial del paciente con diagnóstico de esquizofrenia: incluye las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y modalidades de atención para la recuperación funcional (por lo que lo psicosocial no es aislado del manejo clínico).

En general la revisión de la normatividad colombiana por parte del IETS, muestra que para el manejo de enfermedad mental hay prestación de todos los servicios que garantizan el manejo clínico de dichas enfermedades al interior de instituciones hospitalarias y bajo la dirección de personal profesional idóneo para dicho fin. Del mismo modo, la respuesta a la consulta elevada al MSPS, ratifica la no habilitación para instituciones no hospitalarias. No obstante, también hay normatividad que respalda el uso de estos servicios e insta a usarlos como parte de la rehabilitación psicosocial indispensable en la recuperación y manejo de pacientes con patologías mentales como la esquizofrenia.

2.2. Síntesis de la evidencia

Algunos de los estudios encontrados en la búsqueda exploratoria acerca del uso de los servicios de internación se presentan a continuación:

Según (Stroul, 1989), la articulación de un sistema de servicios comunitarios que pretenda atender e integrar de un modo estandarizado a personas con trastorno mental debe priorizar y organizar una adecuada cobertura de sus necesidades de alojamiento y atención residencial (9). Algunos de los factores que influyen para que los enfermos mentales crónicos tengan dificultad para ser autónomos con relación a sus necesidades de alojamiento fueron descritos por Carling y Ridgway en 1985 y son:

- La discapacidad y deterioro de habilidades generado por el trastorno psiquiátrico.
- Los insuficientes y limitados esfuerzos de los sistemas de servicios de salud mental y servicios sociales para ofrecer el entrenamiento y apoyo que requieren muchos enfermos mentales crónicos.
- La discriminación y el estigma asociado a la enfermedad mental.
- Los insuficientes ingresos económicos de gran parte de estas personas y la situación de pobreza de algunos de ellos.

Lo anterior sumado con la insuficiente, limitada o nula provisión de servicios residenciales comunitarios, en algunos países, ajustados a las diferentes necesidades y características de los enfermos mentales crónicos contribuyen a generar un conjunto de consecuencias negativas (Tabla 5) de cara a la atención e integración socio comunitaria de esta población tales como:

Tabla 5. Consecuencias negativas de la no atención

Consecuencia	Descripción
Uso inadecuado de la atención hospitalaria	La falta de lugar de residencia apropiado en ocasiones se asocia con las, admisiones hospitalarias, así como en otros casos a estancias hospitalarias innecesarias por razones terapéuticas en pacientes que no cuentan con el servicio de residencia adecuada.
Incremento de reingresos hospitalarios (Fenómeno de la puerta giratoria)	Un alto porcentaje de reingresos hospitalarios de corta duración está relacionado con la consecuencia de un inadecuado soporte residencial social lo que limita la eficacia de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras.

Consecuencia	Descripción
Sobrecarga familiar	La insuficiencia de alternativas residenciales adecuadas y soporte comunitario supone que recaiga la responsabilidad del cuidado totalmente en la familia, generando situaciones de sobrecarga y tensión.
Incremento del porcentaje de enfermos mentales en situación de marginación.	Esta situación es preocupante en varios países como Estados Unidos, en donde entre el 25% y 50% de personas sin hogar padecen trastornos graves de salud mental. (Lamb, 1984).
Dificultades de integración comunitaria	Algunos enfermos mentales terminan residiendo en alojamientos marginales, lo cual dificulta un adecuado proceso de integración comunitaria.

Elaboración propia, adaptado de: Rodríguez González A (9).

El desarrollo de lugares de vida para personas con trastornos mentales graves es un factor importante en la consolidación de la atención comunitaria en Salud Mental. Las residencias deben considerarse como un lugar de rehabilitación psicosocial, al modificar una situación psicosocial disfuncional que influye negativamente en la calidad de vida y en la integración social del paciente (76).

El estudio de Lascorz (76) cuyo objetivo fue evaluar la evolución de 88 residentes ingresados en 3 residencias durante los dos primeros años de ingreso para definir los aspectos de mejoría en los usuarios, comparó las variaciones en el tiempo de ingreso psiquiátrico, la utilización de recursos de rehabilitación comunitaria, la estabilidad clínica, la realización de Actividades de la Vida Diaria (AVD) y la calidad de vida (desarrollo personal y social); tomando como valores de referencia la información recogida durante el año anterior a su incorporación a la residencia y a los dos años de vinculación (76). Cuando se analizó la evolución de los pacientes entre el año previo y al segundo año posterior al ingreso residencial se observó una reducción drástica del tiempo de ingreso en hospitales psiquiátricos en los pacientes que pasaron a vivir a las residencias. En el año previo al estudio un total de 42 pacientes precisaron 9.482 días de ingreso, dos años después sólo 13 pacientes precisaron ingreso y estuvieron sólo un total de 382 días ingresado, lo cual significó una reducción de 9.100 días (76).

Adicionalmente se apreció una mejoría en la estabilidad clínica, en autonomía en AVDs, un 15 % de mejoría en bienestar personal. Según los criterios de mejoría definidos en estudio el 61,36% de la población de estudio presentó mejoría, un 28,41% se quedó igual y el 10,23% empeoró (76). Los pacientes que presentaron mayor mejoría fueron aquellos que

provenían de pisos asistidos (16,5% de mejoría) y de hospitalización psiquiátrica (15,52% de mejoría).

Se puede afirmar que la estancia en las residencias favorece la estabilidad clínica del usuario, reduciendo el número de ingresos y su tiempo de estancia. El residente mejora en el funcionamiento general en las AVD, hábitos de salud y relaciones personales, recuperando su estatus de ciudadano, más activo y autónomo. La mejora en el ajuste social y ocupacional se refleja en el aumento de recursos de rehabilitación utilizados y la mayor participación en la vida comunitaria (tanto dentro como fuera de la residencia) (76).

Una revisión sistemática realizada por Stephen Parker et al (77) sobre modelos de servicio y evidencia relacionada con rehabilitación en salud mental en residencias basadas en comunidad (C-BRC: community-based residential rehabilitation) encontró que 24 publicaciones registraron una descripción de los servicios y se identificaron dos tipos de unidades de rehabilitación comunitaria, los cuales fueron identificados como C-BRC y operaron entre los años 1990 y 2000 y el más reciente fue el tipo denominado rehabilitación residencial transicional (TRR: Transitional Residential Rehabilitation). Dichos tipos de servicio difieren en el ambiente físico, la filosofía de cuidado y el soporte y tratamiento disponible (77).

Aunque existe evidencia de tipo cualitativo que sugiere el valor positivo de estas modalidades en los pacientes con esquizofrenia, en Australia no hay una investigación metodológicamente sólida que permita cuantificar los resultados obtenidos; por lo tanto se resalta la importancia de realizar investigación de alta calidad que permita informar los hallazgos para que se puedan tomar decisiones políticas con relación a la asignación de fondos al interior del servicio del salud (77).

Un estudio realizado por Varga et al (78) el cual incluyó 75 pacientes de nacionalidad húngara mayores de edad, con diagnóstico confirmado de esquizofrenia y en fase de remisión, fueron asignados aleatoriamente a dos tipos de tratamiento basados en la comunidad denominados CM (case management) y CC (Community-based clubs); el estudio contó con un grupo control denominado TAU (treatment as usual). Todos los participantes fueron evaluados al inicio del estudio y después de 6 meses de tratamiento por un grupo de investigadores entrenados, con el objeto de evaluar el desempeño funcional y la cognición social de los participantes (78).

El tratamiento denominado CM, consistió en una modalidad en la cual se desarrolla un plan de tratamiento individualizado junto con el paciente con el objeto de mejorar aspectos sicosociales que perduren en el tiempo y le ayuden a afrontar dificultades de la vida diaria al paciente en compañía de un tutor. El otro tratamiento denominado CC, es un servicio de cuidado diario formado con base en el concepto del modelo de club house de rehabilitación psicosocial y cuyo principal propósito es ayudar a las personas con enfermedad mental que usualmente viven en aislamiento social a encontrar un camino que las incluya en la sociedad (78). Estos clubes son comunidades no hospitalarias compuestas por personas mayores de edad que padecen desordenes psiquiátricos crónicos quienes están en fase de

estabilización o remisión y el personal que participa desarrollando las actividades sociales ofrecidas en el club (78).

Los resultados de este estudio mostraron que los desenlaces a nivel funcional mejoraron significativamente en los grupos de modalidad CC y CM en comparación con el grupo control (TAU). El análisis detallado de las puntuaciones obtenidas para cognición social tuvo mejor desempeño en el grupo CC y se encontraron diferencias en los tres grupos después de los 6 meses de evaluación. También se encontró correlación entre los cambios observados en los aspectos funcionales y de cognición social. En general se concluye que los programas de tratamiento psicosociales basados en la comunidad mejoran los desenlaces funcionales en esquizofrenia (78).

2.3. Información de vigilancia post- comercialización

Para el objeto del presente informe no aplica este tipo de vigilancia.

2.4. Análisis de la información enviada por el nominador

Se realizó verificación de los comentarios emitidos por el nominador para cada uno de los servicios nominados, anexo 3 y anexo 4 corroborando que, para la prestación de dichos servicios, las instituciones no hospitalarias no están incluidas en la norma de habilitación (Resolución 3100 de 2019), por lo tanto, no pueden ser prestados. La norma solo incluye entidades hospitalarias que cuenten con el personal idóneo para la prestación de servicios dirigidos a personas con diagnóstico de enfermedad mental, incluida la esquizofrenia.

Teniendo en cuenta que actualmente la ley colombiana no cuenta con instituciones no hospitalarias habilitadas para prestar los servicios de internación de estancia completa y estancia parcial para pacientes con esquizofrenia, se realizó consulta con el nominador, para conocer el sistema de prestación del servicio y la forma de recobro que está siendo actualmente empleado para el recobro de la prestación de dicho servicio. El nominador informa que estos servicios se está prestando en instituciones hospitalarias debidamente habilitadas en el manejo de pacientes con enfermedad mental y el recobro es realizado mediante el aplicativo Mi Prescripción (MIPRES) (79) bajo la categoría servicios complementarios tutelados, con el código 104 que incluye “ALOJAMIENTO, HOSPEDAJE Y ALBERGUE”

2.5. Análisis de las objeciones, observaciones o aportes realizados con respecto a la nominación

En consulta realizada en el portal Mi Vox Populi del MSPS, con corte a 19 de junio de 2020, los servicios de internación o institucionalización de estancia completa e internación o institucionalización de estancia parcial para el manejo de esquizofrenia no especificada (F209), se encontraron las objeciones N.1287 (emitida el 06 de mayo de 2019), N. 1309 (emitida el 19 de mayo de 2020) y N. 1318 (emitida el 19 de mayo de 2020) para la

nominación N. 1281 y las objeciones N. 1288 (emitida el 06 de mayo de 2020), N.1310 (emitida el 19 de mayo de 2020) y N.1317, (emitida), para la nominación N. 1282.

El grupo de objetadores estuvo conformado por: una madre de paciente con diagnóstico de esquizofrenia; una paciente miembro del concejo nacional de salud mental y veedora en Diversamente; un profesional de la salud quien a su vez es vicepresidente de la Asociación Colombiana de Patología dual y la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Con el objeto de dar respuesta a las objeciones presentadas, se realizó lectura de cada uno de los argumentos expuestos, así como la revisión de documentos mencionados en la objeción y se procedió a dar respuesta de los hallazgos en dichos documentos y con base en la información encontrada durante el proceso de revisión de la nominación. En los anexos 5 y 6 se muestra el análisis detallado de cada una de las objeciones presentadas

3. Recomendaciones

Recomendación 1

Se recomienda esperar un tiempo para determinar la decisión de exclusión del servicio de internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria, de la financiación con recursos públicos de la salud, para el manejo de esquizofrenia no especificada (F209) a pesar de no estar autorizado por la autoridad competente (Resolución 3100 de 2019), sin antes considerar realizar una evaluación de la efectividad, eficacia y seguridad de los servicios nominados y hasta tanto no se dé claridad técnica y jurídica para que se garantice su financiación.

Recomendación 2

Se recomienda esperar un tiempo para determinar la decisión de exclusión del servicio de internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria, de la financiación con recursos públicos de la salud, para el manejo de esquizofrenia no especificada (F209) a pesar de no estar autorizado por la autoridad competente (Resolución 3100 de 2019), sin antes considerar realizar una evaluación de la efectividad de los servicios nominados y hasta tanto no se dé claridad técnica y jurídica para que se garantice su financiación.

3.1. Consideraciones a tener en cuenta para el análisis de la recomendación

El grupo desarrollador del presente informe, encontró que para los servicios nominados: “servicio de internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria” y servicio de internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria” efectivamente NO existe autorización por la autoridad competente para

manejo de esquizofrenia no especificada, en este caso la norma que compete habilitar los servicio en Salud (Resolución 3100 de 2019). No obstante, se encuentra un vacío jurídico dado entre el deber ser y la implementación de ese deber ser, el primero dado la existencia de documentos como la GPC de esquizofrenia, los planes como el CONPES 3992 de 2020, la política de salud mental, entre otros, que establecen como parte del manejo clínico la rehabilitación basada en comunidad cuyo enfoque va más allá de un aspecto netamente social, y la segunda por las barrera de implementación para prestar estos servicios por no tener una claridad de como prescribirlos, quien los financia, como se deberían prestar, quien debería estar a cargo etc.

Es así que al encontrar contradicciones entra las bases teóricas que sustenta la rehabilitación basada en comunidad y los vacíos normativos que impiden su uso, el grupo considera que para determinar una posición específica de financiación se aclaren los siguientes tópicos:

- Primero se haga claridad terminológica pues se encuentran varios nombres para referir a estos servicios, no existiendo límites claros entre la figura de servicios para rehabilitación basada en comunidad y sitios de permanencia donde no se aplica ningún tipo de intervenciones.
- Se de claridad de criterios de funcionamiento, uso y financiación de estos servicios, ya que esto no está estandarizado ni normatizado, esto último debido a que se encuentran posiciones encontradas entre el hecho de que esto sea del resorte social y aplique el artículo 9 de La ley 1751 de 2015, o que corresponda al ámbito clínica como la GPC de esquizofrenia lo enuncia.
- Se establezcan las normas y lineamientos relacionados sobre los procesos de prescripción o uso de manera particular.

Finalmente, el grupo desarrollador de este informe, también considera que estas tecnologías se deben evaluar a partir de otros criterios como los de efectividad, eficacia y seguridad.

4. Referencias

1. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophr Bull.* 2018;44(6):1195–203.
2. Hany M, Rehman B, Azhar Y et al. StatPearls. Schizophrenia. 2020.
3. Benavides-Portilla M, Beitia-Cardona PN, Osorio-Ospina C. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, Colombia. *Rev Investig en Salud Univ Boyacá.* 2016;3(2):146.
4. Collaborators GBD 2016 D and II and P. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England).* 2017 Sep;390(10100):1211–59.
5. Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ sobre La Salud Mental, Sus Trastornos Y Estigma. 2003.
6. Bodega de Datos SISPRO (SGD). Indicadores de salud mental por sexo.
7. Prevención D de E y DD de P y, Bogotá S de E no T. Observatorio Nacional de Salud Mental Fichas técnicas de los indicadores. 2018;108.
8. Mi vox pópuli.
9. Rodríguez González A. Alternativas residenciales comunitarias para personas con enfermedades mentales crónicas. [Community-based Residential Services to Mentally]. *Psychosocial intervention.* 1992;1(2):15–29.
10. Liberman RP. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. Liberman RP, editor. Washington D.C.: American Psychiatric Press.; 1988.
11. Budson RD. The Psychiatric Halfway House: A Handbook of Theory and Practice. University of Pittsburgh Press; 1978. (Contemporary community health series).
12. Alejandro Florit Robles, José Manuel Cañamares Yelmo BCO y ARG. Atención residencial comunitaria y apoyo al alojamiento de personas con enfermedad mental grave y crónica: recursos residenciales programas básicos de intervención. Comunidad de Madrid; Consejería de Familia y Asuntos sociales, editor. Madrid: B.O.C.M.; 2007. 1–246 p.
13. Jes M, Salvador PEZ, Garcel P, Yust CC. Soporte residencial de enfermos mentales crónicos Residential support of chronic mental disturbed. 2003;12(January 2003).
14. Goffman E, Alister C. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 2009. p. 1–59.
15. Cole, Nicki Lisa. "What Is a Total Institution?" 2020.
16. Juan Carlos Stagnaro. El Hospital de Día: historia y conceptualización. *VERTEX Rev Arg Psiquiat.* 2012;XXIII:107–18.
17. Vllalta L, Perez V. Programas de hospitalización parcial. *Psicopatol y Salud Ment.* 2011;19–22.
18. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet.* 2016;388(10039):86–97.
19. Organización Mundial de la salud. Organización Mundial de la Salud - OMS. Esquizofrenia.
20. Sullivan PF, Daly MJ, O'Donovan M. Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nat Rev Genet.* 2012 Jul;13(8):537–51.

21. Consortium SWG of the PG. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*. 2014/07/22. 2014 Jul;511(7510):421–7.
22. Malhotra D, Sebat J. CNVs: harbingers of a rare variant revolution in psychiatric genetics. *Cell*. 2012 Mar;148(6):1223–41.
23. Rees E, Walters JTR, Chambert KD, O'Dushlaine C, Szatkiewicz J, Richards AL, et al. CNV analysis in a large schizophrenia sample implicates deletions at 16p12.1 and SLC1A1 and duplications at 1p36.33 and CGNL1. *Hum Mol Genet*. 2013/10/26. 2014 Mar;23(6):1669–76.
24. Fromer M, Pocklington AJ, Kavanagh DH, Williams HJ, Dwyer S, Gormley P, et al. De novo mutations in schizophrenia implicate synaptic networks. *Nature*. 2014/01/22. 2014 Feb;506(7487):179–84.
25. Rees E, Moskvina V, Owen MJ, O'Donovan MC, Kirov G. De Novo Rates and Selection of Schizophrenia-Associated Copy Number Variants. *Biol Psychiatry*. 2011;70(12):1109–14.
26. Lee SH, Ripke S, Neale BM, Faraone S V, Purcell SM, Perlis RH, et al. Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet*. 2013/08/11. 2013 Sep;45(9):984–94.
27. Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy - going, going... but still not gone. *Br J Psychiatry*. 2010 Feb;196(2):92–5.
28. Ruderfer DM, Fanous AH, Ripke S, McQuillin A, Amdur RL, Consortium SWG of the PG, et al. Polygenic dissection of diagnosis and clinical dimensions of bipolar disorder and schizophrenia. *Mol Psychiatry*. 2013/11/26. 2014 Sep;19(9):1017–24.
29. Grozeva D, Kirov G, Ivanov D, Jones IR, Jones L, Green EK, et al. Rare copy number variants: a point of rarity in genetic risk for bipolar disorder and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Apr;67(4):318–27.
30. Baker K, Costain G, Fung WLA, Bassett AS. Chromosomal microarray analysis-a routine clinical genetic test for patients with schizophrenia. *LANCET PSYCHIATRY*. 2014;1(5):329–32.
31. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. *P T*. 2014 Sep;39(9):638–45.
32. Fatemi SH, Folsom TD. The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. *Schizophr Bull*. 2009/02/17. 2009 May;35(3):528–48.
33. MS K, GE H. Brain maturational processes and delayed onset in schizophrenia. Vol. 11, *Development and psychopathology*. 1999. p. 525–43.
34. Khashan AS, Abel KM, McNamee R, Pedersen MG, Webb RT, Baker PN, et al. Higher Risk of Offspring Schizophrenia Following Antenatal Maternal Exposure to Severe Adverse Life Events. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Feb;65(2):146–52.
35. Brown AS. Epidemiologic studies of exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia and autism. *Dev Neurobiol*. 2012/08/23. 2012 Oct;72(10):1272–6.
36. Khandaker GM, Zimbron J, Lewis G, Jones PB. Prenatal maternal infection, neurodevelopment and adult schizophrenia: a systematic review of population-based studies. *Psychol Med*. 2012/04/16. 2013 Feb;43(2):239–57.
37. Brown AS. The environment and susceptibility to schizophrenia. *Prog Neurobiol*. 2010/10/16. 2011 Jan;93(1):23–58.
38. Cannon M, Kendell R, Susser E JP. Prenatal and perinatal risk factors for

- schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E, Van Os J CM, editor. The epidemiology of schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p. 74–99.
39. Allardyce J, Boydell J. Review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2006/07/18. 2006 Oct;32(4):592–8.
40. Byrne M, Agerbo E, Eaton WW, Mortensen PB. Parental socio-economic status and risk of first admission with schizophrenia: A Danish national register based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(2):87–96.
41. Paksarian D, Eaton WW, Mortensen PB, Pedersen CB. Childhood Residential Mobility, Schizophrenia, and Bipolar Disorder: A Population-based Study in Denmark. *Schizophr Bull.* 2015;41(2):346–54.
42. Varese F, Bentall RP, Smeets F, Drukker M, Lieveerse R, Lataster T, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull.* 2012;38(4):661–71.
43. Cantor-Graae E, Pedersen CB. Full Spectrum of Psychiatric Disorders Related to Foreign Migration: A Danish Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry.* 2013 Apr;70(4):427–35.
44. Davies G, Welham J, Chant D, Torrey EF, McGrath J. A systematic review and meta-analysis of Northern Hemisphere season of birth studies in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):587–93.
45. Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. Meta-Analysis of the Association of Urbanicity With Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2012 Oct;38(6):1118–23.
46. McGrath JJ, Petersen L, Agerbo E, Mors O, Mortensen PB, Pedersen CB. A Comprehensive Assessment of Parental Age and Psychiatric Disorders. *JAMA Psychiatry.* 2014 Mar;71(3):301–9.
47. Miller B, Messias E, Miettinen J, Alaräisänen A, Järvelin M-R, Koponen H, et al. Meta-analysis of paternal age and schizophrenia risk in male versus female offspring. *Schizophr Bull.* 2010/02/25. 2011 Sep;37(5):1039–47.
48. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet.* 2007 Jul;370(9584):319–28.
49. Messias EL, Chen C-Y, Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatr Clin North Am.* 2007 Sep;30(3):323–38.
50. Davis J, Eyre H, Jacka FN, Dodd S, Dean O, McEwen S, et al. A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016/04/09. 2016 Jun;65:185–94.
51. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005/05/31. 2005 May;2(5):e141–e141.
52. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* 2004;2:13–34.
53. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2013;39(6):1296–306.

54. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess Early Mortality in Schizophrenia. Vol. 10, ANNUAL REVIEW OF CLINICAL PSYCHOLOGY, VOL 10. 2014. 425–448 p.
55. Charlson FJ, Baxter AJ, Whiteford HA, Degenhardt L, Vos T, Dua T. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24(2):121–40.
56. Consortium TWHOWMHS. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004 Jun;291(21):2581–90.
57. Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2012;90(1):47.
58. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res*. 2013;150(1):3–10.
59. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM. Arlington: American Psychiatric Association.; 2013. 1-418. p.
60. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia - 2014 Guía No. 29. Bogotá D.C.; 2014. 1–1028 p.
61. Berryman LY. *Pharmacotherapy Handbook*. 2nd Edition. Vol. 34, The Annals of Pharmacotherapy. 2000. 1490–1490 p.
62. Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia 2011 Update. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(8):520–6.
63. Lindenmayer J-P, Liu-Seifert H, Kulkarni PM, Kinon BJ, Stauffer V, Edwards SE, et al. Medication Nonadherence and Treatment Outcome in Patients With Schizophrenia or Schizoaffective Disorder With Suboptimal Prior Response. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(7):990–6.
64. Morken G, Widen JH, Grawe RW. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2008 Apr;8:32.
65. Cuyún Carter GB, Milton DR, Ascher-Svanum H, Faries DE. Sustained favorable long-term outcome in the treatment of schizophrenia: a 3-year prospective observational study. *BMC Psychiatry*. 2011 Aug;11:143.
66. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *Am J Psychiatry*. 2001 Feb;158(2):163–75.
67. Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. Ley 1751 del 2015. 2015.
68. Social M de S y P. Resolución 3100 de 2019. 3100 Colombia; 2019 p. 230.
69. Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. Resolución 3512 de 2019. 2019.
70. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015. *Minist Salud y Protección Soc*. 2015;13.
71. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3495 de 2019 y sus anexos. 2019.
72. Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. Resolución 5851 del 2018. 2018. 1–453 p.
73. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 537 de 2020. 2020.

74. Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013. 2013.
75. Departamento Nacional de Planeación. Documento Compes. Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia. 2020.
76. Lascorz Fierro D, Serrats Alabau E, Ruiz B, Córdoba MJ, Vegué Grilló J. Las residencias para personas con Trastorno Mental Grave como un recurso Terapéutico-Rehabilitador. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2014;34(123):521–38.
77. Parker S, Hopkins G, Siskind D, Harris M, McKeon G, Dark F, et al. A systematic review of service models and evidence relating to the clinically operated community-based residential mental health rehabilitation for adults with severe and persisting mental illness in Australia. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):1–14.
78. Varga E, Endre S, Bugya T, Tényi T, Herold R. Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2018;9(JUN):1–11.
79. Ministerio de Salud y Protección Social M. Códigos MIPRES v1.84. Todo Sobre MIPRES. 2020.
80. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental, Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia. Minsalud. 2018;1–18.
81. Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. Resolución 4886 de 2018. 2018.
82. El Congreso de Colombia. Ley 1996 de 2019 “Por Medio De La Cual Se Establece El Régimen Para El Ejercicio De La Capacidad Legal De Las Personas Con Discapacidad Mayores De Edad” El Congreso De Colombia Decreta. 1996.
83. Ministerio de de Salud y Protección Social Colombia. Boletín de salud mental. Patología dual en Colombia. Ministerio de Salud. 2018;2–9.
84. Mark P. McGovern, Kathleen M. Carroll. Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2003;26((4):991–1010.
85. Timko C, Dixon K, Moos RH. Treatment for dual diagnosis patients in the psychiatric and substance abuse systems. *Ment Health Serv Res*. 2005;7(4):229–42.

5. Anexos

Anexo 1. Solicitud a la autoridad competente sobre la autorización al Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS

Radicado No.	202042301107682	*202042301107682*
Fecha.	2020/07/13	

Correo	contacto@iets.org.co
Nombre	contacto@iets.org.co
Fecha	2020-07-13 15:16:28
Asunto	SOLICITUD: Información sobre tecnologías 1281 y 1282, nominadas en el mecanismo de exclusión

Cordial saludo Señor Viceministro,

En nombre del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, reciba un cordial saludo.

La **comunicación adjunta** se refiere a la solicitud de información sobre las tecnologías descritas como "1281 - Internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria" y "1282 - Internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria", para el manejo de esquizofrenia no especificada (F209).

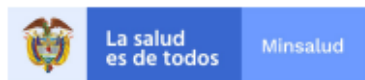
Esta información es necesaria para el análisis que está adelantando nuestra Agencia, en el marco del procedimiento técnico, científico y participativo denominado Mecanismo de Exclusión.

Agradecemos la colaboración que su despacho nos pueda brindar, así como la atención prestada.

Feliz tarde,

Contacto
Teléfono: (+57 1) 3770100 ext. 1008
Carrera 49 A No. 91-91, La castellana Bogotá - Colombia

Anexo 2. Respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS a solicitud realizada.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202023101091871

Fecha: 21-07-2020

Página 1 de 4

RESPUESTA EN LÍNEA

Bogotá D.C.,

Doctora
ADRIANA ROBAYO GARCÍA
Directora Ejecutiva
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
Carrera 49 A No.91-91. La Castellana
Correo: contacto@iets.org.co
Bogotá D.C

ASUNTO: Consulta sobre las tecnologías 1281 y 1282. Antecedente radicado No. 202042301107682

Cordial Saludo,

Atendiendo su solicitud donde realiza la siguiente consulta transcrita a continuación, de manera atenta realizamos las siguientes precisiones:

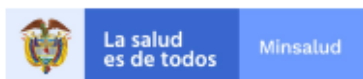
"En el marco de la Resolución 0330 de 2017, Procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiadas con recursos públicos asignados a la salud, la Nueva EPS nominó las tecnologías descritas como "1281 - Internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria" y "1282 - Internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria", para el manejo de esquizofrenia no especificada (F209).

Después de realizar una verificación inicial de la norma de habilitación vigente (Resolución 3100 de 2019), hemos evidenciado que no hay espacio para habilitación de instituciones no hospitalarias para prestar los servicios nominados para manejo de enfermedad mental (esquizofrenia); de hecho, hemos identificado que sólo habilitación para servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas (literal 11.4.10) y para servicio de hospitalización parcial (literal 11.4.1). Sin embargo, la Resolución 537 de 2020 tienen definido el código CUPS 820P01 (Internación parcial en institución no hospitalaria)

Teniendo en cuenta lo anterior, deseamos conocer si hay alguna normatividad nacional vigente que reglamente la prestación de servicio de internación completa y parcial para pacientes con salud mental (esquizofrenia) en instituciones no hospitalarias."

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202023101091871

Fecha: 21-07-2020

Página 2 de 4

Respuesta:

La Resolución 3100 de 2019 *"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de los servicios de salud, y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"*, describe lo siguiente:

"Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo."
(Negrilla fuera del texto original)

El Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, que hace parte de la mencionada resolución establece en la introducción la siguiente precisión:

*"(...)
Finalmente, se precisa que el presente manual no tiene como objeto establecer las actividades, intervenciones o procedimientos a realizar en cada uno de los servicios de salud, siendo responsabilidad del prestador definirlos y documentarlos en el estándar de procesos prioritarios, teniendo en cuenta el objeto y alcance de los servicios de salud que habilite."*

En el Manual que hace parte integral de la Resolución 3100 de 2019, se especifica el servicio de Hospitalización en Salud Mental o Consumo de Sustancias Psicoactiva, el cual tienen por objeto la atención hospitalaria a pacientes con alteraciones en salud mental o por consumo de sustancias psicoactivas, con una estancia mayor a 24 horas.

Adicionalmente, se encuentra el servicio de Hospitalización Parcial el cual tiene por objeto prestar atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras que no impliquen estancia completa, en los estándares de este servicio se establecen criterios diferenciales para la atención de pacientes con alteraciones en salud mental, atención por consumo de sustancias psicoactivas y atención de pacientes con otras patologías.

Ahora bien, el Servicio para el cuidado básico del Consumo de Sustancias Psicoactivas, es un servicio de internación en infraestructura no hospitalaria, para la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas, que incluye pernoctada, (En la Res.2003 de 2014 estaba denominado como "atención

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202023101091871

Fecha: 21-07-2020

Página 3 de 4

institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas”), el objetivo y alcance del mencionado servicio no incluye la atención para pacientes con alteraciones en salud mental.

De acuerdo a lo anterior, bajo la Resolución 3100 de 2019 no se tiene establecido un servicio de internación parcial o completa en infraestructura no hospitalaria que tenga como objetivo la atención de pacientes con alteraciones en salud mental.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 de la Ley 1755 de 2015¹

Cordialmente,

ANA MILENA MONTES CRUZ
Subdirectora de Prestación de Servicios

Elaboró: Martha E. M/ Ligia P. R

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co

Anexo 3. Análisis de las observaciones realizadas por el nominador para la nominación N. 1281

Actor	Tipo de aporte	Detalle del aporte	Respuesta IETS
Nueva EPS	<p>Observación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al numeral 1. Información e la tecnología nominada para posible exclusión • Comentario al criterio de exclusión 	<ul style="list-style-type: none"> • “Para la nominación de Internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria e internación o institucionalización de estancia parcial en institución no hospitalaria para paciente con patología diferente a farmacodependencia, se tenga en cuenta dentro de la justificación que, la nominación se hace para aquellas estancias que no corresponden a las autorizadas por el sistema único de habilitación vigente según la Resolución 3100 de 2019.” • Según el alcance la Resolución 3100, no existen instituciones de salud habilitadas para la internación o institucionalización de estancia completa en institución no hospitalaria, para la atención de personas con patologías de salud mental, incluyendo la farmacodependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisó la norma (resolución 3100 de 2019) en donde se evidencia que efectivamente para la condición nominada (esquizofrenia) no hay habilitación del servicio de internación completa ni en institución no hospitalaria.

Anexo 4. Análisis de las observaciones realizadas por el nominador para la nominación N. 1282

Actor	Tipo de aporte	Detalle del aporte	Respuesta IETS
Nueva EPS	Observación <ul style="list-style-type: none"> Al numeral 1. Información e la tecnología nominada para posible exclusión 	<ul style="list-style-type: none"> Para la nominación de INTERNACIÓN O INSTITUCIONALIZACIÓN DE ESTANCIA COMPLETA EN INSTITUCIÓN NO HOSPITALARIA e INTERNACIÓN O INSTITUCIONALIZACIÓN DE ESTANCIA PARCIAL EN INSTITUCIÓN NO HOSPITALARIA PARA PACIENTE CON PATOLOGÍA DIFERENTE A FARMACODEPENDENCIA, se tenga en cuenta dentro de la justificación que, la nominación se hace para aquellas estancias que no corresponden a las autorizadas por el sistema único de habilitación vigente según la Resolución 3100 de 2019. Las instituciones habilitadas para prestar el servicio 820 antes llamado ATENCION INSTITUCIONAL NO HOSPITALARIA AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (Resolución 2003 de 2014) y hoy en día llamado SERVICIO PARA EL CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (Resolución 	<ul style="list-style-type: none"> Se revisó la norma (resolución 3100 de 2019) en donde se evidencia que efectivamente para la condición nominada (esquizofrenia) no hay habilitación del servicio de internación completa ni en institución no hospitalaria.

		3100 de 2019), se circunscribe únicamente para la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas, por tal motivo, no existe autorización por parte del ente regulador para este tipo de internación parcial no hospitalaria en pacientes con enfermedad diferente a farmacodependencia.	
--	--	--	--

Anexo 5. Análisis de las objeciones para la nominación N. 1281

Actor	Tipo de aporte	Detalle del aporte	Respuesta IETS
Madre de paciente	Objeción N. 1287	<p><u>Observaciones de la objeción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La no existencia de instituciones de salud habilitadas no puede ser una excusa para excluir el servicio. • La enfermedad se padece involuntariamente. • Si no hay instituciones, el estado debe contratar con un particular o crearlas. • Quienes tenemos familiares con patologías mentales necesitamos el apoyo del estado para internar parcial o totalmente a un paciente que así lo requiera. • Uno como familiar (madre), hace todo lo que está al alcance para no llegar a este momento, pero hay un momento en que el manejo del paciente se sale de las manos. • En mi caso, creo que más adelante, muy seguramente necesitare una institución ya sea porque mi hija se siga deteriorando o porque yo envejezca y mea sea imposible su cuidado. 	<p>En la consulta de información relacionada con la habilitación de instituciones no hospitalarias para la prestación del servicio de internación completa e internación parcial en la normatividad colombiana vigente, así como la consulta realizada al MSPS y a los expertos no muestran evidencia de que el MSPS tenga las vías para autorizar la prestación de este servicio en instituciones no hospitalarias, pero si se evidencia que existen los mecanismos para prestar los servicios requeridos por pacientes con esquizofrenia siempre y cuando sean prestados por profesionales e instituciones que hayan cumplido con toda la normatividad para el manejo clínico.</p> <p>Por otro lado, algunos documentos consultados muestran que los sistemas de internación o “dispositivos residenciales”, así como estrategias de rehabilitación basada en la comunidad existen y prestan servicios en otros países, sin embargo, en Colombia estas modalidades no existen bajo la estructura de atención diseñada para cobertura por el MSPS.</p>
Personal de la salud. Vicepresidente de la Asociación Colombiana de patología Dual.	Objeción 1309	<p><u>Observaciones de la objeción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El nominador incluye en este ítem el consumo de sustancias psicoactivas y generalizando la tecnología a todos los trastornos mentales. <p>La Resolución 3100 si contempla la habilitación para la internación o institucionalización de estancia completa no hospitalaria para los trastornos por consumo de drogas 11.4.12 SERVICIO PARA EL CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. Descripción del servicio: Es el servicio de internación en infraestructura no hospitalaria, para la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas, que incluye pernoctada. Estructura del servicio: Complejidad: Mediana; y Modalidades de prestación: Intramural.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó revisión de la nominación N. 1281 en la cual el nominador especifica que: “se tenga en cuenta dentro de la justificación que la nominación se hace para aquellas estancias que no corresponden a las autorizadas por el sistema único de habilitación vigente según la Resolución 3100 de 2019” (68). Lo anterior expresa que la nominación es para estancias no autorizadas, o sea para aquellas diferentes al consumo de sustancias psicoactivas, la cual actualmente si está cubierta como se menciona en el literal 11.4.12 SERVICIO PARA EL CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS de dicha resolución. Adicionalmente se aclara que la nominación solo se hace para Esquizofrenia no especificada (F209).

		<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda incluir los pacientes con Patología Dual. La Asociación Colombiana de Patología dual https://www.patologiadual.co/ aboga por el tratamiento integral de estos pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Si bien la patología dual representa la coexistencia de un trastorno mental junto con una adicción, la nominación N. 1282 es para exclusión de un servicio postulado para exclusión en tratamiento de pacientes esquizofrénicos y no guarda relación con la inclusión de una patología. Por tanto, consideramos que no tendría lugar la recomendación de incluir los pacientes con patología dual en este escenario. <p>Teniendo en cuenta lo anterior, y el análisis realizado para la nominación N.1281, el sistema de salud colombiano ofrece la cobertura para pacientes con esquizofrenia y para personas con consumo de sustancias psicoactivas en sitios debidamente habilitados en donde se ofrezca un servicio bajo supervisión de personal profesional debidamente capacitado y calificado. Las personas con patología dual, podrían por tanto ser atendidas en los servicios habilitados para tal fin de acuerdo al servicio que el paciente requiera según la patología prevalente en un momento de crisis.</p> <p>La patología dual para el objeto de este informe de exclusión no tendría lugar puesto que se sale del objeto del estudio y la inclusión de esta como parte del manejo integral requerido en esta modalidad de internación o institucionalización, tendría que ser analizado y evaluado en otro escenario.</p>
Asociación Colombiana de Psiquiatría	Objeción 1318	<p><u>Observaciones a la objeción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Existe un porcentaje de pacientes con enfermedad mental con su capacidad de autodeterminación comprometida, en condición de vulnerabilidad, sin red apoyo suficiente que asuma su cuidado, que requieren institucionalización completa no hospitalaria donde se garantice su cuidado. La esquizofrenia es considerada como un trastorno mental grave, tiene un curso crónico y deteriorante para la cual se han desarrollado tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos que han mostrado efectividad. A pesar de esto se han encontrado síntomas residuales, alteración en los dominios cognoscitivos (capacidad intelectual, memoria, capacidad ejecutiva), repercutiendo en la adaptación funcional. Esta situación crea una condición de vulnerabilidad para el paciente donde en muchos casos no pueden cuidarse a sí mismos, llegando a depender de 	<p>Si bien los modelos de atención basada en la comunidad existen y en otros países son cubiertos ya sea por los ministerios de salud o ministerios de atención social y pese a que hay estudios en los cuales se ha evaluado su utilidad, no hay un consenso claro al respecto, según se describe previamente en este informe.</p> <p>Como se menciona previamente en este documento, la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia del año 2014 (60) menciona que :</p> <p>“Las modalidades de atención que se pueden ofrecer para la atención del adulto con diagnóstico de esquizofrenia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención aseriva comunitaria (recomendación fuerte),

		<p>sus familiares, y muchas veces llevando a fatiga del cuidador. Adicionalmente se han descrito dinámicas familiares, que llevan a que se precipiten los síntomas psiquiátricos, y no es recomendable una convivencia en familia, dejando a la persona que padece la enfermedad aislada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe propender por modelos de atención dirigidos a la desinstitucionalización y basados en rehabilitación comunitaria e inclusión psicosocial para el tratamiento de personas con patología mental. Existe un porcentaje de pacientes con alto riesgo psicosocial, están ubicados en una condición de vulnerabilidad que amerita tratamiento en institución no hospitalaria para garantizar su bienestar. Esta tecnología está indicada cuando se han agotado otras alternativas como el trabajo con la red de apoyo, servicios de internación parcial (Hospital día, centro día) y reinserción psicosocial, y cuando él no ofrecer un ámbito de atención puede ubicar al paciente en una situación de riesgo para su integridad física y mental. Es un proceso que debe ser estudiado y analizado guiado por profesionales de salud multidisciplinario experimentados con un sentido ético, siempre buscando algún grado de recuperación. Los casos deben ser revalorados periódicamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipos de resolución en crisis y tratamiento en casa si se tiene red de apoyo familiar adecuada (recomendación fuerte) - Manejo intensivo de caso para pacientes que presentan múltiples recaídas (recomendación fuerte). <p>No obstante, para esta revisión no se encontró normatividad vigente que permita la habilitación para prestación específica de estos servicios.</p> <p>La revisión de la documentación para evaluación de esta nominación, evidencia que en Colombia los servicios para el paciente con diagnóstico de esquizofrenia están enfocados a ser manejados en instituciones hospitalarias debidamente habilitadas que ofrecen la atención bajo la dirección de profesionales calificados y no esta contemplado para casos de abandono social o que sean prestados en otro tipo de instituciones.</p>
--	--	---	--

Anexo 6. Análisis de las objeciones para la nominación N. 1282

Actor	Tipo de aporte	Detalle del aporte	Respuesta IETS
Paciente, miembro del concejo nacional de salud mental y veedora en Diversamente	Objeción 1288	<p><u>Observaciones a la objeción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Esta exclusión viola los derechos de discapacidad psicosocial, avala la violencia psiquiátrica y mantiene el modelo biomédico de la discapacidad. Viola la Ley 1996 de 2019 Excluye la necesidad de modelos basados en comunidad que están en la política de la salud mental Resolución 4886 de 2018 y será demandado institución, EPS o ACEMI de prosperar, por violar derechos fundamentales y de discapacidad que son internacionales. Soy miembro del Consejo Nacional de Salud Mental, Representante de MOSODIC (discapacidad) Veedora en 	<ul style="list-style-type: none"> La normatividad colombiana está dirigida a ofrecer la cobertura de servicios para tratamiento médico y terapéutico que permitan el manejo del paciente en entidades de salud habilitadas según la norma y bajo la supervisión de profesionales debidamente calificados en el cuidado del paciente. La ley 1996 de 2019 (82), "establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad" y en su artículo 1º menciona que "tiene por objeto establecer medidas específicas para la garantía del derecho a la capacidad legal plena de las personas con discapacidad, mayores de edad, y al acceso a los apoyos que puedan requerirse para el ejercicio de la misma". Atendiendo a ello, la nominación N.1281 no va encontró de dicha ley, puesto que los servicios prestados en los modelos de rehabilitación social no llevan inmersas actividades de acompañamiento legal a los pacientes que padezcan esquizofrenia. Se incluye es política como parte del análisis de este informe. Sin embargo, en la documentación revisada para este estudio de exclusión no evidencia autorización para prestación de servicios basados en rehabilitación en la comunidad. Se realizan recomendaciones para que este tema sea revisado y se pueda dar respuesta basada en evidencia científica para el manejo del paciente con esquizofrenia (condición médica que hace parte de esta nominación). Este comentario no requiere respuesta

		DIVERSAMENTE de Discapacidad Psicosocial y es de cada esquina haré activismo defensor.	
Personal de la salud. Vicepresidente de la Asociación Colombiana de Patología Dual.	Objeción 1310	<p><u>Observaciones de la objeción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La Resolución 3100 contempla 11.4.12 SERVICIO PARA EL CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Es el servicio de internación en infraestructura no hospitalaria, para la atención de personas con consumo de sustancias psicoactivas, que incluye pernoctada. Estructura del servicio: Complejidad: Mediana Modalidades de prestación: Intramural • La patología dual es muy frecuente en los consumidores de drogas y el manejo sea recomienda que sea integral. • El modelo comunitario no excluye la atención de pacientes con patología dual en medio cerrado con internamiento parcial o de larga estancia en modelo no hospitalario según lo permite la Resolución 3100 sobre todo para pacientes con TUS moderados o severos • El 60% de los consumidores de drogas tienen una patología mental asociada y el 50% de los pacientes con trastorno mental consumen drogas. por ello es muy difícil desligar esto y el tratamiento debe ser integral. Además de la evidencia internacional en Colombia ya hay recomendaciones al respecto. Se anexa estudio del MSPS 	<ul style="list-style-type: none"> • La nominación N1282 hace referencia a la exclusión del servicio de internación o institucionalización parcial en institución no hospitalaria para esquizofrenia (F209) no especificada, no guarda relación con lo contemplado en el numeral 11.4.12 que autoriza el servicio de internación en infraestructura no hospitalaria específicamente para personas con consumo de sustancias psicoactivas. • Si bien la patología dual representa la coexistencia de un trastorno mental junto con una adicción, la nominación N. 1282 es para exclusión de un servicio postulado para exclusión en tratamiento de pacientes esquizofrénicos y no guarda relación con la inclusión de una patología. Por tanto, consideramos que no tendría lugar la recomendación de incluir los pacientes con patología dual en este escenario. <p>De igual manera se revisaron tres documentos adjuntos a esta objeción, que se describen a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Boletín de salud mental Patología dual en Colombia de septiembre de 2018 (83): los aspectos relacionados con el argumento de objeción encontrados en este documento se encuentran detallados en el anexo 4 <p>Informa entre otras que “la patología dual” no se encuentra incluida como tal en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 10 (CIE 10), la cual fue adoptada por Colombia, ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión 5. Pero se precisa que la patología dual no fue el objeto de nominación</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Artículo denominado “Evidence-based practices for substance use disorders” de Mark P. McGovern, y Kathleen M. Carroll, del año 2003 (84).

			<p>Este artículo habla específicamente sobre métodos empleados para evaluar evidencia empírica de eficacia de terapias específicas enfocadas al tratamiento de adicciones, y realiza una breve descripción de terapias farmacológicas y de comportamiento enfocadas a manejo de desórdenes de alcohol y drogas.</p> <p>En este documento no se encuentra evidencia relacionada con trastornos mentales como la esquizofrenia, que es la entidad clínica para la cual fueron nominados los servicios objeto de la nominación N.1282, para la cual esta evidencia fue entregada.</p> <p>3. Artículo denominado “Dual Diagnosis Patients in the Psychiatric and Substance Abuse Systems” de Christine Timko, Kristyn Dixon, y Rudolf H, del año 2005 (85).</p> <p>Si bien este documento no menciona un enfoque específico relacionado con la esquizofrenia, brinda elementos que podrían ser útiles al momento de diseñar programas residenciales para su manejo.</p>
Asociación Colombiana de Psiquiatría	Objeción 1317	<p><u>Observaciones a la objeción:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La internación parcial en institución no hospitalaria, es una tecnología de gran beneficio para pacientes con enfermedad mental, ya que es un escenario que permite a los procesos de rehabilitación basada en la comunidad. La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. Este escenario permite que se desarrollen las estrategias, según el ministerio de salud (2018), tal como se cita en el CONPES 2020, "los entornos comunitarios equitativos e incluyentes, facilitan las relaciones con los demás, así como el fomento de las redes comunitarias, la participación social, y la interacción con el medio ambiente". • Según la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con la 	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluye en el análisis estos argumentos al igual que la revisión del documento CONPES. • Se incluye la GPC como parte del análisis.

		<p>rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia del ministerio de salud de Colombia, "recomienda que el manejo de los pacientes con esquizofrenia se haga primordialmente mediante modalidades de prestación de servicios de salud que tengan una base comunitaria y que cuenten con un grupo multidisciplinario liderado por el médico siquiátra, el cual trabaja de manera coordinada e integrada.". En este sentido, la INTERNACIÓN O INSTITUCIONALIZACIÓN DE ESTANCIA PARCIAL EN INSTITUCIÓN NO HOSPITALARIA, es el escenario indicado para que se dé el tratamiento.</p> <p>Los pacientes con enfermedad mental grave, como lo es la esquizofrenia, enfermedad crónica y deteriorante, requieren ámbitos de atención no hospitalarios que permitan una inclusión psicosocial como se citó anteriormente. En la actualidad, en este ámbito se atienden pacientes en los servicios de hospital día y centro día, los cuales han demostrado tener un impacto positivo en el proceso de recuperación de los pacientes con enfermedad mental. No solo los pacientes con enfermedad por farmacodependencia se benefician de servicios ofrecidos en INTERNACIÓN O INSTITUCIONALIZACIÓN DE ESTANCIA PARCIAL EN INSTITUCIÓN NO HOSPITALARIA. Los pacientes con patología psiquiátrica se benefician del tratamiento en este ámbito, donde se favorece la inclusión, rehabilitación y reinserción psicosocial, el mantenimiento de rutinas, y un sentido de vida social, con acompañamiento a la familia. Esta modalidad de atención en psiquiatría permite otras alternativas diferentes a la hospitalización y a la consulta externa, donde se limita espacio para potenciar y fomentar la rehabilitación psicosocial. Los pacientes con enfermedad mental grave, como lo es la esquizofrenia, enfermedad crónica y deteriorante, requieren ámbitos de atención no hospitalarios que permitan una inclusión psicosocial como se citó anteriormente. En la actualidad, en este ámbito se atienden pacientes en los servicios de hospital día y centro día, los cuales han demostrado tener un impacto positivo en el proceso de recuperación de los pacientes con enfermedad mental.</p>	<p>No obstante, en la revisión realizada para esta nominación, no se encontró normatividad vigente que permita la habilitación para prestación específica de estos servicios. Solo se evidencia que en Colombia los servicios para el paciente con diagnóstico de esquizofrenia están enfocados a ser manejados en instituciones hospitalarias debidamente habilitadas que ofrecen la atención bajo la dirección de profesionales calificados y no esta contemplado para casos de abandono social o que sean prestados en otro tipo de instituciones.</p>
--	--	---	---