



**Identificación de barreras de  
la depresión no atendida en Colombia  
y recomendaciones de política**

---

**Policy Brief**



# Identificación de barreras de la depresión no atendida en Colombia y recomendaciones de política

## Policy Brief

Observatorio Nacional de Salud  
Instituto Nacional de Salud

**Elaborado por:**

Dorelly Yadira Bejarano-Wilches  
Adriana Patricia Rodríguez-Cardenas

**Revisado por:**

Karol Patricia Cotes-Cantillo  
Pablo Chaparro-Narváez  
Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

**Revisión editorial:**

Juan Camilo Acosta

**Diagramación:**

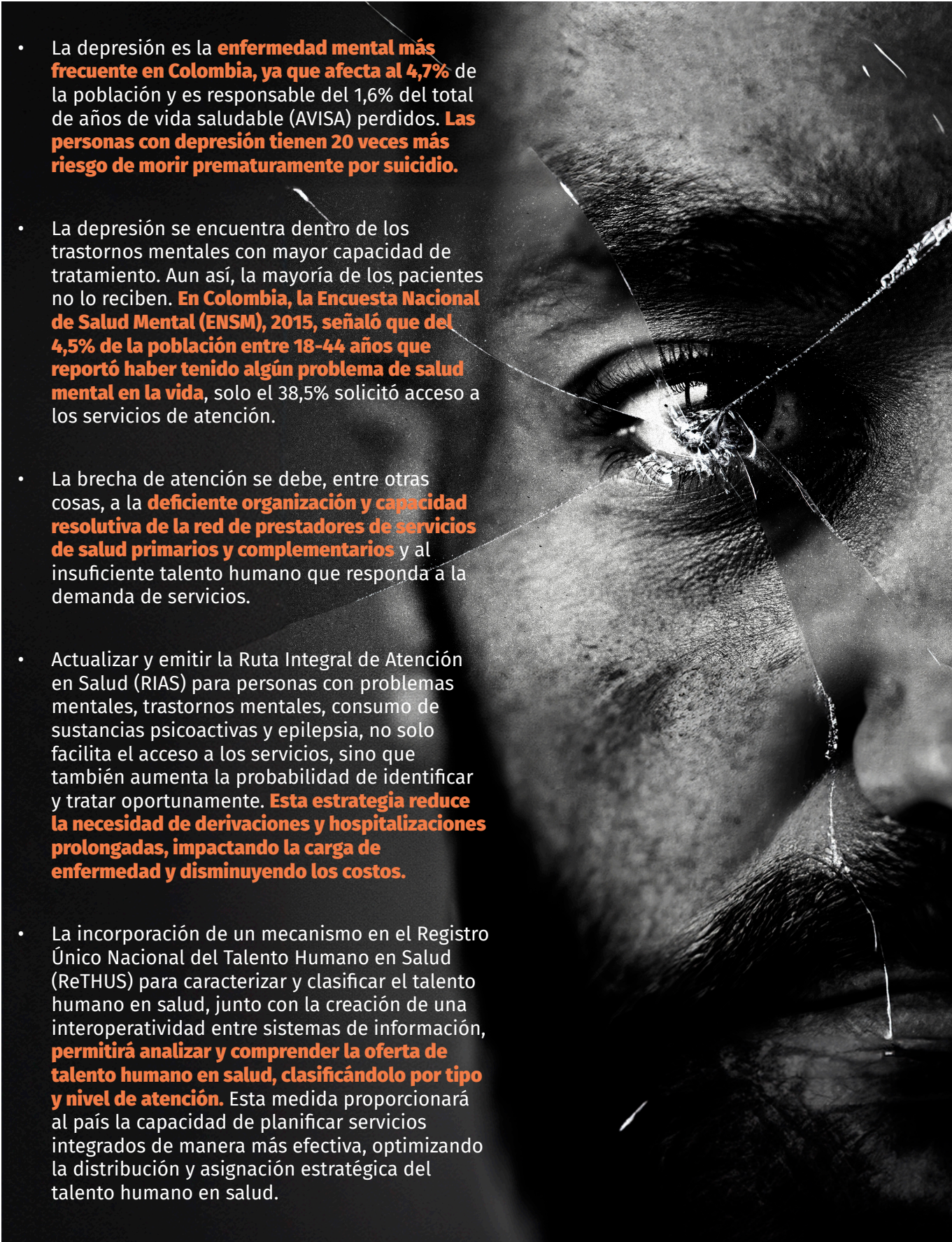
Felipe Uribe

Este documento fue apoyado por la iniciativa **Bloomberg Philanthropies-Información para la Salud** y la asistencia técnica fue proporcionada por **Vital Strategies**.



Salud




- 
- La depresión es la **enfermedad mental más frecuente en Colombia, ya que afecta al 4,7%** de la población y es responsable del 1,6% del total de años de vida saludable (AVISA) perdidos. **Las personas con depresión tienen 20 veces más riesgo de morir prematuramente por suicidio.**
  - La depresión se encuentra dentro de los trastornos mentales con mayor capacidad de tratamiento. Aun así, la mayoría de los pacientes no lo reciben. **En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), 2015, señaló que del 4,5% de la población entre 18-44 años que reportó haber tenido algún problema de salud mental en la vida, solo el 38,5% solicitó acceso a los servicios de atención.**
  - La brecha de atención se debe, entre otras cosas, a la **deficiente organización y capacidad resolutoria de la red de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios** y al insuficiente talento humano que responda a la demanda de servicios.
  - Actualizar y emitir la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para personas con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, no solo facilita el acceso a los servicios, sino que también aumenta la probabilidad de identificar y tratar oportunamente. **Esta estrategia reduce la necesidad de derivaciones y hospitalizaciones prolongadas, impactando la carga de enfermedad y disminuyendo los costos.**
  - La incorporación de un mecanismo en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) para caracterizar y clasificar el talento humano en salud, junto con la creación de una interoperatividad entre sistemas de información, **permitirá analizar y comprender la oferta de talento humano en salud, clasificándolo por tipo y nivel de atención.** Esta medida proporcionará al país la capacidad de planificar servicios integrados de manera más efectiva, optimizando la distribución y asignación estratégica del talento humano en salud.

# Problema

La depresión<sup>1</sup> es un trastorno mental frecuente caracterizado por una tristeza constante y una pérdida prolongada del interés en las actividades que normalmente generan satisfacción. Es una condición incapacitante que impide llevar a cabo las actividades cotidianas durante al menos dos semanas (1,2). Quienes sufren de depresión experimentan dificultad para concentrarse, baja autoestima o culpa excesiva, pensamientos sobre la muerte o suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito, falta de energía, sensación de cansancio y una visión negativa del futuro (1). Existen diferentes patrones de episodios depresivos, estos pueden ser: episodio único, recurrente (donde la persona tiene antecedentes de al menos dos episodios depresivos) y el trastorno bipolar. Un episodio depresivo se puede clasificar como leve, moderado o grave, según la cantidad y gravedad de síntomas y el impacto que genera en la funcionalidad (1,3).

Además del sufrimiento causado a las personas y sus familias, la depresión impacta negativamente el funcionamiento social y la productividad económica. Se estima que las personas con depresión presentan hasta 2,7 veces más ausentismo laboral (4). El riesgo y la complicación más importante de la depresión es la muerte por suicidio. Las personas con depresión tienen casi 20 veces riesgo de morir prematuramente por esta causa (5) o, si padecen de alguna enfermedad crónica, tienen más probabilidad de no estar controlados debido a una disminución de la adherencia a los tratamientos médicos y, por lo tanto, un mayor riesgo de morir respecto a pacientes sin depresión (6,7).



**La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 3,8% de la población a nivel mundial experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años (1).**

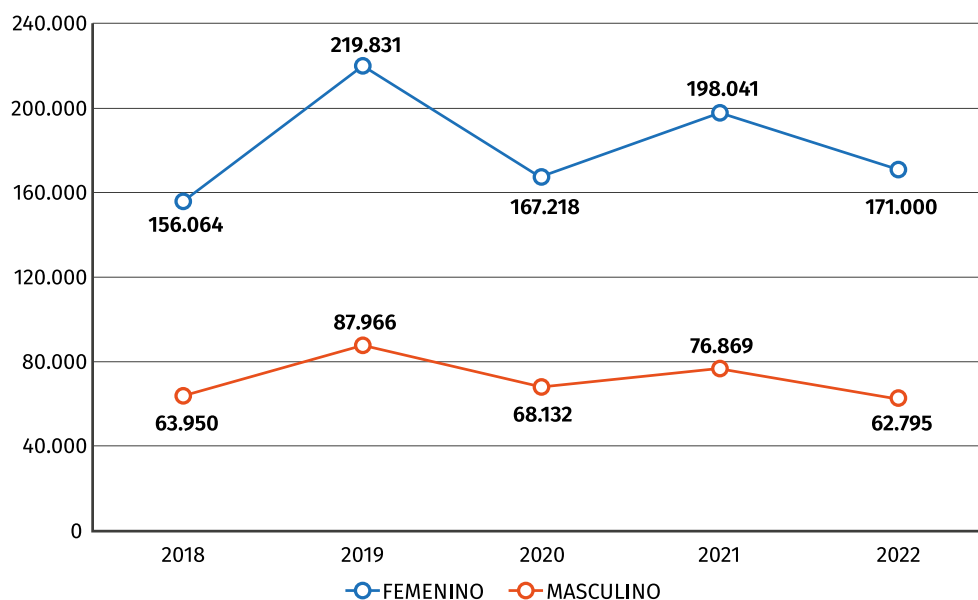
1. En este documento el término “depresión” hace referencia a los trastornos depresivos (según DSM-V y CIE-11).

## De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015:

- Existe una alta prevalencia de problemas y trastornos mentales. La depresión es la segunda causa de pérdida de vida saludable. La prevalencia a lo largo de la vida fue de 4,3% y es mayor en las mujeres (5,4%) que en hombres (3,2%) (8).
- Por rangos de edad, las personas que presentan hasta tres síntomas de riesgo para desarrollar un trastorno depresivo son aproximadamente el 80% de la población adolescente (12 a 17 años) y adulta (18 a 44 años) y el 72% de la población mayor de 45 años (8).

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que las atenciones por depresión han tenido una reducción desde 2020, en relación con el 2019 (Figura 1). Para el 2022, se realizaron 233.795 atenciones, mientras que la mayor proporción de personas atendidas por depresión, de acuerdo con los códigos de trastornos depresivos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) fueron las mujeres (9).

**Figura 1. Personas atendidas por depresión en Colombia de 2018 a 2022.**



Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS), disponible a través de la Bodega de Datos de SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social. Noviembre 2023.

La depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (10,11). El análisis de carga de enfermedad por depresión realizado por el Observatorio Nacional de Salud (ONS) estima 809.792 años de vida saludables (AVISA) perdidos por depresión en Colombia, entre 2015 y 2020. La mayor proporción de la pérdida de vida saludable es atribuible a los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), que representan el 99% del total de AVISA para el periodo evaluado (12). En 2020, el total de AVISA perdidos por depresión fue de 166.344 (13) con una tasa de 431,7 AVISA por 100.000 habitantes (12)



Según la OMS, las consecuencias económicas de las pérdidas de salud por trastornos mentales son amplias. Un estudio del Foro Económico Mundial calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales, en términos de pérdidas económicas será de US\$ 16,3 billones entre 2011 y 2030 (14). En Colombia, de acuerdo con un análisis de los costos de la tecnología disponible en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) incluidos en el plan de beneficios en salud de 2019 y el tratamiento psicoterapéutico, sumado al costo por recaídas y efectos secundarios de los tratamientos, indica que los costos para el tratamiento de depresión, en medicamentos, oscilaban entre \$912.600 a \$1.582.200 por persona (15). Los valores del manejo de la depresión con psiquiatría eran de \$1.350.000, mientras que 30 días de hospitalización llegaban a costar \$6.957.000, además de los costos atribuidos a los efectos adversos que suman \$ 1.700.000 (15).

Adicionalmente, el ausentismo laboral por depresión tuvo para el periodo 2016-2018, un costo de \$2.666.091, de los cuales \$346.380 estuvieron a cargo del empleador y \$2.319.711 a cargo de las Entidad Promotora de Salud (EPS). El número de personas que reportaron incapacidades de este tipo fue de 59.843, con un promedio de 2,95 incapacidades por persona y un valor diario promedio por incapacidad de \$27.178. Así, el monto total de las incapacidades para ese periodo fue de \$72.461.301.994, con un valor promedio de incapacidad de \$411.278 (16).



**Una proporción de los años de vida saludable perdidos en salud mental puede ser consecuencia de limitaciones en la atención en salud, por las diversas barreras que dificultan el acceso a un diagnóstico oportuno o que generan tratamientos tardíos o insuficientes (12,17).**

# Tratamientos de la depresión

- Una buena parte de la vida saludable perdida asociada a los trastornos depresivos se puede prevenir. Hay tratamientos eficaces para la depresión, ya sea leve, moderada o grave (1,18–20).
- La depresión se encuentra dentro de los trastornos mentales con mayor capacidad de tratamiento. Entre el 80 y 90% de las personas con depresión, eventualmente responden bien al tratamiento (18).

Para la depresión moderada a severa la psicoterapia se usa a menudo junto con medicamentos antidepressivos. Dentro de la psicoterapia, la terapia cognitiva conductual ha resultado eficaz en el tratamiento de la depresión (18). La farmacoterapia incluye los antidepressivos tricíclicos o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (21). También, se recomienda mantener la psicoeducación orientada a reducir el estrés y fortalecer el apoyo social y promover hábitos de vida saludables (1,21,22).

En el país, los servicios y tecnologías para la atención integral de la salud mental se encuentran contemplados en el plan de beneficios en salud y se dispone de una guía de práctica clínica que recomienda que los episodios depresivos leves pueden ser manejados en atención primaria con citas de seguimiento. En cuanto a la depresión en fase aguda, se recomienda psicoeducación, reducción del estrés y fortalecimiento de los apoyos sociales para promover el funcionamiento adecuado en las actividades diarias y en la vida de la comunidad. Se debe examinar, si procede, el uso de medicamentos antidepressivos y el tratamiento psicológico (21,23).

# Causas y barreras de la depresión no atendida

La OMS hace un llamado a atender y aumentar la inversión en salud mental debido a la falta de avances en la prestación de servicios en entornos comunitarios, promoción y prevención, y el fortalecimiento de los sistemas de información en salud mental, pues pese a que hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingreso bajo y mediano no reciben tratamiento alguno (24).



Las estimaciones mundiales de las personas que reciben atención para afecciones específicas de salud mental (utilizadas como un indicador de la salud mental y su conjunto) están por debajo del 50% con una mediana mundial del 40% de las personas con depresión (24).



En el país, los resultados de la ENSM 2015, mostraron que del 4,5% de la población entre 18 y 44 años que reportó haber tenido algún problema de salud mental en la vida, solo el 38,5% solicitó acceso a servicios de atención. Se requirió en mayor proporción la psicoterapia por psicología con el 72,7%. Respecto a los medicamentos, el 83,1% de las personas a las que se les formuló alguno en los últimos 30 días, los recibió (8).



En una estimación realizada con datos agregados a partir de la ENSM 2015 y la población atendida con enfermedad mental derivada a servicios de salud mental a nivel regional, departamental y municipal, se encontró que solo el 10,1% de los adultos y el 16,0% de adolescentes con algún trastorno mental, recibieron atención específica en los servicios de salud mental (25).



Un estudio que comparó la prevalencia de trastornos mentales según la ENSM 2015 y el registro de pacientes atendidos con diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento en el SISPRO 2013, encontró que el porcentaje de pacientes atendidos en el sistema de salud, según la relación SISPRO/ENSM para cualquier trastorno depresivo en adultos de 18 y más años, fue del 17% (26).







Una revisión de literatura señala que los médicos solamente detectan el 39% de las depresiones, tratan farmacológicamente el 22% de estas y solo uno de cada cuatro médicos de atención primaria refiere estar preparado para atender pacientes con trastornos mentales (27)



Un estudio cualitativo con grupos focales y entrevistas con pacientes, proveedores, administradores de salud y organizaciones comunitarias en cinco clínicas de atención primaria en Colombia, mostró que en el entorno de atención primaria los médicos detectan menos de la mitad de los pacientes con trastorno depresivo mayor (17).



En 2021, solo el 40,11% de aquellas personas que recibieron una consulta de psiquiatría o psiquiatría pediátrica por depresión mayor, tuvieron un seguimiento por psicología (23).



El indicador de salud mental del porcentaje de personas atendidas por episodio depresivo, que se calcula con el cociente entre el número de personas atendidas por episodio depresivo y el total de personas atendidas por todas las causas fue de 0,59% para el 2022 (28).



El indicador de porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental después de haberlo requerido llegó al 39,03% en 2022 (34).

Dentro de las barreras que la OMS ha identificado para obtener una atención eficaz, cabe destacar la falta de inversión en atención de salud mental y de proveedores de atención de salud capacitados, así como el estigma asociado a los trastornos mentales (1). En Colombia, también se han identificado barreras relacionadas directamente con el sistema de salud, algunas de orden normativo o regulatorio, otras con aspectos socio-culturales y educativos, y algunas más relativas a condiciones socioeconómicas (11,17,25–27,29–33).

**Si bien el país cuenta con una Ley y una Política de Salud Mental, la oferta de servicios enfrenta retos en términos de capacidad instalada para garantizar la equidad y cobertura. Esto, sumado a que factores predisponentes como la edad, el sexo o las creencias y factores capacitantes como la cercanía a los servicios de salud o el área de residencia, generan brechas para la atención de la depresión, entendidas como esas desigualdades en el acceso a los servicios y las diferencias evidentes entre lo que está establecido y lo que realmente se alcanza, que el sistema de salud acentúa y desatiende (25).**



Aunque se ha actualizado y desarrollado normatividad y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha gestionado el aumento progresivo de los contenidos de salud mental en el plan de beneficios en salud y promovido el abordaje integral de la depresión en las rutas integrales de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida (25,34), se evidencia una deficiente organización y capacidad resolutoria de la red de prestadores de servicios en salud primarios y complementarios, lo que denota una fragmentación y falta de complementariedad. Adicionalmente, se cuenta con un insuficiente número de trabajadores de la salud mental. Aproximadamente hay 11 psicólogos por cada 100.000 habitantes (35) y en 2016 había 938 psiquiatras, pero se necesitaban al menos 1.442, lo cual implicaba un déficit de 504 (35%). **Se estima que hay dos psiquiatras por cada 100.000 habitantes, lo que representa un problema de acceso para las personas que deben desplazarse hacia las ciudades capitales para recibir atención,** que es donde concentran la atención especializada, así, en muchos casos las personas con depresión no logran acceder a un especialista debido a la distancia, lo cual afecta la consulta inicial y la continuidad del tratamiento (36).

Además de esta insuficiencia de talento humano, la débil capacitación, el estigma y discriminación por parte de algunos profesionales hacia las personas con trastornos mentales, hace que persistan las brechas para el acceso real (referido al uso de los servicios) y con calidad (relacionada con atributos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción) a los servicios de salud mental para las personas con diagnóstico de depresión.

En ese sentido, el país demanda la organización efectiva de la red integrada de prestadores de servicios de salud primarios y complementarios y acciones de monitoreo y fortalecimiento del talento humano de salud mental y de los prestadores de atención primaria en salud (APS) para que tengan la capacidad de evaluar y manejar problemas prioritarios de salud mental.



# Opciones de política pública

Múltiples informes señalan que para superar las brechas de atención en salud mental, además de formular, reforzar, actualizar y aplicar políticas en salud mental, es pertinente reestructurar u organizar los servicios a través del desarrollo y atención con redes integradas, desde una perspectiva de la APS y la asistencia social de base comunitaria. También, han recomendado aprovechar la tecnología digital para ampliar los servicios y aumentar la capacidad con tele psiquiatría, aplicaciones móviles y mensajes de texto. Todo esto requiere contar con equipos multidisciplinarios con capacidades fortalecidas para evaluar, atender y derivar, cuando sea necesario, problemas en salud mental, en este caso, la depresión (8,10-12,25,37,38).

A partir del análisis de literatura científica de las políticas nacionales que se han generado para mejorar el acceso y la calidad en la atención a las personas con trastornos mentales, y después de considerar las causas que impiden que las personas con depresión sean atendidas en el sistema de salud, se presentan alternativas de política que pueden optimizar y aumentar la cobertura para que estas personas reciban la atención oportuna que les garantice el derecho a la salud y, a corto y mediano plazo, muestren mejoría clínica sustancial:

## 1. Expedición de la resolución de la Ruta Integral de atención en salud para personas con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia:

En el marco del cumplimiento de la Ley 1751 de 2015 que garantiza el derecho a la salud, el MSPS ha generado una serie de políticas públicas tendientes a hacerlo efectivo, entre estas, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) de 2016 y la Política Nacional de Salud Mental del mismo año, que contemplan estrategias para mejorar los servicios que faciliten el acceso y la atención integral. No obstante, como se ha mostrado, las personas con depresión no están siendo atendidas con oportunidad ya que se encuentran con barreras del sistema de salud como la negación o demoras en la autorización de servicios o medicamentos, largos tiempos de espera para asignación de citas con profesionales y especialistas en salud mental y baja resolutiveidad al momento de identificar y tratar sus afectaciones mentales por parte de los profesionales del primer nivel de atención. Esto denota una deficiente organización de la red de prestadores de servicios.

Para solucionar este problema es necesario organizar e integrar, de una manera más efectiva, la prestación de servicios básicos (primarios) y los especializados (complementarios) de tal forma que, bajo los criterios de





calidad, puedan recibir una atención, integral, continua y resolutive. Esta integración de servicios en salud mental incluye mejorar el acceso a la atención en términos de oportunidad, seguridad y pertinencia, brindar atención centrada en el paciente respetando sus derechos humanos, evitar la fragmentación de los servicios, garantizando una continuidad, resolutive y complementariedad entre los diferentes niveles, reducir el estigma y la discriminación a la hora de atender, optimizar los resultados tanto de salud mental como de salud física y el fortalecimiento del SGSSS. Todo esto está contemplado en la ruta integral de atención en salud (RIAS) para personas con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, que fue puesta a consulta pública en 2022, pero que aún no se ha expedido.

La evidencia ha demostrado que, tal y como la RIAS propone, se deben integrar los servicios de salud mental en la APS con el fin de mejorar el acceso, poder identificar y tratar los trastornos mentales de forma oportuna y fluida, reducir la necesidad de derivar a servicios especializados y realizar hospitalizaciones prolongadas (39,40). Esto implica:

- Profesionales de psicología y psiquiatría.
- Intervenciones integradas a la prestación de otros servicios y programas ya existentes.
- Atención colaborativa, coordinada y continua entre el nivel primario y complementario.
- Recursos adecuados e información oportuna.
- Involucramiento de otros trabajadores de salud no especialistas en salud mental, debidamente capacitados en la evaluación, manejo y seguimiento de personas con depresión y otras afecciones de prioritarias de salud mental.

De este modo, revisar, actualizar y expedir el documento de la RIAS que establece y desarrolla ampliamente la integración de los servicios y la implementación territorial de acciones de gestión e intervenciones ordenadas e integrales, de tipo individual y colectivo, permitirá que la atención de la salud mental se incluya como un componente esencial de la cobertura universal y se garantice el acceso a una atención de calidad plenamente integrada en la APS (38), en el marco de la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Asimismo, fortalecer las redes integradas de servicios de salud, articuladas a estrategias de salud pública y a la oferta social y comunitaria para la atención de personas con trastornos mentales, y contar con estrategias concretas, objetivos y metas claras y medibles, fáciles de materializar (25,41), contribuirá a reducir la carga de enfermedad y tener impacto positivo en los costos, acorde a la evidencia.

Un estudio que se centró en la atención colaborativa entre el nivel primario y complementario para el tratamiento de la depresión y ansiedad (ensayo MANAS), involucró a trabajadores de salud no profesionales, capacitados

para brindar intervenciones psicosociales como parte de la APS, descubrió que la intervención era rentable y ahorra costos, además, superó las barreras planteadas por la escasez de profesionales de la salud mental. Los resultados señalaron 7,3 días adicionales libres de depresión o ansiedad para cada sujeto en el grupo de intervención y el costo medio del sistema de salud por caso recuperado al final del seguimiento pasó del USD\$ 120 a USD\$ 86 (42,43).

Revisiones sobre la evidencia disponible de costo-efectividad para los diferentes niveles y estrategias de integración de los servicios de salud mental en países de bajos y medianos ingresos, encontraron que la combinación del tratamiento farmacológico con las atenciones psicosociales permite un mejor equilibrio entre costos y resultados de salud. En el caso de la depresión, el tratamiento episódico en la APS cuesta entre \$USD 800 y 3.500 por año de vida saludable ganado. Por un costo un poco mayor, así como por una mayor mejora general de la salud de la población, el tratamiento proactivo (preventivo) y de mantenimiento, también es una alternativa rentable, porque muchas personas experimentan episodios recurrentes (entre USD\$ 1.300 y 4.900 por año de vida saludable ganado) (40).

## 2. Monitoreo de la disponibilidad de oferta del talento humano para atención en salud mental

Entre las causas identificadas que inciden en las brechas para atención de personas con depresión, se encontró la insuficiencia de mano de obra cualificada en el sistema de salud. La literatura muestra que, en los países de ingresos altos, el número de trabajadores de salud mental suele ser inadecuado y en los países de ingresos bajos y medianos, la situación es más sensible con una escasez estimada de 1,18 millones de trabajadores (40). En un estudio realizado en 58 países de ingresos bajos y medianos, cuyos cálculos se basaron en datos disponibles en el instrumento de evaluación de sistemas de salud de la OMS de 2005 y en el informe sobre carga mundial de enfermedades de la OMS de 2004 para los 58 países, se encontró que se necesitaba de 362.000 trabajadores de la salud mental, lo que representaba 22,3 trabajadores por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos bajos y 26,7 trabajadores por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos medios, de los cuales 6% eran psiquiatras, 54% enfermeras en entornos de salud mental y 41% profesionales de atención psicosocial. Estos datos reflejan una escasez global de 239.052 trabajadores de la salud mental (44). Casi todos los países enfrentan escasez en al menos una de las tres categorías de trabajadores para realizar un conjunto básico de intervenciones de salud mental.

En datos más recientes, según la OMS, el número medio mundial de trabajadores de salud mental por cada 100.000 habitantes ha aumentado ligeramente pasando de 9 trabajadores en 2014 a 13 por cada 100.000 habitantes, en 2020. Sin embargo, se observa una variación muy elevada entre países de distintos niveles de ingresos, ya que el número de trabajadores de





salud mental en los países de ingresos altos es más de 40 veces superior al de los países de ingresos bajos (24).

La preocupación por la escasez de recursos humanos para la salud mental en estos países se ve acentuada por los informes de migración a gran escala de profesionales de la salud mental a países con ingresos más altos. La pérdida general de profesionales de la salud es especialmente perjudicial para los sistemas de salud mental (45) y esto, aunado a la escasez señalada, profundiza las brechas para que las personas con depresión accedan a los servicios de salud mental.

En Colombia, el cálculo de la fuerza laboral disponible en salud mental realizado en 2019, que integra el conjunto de profesiones asociadas con la atención contemplados en la política nacional (medicina, psiquiatría, enfermería, psicología, terapia psicosocial, terapia ocupacional y trabajo social) se realiza a partir del Registro Único Nacional del Talento Humano en salud (ReTHUS). Los resultados obtenidos son una aproximación de la distribución de la fuerza laboral potencial (número total de profesionales egresados) y la fuerza laboral activa (número total de profesionales egresados, en ejercicio de su profesión y cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Así, la fuerza laboral activa de talento humano en salud mental es de 1.066 por 100.000 habitantes (profesionales de las disciplinas citadas), cifra que asciende a 1.166 cuando se incluyen los profesionales disponibles en trabajo social. Por tipo de perfil, el personal con mayor densidad son los médicos generales con una razón de 192,8 por 100.000 habitantes, seguido del personal de enfermería y psicología con 118,2 y 93,8 por 100.000 habitantes, respectivamente (25).

Debido a las múltiples disciplinas comprometidas en la atención de salud mental y al desconocimiento del número real de profesionales con competencias certificadas relacionadas que actualmente ejercen su profesión a nivel asistencial en el país, se hace necesario incorporar un mecanismo en el ReTHUS a través del cual se caracterice y clasifique este talento humano según tipo y nivel de atención (asistencial intramural, asistencial extramural, administrativo) (25) y garantizar la interoperabilidad entre diferentes sistemas de información como el ReTHUS, la Planilla Integrada de Liquidaciones de Aportes (PILA) y el Registro Único de Afiliados (RUAF) que permita realizar análisis del talento humano en salud mental, ya que el país no cuenta con estos (46).

En mesas de trabajo con expertos, se evidenció la importancia de establecer este mecanismo teniendo en cuenta que a través del ReTHUS solo es posible identificar los profesionales que se gradúan en salud de acuerdo con la profesión. Contar con este registro permitirá al país conocer a nivel nacional, la oferta del talento humano en salud mental disponible e identificar las necesidades reales de la suficiencia de la fuerza laboral y adoptar las estrategias más favorables para subsanar las debilidades que se encuentren y de esta manera analizar la distribución o redistribución que permita lograr una máxima equidad interregional, ajustándose a la carga de enfermedad por salud mental, la densidad poblacional y a la capacidad instalada en la red de prestación de servicios territorial. Así mismo, este registro contribuirá

en la planeación y articulación de los servicios primarios y complementarios que buscan mejorar el acceso a la atención integral, eliminando barreras para la identificación, diagnóstico y tratamiento oportuno y seguimiento a la adherencia de las personas con depresión al disponer con el número de profesionales en las diferentes disciplinas.

**La integración efectiva de los servicios de salud mental en la red de prestadores primarios y complementarios a través de la ruta integral de atención en salud para personas con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, y el monitoreo del número de profesionales disponibles para la atención en salud mental, es una herramienta necesaria para garantizar el derecho a la salud y superar las brechas de atención de las personas con depresión. Esto tendría un impacto sobre los años de vida saludable ganados y los costos que se pueden reducir al tener una eficiente capacidad resolutive en el nivel primario. Se recomienda evaluar estas opciones a la luz de los cambios que se contemplan con la reforma a la salud.**



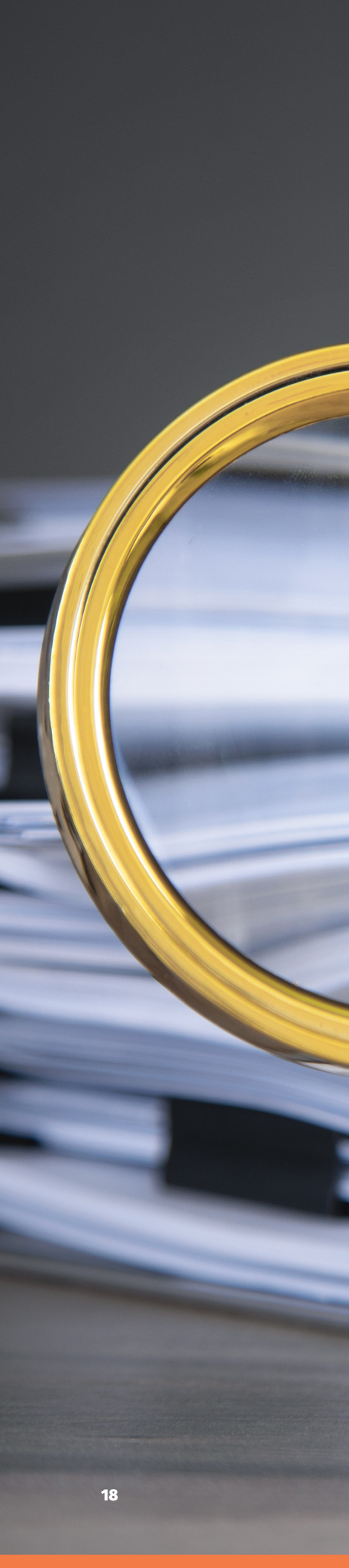
# Referencias

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Herrman H, Patel V, Kieling C, Berk M, Buchweitz C, Cuijpers P, et al. Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet*. 2022 Mar 5;399(10328):957–1022.
3. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. Guía de Práctica Clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente [Internet]. 2013. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC\\_Comple\\_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Comple_Depre%20(1).pdf)
4. Jain S, Gupta S, Li VW, Suthoff E, Arnaud A. Humanistic and economic burden associated with depression in the United States: a cross-sectional survey analysis. *BMC Psychiatry*. 2022 Aug 11;22(1):542.
5. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153–60.
6. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. *AJP*. 2014 Apr;171(4):453–62.
7. Gold SM, Köhler-Forsberg O, Moss-Morris R, Mehnert A, Miranda JJ, Bullinger M, et al. Comorbid depression in medical diseases. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Aug 20;6(1):1–22.
8. Ministerio de salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. Tomo I. [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. Available from: [https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud\\_mental\\_tomol.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf)
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema de Información de Prestaciones de Salud - RIPS [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 18]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/rips.aspx>
10. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 [Internet]. OMS; 2022. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>



11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Una nueva agenda para la salud mental en las Américas [Internet]. OPS-OMS; 2023. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265\\_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
12. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Panorama de eventos en salud pública; Décimo cuarto, Informe Técnico Especial. Trastornos mentales y suicidio en Colombia: ¿Qué está pasando con la salud mental de los colombianos? - Carga de enfermedad por depresión y la percepción sobre el acceso en su atención [Internet]. Bogotá, D.C.; 2022 p. 29–51. Available from: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/14.%20Panorama%20de%20eventos%20en%20salud%20p%C3%BAblica.pdf>
13. Carga de enfermedad mental [Internet]. [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/carga-de-enfermedad-mental>
14. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030, Organización Mundial de Salud [Internet]. [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf?sequence=1>
15. Moreno-Londoño HA, Cudris-Torres L, Aponte-Gutiérrez N. Análisis de costo del tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en Colombia: Cost analysis of the treatment of the disorders of the state of animo in Colombia. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapeutica. 2020 May;39(3):304–8.
16. Valero-Pacheco IC, Riaño-Casallas MI. Costo de las incapacidades por trastornos mentales y del comportamiento en Colombia, 2016-2018. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2023 Jul 13 [cited 2023 Nov 3]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745023000628>
17. Bartels SM, Cardenas P, Uribe-Restrepo JM, Cubillos L, Torrey WC, Castro SM, et al. Barriers and facilitators to the diagnosis and treatment of depression in primary care in Colombia: Perspectives of providers, healthcare administrators, patients and community representatives. Revista Colombiana de psiquiatria (English ed). 2021 Jul;50(Suppl 1):64.
18. American Psychiatric Association. What Is Depression? [Internet]. [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/depression/what-is-depression>
19. Institute for Quality and Efficiency in Health Care. Treatments for depression. In: InformedHealth.org [Internet] [Internet]. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2020 [cited 2023 Nov 6]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279282/>



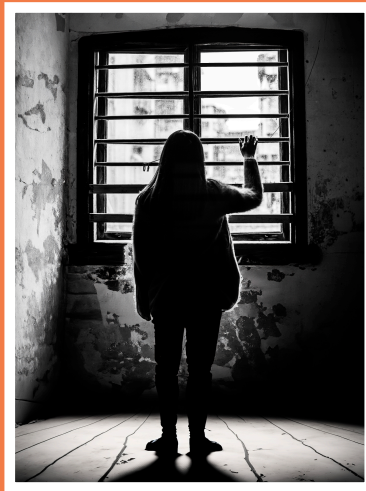
- 
- 20.** nhs.uk [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 6]. Treatment - Depression in adults. Available from: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/depression-in-adults/treatment/>
  - 21.** World Health Organization. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0 [Internet]. Washington, D.C. United States of America: Institutional Repository for Information Sharing; 2017. 1–173 p. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
  - 22.** Ministerio de Salud y Protección Social. Adaptación de Guías de Atención para Colombia [Internet]. MSPS; 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/adaptacion-colombia-guias-atencion-mhgap.pdf>
  - 23.** Delgado Reyes, A. C., & Agudelo Hernández, A. F. (2022). La psicología clínica como disciplina de entrada y articuladora de las rutas en salud mental en Colombia. *Psicoespacios*, 16(29), 1–9. <https://doi.org/10.25057/21452776.1485>. La psicología clínica como disciplina de entrada y articuladora de las rutas en salud mental en Colombia | *Psicoespacios*. 2023 Jul 11 [cited 2023 Nov 1]; Available from: <https://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios/article/view/1485>
  - 24.** Organización Mundial de la Salud. Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental [Internet]. [cited 2023 Nov 3]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
  - 25.** Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Acceso de servicios en Salud en Colombia - Salud Mental [Internet]. Bogotá, D.C.; 2019. Available from: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>
  - 26.** Zamora-Rondón DC, Suárez-Acevedo D, Bernal-Acevedo O. Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Rev salud pública*. 2020 Oct 5;21:175–80.
  - 27.** Rodríguez, L. M. Abordaje del Paciente Hiperfrecuentador [Internet]. [cited 2023 Oct 31]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n22/v11n22a04.pdf>
  - 28.** Ministerio de Salud y Protección Social-SISPRO. Reportes Salud Mental Indicador Episodio Depresivo [Internet]. [cited 2023 Dec 6]. Available from: <http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>
  - 29.** Gosling R, Parry S, Stamou V. Community support groups for men living with depression: barriers and facilitators in access and engagement with services. *Home Health Care Serv Q*. 2022;41(1):20–39.

30. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos [Internet]. [cited 2023 Nov 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
31. Gómez-Restrepo C, Cárdenas P, Marroquín-Rivera A, Cepeda M, Suárez-Obando F, Uribe-Restrepo JM, et al. Barreras de acceso, autoreconocimiento y reconocimiento en depresión y trastornos del consumo del alcohol: un estudio cualitativo. RCP. 2021 Jun 1;50:55–66.
32. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2014 Jul;43(3):162–7.
33. Rosales, María de la V. Acceso a los servicios de salud mental en Latinoamérica y el Caribe. XIV Congreso Latinoamericano y del Caribe en Bioética: Bioética, Salud Mental y Cuidados Paliativos. 2023.
34. Ministerio de salud y Protección Social. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
35. Ramírez Terán I. Realidad laboral de la psicología en Colombia [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 18]. Available from: <https://universidadisep.com/co/psicologia-clinica-co/realidad-laboral-de-la-psicologia-en-colombia/>
36. Anexo técnico Res.4886 Política Nacional Salud Mental [Internet]. [cited 2023 Nov 23]. Available from: [https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/adminverblobawa?tabla=T\\_NORMA\\_ARCHIVO&p\\_NORMFIL\\_ID=18495&f\\_NORMFIL\\_FILE=X&inputfileext=NORMFIL\\_FILENAME](https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/adminverblobawa?tabla=T_NORMA_ARCHIVO&p_NORMFIL_ID=18495&f_NORMFIL_FILE=X&inputfileext=NORMFIL_FILENAME)
37. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>
38. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet. 2018 Oct;392(10157):1553–98.
39. Calderón C, Balagué L, Iruin Á, Retolaza A, Belaunzaran J, Basterrechea J, et al. Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión: evaluación de una experiencia piloto. Atención Primaria. 2016 Jun;48(6):356–65.
40. Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, editors. Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4) [Internet]. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2016 [cited 2023 Dec 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361945/>





- 41.** López Quevedo LM. Consistencia entre las propuestas y la realidad de las políticas públicas de salud mental en Colombia/2018 -2021. Revisión Bibliográfica de alcance. [Internet] [Maestría Planeación para el Desarrollo]. [Bogotá, D.C.]: Universidad Santo Tomás; 2022. Available from: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/50568/2023LinaQuevedo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 42.** Buttorff C, Hock RS, Weiss HA, Naik S, Araya R, Kirkwood BR, et al. Economic evaluation of a task-shifting intervention for common mental disorders in India. *Bull World Health Organ.* 2012 Nov 1;90(11):813–21.
- 43.** Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unützer J. Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001448.
- 44.** Kakuma R, Minas H, Ginneken N van, Poz MRD, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet.* 2011 Nov 5;378(9803):1654–63.



# Identificación de barreras de la depresión no atendida en Colombia y recomendaciones de política

---

Policy Brief



Salud



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
SALUD