



Análisis de Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. Colombia, 2024

Subdirección de Enfermedades no Transmisibles



Análisis de Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. Colombia, 2024

© Ministerio de Salud y Protección Social

Subdirección de Enfermedades no Transmisibles

Grupo de Gestión Integral para la Salud Mental

Elaboración

Ana Carolina Amaya Arias

Apoyo técnico

Iván Alejandro Navarrete Hernández

Carmenza Osorio Gómez

Martha Cecilia Ruiz Riaño

Alexandra Porras

© Ministerio de Salud y Protección Social

Carrera 13 # 32-76. Bogotá, D.C., Colombia

Atención telefónica a través del centro de contacto en Bogotá: (60-1)
330 5043

Resto del país: 01 8000 960 020



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Secretario general (e)

SANDRA CONSUELO MANRIQUE MOJICA
Directora de Promoción y Prevención (e)

CRISTINA DAZA RODRÍGUEZ
Subdirectora de Enfermedades no Transmisibles

Introducción	19
Objetivos.....	22
Objetivo general	22
Objetivos específicos	22
Método.....	23
Tipo de estudio.....	23
Unidad de análisis.....	23
Periodo de tiempo.....	23
Fuentes de información	23
Población objeto	25
Variables	26
Control de sesgos	27
Corrección del subregistro.....	27
Análisis estadísticos	29
Demografía.....	32
General	32
Pueblos indígenas	34
Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras	36
Pueblo Rrom	38
Población de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT).....	39
Víctimas	40
Migrantes	43
Habitantes de la calle	44
Personas con discapacidad	45
Poblaciones en zonas rurales	46
Población privada de la libertad	51
Configuración de las familias y hogares colombianos	54

Determinantes sociales de la salud mental.....	59
Género y diversidad sexual	60
Pobreza e ingresos.....	64
Educación	70
Desempleo e informalidad laboral	73
Consumo de sustancias psicoactivas	80
Alcohol	85
Tabaco	87
Sucedáneos e imitadores (cigarrillos eléctricos)	89
Cannabinoides.....	90
Involucramiento parental.....	93
Violencia.....	95
Conflicto armado	95
Violencia interpersonal	100
Violencia intrafamiliar.....	105
Violencia de pareja	108
Violencia de género.....	111
Violencia o acoso en ámbitos académicos	118
Desempeño del sistema de salud	125
Cobertura de afiliación del SGSSS	126
Talento humano en salud mental	126
Psicología	127
Psiquiatría	129
Otros profesionales de la salud	131
Infraestructura en salud mental.....	134
Internación (hospitalización)	134
Internación por consumo de SPA	136
Manejo ambulatorio por consumo de SPA	137

Hospitalización parcial	138
Consultas en salud mental	139
Psiquiatría	139
Psicología	140
Neurología	140
Disponibilidad y acceso a servicios de salud mental.....	141
Percepción de suficiencia de servicios de salud mental.....	142
Acceso a medicamentos en salud mental	143
Acceso a servicios de salud mental	147
Perfil epidemiológico de salud mental.....	149
Eventos relacionados con la salud mental	150
Trastornos depresivos.....	150
Trastornos de ansiedad.....	157
Trastorno afectivo bipolar (TAB).....	163
Esquizofrenia	168
Trastornos de la conducta alimentaria	174
Epilepsia.....	179
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.....	185
Trastornos del neurodesarrollo.....	191
Enfermedad de Parkinson	200
Otros trastornos del sistema nervioso	205
Conducta suicida	210
Autolesiones no suicidas (ALNS)	210
Intento de suicidio	212
Mortalidad por lesiones o envenenamientos autoinfligidos (suicidio)	218
Priorización por entidad territorial	224
Carga de enfermedad por eventos relacionados con la salud mental	229

Análisis de las inequidades en salud mental	233
Índice de concentración absoluta e índice relativo de desigualdad ..	234
Determinantes socioeconómicos	234
Violencia.....	237
Consumo de sustancias psicoactivas (SPA)	239
Estratificadores de desigualdad por medio de Equiplot.....	241
Semaforización por regiones	250
Amazonia	250
Orinoquia	251
Centro.....	252
Caribe	253
Pacífico.....	253
Andina	254
Bogotá, D.C.	255
Discusión.....	257
Conclusiones.....	277
Referencias.....	283

Tabla 1. Proporción de población de acuerdo con el área geográfica. Colombia, 2018-2023.....	47
Tabla 2. Semaforización del riesgo de acuerdo con los intervalos de confianza (IC) de las razones de tasas.	225
Tabla 3. Índice de concentración e índice relativo de desigualdad de acuerdo con variables socioeconómicas, disponibilidad de servicios de salud mental y analfabetismo, por departamento	235
Tabla 4. Índice de concentración e índice relativo de desigualdad de acuerdo con las tasas de violencia por departamento	238
Tabla 5. Índice de concentración e índice relativo de desigualdad de acuerdo con las tasas de trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por departamento	240

Gráfico 1. Pirámide poblacional. Colombia, 2018, 2023, 2028	33
Gráfico 2. Población indígena censada por municipio. CNPV 2018	35
Gráfico 3. Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera censada por municipio. CNPV 2018	37
Gráfico 4. Población Rrom censada por municipio. CNPV 2018	39
Gráfico 5. Porcentaje de víctimas por curso de vida	41
Gráfico 6. Víctimas por departamento. Colombia, 2024	42
Gráfico 7. Ámbitos territoriales PDET	48
Gráfico 8. Ámbitos territoriales Zomac	49
Gráfico 9. Ámbitos territoriales PNIS.....	50
Gráfico 10. Porcentaje de personas inimputables con medida de aseguramiento, por entidad territorial	53
Gráfico 11. Porcentaje de jefaturas de hogar según sexo, por departamento	55
Gráfico 12. Porcentaje de jefaturas de hogar sin cónyuge, según sexo, por departamento.....	56
Gráfico 13. Porcentaje de jefaturas de hogar sin cónyuge y con hijos menores de edad, según sexo, por departamento	57
Gráfico 14. Porcentaje de la pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema por departamentos. Colombia, 2023.....	66
Gráfico 15. Índice de pobreza multidimensional por departamentos. Colombia, 2023	68
Gráfico 16. Necesidades básicas insatisfechas (NBI) por departamentos. Colombia, 2021.....	69
Gráfico 17. Porcentaje de analfabetismo por departamentos. Colombia, 2023.....	71
Gráfico 18. Tasa global de participación (TGP), tasa de ocupación (TO) y tasa de desocupación (TD). Total nacional, abril (2016-2024).....	74
Gráfico 19. Porcentaje de desempleo de larga duración por departamentos. Colombia, 2023.....	75
Gráfico 20. Porcentaje de población ocupada informal según sexo y área geográfica. Colombia, primer trimestre 2024	77

Gráfico 21. Porcentaje de la población ocupada informal según ciudades. Colombia, primer trimestre 2024.....	78
Gráfico 22. Porcentaje de la población ocupada formal e informal, según nivel educativo. Colombia, primer trimestre 2024.....	79
Gráfico 23. Porcentaje de la población ocupada informal, según actividad económica. Colombia, primer trimestre 2024.....	79
Gráfico 24. Prevalencia de trastornos asociados al uso de SPA, por sexo. Colombia, 2019-2023	81
Gráfico 25. Tasa trastornos asociados al uso de SPA, por departamento. Colombia, 2023	82
Gráfico 26. Tendencias tasa trastornos asociados al uso de SPA, por departamento. Colombia, 2019-2023	83
Gráfico 27. Porcentaje de casos por curso de vida y tendencia de tasas por quinquenios de trastornos asociados al uso de SPA. Colombia, 2019-2023.....	84
Gráfico 28. Tasa trastornos asociados al uso de alcohol, por sexo. Colombia, 2019-2023.....	86
Gráfico 29. Porcentaje de casos por curso de vida y tendencia de tasas por quinquenios de trastornos asociados al uso de alcohol, por curso de vida. Colombia, 2019-2023.....	87
Gráfico 30. Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, por sexo. Colombia, 2019-2023.....	88
Gráfico 31. Porcentaje de casos por curso de vida y tendencia de tasas por quinquenios de trastornos asociados al uso de tabaco. Colombia, 2019-2023	89
Gráfico 32. Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, por sexo. Colombia, 2019-2023	91
Gráfico 33. Porcentaje de casos por curso de vida y tendencia de tasas por quinquenios de trastornos asociados al uso de cannabinoides. Colombia, 2019-2023.....	92
Gráfico 34. Distribución del puntaje de la escala de padres involucrados, según sexo.....	93

Gráfico 35. Distribución del puntaje de la escala de padres involucrados, según grupo etario	94
Gráfico 36. Víctimas por hecho victimizante por departamento. Colombia, mayo de 2024.....	97
Gráfico 37. Índice de Riesgo de Victimización (IRV). Colombia, 2022.....	99
Gráfico 38. Porcentaje de violencia interpersonal por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2023	101
Gráfico 39. Tasa de violencia interpersonal por departamento. Colombia, 2023	102
Gráfico 40. Tasa de violencia interpersonal por distritos. Colombia, 2023.....	103
Gráfico 41. Porcentaje homicidios por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2023	104
Gráfico 42. Tasa de homicidios por departamento. Colombia, 2023 ..	104
Gráfico 43. Tasa de homicidios por distritos. Colombia, 2023.....	105
Gráfico 44. Porcentaje de violencia intrafamiliar por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2023	107
Gráfico 45. Tasa de violencia intrafamiliar por distritos. Colombia, 2023	107
Gráfico 46. Tasa de violencia intrafamiliar por departamento. Colombia, 2023.....	108
Gráfico 47. Porcentaje violencia de pareja por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2023	109
Gráfico 48. Tasa de violencia de pareja por departamento. Colombia, 2023.....	110
Gráfico 49. Tasa de violencia de pareja por distritos. Colombia, 2023	110
Gráfico 50. Tasa de notificación de violencia física por departamento. Colombia, 2023	113
Gráfico 51. Tasa de notificación de violencia física por distritos. Colombia, 2023	114
Gráfico 52. Porcentaje de notificación de violencia física por curso de vida. Colombia, 2023	115

Gráfico 53. Tasa de notificación de violencia sexual por departamento. Colombia, 2023	116
Gráfico 54. Tasa de notificación de violencia sexual por distritos. Colombia, 2023	117
Gráfico 55. Porcentaje de notificación de violencia sexual por curso de vida. Colombia, 2023	118
Gráfico 56. Países con mayor proporción de estudiantes que identifican ser víctimas de acoso escolar regularmente o siempre en sus instituciones educativas.....	120
Gráfico 57. Tipos de agresión escolares, de acuerdo con las situaciones tipo II y tipo III	121
Gráfico 58. Lugar de ocurrencia de las situaciones de violencia escolar reportadas en el Siuce	122
Gráfico 59. Registros por edad de las presuntas víctimas, según tipo de situaciones	122
Gráfico 60. Densidad psicólogos(as) por departamento por 10.000 habitantes. Colombia, 2023	129
Gráfico 61. Densidad psiquiatras por departamento por 10.000 habitantes. Colombia, 2023	131
Gráfico 62. Densidad de profesionales en enfermería, terapia física, terapia ocupacional y fonoaudiología, por departamento, por 10.000 habitantes. Colombia, 2023	133
Gráfico 63. Disponibilidad de servicios de salud mental por departamento	142
Gráfico 64. Prevalencia de trastornos depresivos, por sexo. Colombia, 2019-2023	151
Gráfico 65. Tasa trastornos depresivos, por departamento. Colombia, 2023.....	152
Gráfico 66. Tendencias tasa trastornos depresivos, por departamento. Colombia, 2019-2023.....	153
Gráfico 67. Porcentaje de trastornos depresivos, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023.....	154

Gráfico 68. Tendencia tasa trastornos depresivos, por quinquenios. Colombia, 2019-2023.....	155
Gráfico 69. Tendencia tasas trastornos depresivos, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023.....	156
Gráfico 70. Prevalencia trastorno de ansiedad, por sexo. Colombia, 2019-2023	157
Gráfico 71. Tasa trastornos de ansiedad, por departamento. Colombia, 2023.....	159
Gráfico 72. Tendencia tasa trastorno de ansiedad, por departamento. Colombia, 2019-2023.....	160
Gráfico 73. Porcentaje trastorno de ansiedad, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023.....	161
Gráfico 74. Tendencia tasa de trastornos de ansiedad, por quinquenios. Colombia, 2019-2023.....	162
Gráfico 75. Tendencia tasas trastornos de ansiedad, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023.....	162
Gráfico 76. Prevalencia de trastorno afectivo bipolar, por sexo. Colombia, 2019-2023.....	163
Gráfico 77. Tasa trastorno afectivo bipolar, por departamento. Colombia, 2023.....	164
Gráfico 78. Tendencia tasa trastorno afectivo bipolar afectivo, por departamento. Colombia, 2019-2023	165
Gráfico 79. Porcentaje trastorno afectivo bipolar, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023.....	166
Gráfico 80. Tendencia tasa trastorno afectivo bipolar, por quinquenios. Colombia, 2019-2023.....	167
Gráfico 81. Tendencia tasas trastorno afectivo bipolar, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023.....	168
Gráfico 82. Prevalencia de esquizofrenia, por sexo. Colombia, 2019-2023.....	169
Gráfico 83. Tasa esquizofrenia, por departamento. Colombia, 2023.	170
Gráfico 84. Tendencia tasa de esquizofrenia, por departamento. Colombia, 2019-2023.....	171

Gráfico 85. Porcentaje de esquizofrenia, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023.....	172
Gráfico 86. Tendencia tasa esquizofrenia, por quinquenios. Colombia, 2019-2023	173
Gráfico 87. Tendencia tasas esquizofrenia, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023	173
Gráfico 88. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, por sexo. Colombia, 2019-2023	174
Gráfico 89. Tasa trastornos de la conducta alimentaria, por departamento. Colombia, 2023	175
Gráfico 90. Tendencia tasa de trastornos de la conducta alimentaria, por departamento. Colombia, 2019-2023	176
Gráfico 91. Porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023	177
Gráfico 92. Tendencia tasa trastornos de la conducta alimentaria, por quinquenios. Colombia, 2019-2023	177
Gráfico 93. Tendencia tasas trastornos de la conducta alimentaria, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023	178
Gráfico 94. Prevalencia de epilepsia, por sexo. Colombia, 2019-2023	180
Gráfico 95. Tasa epilepsia por departamento. Colombia, 2023	181
Gráfico 96. Tendencia tasa de trastorno epilepsia, por departamento. Colombia, 2019-2023.....	182
Gráfico 97. Porcentaje de epilepsia, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023.....	183
Gráfico 98. Tendencia tasa de epilepsia, por quinquenios. Colombia, 2019-2023	183
Gráfico 99. Tendencia tasas epilepsia, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023	184
Gráfico 100. Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por sexo. Colombia, 2019-2023.....	186
Gráfico 101. Tasa la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por departamento. Colombia, 2023	187

Gráfico 102. Tendencias tasa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por departamento. Colombia, 2019-2023.....	188
Gráfico 103. Porcentaje de diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023	189
Gráfico 104. Tendencia de tasa de enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por quinquenios. Colombia, 2019-2023	189
Gráfico 105. Tendencia tasas la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023.....	190
Gráfico 106. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, por sexo. Colombia, 2019-2023.....	192
Gráfico 107. Tasa trastornos del neurodesarrollo, por departamento. Colombia, 2023	193
Gráfico 108. Tendencia tasa de trastornos del neurodesarrollo, por departamento. Colombia, 2019-2023.....	194
Gráfico 109. Porcentaje de trastornos del neurodesarrollo, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023	195
Gráfico 110. Tendencia tasa trastornos del neurodesarrollo, por quinquenios. Colombia, 2019-2023.....	195
Gráfico 111. Tendencia tasas trastornos del neurodesarrollo, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023	196
Gráfico 112. Prevalencia del trastorno del espectro autista (TEA) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), por sexo. Colombia, 2019-2023.....	198
Gráfico 113. Tendencia tasa trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, por quinquenios. Colombia, 2019-2023.....	199
Gráfico 114. Prevalencia de la enfermedad de Parkinson, por sexo. Colombia, 2019-2023.....	200
Gráfico 115. Tasa la enfermedad de Parkinson, por departamento. Colombia, 2023	201
Gráfico 116. Tendencia tasa de la enfermedad de Parkinson, por departamento. Colombia, 2019-2023	202

Gráfico 117. Porcentaje de la enfermedad de Parkinson, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023	203
Gráfico 118. Tendencia tasa de la enfermedad de Parkinson, por quinquenios. Colombia, 2019-2023.....	204
Gráfico 119. Tendencia tasas la enfermedad de Parkinson, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023	204
Gráfico 120. Prevalencia de otros trastornos del sistema nervioso, por sexo. Colombia, 2019-2023	205
Gráfico 121. Tasa otros trastornos del sistema nervioso, por departamento. Colombia, 2023	206
Gráfico 122. Tendencia tasa de otros trastornos del sistema nervioso, por departamento. Colombia, 2019-2023	207
Gráfico 123. Porcentaje de otros trastornos del sistema nervioso, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023	208
Gráfico 124. Tendencia tasa otros trastornos del sistema nervioso, por quinquenios. Colombia, 2019-2023.....	209
Gráfico 125. Tendencia tasas otros trastornos del sistema nervioso, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023	210
Gráfico 126. Tasa de incidencia de intento de suicidio, por sexo. Colombia, 2019-2023.....	213
Gráfico 127. Tasa intento de suicidio, por departamento. Colombia, 2023.....	214
Gráfico 128. Tendencia tasa por intento de suicidio, por departamento. Colombia, 2019-2023.....	215
Gráfico 129. Porcentaje de intento de suicidio, por ciclo vital y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023.....	216
Gráfico 130. Tendencia tasa intento de suicidio, por quinquenios. Colombia, 2019-2023.....	216
Gráfico 131. Tendencia de casos de intento de suicidio, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023	217
Gráfico 132. Tasa ajustada por sexo y edad de defunciones por lesiones o envenenamientos autoinfligidos. Colombia, 2019-2023.....	218

Gráfico 133. Tasa lesiones o envenenamientos autoinfligidos, por departamento. Colombia, 2023	220
Gráfico 134. Tendencia tasa de mortalidad por lesiones o envenenamientos autoinfligidos, por departamento. Colombia, 2019-2023.....	221
Gráfico 135. Porcentaje de defunciones por lesiones o envenenamientos autoinfligidos, por quinquenios. Colombia, 2019-2023	222
Gráfico 136. Tasa lesiones o envenenamientos autoinfligidos, por quinquenios. Colombia, 2019-2023.....	222
Gráfico 137. Tendencia de casos de lesiones o envenenamientos autoinfligidos, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023	223
Gráfico 138. Priorización eventos relacionados con la salud mental. Colombia, 2023	227
Gráfico 139. Priorización indicadores de conducta suicida. Colombia, 2023.....	228
Gráfico 140. Comportamiento de los AVAD por 1.000.000 personas por eventos de salud mental en Colombia, 2019 a 2023.....	230
Gráfico 141. Comportamiento de los AVAD por departamento de Colombia, 2019-2023.....	232
Gráfico 142. Equiplot de las tasas de trastornos depresivos según determinantes sociales. Colombia, 2023	242
Gráfico 143. Equiplot de las tasas de trastornos de ansiedad según determinantes sociales. Colombia, 2023	243
Gráfico 144. Equiplot de las tasas de trastorno afectivo bipolar según determinantes sociales. Colombia, 2023	245
Gráfico 145. Equiplot de las tasas de epilepsia según determinantes sociales. Colombia, 2023	246
Gráfico 146. Equiplot de las tasas de enfermedad de Alzheimer y otras demencias según determinantes sociales. Colombia, 2023.....	247
Gráfico 147. Equiplot de las tasas de intento de suicidio según determinantes sociales. Colombia, 2023	248

Gráfico 148. Equiplot de las tasas de mortalidad por suicidio según determinantes sociales. Colombia, 2023	249
Gráfico 149. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región de la Amazonia. Colombia, 2023.....	251
Gráfico 150. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región de la Orinoquia. Colombia, 2023.....	251
Gráfico 151. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Centro. Colombia, 2023.....	252
Gráfico 152. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Caribe. Colombia, 2023	253
Gráfico 153. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Pacífico. Colombia, 2023.....	254
Gráfico 154. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Andina. Colombia, 2023.....	255
Gráfico 155. Determinantes sociales y resultados en salud mental en Bogotá, D.C. Colombia, 2023	256

Introducción

En Colombia, como en muchos países de la región de las Américas, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) es una herramienta esencial para la formulación y orientación de políticas públicas en salud. Desde 1993, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) hace estos análisis de manera periódica. Dichos procesos analítico-sintéticos permiten caracterizar, medir y explicar el estado de salud de la población, identificando desafíos y retos dentro del marco de los determinantes sociales, incluyendo aspectos de la salud mental y cómo las desigualdades influenciadas por dichos factores se manifiestan en este campo (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

Los trastornos mentales son cada vez más reconocidos como las principales causas de la carga de enfermedad. La Comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible¹ enfatizó que la salud mental es un derecho humano fundamental y esencial para el desarrollo de todos los países. La Comisión pidió una mayor inversión en servicios de salud mental como parte de la cobertura sanitaria universal y una mejor integración de estos servicios en la respuesta global a otras prioridades de salud (Patel V, 2018).

Para satisfacer las necesidades de salud mental de cada país de manera que se dé prioridad a la transformación de los sistemas de salud, es esencial comprender en profundidad la escala del impacto de estos



trastornos (Thornicroft G, 2019), incluida su distribución en la población, la carga sanitaria impuesta y sus consecuencias más amplias para la salud.

En el actual Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, el MSPS ha priorizado el fortalecimiento de la articulación intersectorial para gestionar los determinantes sociales de la salud y promover una mejora significativa de las condiciones de vida y el bienestar de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Este capítulo representa un esfuerzo sistemático para diagnosticar la situación actual de salud mental en el país, siguiendo los lineamientos del Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Colombia, 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), el Diagnóstico de Condiciones de Salud con Énfasis en Análisis de Desigualdades, que sirvió como base para la formulación del PDSP 2022-2031 (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.), y el Análisis de Situación de Salud Colombia 2023 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

El Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Colombia, 2014, fue crucial para aportar evidencia al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, estableciendo una base sólida para comprender y abordar los desafíos en la dimensión de convivencia social y salud mental. Aunque los informes de ASIS ofrecen una visión amplia de algunos aspectos de la salud mental, con este nuevo documento se busca ir más allá. El esfuerzo actual no solo refleja un compromiso continuo con el mejoramiento del bienestar de los colombianos, sino que también responde a la necesidad emergente de hacer un análisis más

profundo sobre la salud mental que los realizados en los ASIS generales. Este análisis detallado permitirá actualizar los datos obtenidos en 2014 y abordar en forma efectiva las crecientes y cambiantes demandas de salud mental en un contexto social y demográfico que ha cambiado en la última década.

Así, este estudio tiene como objetivo aportar evidencia efectiva y oportuna para orientar la actualización de la política pública de salud mental, con miras a mejorar la calidad de vida de los individuos y fortalecer el tejido social del país. Reúne elementos de contexto demográfico y presenta los resultados de las exploraciones analíticas de la desigualdad en salud mental, convirtiéndose en una herramienta fundamental para los procesos de planeación, gerencia y toma de decisiones en salud mental, adaptadas a las necesidades específicas de la población.

El contenido se estructura en cinco secciones principales: en la primera se aborda la descripción demográfica de la población colombiana, con un enfoque diferencial; en la segunda se analizan los determinantes sociales de la salud mental y su comportamiento a lo largo y ancho del país; en la tercera parte se describe el desempeño del sistema de salud en la atención de la salud mental; en el cuarto capítulo se evalúa la situación epidemiológica de la salud mental en los últimos cinco años; en la quinta sección se examinan las desigualdades de la salud mental a través de sus determinantes, y por último se presentan las conclusiones, que permiten identificar y priorizar las necesidades en salud mental, poniendo especial énfasis en los análisis de desigualdades.

Objetivos

Objetivo general

Identificar la situación de salud mental de la población colombiana con enfoque de equidades territoriales en salud durante el periodo 2019-2023, con el fin de aportar insumos en la actualización de la política pública en salud mental.

Objetivos específicos

- Analizar la situación de salud mental-enfermedad y sus determinantes presentes en la población colombiana.
- Identificar las inequidades territoriales en las dinámicas de salud mental-enfermedad en Colombia.

Método

Tipo de estudio

Para el desarrollo de este diagnóstico en salud mental se realizó un estudio observacional analítico.

Unidad de análisis

La unidad de análisis fueron los individuos residentes en el territorio nacional que pertenecen a un departamento. Para los análisis de inequidades la unidad de análisis fueron los departamentos.

Periodo de tiempo

Los análisis de morbilidad y mortalidad de los desenlaces en salud mental se efectuaron para un periodo de cinco años, desde el 2019 hasta el 2023.

Fuentes de información

Para llevar a cabo los análisis de los desenlaces en salud mental, se tomaron datos extraídos de las siguientes fuentes de información, entendiendo los rezagos de información propios de cada base de datos consultada:

- Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro), del cual se tomaron datos de la morbilidad del Registro Individual de

Prestación de Servicios de Salud (RIPS), los datos sobre intentos de suicidio del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y los datos de las defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio) de las estadísticas vitales (EEVV). Todos los datos se consultaron a corte de octubre del 2024.

- Para los datos poblacionales se tomaron las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), actualización post Covid-19.

La información sobre los determinantes social se recopiló de las siguientes fuentes:

- DANE. Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018.
- Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), 2023, marco 2018.

Datos expandidos con proyecciones de población con base en el CNPV 2018.

- Registro Único de Víctimas, fecha de corte 31 de mayo del 2024.
- DANE. Encuesta Pulso de la Migración 2022.
- DANE. Censo Habitantes de la Calle 2021.
- DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2020.
- Sistema Penitenciario y Carcelario Nacional (Sispec).
- DANE. Datos de pobreza monetaria 2023.
- DANE. Datos necesidades básicas insatisfechas 2021.
- Estudio Nacional de Consumo de SPA en Población Escolar 2022.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema de Información de Clínica (Siclico), consultado con fecha de corte a

octubre del 2024.



- Observatorio Nacional de Violencia de Género, fuente de información Sivigila.
- Sistema Unificado de Información sobre Violencia Sexual (Sivige), fuente de información Sivigila.

La información para la descripción del desempeño del sistema en salud mental se tomó de las siguientes fuentes:

- Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus), consultado con fecha de corte a mayo del 2024.
- Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), consultado con fecha de corte a julio del 2024.
- Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), alojada en el sistema Sispro, consultada con fecha de corte a diciembre del 2023.
- Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), consultado con fecha de corte a mayo del 2024.

Población objeto

Para el análisis de la morbilidad se incluyó toda la población que haya tenido al menos uno de los siguientes desenlaces en salud mental, y que estén registrados en el RIPS: trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria, epilepsia, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastornos del neurodesarrollo, enfermedad de Parkinson y otros trastornos del sistema nervioso. Los códigos CIE-10 usados en cada caso

se especifican en el apartado de perfil epidemiológico, en cada evento de salud mental incluido.

Para los análisis de los desenlaces en conducta suicida se tuvieron en cuenta los casos registrados en Sivigila como intentos de suicidio y los registrados en las EEVV como defunciones por lesiones o envenenamientos autoinfligidos, con filtro de muerte no fetal.

Variables

Además de los intentos de suicidio, las defunciones por suicidio, los trastornos mentales y del comportamiento, y los trastornos neurológicos, que fueron las variables de desenlace, la población incluida se categorizó de acuerdo con el sexo, la zona geográfica de residencia, el departamento de residencia, la etapa del curso de vida, los quinquenios de edad y el autorreconocimiento étnico.

Para los análisis de desigualdades e inequidades en salud mental se tuvieron en cuenta los siguientes determinantes de la salud mental:

- Porcentaje de necesidades básicas insatisfechas.
- Porcentaje de pobreza multidimensional.
- Porcentaje de analfabetismo.
- Porcentaje de desempleo de larga duración por hogares.
- Porcentaje de trabajo informal por hogares.
- Disponibilidad de los servicios en salud mental: se creó un indicador ponderando la oferta de IPS con internación adultos (10 %), internación para menores de edad (10 %), internación parcial (15 %), de consulta

externa de psiquiatría (20 %) y psicología (20 %), y la densidad de psiquiatras por 10.000 habitantes (25 %). No se consideró la densidad de psicólogos debido a que se cuenta con el dato de cuántos de estos se dedican a la atención clínica.

- Tasas de violencia interpersonal.
- Tasa de violencia intrafamiliar.
- Tasa de violencia de pareja.
- Tasa de violencia de género.
- Tasa de trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

El nivel de medición se hizo por departamento.

Control de sesgos

Para minimizar el sesgo de mala clasificación se consideraron los códigos CIE-10 previamente definidos para cada trastorno de salud mental y del comportamiento, así como para los trastornos debidos al uso de consumo de sustancias psicoactivas, con apoyo del psiquiatra experto que formó parte del equipo de la propuesta de actualización de la política pública en salud mental. Con este profesional de la salud se definieron, además, las edades mínimas para filtrar en cada caso, de modo que se excluyeran casos de edades no acordes con los cuadros clínicos y criterios diagnósticos, con el fin de disminuir el impacto del sesgo.

Corrección del subregistro

Se considera que hay subregistro debido a que en la información de las fuentes RIPS, SIVIGILA y EEVV no está incluido el 100 % de atenciones

prestadas en el sistema de salud o de reportes de los eventos de vigilancia obligatoria.

Se corrigió el subregistro de la mortalidad haciendo uso del método de Bennet-Horiuchi (Bennett & Horiuchi, 1981), el cual permite establecer la completitud de los registros de mortalidad, y a partir de esta determinar el porcentaje de corrección necesario para controlar el subregistro. En este método, la completitud se calcula a partir de la siguiente fórmula:

$$(Fórmula 1) \quad c = \frac{\widehat{N}_x}{N_{(x)}}$$

Donde $\widehat{N}_x$ es la población sintética, y N_x la población observada.

Para hacer el cálculo de la población sintética, se tuvieron en cuenta las muertes registradas en las estadísticas vitales, como tipo de defunción no fetal, códigos: X60-X84: lesiones autoinfligidas intencionalmente durante el periodo de análisis; la suma de las defunciones futuras en cada quinquenio de edad, el factor de crecimiento exponencial y la tasa de crecimiento poblacional. A su vez, para calcular la tasa de crecimiento exponencial se consideraron la cobertura de la población del censo en el primer año de análisis (2018) y la cobertura poblacional del censo del último año de análisis (2022). Con base en estos datos, se encontró que se debía hacer una corrección del subregistro de la mortalidad del 12,9 %.

En cuanto a la corrección del subregistro de la morbilidad, el método más recomendado es el de captura y recaptura, en el cual se comparan dos fuentes de información con variables similares, de modo que se

requiere para su uso contar con dos sistemas de registro independientes que permitan hacer la comparación (Gutiérrez Lesmes, 2022). Debido a la imposibilidad de tener otra fuente de información distinta a los RIPS o SIVIGILA que contenga la información sobre los casos de morbilidad en salud mental, no fue posible la aplicación de este método y, por lo tanto, no se realizó corrección de subregistro de esta.

Análisis estadísticos

Se hizo un análisis descriptivo en persona, lugar y tiempo de la situación de salud mental con medidas de frecuencia (proporciones y tasas), tasa de mortalidad ajustada por edad, razón de tasas de incidencia e intervalos de confianza al 95 %.

Las tasas de morbilidad no se ajustaron, la tasa de mortalidad por lesiones o evenenamientos autoinflingidos se ajustó por edad mediante el método directo, utilizando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001). Todas las tasas se calcularon usando como denominador las proyecciones de población del DANE para cada grupo específico.

Se elaboraron gráficos de tendencia por sexo para cada uno de los eventos en salud mental y gráficos descriptivos, según cada una de las otras variables sociodemográficas incluidas: departamento, quinquenios de edad, curso de vida y autorreconocimiento étnico.

Se efectuaron análisis de regresión de Poisson multivariada para calcular las razones de tasas de incidencia (IRR) de cada uno de los

eventos de salud mental. La regresión se ajustó para las variables independientes: departamento, sexo, quinquenios de edad, zona geográfica y año. La variable de exposición utilizada fue la población total, que permitió ajustar el modelo según el tamaño de la población para cada combinación de las categorías.

Se calculó la carga de la enfermedad a partir de la metodología descrita por Murray y López en el *Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years* (Mathers C, 2001) y siguiendo al mismo tiempo los requisitos mencionados por la OMS; también fueron revisados los estudios realizados en el país por Cendex como base para el desarrollo del presente estudio. Para la aplicación de la metodología se utilizó el Estudio de Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (GBD) 2019, que incluye la medición de la carga de los trastornos mentales (Wang H, 2020), y se usó además la esperanza de vida de Bogotá y la esperanza de vida de 86 años para hombres y mujeres, con base en la metodología del año 2010. La carga de la enfermedad de los trastornos mentales se calculó por año y departamento.

Además de esto, se aplicaron métodos de análisis de inequidades básicos e intermedios, como índices de concentración absoluta e índice relativo de desigualdad y la presentación de inequidades por medio de gráficos de Euiplot. Todos se calcularon tomando como estratificador al departamento. Dichas inequidades en salud mental se midieron de acuerdo con el porcentaje de pobreza multidimensional, el porcentaje de analfabetismo y de desempleo de larga duración, la disponibilidad de



servicios de salud mental, las tasas de violencia interpersonal, intrafamiliar, de pareja, violencia de género, y las tasas de trastornos asociados al consumo de SPA, de alcohol y de *cannabis*.

Demografía

General

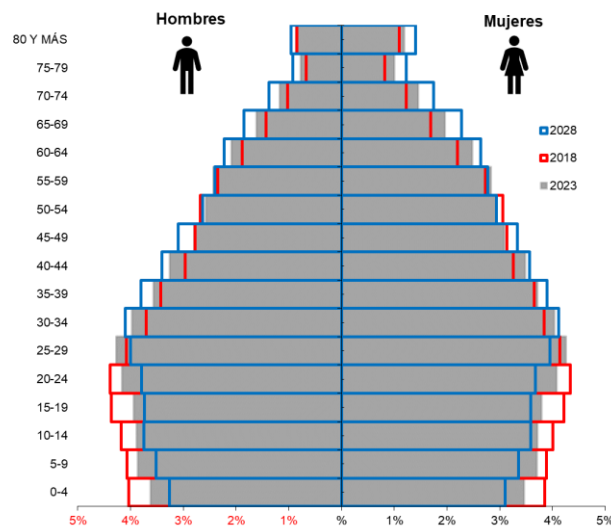
De acuerdo con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población de Colombia en el año 2023 alcanzó los 52.215.503 habitantes. De estos, 39.751.902 (76,13 %) residen en cabeceras municipales, mientras que 12.463.601 (23,87 %) se distribuyen en áreas rurales y centros poblados menores. La composición por género muestra un ligero predominio femenino, con 26.729.489 mujeres (51,19 %) frente a 25.486.014 hombres (48,81 %) (DANE, 2023).

La estructura por edad revela que el 38,68 % de la población (20.198.369 personas) son adultos de entre 30 y 59 años. Los jóvenes de 18 a 28 años representan el 18,20 % (9.505.425), seguidos por las personas mayores de 60 años con el 14,58 % (7.610.671). Los adolescentes de 12 a 17 años constituyen el 9,16 % y los niños de 5 a 11 años, el 10,60 %. Los más pequeños, de 0 a 4 años, componen el 7,1 % de la población.

La pirámide poblacional del 2023 muestra una base estrecha, indicativa de tasas decrecientes de fecundidad y natalidad, una característica común en sociedades con acceso a educación y servicios de salud reproductiva. Se observa una mayor densidad poblacional en las edades intermedias, lo que refleja una población que envejece progresivamente. En particular, se

nota un ensanchamiento en los grupos de edad comprendidos entre los 30 y los 60 años, lo que sugiere que la mayoría de la población está en su etapa laboralmente más activa. Hacia los grupos de mayor edad, la pirámide comienza a adelgazarse, señalando una cantidad menor de individuos en estas categorías de edad, aunque esta sección está proyectada a expandirse hacia 2028, como muestra el gráfico, con un aumento anticipado en la proporción de personas mayores. Además, la distribución entre hombres y mujeres se mantiene relativamente equilibrada, con una ligera preponderancia femenina en la longevidad, lo que se refleja en la sección superior de la pirámide (gráfico 1).

Gráfico 1. Pirámide poblacional. Colombia, 2018, 2023, 2028



Fuente: DANE. Proyecciones de población nacional 2018-2023 y 2020-2070.
Información al 22 de marzo de 2023.

La geografía diversa de Colombia da forma a distintos patrones de asentamiento humano. En áreas periféricas predominan las bajas



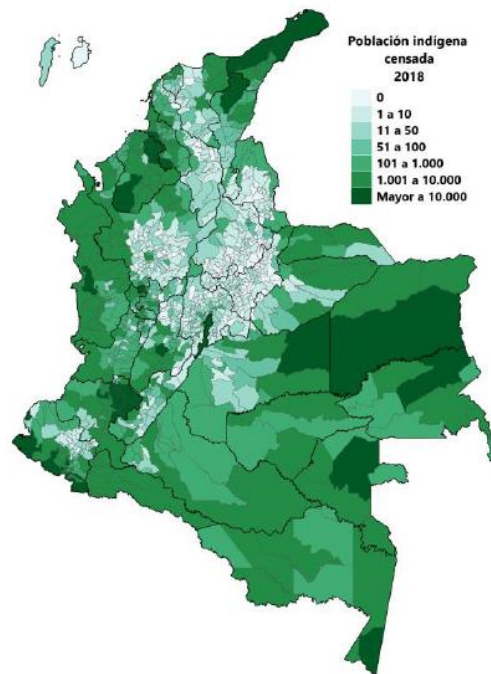
densidades poblacionales, particularmente en la Amazonia y el Pacífico. En contraste, las cordilleras andinas concentran la mayor cantidad de población del país; los municipios con mayor densidad poblacional, además de Bogotá, D.C., son Itagüí, Soledad, Barranquilla, Medellín y Sabaneta, con más de 4.900 habitantes por kilómetro cuadrado; seguidos por Envigado, Soacha, Cali, Bucaramanga, Bello, Floridablanca, Dosquebradas, Armenia, La Estrella y Chía, con más de 2.000 habitantes por kilómetro cuadrado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Es importante considerar esta distribución geográfica de la población, pues permite determinar los municipios más susceptibles de sufrir mayores cargas de enfermedad, lesiones y otros impactos para la salud mental.

Pueblos indígenas

De acuerdo con los datos del último Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV), realizado en el 2018, para ese año había en el país 1.905.617 personas que se reconocían como indígenas (4,4 % de la población nacional). Los cuatro pueblos indígenas con mayor población (wayús, zenúes, nasas y pastos) concentran el 58,1 % de la población indígena del país.

Se encuentran distribuidos en 105 pueblos que se ubican principalmente en las entidades territoriales de La Guajira (20,7 %), Cauca (16,2 %), Nariño (10,8 %) y Córdoba (10,6 %). El 79 % viven en centros poblados o áreas rurales dispersas.

Gráfico 2. Población indígena censada por municipio. CNPV 2018



Fuente: DANE-DCP. CNPV 2018.

La distribución por sexo en esta población es proporcional, con un total de 50,1 % de hombres. En su mayor parte son menores entre los 5 y 14 años de edad, seguidos por los jóvenes entre 15 y 24 años (DANE, 2019).

Con respecto a la afiliación al sistema de salud, en 2018, un 83,1 % de la población estaba inscrita en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Las regiones con las más altas tasas de afiliación incluyen a La Guajira, Vichada, Antioquia, Chocó, Santander y Guainía, todas sobrepasando el umbral del 90 %; además, de la población afiliada, un 98 % estaba cubierta por el régimen subsidiado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Entre la población indígena, los problemas de salud mental más comunes están relacionados con trastornos del estado del ánimo, condiciones mentales asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, y algunas variedades de esquizofrenia y otros trastornos delirantes. Nariño y La Guajira registran la mayor prevalencia de estas afecciones, con un 30 % y 12 % de los casos, respectivamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

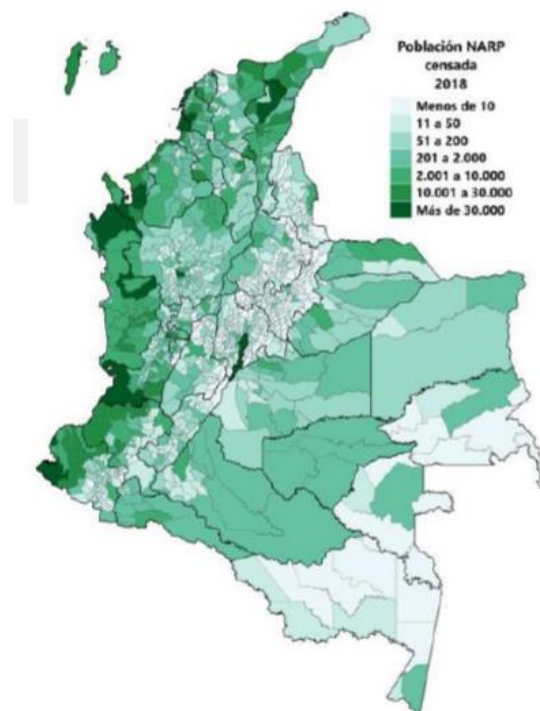
Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

De acuerdo con el DANE, en el último CNPV (2018), 2.982.224 personas se identificaron como parte de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, representando el 9,34 % de la población total de Colombia. Esto refleja una disminución del 30,8 % respecto al 10,3 % (4.311.757 habitantes) registrado en el censo de 2005.

La mayoría están en el grupo etario entre los 15 y los 29 años. Se pueden notar un aumento de los grupos entre los 45 y 64 años de edad y una reducción marcada en los grupos entre 0 y 14 años, lo que sugiere un envejecimiento de esta población. Sin embargo, la disminución general en todas las cohortes parece exceder las expectativas basadas en las tasas de mortalidad y migración; esto indica que el cambio podría deberse más a una disminución en el autorreconocimiento que a una verdadera reducción poblacional. Este fenómeno podría estar influenciado por varios factores, incluyendo programas de capacitación y sensibilización dirigidos a la comunidad (DANE, 2019). Esta población se ubica principalmente en

los departamentos de Valle del Cauca, Chocó, Bolívar, Antioquia y Cauca, y en su mayoría viven en cabeceras municipales (66,7 %).

Gráfico 3. Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera censada por municipio. CNPV 2018



Fuente: DANE-DCP. CNPV 2018.

La pobreza multidimensional de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras estuvo en 30,6 %, es decir, 11 p.p. por encima de la pobreza nacional en este dominio. Entre los niveles de mayor privación en esta población están el trabajo informal, bajo nivel educativo y rezago escolar e inadecuada eliminación de excretas (DANE,

2019), factores que afectan el desarrollo, la salud y la toma de decisiones en salud de diversas formas.

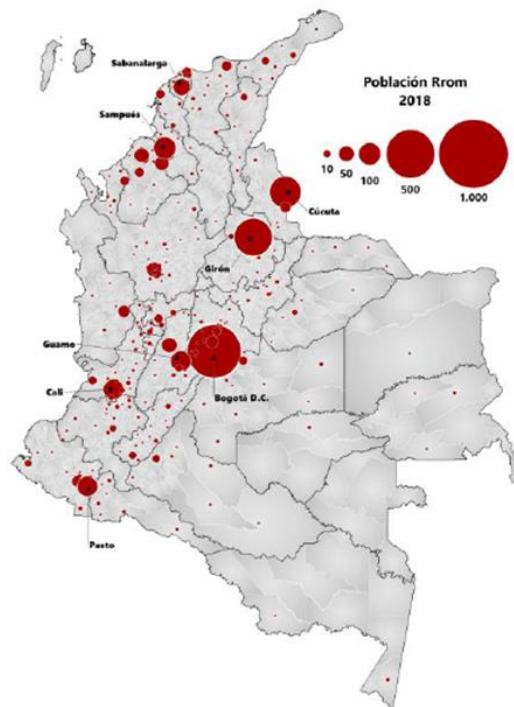
Pueblo Rrom

Según el DANE, en 2018, 2.649 personas se identificaron como parte de la comunidad Rrom, que representan apenas el 0,006 % de la población nacional. Esto supone una disminución del 45,5 % en comparación con el Censo Nacional de 2005, donde 4.857 personas se reconocían como miembros de esta comunidad.

Una posible explicación para esta notable reducción, que está más allá de lo esperado basados en la mortalidad y la migración, podría ser una mayor precisión en la identificación de los miembros de la comunidad, facilitada por la participación de censistas Rrom en el proceso censal (DANE, 2019). La mayoría de la población Rrom tiene entre 15 y 64 años y la distribución por género es equilibrada, con una ligera mayoría masculina del 51,5 %.

La mayor concentración de esta comunidad se encuentra en Bogotá, D.C. (33,3 %), Girón (Santander) (17,1 %) y Cúcuta (Norte de Santander) (12,6 %). Además, el 90,2 % reside en áreas urbanas de las cabeceras municipales (DANE, 2019).

Gráfico 4. Población Rrom censada por municipio. CNPV 2018



Fuente: DANE-DCP. CNPV 2018.

Población de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2015, el 0,4 % de las mujeres y el 1,2 % de los hombres en Colombia se identificaron como homosexuales, mientras que un 0,6 % se declaró bisexual. Esto sugiere que aproximadamente 450.000 personas se identificaron con una orientación sexual diversa ese año (Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia, 2015).



Datos más recientes de la Encuesta Pulso Social de 2022 indican que alrededor de 501.000 personas forman parte de la comunidad LGBT, con un 85,1 % residiendo en zonas urbanas. La distribución por edad muestra que el 34 % tenía en ese año entre 29 y 45 años y el 32,5 % entre 18 y 28 años. En términos de educación, el 27,5 % alcanzó un nivel medio y el 24,4 % tenía estudios profesionales o de posgrado, contrastando con el 20,2 % de la población nacional con este nivel de educación (DANE, 2022).

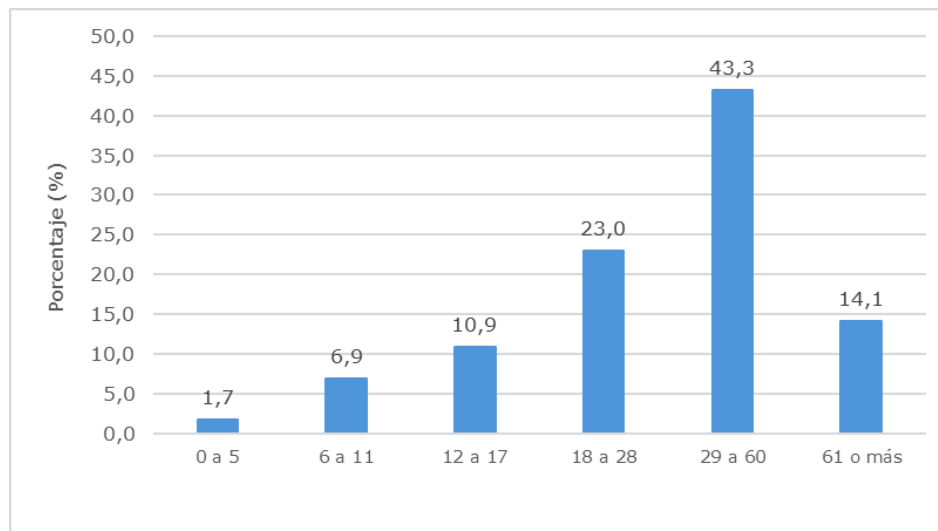
La Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), realizada entre marzo de 2023 y febrero de 2024, estimó que el 1,3 % de la población adulta del país, o unos 483.000 individuos, pertenecen a la comunidad LGBT o tienen identidades de género diversas. La tasa de ocupación para esta población es del 70,0 %, con un 13,2 % de desempleo. La mayoría se desempeña como obreros o empleados particulares, representando el 56,1 % de esta comunidad (56,1 %) (DANE, 2024).

Víctimas

Según los datos del Registro Único de Víctimas (RUV), hasta el 31 de mayo de 2024 se han registrado 9.720.863 personas afectadas por el conflicto armado. De estas, el 78,6 % (7.644.557 personas) cumple con los criterios para acceder a las medidas de atención y reparación previstas en la ley. Las demás víctimas incluyen a quienes han fallecido, desaparecido de manera forzada, fueron víctimas de homicidio o no están activas para recibir atención.

De las que son sujetos de atención, el 49,7 % de las víctimas se identifica como hombre, el 50,2 % como mujer y un 0,06 % como LGBTI. En relación con la etnia, el 80,7 % no se reconoce como parte de una comunidad étnica, el 12,9 % se reconocen como parte de la comunidad negra, afrocolombiana, raizal y palenquera, y el 3,2 % como indígenas. La mayoría de las víctimas son adultos entre 29 y 60 años (42 %), seguido por jóvenes entre 18 y 28 años (22,4 %).

Gráfico 5. Porcentaje de víctimas por curso de vida

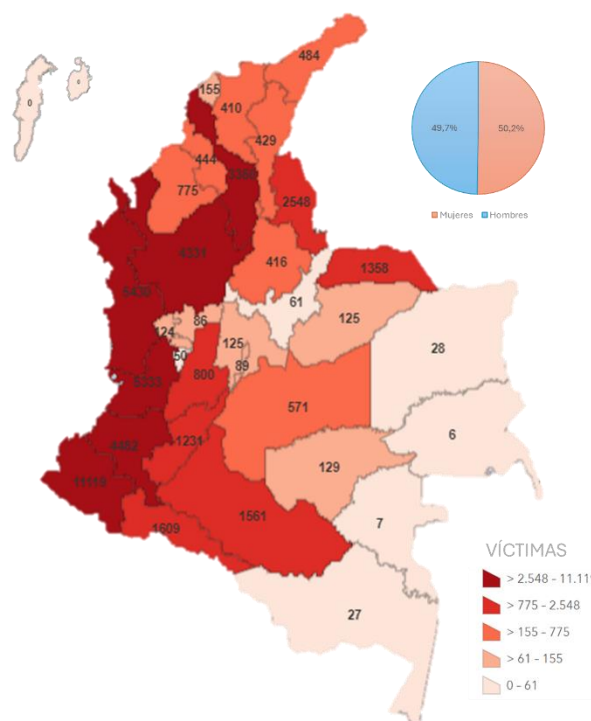


Fuente: Registro Único de Víctimas. Fecha de corte: 31 de mayo de 2024.
(Unidad Para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2024).

La mayoría (95,7 %) no presenta ninguna discapacidad; entre aquellos con discapacidades, la física es la más prevalente (1,2 %), seguida por las discapacidades múltiples (0,7 %). El desplazamiento forzado es el principal evento victimizante, afectando al 89,1 % de esta población

(8.665.884 personas) (Unidad Para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2024). Por territorios, de acuerdo con la cantidad de personas que han recibido hechos victimizantes, los departamentos con mayor cantidad de víctimas al 2024 son Antioquia, Chocó, Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Bolívar.

Gráfico 6. Víctimas por departamento. Colombia, 2024



Fuente: Registro Único de Víctimas y geovisor, fecha de corte: 31 de mayo del 2024. (Unidad Para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2024).

Migrantes

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2020), en 2020 se estimó que 281 millones de personas eran migrantes internacionales a escala mundial, con un 48 % compuesto por mujeres y niñas. En Colombia, se estimó la presencia de 1,9 millones de migrantes internacionales, representando el 3,7 % de la población total del país, incluyendo 1.600 refugiados.

El DANE señala un notable incremento en el saldo migratorio internacional desde 2015, con un aumento significativo entre 2018 y 2019, impulsado principalmente por la migración venezolana. Aunque se proyecta una disminución de esta tendencia después de 2019, se espera que se mantenga estable de 2026 a 2035. Cundinamarca, Huila y Quindío son los departamentos que más migrantes internacionales reciben (DANE, 2023).

En mayo de 2021, se registró un pico en el número de venezolanos iniciando procesos de regularización en Colombia, con 742.512 personas, y entre mayo de 2021 y agosto de 2022, se pre-registraron 2.454.528 personas (DANE, 2022). Para junio de 2023, 1.270.466 migrantes venezolanos se habían afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con un 55,1 % de mujeres y 78,3 % afiliados al régimen subsidiado. La mayoría de los afiliados son adultos (43,5 %), seguidos por jóvenes (25 %). Antioquia (15,7 %) y Bogotá, D.C. (15,28 %) son las ciudades con más migrantes afiliados al sistema de salud. En 2022, se brindó atención médica a un total de 791.220 personas, de las cuales el 62,7 % eran mujeres.

Los grupos etarios que más atención recibieron fueron los de 15 a 39 años, destacándose una diferencia notable en la atención entre hombres y mujeres de estos rangos de edad. Esto podría relacionarse con las necesidades específicas de salud y salud reproductiva de las mujeres en edad fértil, y la mayor propensión de las mujeres a buscar servicios de salud de manera general. Durante el mismo año, se atendieron 62.582 gestantes procedentes de Venezuela (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

En cuanto a la migración interna, de acuerdo con las proyecciones del CNPV 2018, los departamentos receptores con las tasas de inmigración más altas en el último quinquenio (2020-2025) son Bogotá, D.C., Putumayo, Guainía, Arauca, La Guajira, Vaupés, Antioquia y Cundinamarca, mientras que los territorios con tasas más altas de migración, es decir, aquellos que se consideran expulsores son Valle del Cauca, San Andrés, Nariño, Risaralda y Quindío (DANE, 2018).

Habitantes de la calle

Son aquellas personas que hacen de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria; es decir, desarrollan todas las dimensiones de su vida en el espacio público (Ley 1461 de 2013).

El último censo de la población habitante de la calle, realizado en 2021, contabilizó a 6.248 personas, de las cuales el 87,6 % eran hombres. La mitad de esta población (50,1 %) se encontraba entre los 25 y 44 años, y un 88 % no se identificaba con ningún grupo étnico. Respecto a su orientación sexual, el 91,3 % se reconoció como heterosexual. A pesar de

que el 46,4 % indicó no tener escolaridad o solo haber completado la primaria, el 83,1 % afirmó saber leer y escribir.

Las principales causas reportadas para vivir en la calle fueron el consumo de sustancias psicoactivas (33,5 %) y problemas familiares (25,7 %). Entre las sustancias consumidas, el basuco es la más prevalente (42,6 %). El 61,7 % de los encuestados manifestó haber vivido en la calle por cinco años o más. Las actividades más comunes a las que se dedican incluyen el reciclaje (36,2 %), limpiar vidrios, cuidar carros o tocar música (21,2 %) y la mendicidad (20 %). En cuanto a las redes de apoyo, el 43,3 % afirmó contar con alguna, siendo el apoyo familiar el más destacado (DANE, 2021).

Personas con discapacidad

De acuerdo con estimaciones del DANE, en Colombia hay actualmente 2,65 millones de personas de cinco años o más que viven con alguna discapacidad, lo que representa el 5,6 % de la población nacional de esas edades. De estas, el 54,6 % son mujeres, quienes constituyen el 56,7 % en las áreas urbanas; en cambio, en las zonas rurales y centros poblados menores, los hombres, con un 53,2 %, son mayoría.

El mayor porcentaje de personas con discapacidad son mayores de 45 años (67,5 %). Sus principales dificultades incluyen problemas visuales (56,6 %) y motrices (31,0 %). Además, el 17,1 % de los hombres experimenta problemas cognitivos significativos, mientras que el 13,7 % de las mujeres enfrenta dificultades para manipular objetos. Las enfermedades, el envejecimiento y condiciones congénitas son las causas

más comunes de estas discapacidades. Específicamente, los problemas auditivos son más frecuentes en personas mayores (36,1 %), y las dificultades del habla suelen tener origen congénito (42,0 %).

En términos educativos, el 16,2 % de las personas con discapacidad carece de educación formal, comparado con el 2,6 % de la población sin discapacidad, lo que resulta en una diferencia de 13,6 puntos porcentuales (p.p.); además, hay una menor proporción de personas con discapacidad que han alcanzado la educación media (16,5 %), en comparación con aquellos sin discapacidad (25,7 %). En el ámbito laboral, solamente el 21,9 % de las personas con discapacidad participó en la fuerza laboral de abril a diciembre de 2021, frente al 63,6 % de las personas sin discapacidad, evidenciando una significativa brecha de inclusión laboral.

El 52,8 % de las personas con discapacidad padece enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes, entre otras. Por otro lado, el 34,9 % cuenta con el apoyo de familiares en el hogar; no obstante, un 5,5 % permanece solo pese a necesitar cuidados constantes (DANE, 2022).

Poblaciones en zonas rurales

De acuerdo con las proyecciones del DANE, entre el 2018 y el 2023 la población que habita los territorios de centros poblados y rurales dispersos se redujo en 0,7 p.p., pasando de ser el 24,5 % al 23,9 % de la población nacional. Para el año 2023, un total de 12.363.661 personas vivían en estos territorios (DANE, 2023).

Actualmente, hay 362 municipios que se han clasificado como parte de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (Zomac), o como municipios que forman parte del Programa Nacional Integral de Sustitución Voluntaria de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS); 86 de estos están clasificados en los tres tipos.

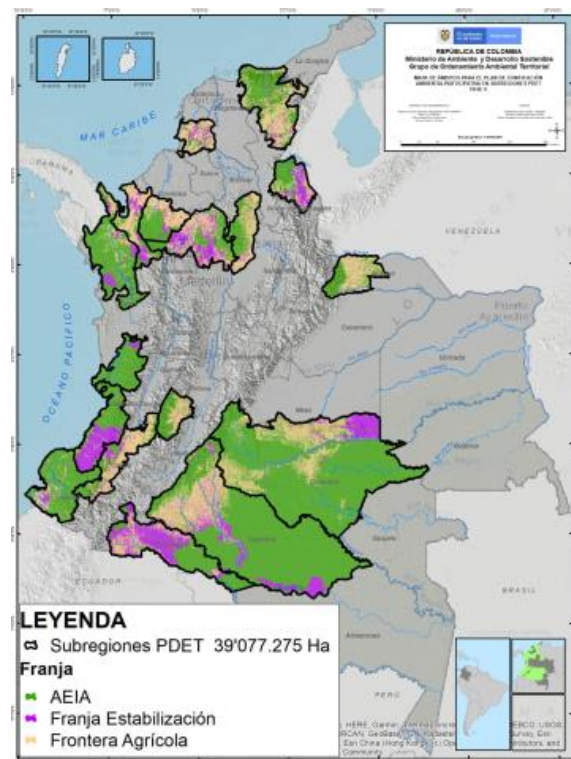
Tabla 1. Proporción de población de acuerdo con el área geográfica. Colombia, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Cabecera municipal	75,5	75,8	75,9	76,0	76,1	76,1
Centros poblados y rural disperso	24,5	24,2	24,1	24,0	23,9	23,9

Los PDET son un instrumento de planeación y gestión que, en el marco del acuerdo de paz, buscan transformar los territorios más afectados por el conflicto armado, la pobreza, la debilidad institucional y la presencia de cultivos de uso ilícito. Están organizados en 16 subregiones, 170 municipios y 11.000 veredas y cobijan el 36 % del territorio nacional; para el 2022, la población que los habitaba era de 6.860.335 habitantes, de los cuales se estima que el 25 % pertenece a grupos étnicos y el 41 % son mujeres; además de esto, 39,2 % vive en pobreza multidimensional y el analfabetismo es tres veces mayor que el promedio nacional. Estas zonas son las más afectadas por la violencia, pobreza, ausencia del Estado y la presencia de cultivos ilícitos (Agencia de Renovación del Territorio, s.f.). En el siguiente mapa se presentan los territorios que son parte de

los PDET, con la representación de las Áreas de Especial Interés Ambiental (AEIA), la franja de estabilización de la frontera agrícola y las fronteras agrícolas.

Gráfico 7. Ámbitos territoriales PDET



Fuente: Tomado de Sistema de Información Ambiental de Colombia¹.

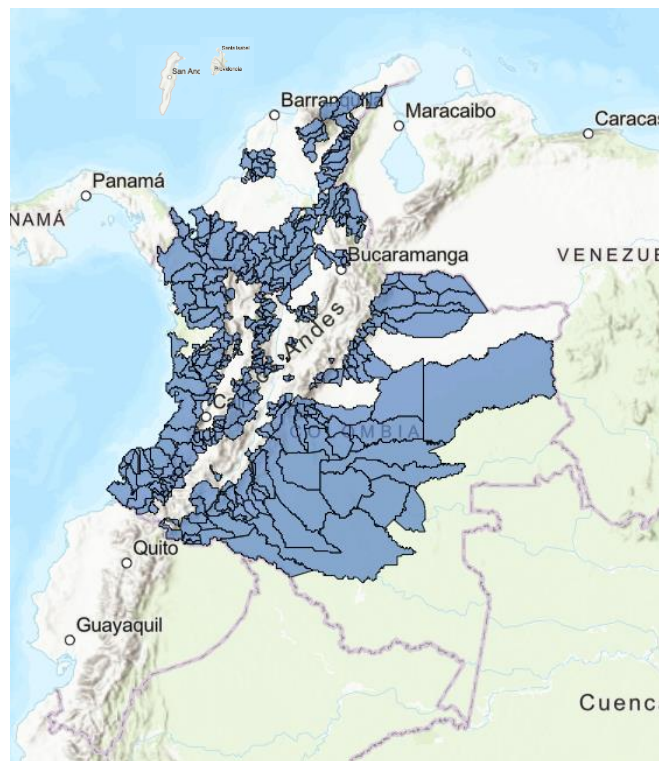
Consultado el 20 de junio de 2024.

Por su parte, los Zomac fueron definidos por el Decreto 1650 de 2017, en el marco de la implementación del acuerdo de paz, dado que se refiere a los municipios que son considerados como los más afectados por el conflicto armado. Hoy en día, 344 municipios son considerados Zomac,

¹ <https://siac-datosabiertos-mads.hub.arcgis.com/datasets/MADS::%C3%A1mbitos-territoriales-pdet-escala-1100-000/about>.

en los que habitan 6.733.055 de colombianos. En el mapa se presenta la ubicación geográfica de estos territorios.

Gráfico 8. Ámbitos territoriales Zomac



Fuente: Elaborado con datos disponibles en Obras por Impuestos.
Consultado el 20 de junio de 2024².

Finalmente, son 86 los territorios clasificados como los PNIS, los cuales surgen como parte de la firma de los acuerdos de paz y está incluido en el punto 4, cuyo objetivo es superar las condiciones de pobreza de las comunidades afectadas por los cultivos de uso ilícito, promover la sustitución voluntaria, y generar oportunidades productivas y cierre de la

² <https://www.obrasximpuestos.com/municipios-pdet-zomac/>.

frontera agrícola. Estos territorios están ubicados en 16 departamentos, en los cuales viven 3.214.238 de colombianos. El PNIS registra un total de 99.097 familias beneficiarias, de las cuales 67.626 son cultivadoras, 14.613 son no cultivadoras y 16.858 son recolectoras. En el mapa se presenta la ubicación de estos territorios.

Gráfico 9. Ámbitos territoriales PNIS



Fuente: Elaborado con datos disponibles en UNODC.
Consultado el 20 de junio de 2024³.

Ochenta y seis municipios están clasificados en los tres tipos. Para el 2022, la población que los habitaba era de 3.435.205 personas; de estos,

³ https://arcgisserver.unodc.org.co/arcgis/rest/services/K_53C05/Dashboard_PNIS/MapServer/3

23 tienen un índice de ruralidad superior al 80 %, 2 de estos ubicados en el Caquetá, 11 en el Cauca, 2 en Chocó, 1 en el Meta, 2 en Nariño, 4 en Norte de Santander y 1 en Putumayo.

Población privada de la libertad

Conforme a los últimos datos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (Inpec), a abril del año 2024 había en el país 168.641 personas privadas de la libertad (PPL) a cargo de dicha institución; de estas, se sabe que el 60,6 % se encuentra en detención intramural (personas internas en los establecimientos de reclusión), el 35,7 % está en detección extramural domiciliaria (PPL que cumplen medida sustitutiva de prisión en un domicilio determinado por la autoridad), y 3,7 % está en detección extramural con vigilancia electrónica (PPL que cumplen la medida en su domicilio o en el que un juez especifique, y que se encuentran bajo control con un dispositivo electrónico).

Entre el 2013 y el 2019, la población PPL mostraba una tendencia en aumento, que se redujo de forma drástica en el 2020 y 2021 (reducción del 11 % en cada año) dadas las políticas y normativas adoptadas en el marco de la pandemia por covid-19, luego del 2021 la tendencia vuelve a ser en aumento, pasando de 96.838 PPL en el 2021 a 168.641 en abril del 2024, mostrando un incremento en el 2023 de 3,7 % y en el 2024 de 1,2 % (INPEC, 2024). Para el 2019, el hacinamiento en los Establecimientos de Reclusión de Orden Nacional (ERON) era de 52,3 %, con un sobrecupo de 42.014 PPL; para abril del 2024, el hacinamiento era del 24,8 %, con un sobrecupo de 20.240 PPL.

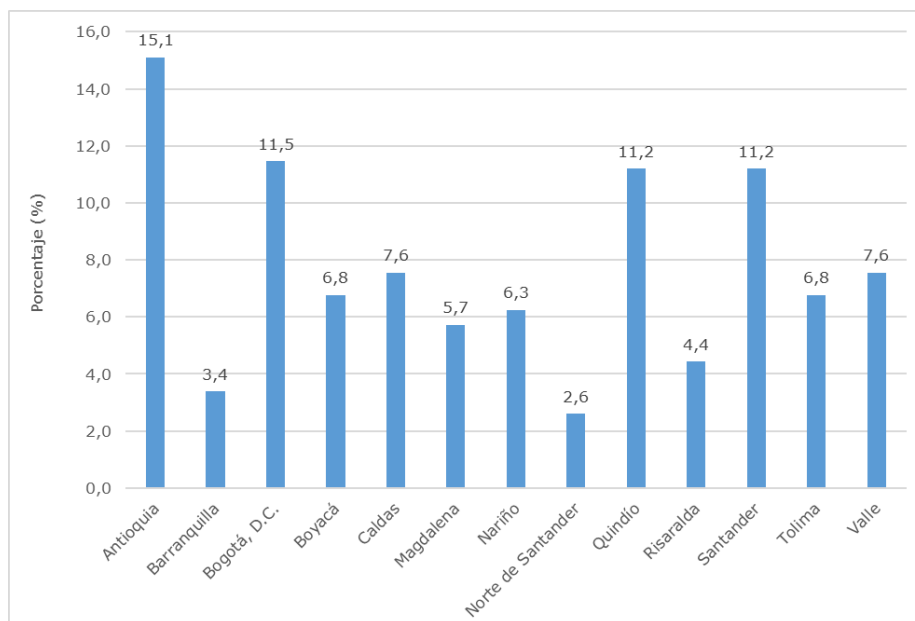
La población intramural para abril del año 2024 era de 102.220 PPL, de las cuales el 93,6 % eran hombres. En lo referente a educación, el 4,2 % eran iletrados, el 30,7 % tiene algún grado de primaria o la completó, el 61,5 % realizó estudios secundarios (el 20,8 % culminó el bachillerato), el 2,4 % son técnicos o tecnólogos, el 0,9 % profesionales y el 0,3 % tienen algún estudio de posgrado. La PPL étnica constituye el 38,1 % del total, la mayoría pertenecen a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (25 %), seguidos por los indígenas (12,8 %). Por quinquenios de edad, entre los 25 y los 39 años se encuentra el mayor porcentaje de esta población (66,5 % de los hombres y 67,7 % de las mujeres).

A la población PPL intramural se les brindan programas psicosociales que buscan brindar herramientas para el desarrollo de habilidades personales, familiares y sociales, con el propósito de preparar a las personas condenadas para su libertad. Estas incluyen educación, instrucción, trabajo intramural, actividades culturales, recreativas y deportivas, fortalecimiento de relaciones familiares y formación espiritual, todo esto buscando un proceso exitoso de resocialización.

En esta clase de programas, participa el 52 % (52.289) del total de las personas PPL intramurales. De estos, el 7,5 % recibe atención psicológica, el 4,7 % atención con enfoque diferencial e interseccional, el 35,7 % eje prestacional, el 4,5 % atención familiar, el 9,9 % recibe atención social y el 37,7 % asistencia espiritual. Puede evidenciarse así que el mayor esfuerzo está puesto en la atención espiritual y el eje prestacional, notándose una muy baja cobertura en apoyo psicosocial (INPEC, 2024).

De acuerdo con el artículo 33 del Código Penal de 2000, se considera inimputable "... quien en el momento de ejecutar la conducta típica y antijurídica no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica, trastorno mental, diversidad sociocultural o estados similares. No será inimputable el agente que hubiere preordenado su trastorno mental. Los menores de dieciocho (18) años estarán sometidos al Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil..." (Ley 599 de 2000). En este sentido, el país cuenta con cupos en diferentes instituciones del país, en las cuales se brinda medida de seguridad a las personas que luego de cometer un hecho punible son declaradas inimputables.

Gráfico 10. Porcentaje de personas inimputables con medida de aseguramiento, por entidad territorial



Fuente: MSPS – Oficina de Promoción Social, 2023.



De acuerdo con los datos del MSPS, al 2023 había en el territorio nacional 384 personas inimputables que se encuentran en medida de privación o restricción de la libertad en 16 instituciones de salud mental del país.

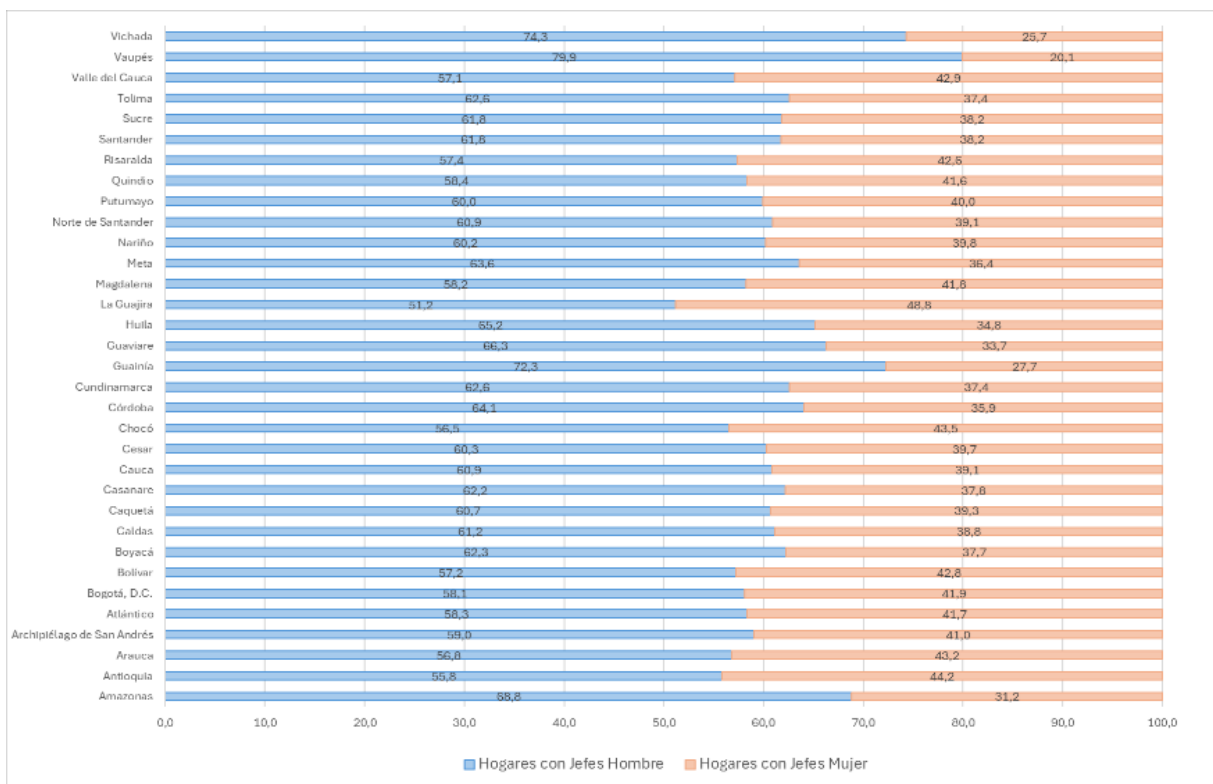
Configuración de las familias y hogares colombianos

La familia se ha definido como “todo grupo social, unido por vínculos de consanguinidad, filiación (biológica o adoptiva) y de alianza, incluyendo las uniones de hecho cuando son estables” (Comisión Nacional de la Familia, 1996.). Por su parte, el hogar se ha definido “Una persona o grupo de personas, parientes o no, que ocupan la totalidad o parte de una vivienda; atienden necesidades básicas con cargo a un presupuesto común y generalmente comparten las comidas” (DANE, 2018).

Los hogares familiares a su vez se clasifican como nucleares, los cuales están conformados por una unión conyugal, tenga esa o no hijos; si tienen hijos, pueden ser biparentales o monoparentales; hogares amplios, conformados por un hogar nuclear más otros integrantes, sean estos parientes o no, y familiares sin núcleo, en los cuales no existe un núcleo conyugal primario o una relación de padres/hijos, pero sí hay otras relaciones de parentesco en algún grado de consanguinidad (hermanos, tíos/sobrinos, etc.). Por su parte, los hogares no familiares se clasifican en unipersonales y no familiares sin núcleo, hogares donde no hay ninguna relación conyugal ni de consanguinidad o parentesco (Observatorio de Familias, 2020).

De acuerdo con los datos del CNPV 2018, en el cual se incluyeron 14.243.223 hogares, el 80,7 % de los hogares colombianos son familiares, es decir, tienen relaciones de parentesco, y el 19,3 % son hogares no familiares. Más de la mitad de los hogares familiares en el país son nucleares (56,7 %), el 18,7 % son amplios y el 5,3 % son hogares familiares sin núcleo. En cuanto a las jefaturas de los hogares, el 59,3% tenía como jefe de hogar a un hombre, mientras que el 40,7% a una mujer, de los 5.802.232 hogares cuya jefe era una mujer, el 74,2% no tenía cónyuge (4.302.814), de y estos, el 32,7% tenía hijos menores de edad.

Gráfico 11. Porcentaje de jefaturas de hogar según sexo, por departamento

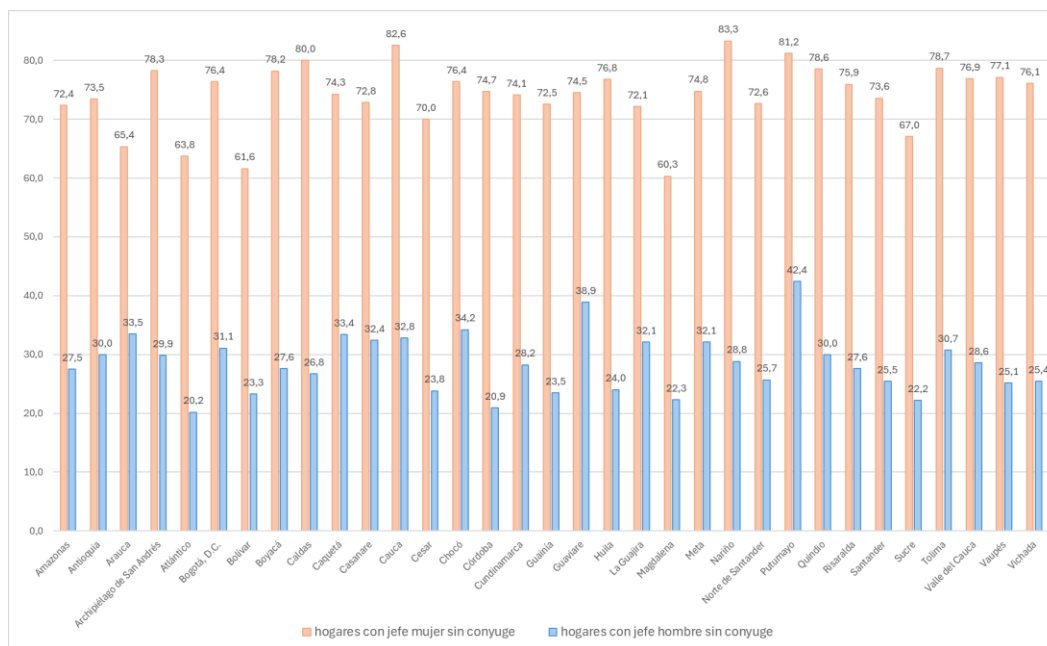


Fuente: Elaboración propia con datos CNPV-DANE 2018.

Por su parte en los hogares con jefatura de un hombre (8.440.991), tan solo el 28,2% no tenía cónyuge (2.377.430), de los cuales el 9,4% tenía hijos menores de edad (223.267) (DANE, 2018). En los siguientes gráficos se puede ver la distribución por departamento.

Estas cifras dejan en evidencia la importante desigualdad que hay en el país en términos de cuidadores del hogar, ya que si bien en términos generales hay un mayor porcentaje de jefes de hogar hombres en todos los departamentos, en los hogares monoparentales los porcentajes de mujeres solas que son jefes de hogar es mucho más alto que el de hombres, siendo Nariño, Cauca, Putumayo y Caldas los que tienen mayores porcentajes.

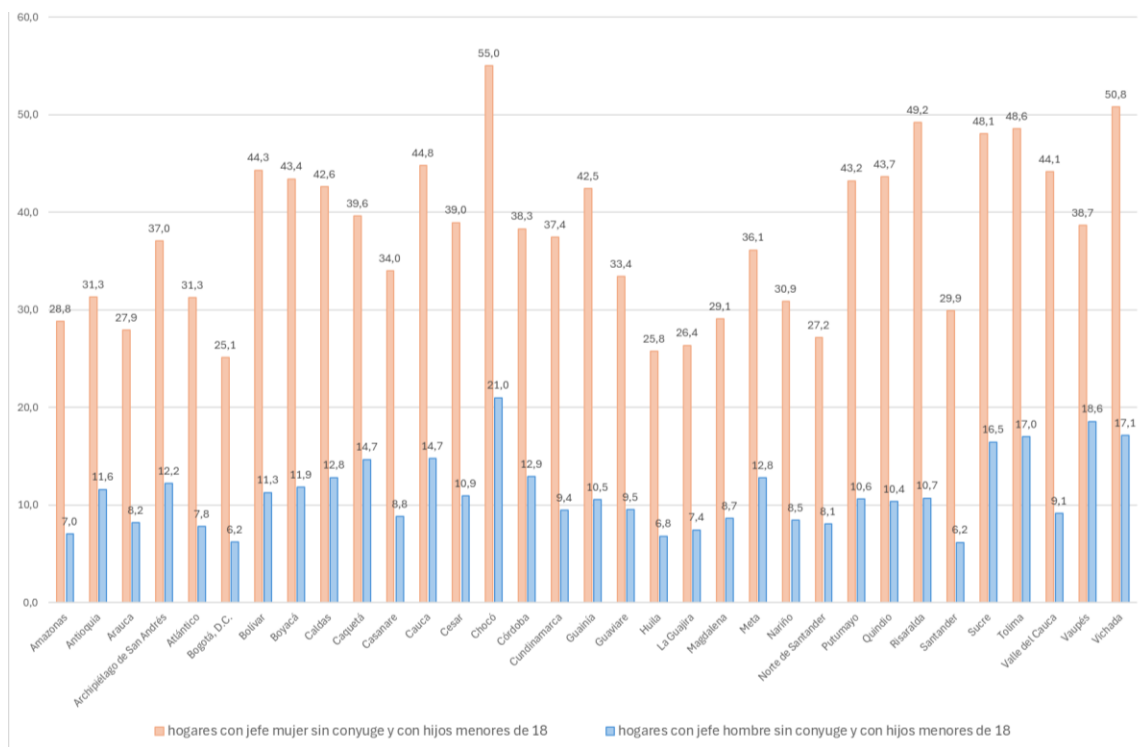
Gráfico 12. Porcentaje de jefaturas de hogar sin cónyuge, según sexo, por departamento



Fuente: Elaboración propia con datos CNPV-DANE 2018.

Además, es evidente que el porcentaje de mujeres que son jefes de hogares monoparentales y tienen hijos menores de edad a su cargo también es mucho mayor que el de hombres; los departamentos que presentan mayores porcentajes a este respecto son Chocó, Vichada, Risaralda, Tolima y Sucre.

Gráfico 13. Porcentaje de jefaturas de hogar sin cónyuge y con hijos menores de edad, según sexo, por departamento



Fuente: Elaboración propia con datos CNPV-DANE 2018.

En los hogares nucleares que tiene jefatura de una mujer, el 13 % son pobres, mientras que en los hogares con jefatura de un hombre el porcentaje es del 9,14 %. Similar a lo que ocurre en los hogares con una



composición familiar extensa, hay mayor presencia de pobres en los hogares cuyo jefe es una mujer (13,61 %), que en los que el jefe es un hombre (10,60 %) (Observatorio de Familias, 2023).

Determinantes sociales de la salud mental

El enfoque diferencial en salud es un principio clave en la formulación de políticas públicas y modelos de atención en salud. Sirve como herramienta analítica y metodológica para reconocer y valorar las particularidades de personas y colectivos que históricamente han sufrido discriminación y vulneración de derechos.

Se basa en la premisa de que ciertos grupos, debido a patrones culturales y sociales establecidos, enfrentan mayores niveles de vulnerabilidad al ejercer su derecho a la salud (Secretaría Distrital de Salud, 2020). El enfoque diferencial se adapta dinámicamente a las necesidades y características específicas de cada grupo, teniendo en cuenta su autorreconocimiento, modos de vida y contextos socioeconómicos, culturales y políticos. Al identificar y abordar condiciones de desigualdad y exclusión, este enfoque busca promover la inclusión y protección de grupos vulnerados, como los que viven en pobreza extrema, grupos étnicos, personas sin hogar, jóvenes, niños, personas mayores, mujeres, víctimas del conflicto y violencia, la comunidad LGBTIQ+, personas con discapacidad, entre otros.

Por su parte, desde el enfoque interseccional se entiende que los seres humanos son el resultado de la interacción entre múltiples dimensiones sociales (como la “raza” /etnicidad, la identidad indígena, el género, la clase social, la sexualidad, la geografía, la edad, la discapacidad, el estatus migratorio y la religión). Estas interacciones se producen en un contexto de sistemas y estructuras de poder interconectados (como leyes, políticas, gobiernos estatales, y otras uniones políticas y económicas, instituciones religiosas y medios de comunicación). A través de estos procesos, se generan formas interdependientes de privilegio y opresión que están influenciadas por el colonialismo, el imperialismo, el racismo, la homofobia, el capacitismo y el patriarcado (Hankivsky, 2014).

En salud mental, un enfoque interseccional implica definir estrategias que reconozcan cómo estas variables y sus intersecciones afectan el bienestar emocional y psicológico. Este enfoque busca ofrecer una atención integral y equitativa, considerando las múltiples dimensiones de la identidad y las experiencias únicas de cada persona.

En el capítulo anterior se realizó una descripción demográfica de diversos grupos poblacionales, y en este capítulo se abordarán los principales determinantes sociales que impactan la salud mental.

Género y diversidad sexual

El género se refiere a los roles, características y oportunidades que la sociedad asigna a hombres, mujeres, niños, niñas y personas con identidades no binarias. Este concepto social abarca las funciones, comportamientos, actividades y atributos que se consideran apropiados

para cada grupo, según la cultura y la época. Además, el género refleja las relaciones de poder entre las personas; no es un concepto estático, sino que evoluciona con el tiempo y varía según el contexto cultural y geográfico (OMS, 2018).

Dado que el género implica relaciones de poder, las personas que no se ajustan a estas normas establecidas suelen sufrir estigmatización, exclusión social y discriminación, aspectos que pueden afectar de forma negativa sus resultados en salud. El género se considera uno de los principales determinantes sociales de las inequidades en salud, ya que las normas, expectativas y roles sociales pueden incrementar la exposición y la vulnerabilidad ante riesgos sanitarios. Estos factores también influyen en la protección contra dichos riesgos, en los comportamientos relacionados con la promoción de la salud, en la búsqueda de atención médica y en las respuestas del sistema de salud según el género (OMS, 2018).

En el ámbito internacional, diversos estudios han identificado que las mujeres tienden a presentar mayores tasas de problemas de salud mental en el ámbito general. En cuanto a los tipos de trastornos, se ha observado que los problemas de salud mental relacionados con el abuso de sustancias son más prevalentes en los hombres, mientras que los problemas vinculados a la ansiedad y la depresión son más frecuentes en las mujeres (OMS, 2013). En una revisión de alcance, Cabezas et al. (2021) encontraron que los bajos ingresos y el desempleo generaban un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental en los hombres; por otro lado, las mujeres se veían más afectadas por malas condiciones laborales y la carga doméstica.

Factores como el bajo control en el trabajo, el estrés laboral, el compromiso excesivo, el acoso en el lugar de trabajo y el conflicto entre el trabajo y la familia mostraron ser los más perjudiciales para la salud mental de las mujeres. En el ámbito del trabajo doméstico y el cuidado, encontraron claras desigualdades de género. Para las mujeres, el matrimonio y la convivencia actuaron como factores protectores de la salud mental, mientras que en los hombres, solo el divorcio y la falta de convivencia se asociaban con peor salud mental. La estabilidad laboral afectó de manera diferente: los hombres casados sin estabilidad laboral presentaron peor salud mental, y en las mujeres, las solteras, divorciadas y separadas sin estabilidad laboral eran las más afectadas. La percepción de desigualdad dentro de la pareja perjudicó en mayor medida la salud mental de las mujeres. La paternidad mostró ser protectora de la salud mental de los hombres, pero no tuvo el mismo efecto en las mujeres. Además, las dificultades para equilibrar trabajo y familia afectaron negativamente la salud mental de las mujeres, independientemente de su jornada laboral, mientras que en los hombres, esta asociación solo fue significativa en los que trabajaban a tiempo completo (Cabezas-Rodríguez A, 2021).

Respecto de la identidad de género y diversidad sexual, Meyer (2003) propuso el modelo de estrés de las minorías, el cual propone que los problemas de salud mental en las minorías sexuales y de género se deben a un entorno social hostil. Este modelo identifica tres procesos de estrés: 1) factores estresantes externos, como la discriminación y la violencia; 2) estresores proximales interactivos, que son la anticipación y vigilancia ante posibles estresores, y 3) estresores proximales internalizados, que

son la internalización de prejuicios sociales. De esta forma, los problemas de salud mental serían muchas veces el resultado de un entorno social hostil o estresante, por lo que las disparidades observadas en la salud mental en estas poblaciones se producirían socialmente. También contempla la posibilidad de resiliencia, mediante una autoimagen positiva y estrategias de afrontamiento. La combinación de estos estresores puede superar la capacidad de afrontamiento y resultar en problemas de salud mental, a menos que existan factores de resiliencia.

Una revisión sistemática que buscaba describir la salud mental en la población transgénero y de género no conforme (TGNC) encontró que en esos grupos se encuentran tasas elevadas de síntomas depresivos, conductas suicidas, exposición a traumas interpersonales, trastornos por uso de sustancias, ansiedad y angustia en general, los cuales surgen como asociación de la exposición que las comunidades TGNC tienen a factores estresantes sociales, incluidos el estigma, la discriminación y los prejuicios (Valentine & Shipherd, 2018).

Por otra parte, en una revisión sobre la salud mental en jóvenes transgénero y de género diverso (TGD) se hallaron importantes disparidades entre estos y los jóvenes cisgénero, específicamente mayores tasas de depresión, ansiedad, angustia psicológica; mayores niveles de ideación suicida, intentos de suicidio y autolesiones no suicidas; mayores niveles de trastornos alimentarios, principalmente anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos; y, finalmente, mayor consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales (Wittlin, Kuper, & Olson, 2023).



Hallazgos similares se han encontrado en adultos; entre los trastornos psiquiátricos más comunes reportados en la población transgénero se encuentran la depresión, la ideación suicida y la ansiedad. Otras patologías, aunque menos frecuentes, también tienen una mayor prevalencia en comparación con la población cisgénero, como el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios, los intentos de suicidio, los trastornos del espectro autista y los trastornos disociativos (Paz-Otero, Becerra-Fernández, Pérez-López, & Ly-Pen, 2021).

En conclusión, abordar la salud mental desde una perspectiva de género y diversidad sexual es fundamental para entender y mitigar las disparidades observadas en diferentes grupos de la población. Reconocer cómo los roles de género, las expectativas sociales y las relaciones de poder influyen en la salud mental permite desarrollar políticas públicas más efectivas y equitativas. Es esencial diseñar estrategias que consideren las necesidades específicas de mujeres, hombres y personas con identidades no binarias, garantizando así un enfoque inclusivo y sensible a las diferencias de género. La promoción de un entorno social más inclusivo y libre de estigmatización contribuirá significativamente a mejorar los resultados en salud mental para todos los grupos, promoviendo un bienestar integral y justo en la sociedad.

Pobreza e ingresos

Los datos reportados por el DANE muestran que para el 2022 el producto interno bruto (PIB) del país creció en 7,3 % al compararlo con el 2021. Para ese año, las ocho agrupaciones de actividades económicas

que presentaron variación positiva en su valor agregado fueron comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas; transporte y almacenamiento; alojamiento y servicios de comida, industrias manufactureras; actividades artísticas, de entretenimiento y recreación; actividades de los hogares individuales en calidad de empleadores, y actividades no diferenciadas de los hogares individuales como productores de bienes y servicios para uso propio (DANE, 2023).

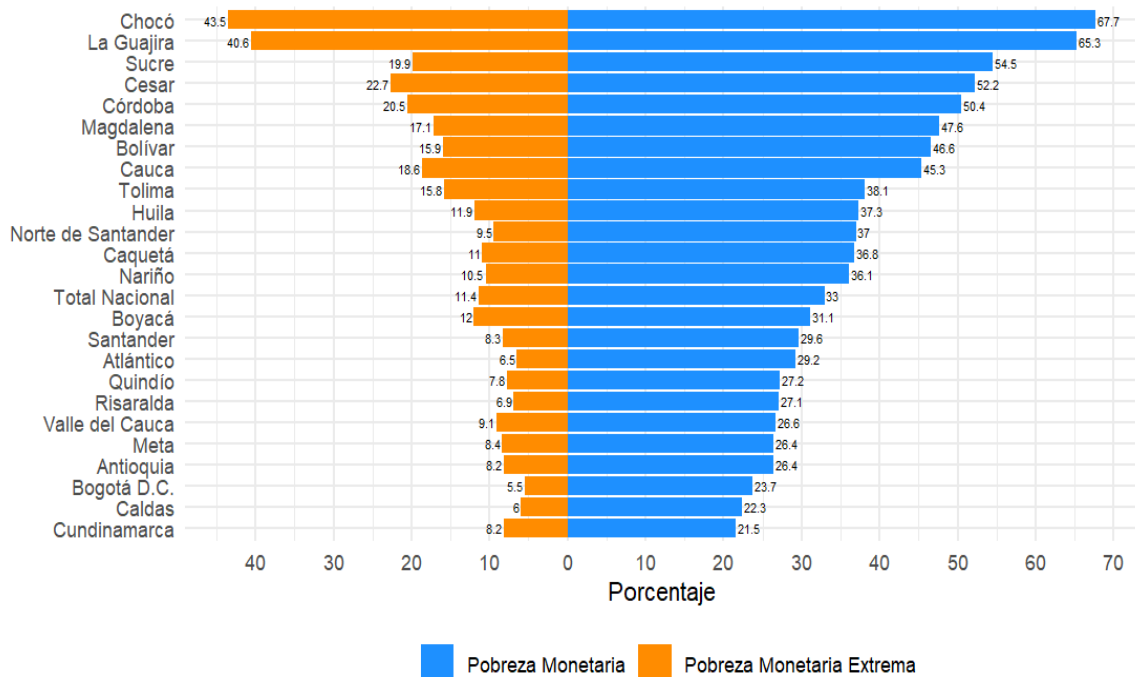
La pobreza monetaria se define como el valor en dinero que necesita una persona al mes para adquirir una canasta básica de alimentos, servicios y otros bienes mínimos para vivir. Si una persona tiene un ingreso menor que este valor, se considera en situación de pobreza monetaria. Por su parte, la pobreza monetaria extrema es el valor en dinero que necesita una persona mensualmente para adquirir una canasta básica alimentaria que le provea el mínimo requerimiento calórico para subsistir.

Según la estimación del DANE, con base en los datos del CNPV 2018, para el 2023 el 33 % de los colombianos vivían en condiciones de pobreza monetaria, lo que equivale a 17.231.116 personas; con una reducción del 3,3 % con respecto al 2021 (36,3 %). Por su parte, la pobreza monetaria extrema tuvo una reducción del 2,4 %, pasando de 13,8 % a 11,4 % de colombianos viviendo en esta condición, lo que equivale a 5.952.567 personas.

De acuerdo con el sexo, en ese mismo año, en las mujeres se encontró que el 11,9 % de estas viven en pobreza monetaria extrema, y de los hombres el 10,9 %.

Finalmente, Chocó, La Guajira, Sucre, Cesar y Córdoba presentaban, al año 2023, incidencias de pobreza monetaria superior al 50 %; el Chocó, además, tenía una incidencia monetaria extrema del 43,5 %, La Guajira del 40,6 % y Sucre del 19,9 %. En el gráfico se presenta la incidencia de la pobreza monetaria y la pobreza monetaria extrema en los 24 territorios en los que fue medida (23 departamentos y Bogotá, D.C.).

Gráfico 14. Porcentaje de la pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema por departamentos. Colombia, 2023



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Pobreza monetaria del DANE, 2023.

En cuanto al índice de pobreza multidimensional (IPM), este se calcula usando como base la metodología de Alkire y Foster, ajustada por el DANE

desde el año 2012. El IPM está compuesto por cinco dimensiones: 1) condiciones educativas del hogar, 2) condiciones de la niñez y juventud, 3) salud, 4) trabajo y 5) acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda. En estas 5 dimensiones se incluyen 15 indicadores (MPPN, s.f.).

El IPM es la combinación del porcentaje de personas consideradas pobres y de la proporción de dimensiones en las cuales los hogares son, en promedio, pobres; un hogar es pobre si muestra privación en un 33 % de los indicadores evaluados (DANE, 2023).

Conforme a los datos del DANE, entre el 2022 y el 2023 el IPM se redujo en 0,8 %, pasando de 12,9 a 12,1 % en el 2023; en ese año el IPM fue 8,3 % en las cabeceras municipales y en los centros poblados y rural disperso fue 25,1 %, lo que muestra la gran desventaja socioeconómica de las personas que viven en las zonas rurales.

De acuerdo con el sexo del jefe del hogar, en aquellos hogares con jefes mujeres, el IPM fue del 13,2 %, mientras que cuando son hombres es de 11,2 %; en las cabeceras municipales, el IPM de hogares con jefe mujer es de 10 %, mientras que cuando el jefe es hombre es de 6,8 % y en las zonas rurales es de 27,8 %, mientras que el de los jefes de hogar hombres es de 23,6 %.

En lo que tiene que ver con las regiones, las tasas de incidencia de pobreza multidimensional más elevadas se presentaron en las regiones Caribe (35,5 %), Pacífica (24,4 % sin Valle del Cauca) y Antioquia (24,2 %). En tanto que la menor incidencia de pobreza multidimensional se presentó en Valle del Cauca, con 15,8 %. En materia de departamentos, se encontró que Vichada (65,4 %), Vaupés (55,7 %), Guainía (52,1 %),



Los departamentos con mayores porcentajes de NBI durante el 2021 fueron Vaupés (68,9 %), Vichada (67,7 %), Chocó (65,5 %), Guainía (59,5 %) y La Guajira (53,3 %). En el mapa se presenta la distribución para todos los departamentos.

Como puede verse, los departamentos periféricos son los que tienen mayores porcentajes de pobreza multidimensional y de necesidades básicas insatisfechas, lo que implica considerar propuestas en salud mental que tengan en consideración las necesidades particulares de estos territorios.

Educación

La alfabetización se define como la habilidad de las personas para leer y escribir, es una habilidad fundamental en tanto otorga autonomía a las personas para que mejoren su calidad de vida, tengan oportunidades para desarrollar sus proyectos personales y aporten al desarrollo de las comunidades y la sociedad en general. Se considera la primera habilidad que se desarrolla dentro del proceso de formación de las personas y que tiene impactos intergeneracionales y continuos. Los padres alfabetizados tendrán más probabilidad de escolarizar a sus hijos; las personas alfabetizadas están mejor dotadas para acceder a la formación continua, comprender y clasificar la información que reciben, y las sociedades alfabetizadas están mejor preparadas para enfrentarse a los desafíos del desarrollo.

La relación entre alfabetización y salud ya ha sido reconocida anteriormente. Una revisión sistemática realizada por DeWalt et al.

encima del 20 % (DANE, 2018). En el mapa se presenta el porcentaje de analfabetismo por departamentos.

Además de la alfabetización, otra medida importante para evaluar la atención de la demanda social en educación son las tasas de cobertura, la cual se define como la relación porcentual entre el número de estudiantes matriculados con respecto a la población con edad teórica para cursar determinado nivel.

La tasa de cobertura bruta nacional en educación media ha experimentado un aumento sostenido en los últimos años, pasando del 58,4 % en el 2000 a más del 80 % desde 2017, alcanzando el 86,1 % en el 2020. A pesar de estos avances, el desafío principal sigue siendo reducir las inequidades en el acceso a una educación de calidad, especialmente entre los grupos más vulnerables (DANE, 2022).

En los niveles de educación preescolar, básica y media, se observa una tendencia a la reducción de la brecha de cobertura neta entre las zonas urbanas y rurales, disminuyendo de 20,6 p.p. en 2008 a 9,4 p.p. en 2018. Sin embargo, hubo un incremento en esta brecha entre 2014 y 2018, pasando de 7,6 a 9,4 p.p., lo que indica un retroceso en la reducción de las desigualdades en el acceso educativo entre estas áreas. Este fenómeno refleja la mayor tasa de abandono escolar en las zonas rurales en comparación con las urbanas, contribuyendo a reforzar las disparidades existentes.

Entre los años 2018 y 2020, el porcentaje de estudiantes matriculados en educación preescolar, básica y media a escala nacional superó en promedio el 90 % de la población entre 5 y 16 años. Sin embargo, la cobertura neta en educación media fue significativamente menor, con una

tasa del 46,9 % en 2020, lo que indica que 53 de cada 100 jóvenes entre 15 y 16 años no accedieron a este nivel educativo. A escala territorial, 24 de las 96 Entidades Territoriales Certificadas (ETC) superaron el 100 % de cobertura neta en 2020, destacando Barrancabermeja, Sogamoso y Riohacha. Por otro lado, departamentos como San Andrés, Vichada y Vaupés presentaron las menores tasas de cobertura neta (DANE, 2022).

Desempleo e informalidad laboral

La tasa global de participación (TGP) hace referencia a la relación porcentual entre la fuerza de trabajo y la población en edad de trabajar; este indicador refleja la presión de la población en edad de trabajar sobre el mercado laboral. Por su parte, la tasa de desocupación (TD) se define como la relación porcentual entre el número de personas desocupadas y el número de personas que integran la fuerza de trabajo, y la tasa de ocupación (TO) como la relación porcentual entre la población ocupada (OC) y el número de personas que integran la población en edad de trabajar (PET).

Entre los años 2020 y 2024 la tasa de desocupación en el país ha mostrado variaciones, con un pico en el 2020, cuando llegó a 20,5 %; luego de esto ha logrado reducirse, hasta volver en el 2023 al mismo valor del 2019 (10,7 %).

La tasa de desocupación (TD) en 32 ciudades y áreas metropolitanas mostró que Arauca, Mocoa, Quibdó, Puerto Carreño, Ibagué, Riohacha, Florencia y San Andrés estuvieron en el cuartil más alto para el 2023, donde Puerto Carreño está a su vez en el cuartil más alto de ciudades con

la TGP más alta (76,02 %). En contraste, San José del Guaviare, Yopal, Puerto Carreño, Bogotá, D.C., Pasto, San Andrés, Bucaramanga Área Metropolitana y Villavicencio estuvieron en el grupo de ciudades con la mayor TO, donde 6 de estas coinciden con las ciudades de mayor TGP (DANE, 2024).

Gráfico 18. Tasa global de participación (TGP), tasa de ocupación (TO) y tasa de desocupación (TD). Total nacional, abril (2016-2024)



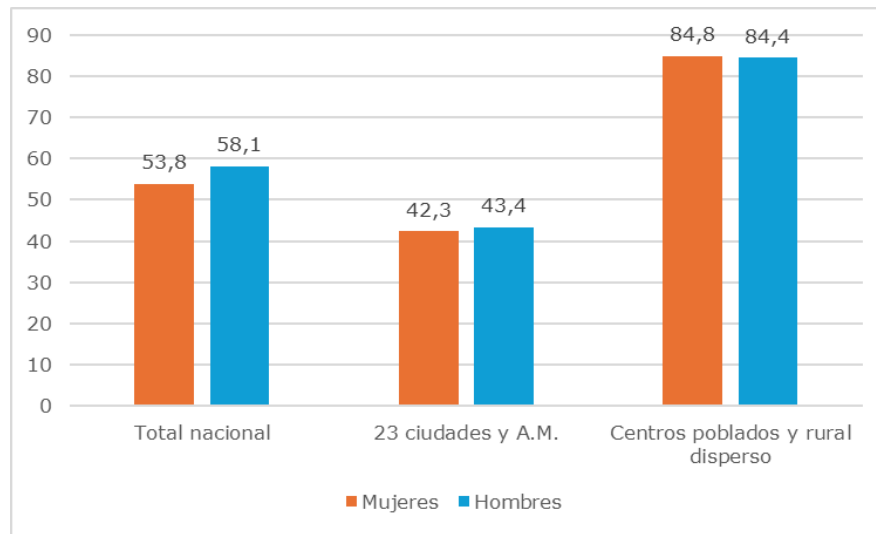
Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados del CNPV 2018.

Por otra parte, conforme a las proyecciones del CNPV 2018, de acuerdo con las mediciones de las privaciones por hogar según variables en la medición de la pobreza multidimensional, el año 2023 el porcentaje de desempleo de larga duración en los hogares del país fue de 7,5 %, mostrando una reducción de apenas 0,2 puntos porcentuales respecto del 2022, en las cabeceras municipales el porcentaje fue de 5 % y en los

Además de esto, desde el año 2018 el país acogió la definición de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre ocupación informal, de modo que actualmente se entiende como “Todos los asalariados o empleados domésticos que no cuentan con cotizaciones a salud ni a pensión por concepto de su vínculo laboral con el empleador que los contrató. De igual forma, se consideran como ocupados informales por definición a todos los trabajadores familiares sin remuneración y demás personas sobre las que no se dispone de suficiente información sobre su situación en la ocupación para ser clasificadas en las categorías anteriores. Se excluyen los obreros y empleados del Gobierno”. También se tiene en cuenta en la medición de la informalidad laboral los aportes al SGSSS, ya que sirve como *proxy* al grado de formalización laboral. Debido a sus características, la informalidad laboral se considera propia de los dominios urbanos por lo que se mide en 23 ciudades y sus áreas metropolitanas (Á.M.) (DANE, 2022).

De acuerdo con los datos reportados por el DANE, basados en la GEIH, entre 2021 y el primer trimestre móvil febrero-abril del 2024, la proporción de la población con ocupación informal se redujo de 61,7 % a 56,3 %. La distribución por sexo muestra que la proporción de hombres informales fue de 58,1 %, mientras que en las mujeres fue de 53,8 %. Por área geográfica se encontró que la proporción de informalidad en los centros poblados y rural disperso supera de manera importante a las 23 ciudades y sus áreas metropolitanas; mientras en estas últimas la proporción es de 42,9 %, en las zonas rurales es de 84,6 % (DANE, 2024).

Gráfico 20. Porcentaje de población ocupada informal según sexo y área geográfica. Colombia, primer trimestre 2024

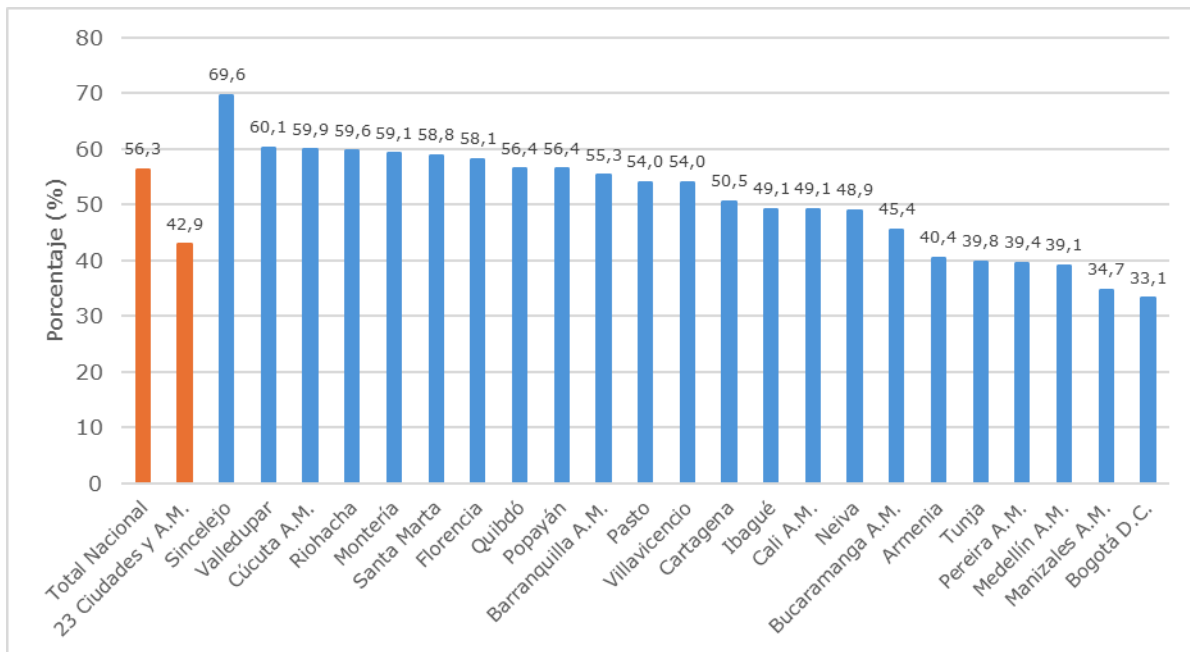


Fuente: Elaboración propia con datos DANE, GEIH - datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados CNPV 2018.

Nota: El total nacional incorpora ciudades capitales de la Amazonia, la Orinoquia y San Andrés.

De las 23 ciudades y áreas metropolitanas incluidas, Sincelejo fue la que mayor porcentaje de informalidad tuvo (69,6 %), seguida por Valledupar (60,1 %) y Cúcuta áreas metropolitanas (59,9 %); las ciudades con menor porcentaje fueron Medellín Á.M. (39,1 %), Manizales Á.M. (34,7 %) y Bogotá, D.C. (33,1 %).

Gráfico 21. Porcentaje de la población ocupada informal según ciudades. Colombia, primer trimestre 2024

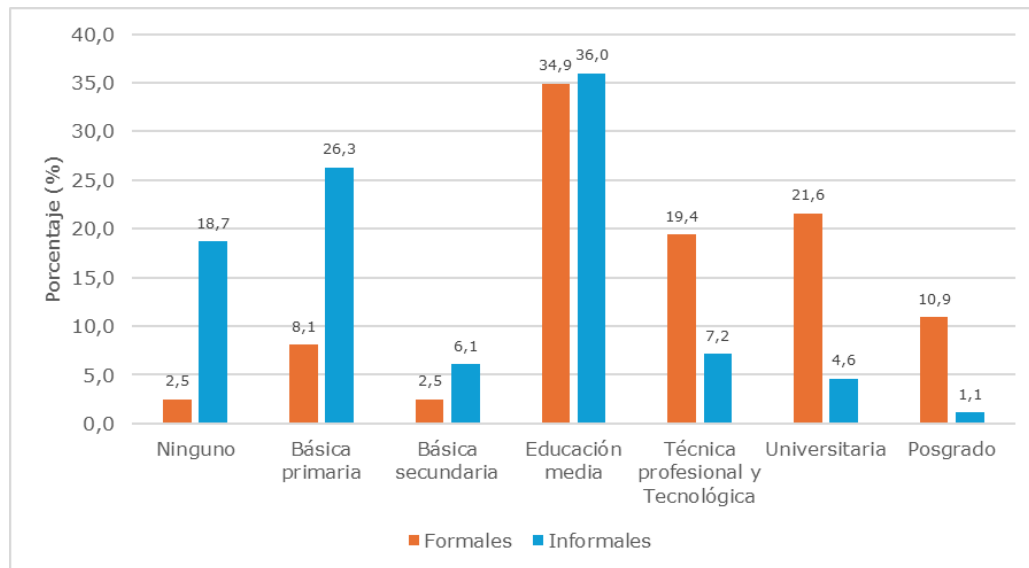


Fuente: Elaboración propia con datos DANE, GEIH - datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados CNPV 2018.

Nota: El total nacional incorpora ciudades capitales de la Amazonia, la Orinoquia y San Andrés.

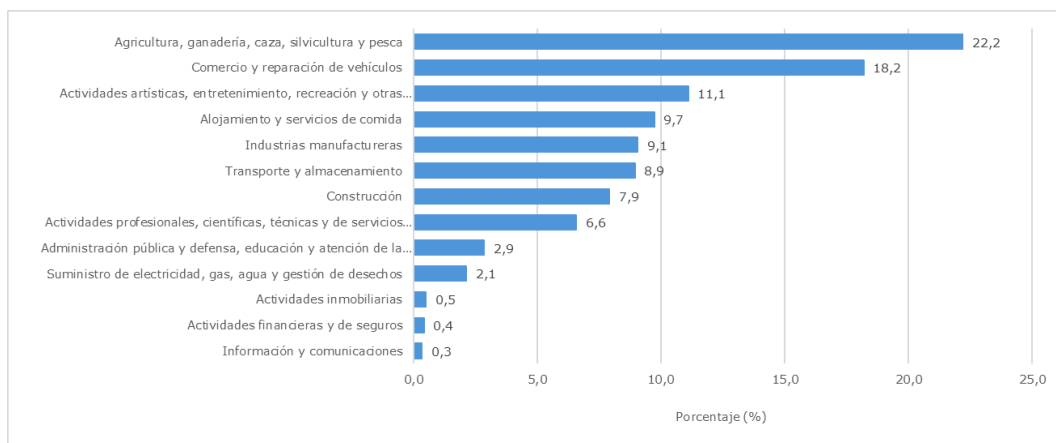
Por último, se encontró que según la rama de actividad CIIU las personas con trabajos informales laboran principalmente en agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca (22,2 %), comercio y reparación de vehículos (18,2 %) y actividades artísticas, entretenimiento, recreación y otras actividades de servicios, en el gráfico se presenta la proporción según actividad económica.

Gráfico 22. Porcentaje de la población ocupada formal e informal, según nivel educativo. Colombia, primer trimestre 2024



Fuente: Elaboración propia con datos DANE, GEIH - datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados CNPV 2018.

Gráfico 23. Porcentaje de la población ocupada informal, según actividad económica. Colombia, primer trimestre 2024



Fuente: Elaboración propia con datos DANE, GEIH - datos expandidos con proyecciones de población, elaboradas con base en los resultados CNPV 2018.

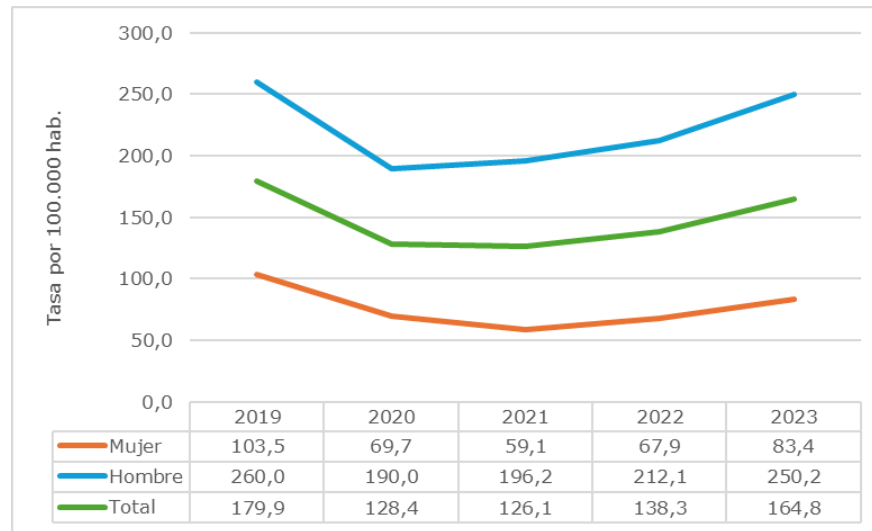
Consumo de sustancias psicoactivas

Para el análisis de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se tomaron los datos del Sispro correspondientes a los códigos F100 a F199, en estos se incluye el consumo de alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes (incluida la cafeína), alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles y otras SPA.

La edad se filtró de diez años en adelante, dado que tanto en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar y en la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas se tomaron datos desde los doce años de edad.

Con un total de 375.570 casos diagnosticados, los trastornos asociados al consumo de SPA mostraron entre el 2019 y el 2023 una tendencia inicial a la reducción, que luego muestra un patrón de incremento. La tasa nacional varió de 179,9 casos por 100.000 habitantes a 164,8 durante los 5 años de análisis. Los hombres representaron el 73,4 % de estos casos y mostraron más del doble de riesgo de padecer estos problemas comparados con las mujeres (IRR = 2,89; IC95 %: 2,79-2,99).

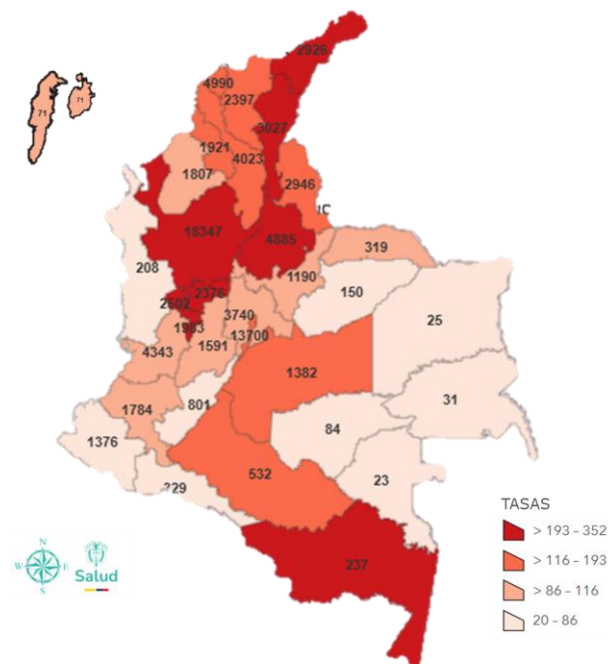
Gráfico 24. Prevalencia de trastornos asociados al uso de SPA, por sexo. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro mayo de 2024.
Códigos CIE-10: F100 a F199.

Quindío, La Guajira, Amazonas, Antioquia y Risaralda registraron las tasas más altas en 2023. A nivel departamental, la tendencia mostró un comportamiento variable, con incrementos significativos en territorios como La Guajira, Amazonas y Antioquia, y reducciones en departamentos como Guainía, Huila, Guaviare y Atlántico. A pesar de haber experimentado una notable reducción en el último quinquenio, Quindío continúa presentando las tasas más elevadas.

Gráfico 25. Tasa trastornos asociados al uso de SPA, por departamento.
Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F100 a F199.

Gráfico 26. Tendencias tasa trastornos asociados al uso de SPA, por departamento. Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Quindío	495	371	334	365	352	
La Guajira	100	71	79	221	282	
Amazonas	176	152	180	288	279	
Antioquia	248	158	170	191	268	
Risaralda	226	209	222	226	257	
Caldas	242	194	199	269	228	
Cesar	185	139	132	190	220	
Santander	167	143	151	178	207	
Sucre	201	155	155	187	193	
Bolívar	209	158	122	153	179	
Atlántico	293	222	149	158	178	
Norte de Santander	161	125	144	149	174	
Bogotá, D.C.	195	120	134	143	173	
Colombia	180	128	126	138	165	
Magdalena	139	105	80	95	160	
Caquetá	145	109	114	114	125	
Meta	134	125	91	116	122	
Tolima	120	88	100	113	116	
Cauca	91	64	84	87	115	
San Andrés y Providencia	56	97	71	137	114	
Cundinamarca	116	86	92	83	109	
Arauca	96	68	97	108	102	
Córdoba	220	162	69	97	95	
Valle del Cauca	119	85	98	82	94	
Boyacá	91	71	74	98	92	
Guaviare	142	93	79	83	86	
Putumayo	116	84	89	60	86	
Nariño	213	142	137	63	81	
Huila	95	78	96	83	68	
Guainía	160	65	60	53	55	
Vaupés	19	19	29	46	49	
Chocó	29	21	18	26	35	
Casanare	53	32	53	50	32	
Vichada	25	15	22	16	20	

Tasa por 100.000 habitantes.

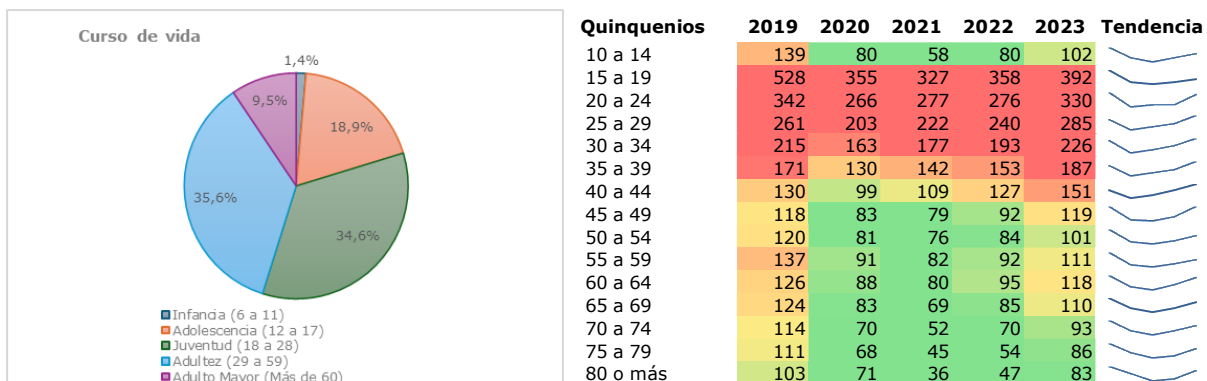
Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F100 a F199.

La mayoría de los diagnósticos (90 %) se concentraron en cabeceras municipales, donde los residentes mostraron más de dos veces el riesgo comparado con zonas rurales (IRR = 2,79; IC95 %: 2,67-2,91).

En cuanto a la edad, por curso de vida se encontró que, durante el periodo de estudio, el mayor porcentaje de casos se dio entre los 25 y 59 años (35,6 %), y los jóvenes entre 18 y 28 años (34,6 %).

Gráfico 27. Porcentaje de casos por curso de vida y tendencia de tasas por quinquenios de trastornos asociados al uso de SPA. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F100 a F199.

Al desagregar por quinquenios se vio una tendencia de incremento en las tasas de las personas entre los 25 y 34 años; además de esto se encontró entre los 15 y 34 años se presentaron el 63 % de todos los casos, vale la pena destacar que de los 10 a 14 años hay un 5 % de casos, lo cual es preocupante, dada la afectación que el consumo de SPA produce en el desarrollo del sistema nervioso y los impactos en salud mental y conductuales que se dan en quienes inician el consumo a edades tan tempranas. Al controlar por variables sociodemográficas se encontró que los jóvenes entre los 15 y 19 años son quienes tienen más riesgo comparados con el grupo de referencia (10 a 14 años), con 4 veces más riesgo (IRR = 4,20; IC95 %: 3,82-4,62), seguidos por el grupo de 20 a 24 años que presenta 3 veces más riesgo de padecer estos problemas (IRR = 3,13; IC95 %: 2,86-3,43).

Alcohol

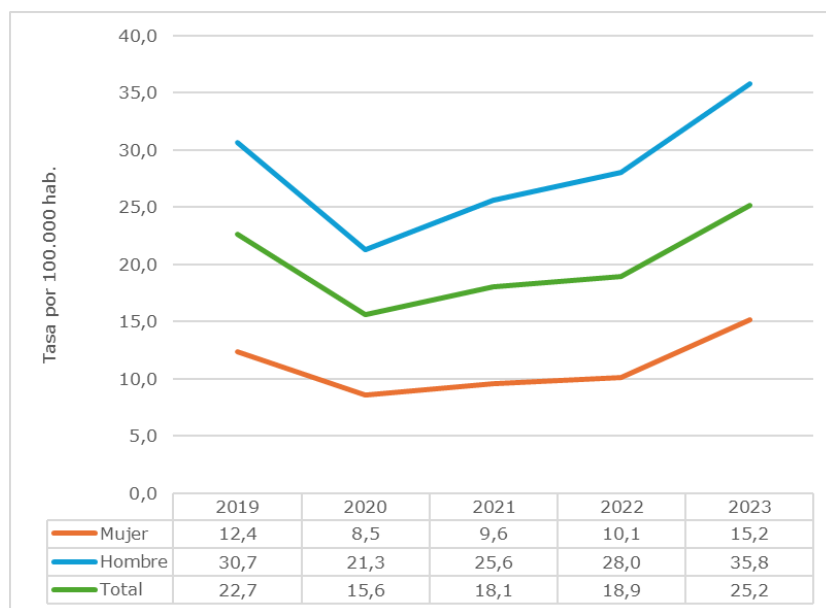
El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar (2022) reveló que la edad de inicio promedio del consumo de alcohol en la población escolar es de 13,4 años, siendo igual para los hombres y ligeramente menor para las mujeres, con 13,3 años. Además, el 47,8 % de los escolares reportó haber consumido alcohol al menos una vez en su vida. Significativamente, para el año 2022, las prevalencias de consumo mensual, anual y de por vida mostraron una reducción promedio del 26,6 % en comparación con las cifras estimadas para 2016, con los hombres experimentando una disminución más marcada. En cuanto a la tasa de incidencia del consumo de alcohol en el último año, se estimó en un 34,59 % para 2022, lo que representa una reducción del 28,8 % respecto a 2016. Esta tendencia decreciente se observó tanto en hombres, con una disminución del 33,3 %, como en mujeres, con una reducción del 24,7 % (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, 2022).

En los datos recopilados en el Sispro, del 2019 al 2023, se encontró que se presentaron 49.808 casos diagnosticados de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol en el país; de estos, la gran mayoría corresponden a hombres (71 %).

En el periodo analizado la tasa de trastornos relacionados con el consumo de alcohol ha aumentado de 22,7 en el 2019 a 25,2 en el 2023, si bien se presentó una reducción inicial entre el 2019 al 2021, a partir del 2022 la tendencia vuelve a ser en aumento, las tasas por sexo

evidencian que los hombres tienen más del doble de la tasa que las mujeres en todos los años analizados.

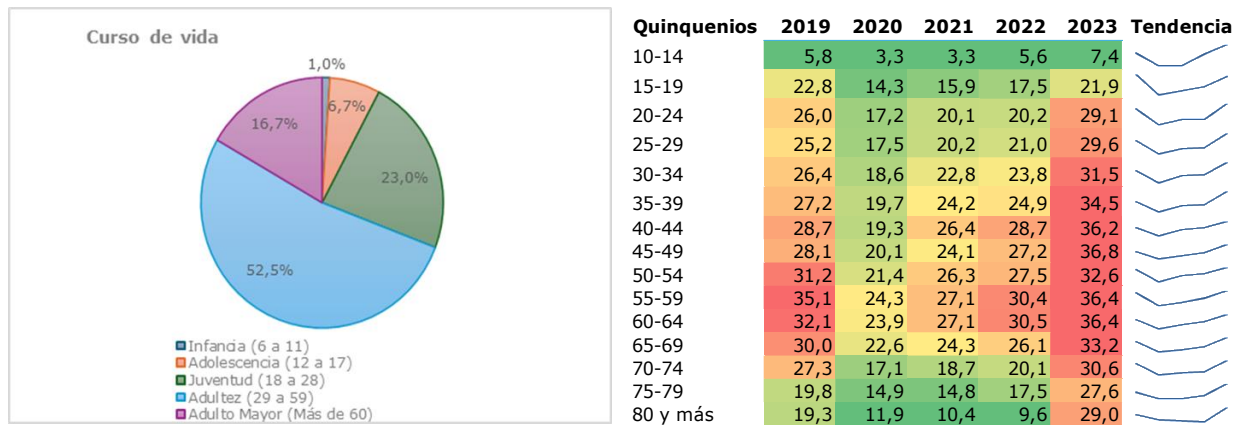
Gráfico 28. Tasa trastornos asociados al uso de alcohol, por sexo.
Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.
Códigos CIE-10: F100-F109.

Por curso de vida, se halló que el mayor porcentaje de casos (52,5 %) se presenta en la etapa de adultez (25 a 59 años). Sin embargo, las tendencias por quinquenios de edad muestran que entre los 35 y los 69 años se dieron las tasas más altas en el 2023. En todos los quinquenios se evidencia una tendencia al aumento.

Gráfico 29. Porcentaje de casos por curso de vida y tendencia de tasas por quinquenios de trastornos asociados al uso de alcohol, por curso de vida. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.
Códigos CIE-10: F100-F109.

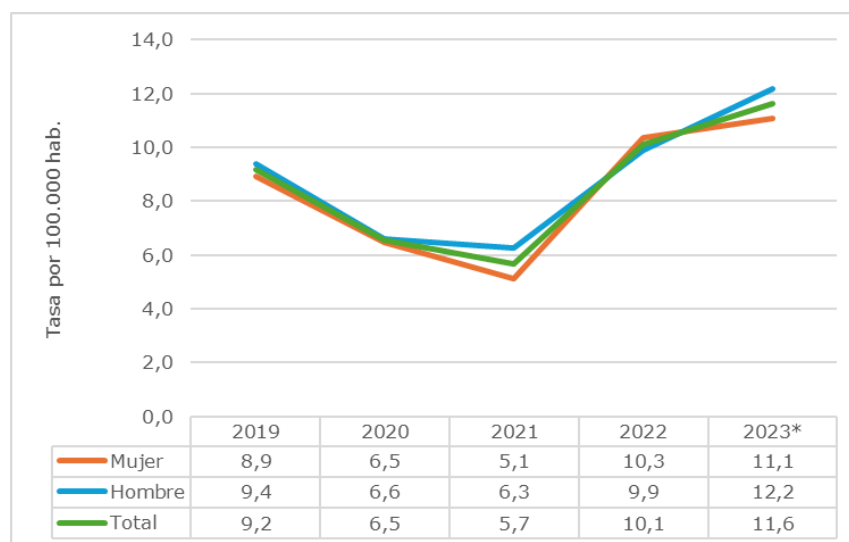
Tabaco

Según los resultados del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2022, se determinó que la edad media para comenzar a consumir tabaco en Colombia es de 14,1 años; los varones empiezan un poco más tarde, a los 14,3 años, y las mujeres un poco antes, a los 14 años. La mitad de los estudiantes encuestados indicaron que comenzaron a fumar a los 14 años. Los datos recopilados, además, mostraron que durante el año 2022 se registró una disminución significativa en la prevalencia del consumo de cigarrillos respecto a 2016. La prevalencia acumulada de vida cayó a 11,06 %, reflejando una reducción del 54 %, mientras que la prevalencia anual bajó un 48,9 %. Este declive fue más notable entre los hombres, quienes mostraron una reducción media del 55,2 % (Ministerio de Justicia y del

Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, 2022).

De acuerdo con los datos reportados en Sispro, en el periodo 2019-2023 se presentaron 22.019 casos diagnosticados de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco en el país; de estos, el 50,2 % corresponden a hombres, lo que muestra una proporcionalidad entre los sexos; por grupos de edad, se encontró que en la etapa de adultez (25 a 59 años) se da el mayor porcentaje de casos (52,1 %). En el periodo analizado la tasa de trastornos relacionados con el consumo de tabaco aumentó de 9,2 en el 2019 a 11,6 en el 2023; la tendencia a partir del 2022 parece ser al aumento, y las tasas por sexo reflejan un comportamiento similar entre hombres y mujeres.

Gráfico 30. Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco, por sexo. Colombia, 2019-2023



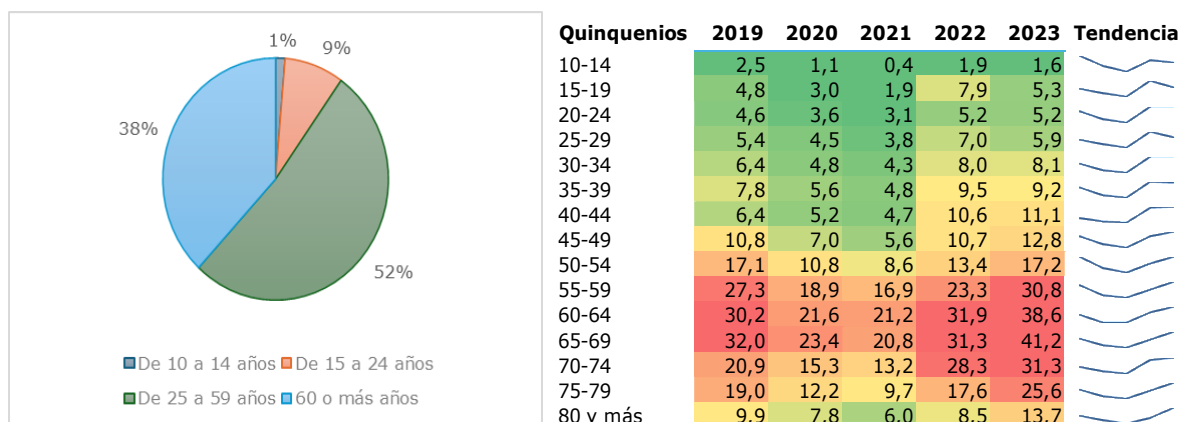
Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F170-F179.

Por curso de vida, se encontró que el mayor porcentaje de casos se presentó entre los 25 y 59 años (52 %), seguidos por las personas de 60 o más años (38 %). Las tendencias por quinquenios de edad evidencian que las tasas más altas de estos trastornos se dieron en los grupos entre los 50 y 79 años, grupos además en los que se han dado los mayores aumentos de tasas en el periodo.

Gráfico 31. Porcentaje de casos por curso de vida y tendencia de tasas por quinquenios de trastornos asociados al uso de tabaco.

Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F170-F179.

Sucedáneos e imitadores (cigarrillos eléctricos)

En los últimos años, ha habido un aumento notable en la presencia de productos emergentes y alternativos al tabaco en el país. Según la Encuesta de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2019 (DANE, 2019), la prevalencia de consumo de estos productos en la población de 12 a 64

años fue del 0,067 %, destacándose un uso significativo entre los jóvenes de 12 a 24 años. Además, la Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes de 2017 reveló que el 15,4 % de los escolares de 13 a 15 años había experimentado con cigarrillos electrónicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Por otra parte, en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2022 se mostró que las prevalencias de consumo de tabaco a través de dispositivos electrónicos o vapeadores en esta población son más altas que las del consumo tradicional de tabaco. Actualmente, son más los escolares que han iniciado el consumo de tabaco a través de dispositivos electrónicos que los que han iniciado el consumo tradicional de tabaco (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, 2022).

Esto es un hallazgo que hay que considerar, teniendo en cuenta que se ha documentado que el uso de vapeadores incrementa tres veces más el riesgo de fumar cigarrillos convencionales, lo que sugiere que los cigarrillos electrónicos facilitan el consumo de productos de tabaco convencional e incluso son factor de riesgo para el uso y consumo problemático de otras sustancias psicoactivas (Jenssen, y otros, 2019).

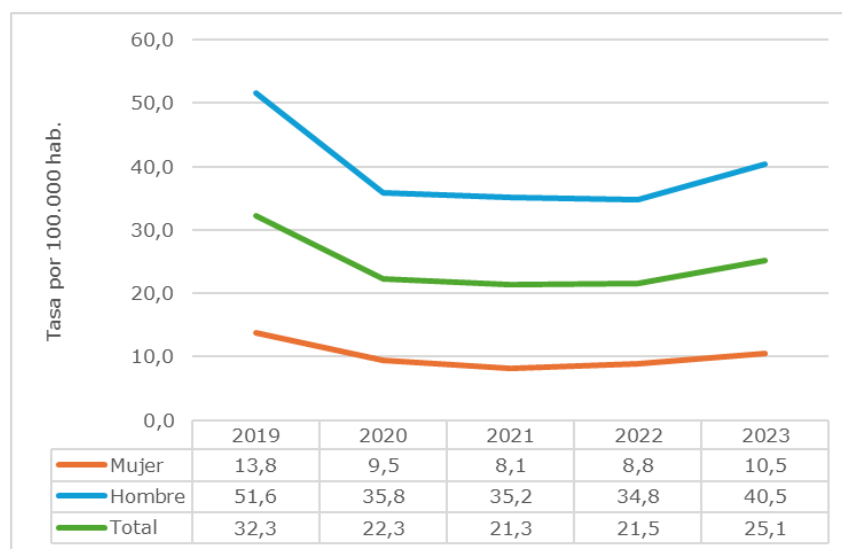
Cannabinoides

En el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar - Colombia 2022, se reportó que la marihuana es la sustancia ilícita que los escolares manifiestan que pueden conseguir más

fácilmente (20,5%). De acuerdo con los resultados, se reporta que el 58,6 % de los escolares que han consumido marihuana en el último año presentan un índice de riesgo no problemático, mientras que el 24,6 % se encuentra en la categoría de bajo riesgo, y el 16,8 % está en la categoría de alto riesgo (Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, 2022).

En los datos recopilados en el Sispro, del 2019 al 2021 se evidencia una reducción en los casos diagnosticados de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, con una tasa inicial en el 2019 de 33,9 que se redujo a 25,1 por 100.000 habitantes en el 2023.

Gráfico 32. Tasa de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides, por sexo. Colombia, 2019-2023



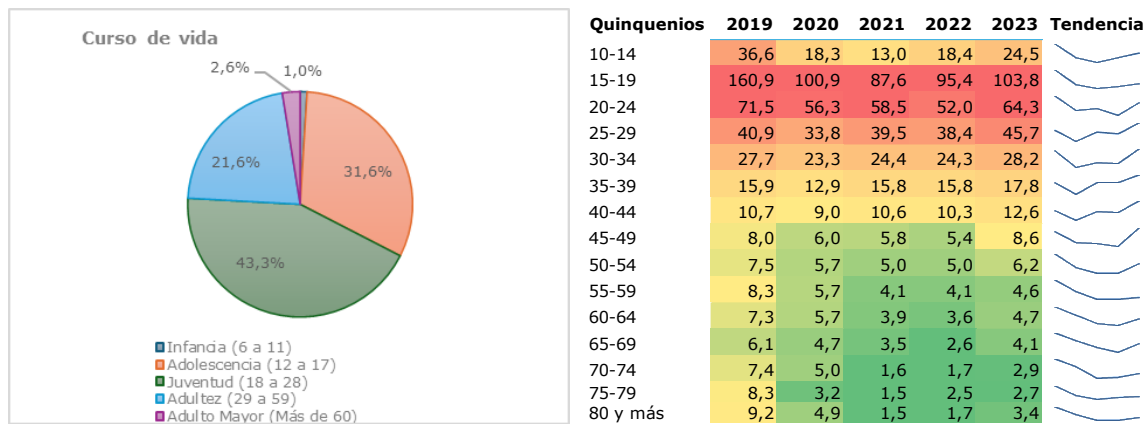
Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F120 a F129.

Del total de 62.300 casos reportados, el 74,9 % correspondió a hombres, quienes también muestran de forma sostenida tasas más altas.

Por curso de vida se encontró que el mayor porcentaje de casos se dio en los jóvenes entre 18 y 24 años (43,3 %), seguidos por los adolescentes entre 12 y 17 años (31,6 %). Las tendencias por quinquenios de edad muestran que, aunque la tasa se redujo entre el 2019 al 2023, en el quinquenio entre los 15 y 19 años aún se encuentran las mayores tasas en el 2023 (103,8 por 100.000 habitantes), seguidos por el grupo de 20 a 24 años (64,2 por 100.000 habitantes).

Gráfico 33. Porcentaje de casos por curso de vida y tendencia de tasas por quinquenios de trastornos asociados al uso de cannabinoides. Colombia, 2019-2023



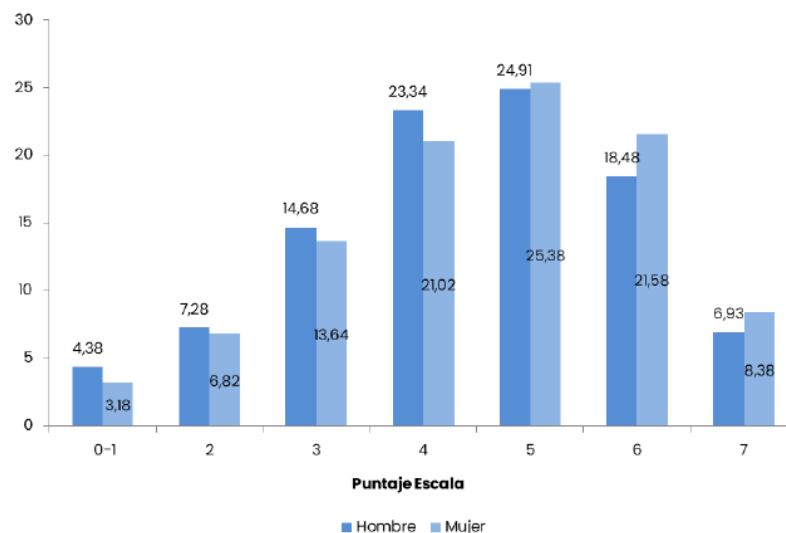
Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F120 a F129.

Involucramiento parental

En el Estudio Nacional de Consumo de SPA en población escolar (2022) se evaluó el involucramiento parental, el cual se ha identificado como factor protector frente al consumo de sustancias y otros comportamientos de riesgo. Se midió a través de una escala de siete puntos, en la que a mayor puntaje se considera mayor involucramiento de los padres. En el estudio se encontró que, en general, los padres tienen niveles menores de involucramiento con los hijos hombres comparado con el que tienen hacia las mujeres, y por grupos de edad, los padres de menores entre los 12 y 14 años se involucran más que aquellos con hijos entre los 17 y 18 años.

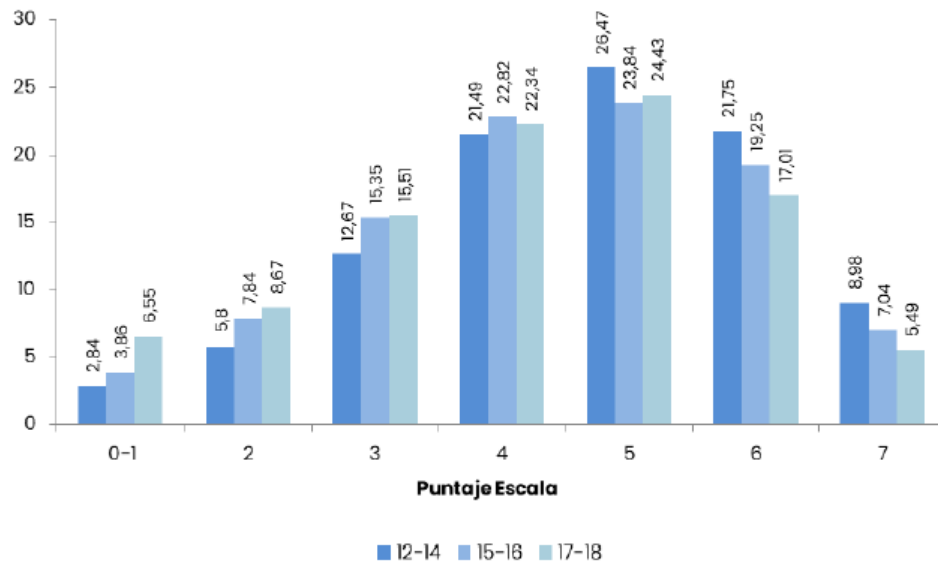
Gráfico 34. Distribución del puntaje de la escala de padres involucrados, según sexo



Fuente: Tomado del Estudio Nacional de Consumo de SPA en población escolar 2022, p. 183⁴.

⁴ <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Estudio%20nacional%20escolares.pdf>

Gráfico 35. Distribución del puntaje de la escala de padres involucrados, según grupo etario



Fuente: Tomado del Estudio Nacional de Consumo de SPA en población escolar, 2022, p. 183⁵.

Se evaluó la asociación entre los niveles de involucramiento con la prevalencia de consumo de tabaco y alcohol en los menores durante el último mes y la prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita durante el último año. Respecto del consumo de tabaco, se encontró una relación inversa; la prevalencia de uso de tabaco en el último mes disminuye a medida que aumenta el puntaje de la escala, sin importar el sexo de los menores, con diferencias importantes, en las que quienes tienen los puntajes más bajos en la escala de involucramiento tienen una

⁵ <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Estudio%20nacional%20escolares.pdf>.

prevalencia promedio de 13,4 %, mientras que aquellos con puntajes más altos tienen una prevalencia de 1,2 %.

En cuanto al consumo de alcohol, los menores con puntajes más bajos de involucramiento de sus padres tuvieron una prevalencia de 40 %, mientras que en aquellos con los puntajes más altos la prevalencia fue la mitad (20,1 %), y finalmente, para las sustancias ilícitas, la prevalencia de consumo en los menores con los puntajes más bajos de involucramiento fue de 18,4 %, comparada con una prevalencia de 2,2 % en aquellos con los puntajes más altos.

Violencia

Conflicto armado

La violencia colectiva se entiende como los actos de violencia social, política o económica que afectan a comunidades o grupos; de estas, la violencia política es la relacionada con la ocurrencia de guerras y conflictos armados. En general, estar expuestos a actos violentos incrementa el riesgo de padecer trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión, ansiedad y trastornos asociados al consumo de sustancias; sin embargo, cuando la violencia se relaciona con conflictos armados se presenta una vulneración mayor en cuanto el “encuentro con un horror psíquicamente no asimilable” genera deshumanización en la población, lo que reduce la capacidad de sensibilizarse ante el sufrimiento de otros, la solidaridad y el sentido de esperanza (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Tal como se mencionó en el apartado de víctimas, en el Registro Único de Víctimas (RUV) había 9.720.863 personas afectadas por el conflicto

armado al 31 de mayo del 2024, de las cuales el 78,6 % (7.644.557 personas) cumplen con los criterios para acceder a las medidas de atención y reparación previstas en la ley (Unidad Para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2024).

El desplazamiento forzado se considera en sí mismo un acontecimiento estresante, que pone a prueba la estabilidad y la solidez del núcleo familiar y social; es el hecho victimizante más común en el país, con un 89,1 % (8.665.884 víctimas) de ocurrencia, seguido de los homicidios con un 11,4 % (1.108.043 víctimas, de las cuales 144.017 fueron víctimas directas). La desaparición forzada, por su parte, ha tenido 196.090 víctimas en el país (2,02 %).

Por entidades territoriales, Antioquia es el departamento con mayor porcentaje de ocurrencia en los tres eventos, seguido por Bolívar, Nariño, Valle del Cauca y Chocó; los departamentos con menor registro de víctimas son el archipiélago de San Andrés y Providencia, Amazonas, Guainía y Vaupés. A continuación, se presentan el número de víctimas y el porcentaje por entidad territorial.

Gráfico 36. Víctimas por hecho victimizante por departamento.
Colombia, mayo de 2024

Departamento	Desplazamiento forzado	%	Homicidio	%	Desaparición forzada	%
Antioquia	1625443	18,28%	325145	30,16%	47597	25,16%
Bolívar	715567	8,05%	27123	2,52%	5853	3,09%
Nariño	572106	6,43%	44942	4,17%	7107	3,76%
Valle del Cauca	542497	6,10%	70673	6,55%	9880	5,22%
Chocó	497445	5,60%	14628	1,36%	3630	1,92%
Magdalena	493587	5,55%	38796	3,60%	7347	3,88%
Cauca	474466	5,34%	60462	5,61%	5071	2,68%
Córdoba	441859	4,97%	30289	2,81%	6211	3,28%
Cesar	419229	4,72%	48780	4,52%	8571	4,53%
Norte de Santander	348573	3,92%	48861	4,53%	6452	3,41%
Caquetá	342828	3,86%	35329	3,28%	8451	4,47%
Tolima	325623	3,66%	28743	2,67%	3814	2,02%
Sucre	319256	3,59%	17641	1,64%	2233	1,18%
Putumayo	261763	2,94%	32834	3,05%	7801	4,12%
Meta	243887	2,74%	34623	3,21%	15591	8,24%
Santander	179359	2,02%	40163	3,72%	7133	3,77%
Arauca	161835	1,82%	23197	2,15%	5804	3,07%
Huila	158814	1,79%	22304	2,07%	2174	1,15%
La Guajira	157699	1,77%	15968	1,48%	1864	0,99%
Caldas	129213	1,45%	24027	2,23%	3961	2,09%
Cundinamarca	120924	1,36%	19409	1,80%	3018	1,60%
Guaviare	89219	1,00%	7460	0,69%	5182	2,74%
Risaralda	62396	0,70%	17913	1,66%	1839	0,97%
Casanare	61204	0,69%	15146	1,40%	4771	2,52%
Boyacá	36902	0,42%	9991	0,93%	2641	1,40%
Vichada	27759	0,31%	1054	0,10%	1009	0,53%
Atlántico	22955	0,26%	10508	0,97%	1409	0,74%
Quindío	17120	0,19%	4910	0,46%	592	0,31%
Bogotá, D.C.	15172	0,17%	6425	0,60%	1569	0,83%
Vaupés	11412	0,13%	449	0,04%	252	0,13%
Guainía	10917	0,12%	152	0,01%	171	0,09%
Amazonas	3718	0,04%	235	0,02%	144	0,08%
San Andrés y Providencia	108	0,00%	45	0,00%	11	0,01%

Fuente: Elaboración propia con datos del Registro Único de Víctimas, fecha de corte 31 de mayo del 2024
(Unidad Para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2024).

El Índice de Riesgo de Victimización (IRV) es una herramienta estadística que sirve como referente estratégico para el análisis de los escenarios de victimización que ocurren en el país, ya que sirve para calcular la posibilidad de ocurrencia de victimización en el marco del

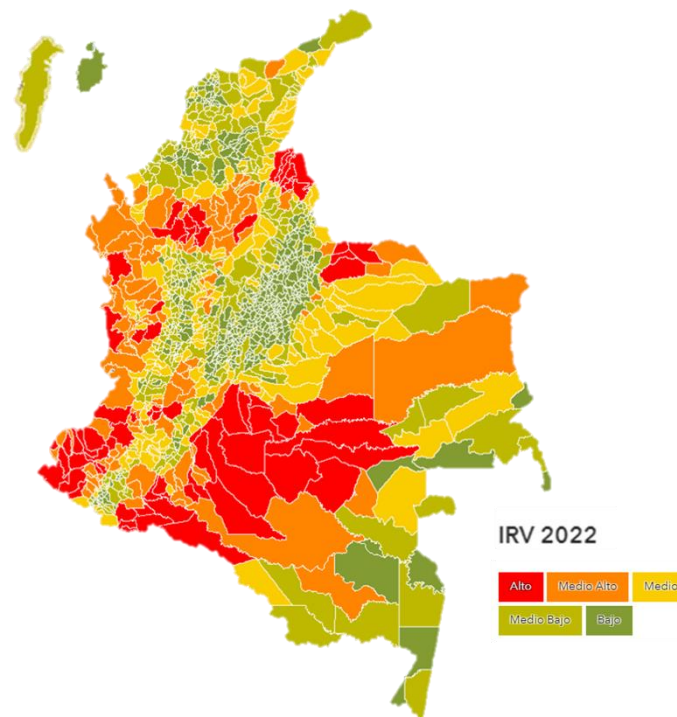
conflicto armado interno en los municipios de Colombia. En su cálculo se tienen en cuenta la presencia de grupos armados, las acciones armadas y otros índices de amenaza.

Toma valores que van de 0 a 1, donde a mayor valor se considera mayor riesgo de victimización (Unidad para la Atención y Reparación de las Víctimas, 2021). Para el año 2022, los municipios con mayor IRV fueron Tarazá, en el departamento de Antioquia, con un valor de 1; seguido por Teorema (0,96), El Tarra (0,95), San Calixto (0,94), Tibú (0,92) y Haricará (0,92), todos estos en el departamento de Norte de Santander, en la región del Catatumbo, zona que históricamente ha sufrido por el conflicto armado; además, forman parte de los municipios PDET, Zomac y PNIS.

En la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) se encontró que, por grupos etarios, el 10,9 % de los menores de entre 7 y 11 años habían sido víctimas alguna vez en su vida de desplazamiento forzado relacionado con el conflicto armado o la inseguridad. En el grupo de 12 a 17 años, este porcentaje fue de 13,2 %; en los adultos de 18 a 44 años, del 18,7 %, y en los mayores de 45 años, del 15,8 %.

En un estudio efectuado con jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en el país, se encontró que en el último año habían tenido una prevalencia del 6,8 % de fobia específica, 5,7 % de TEPT y 5,1 % de trastornos depresivos, en tanto que la presencia de cualquier trastorno mental fue del 24,4 %. Además de esto, el 6,4 % presentó ideación suicida y el 2,1 % lo intentó (Sánchez Acosta, y otros, 2019). Estos resultados dan cuenta de los impactos que dichos eventos pueden tener tanto en la salud mental de los jóvenes como en su desarrollo integral.

Gráfico 37. Índice de Riesgo de Victimización (IRV). Colombia, 2022



Fuente: Registro Único de Víctimas, geovisor. Fecha de corte 31 de mayo del 2024 (Unidad Para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, 2024).

El desplazamiento forzado afecta de manera importante la estabilidad biopsicosocial de quienes son víctimas del conflicto armado, produce pérdida de patrimonio cultural inmaterial, impacta las normas de convivencia, la salud mental y el sentido de trascendencia, por lo que la prevención de este, al igual que la adecuada atención y reparación de sus víctimas, es fundamental para paliar las consecuencias en la salud mental.

En una revisión sistemática que evaluó las consecuencias de los conflictos armados en la salud mental de la población infantil y adolescente, se encontró que, en las fases iniciales, anteriores a la

consolidación del conflicto, se reportan con mayor frecuencia síntomas somáticos, además de dolor físico y emocional, sumado a los sentimientos de desesperanza ante la inminencia de una posible migración. Durante las fases de conflicto, se describen problemas de relacionamiento social y familiar, sentimientos de miedo o terror, tristeza e ira; retroceso en habilidades adquiridas, e hiperactividad y déficit de atención. En cuanto a las consecuencias a largo plazo, se encontraron principalmente trastornos depresivos, de ansiedad y TEPT, además del incremento de conductas violentas y agresivas que pueden permanecer por años (Piñeros-Ortiz, y otros, 2021).

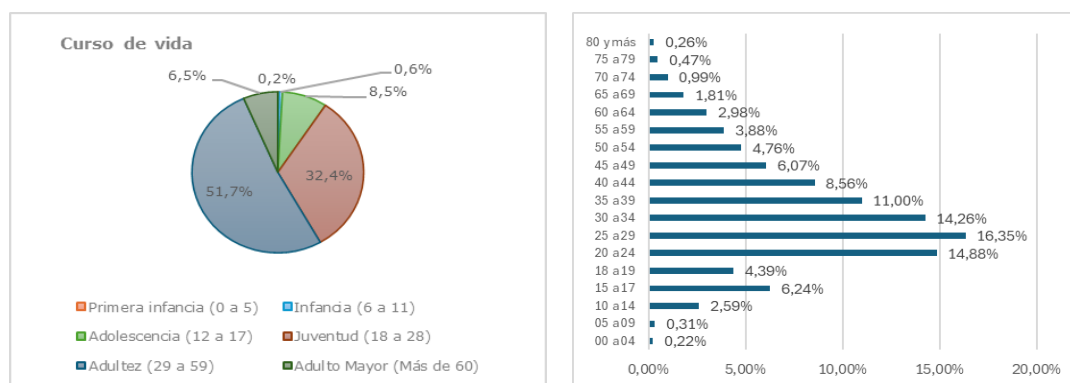
Violencia interpersonal

La violencia interpersonal está definida como “la agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño al cuerpo o a la salud de la víctima y no la muerte, cuyo ejecutante no es un familiar en grado consanguíneo o de afinidad del agredido, y que excluye los casos de transporte” (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023).

De acuerdo con los datos del informe *Forensis*, para el año 2023 la violencia interpersonal representó la principal forma de violencia no fatal de causa externa, con el 42,9 % de todos los casos de violencia registrados, con un total de 89.668 casos. En segundo lugar estuvo la violencia de pareja, con un 20,4 % (42.689 casos), seguida de las lesiones no fatales por eventos de transporte con un 14,1 % (29.495 casos) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023).

La violencia interperso tasa nacional de la violencia interpersonal en el 2023 fue de 171,1 casos por cada 100.000 habitantes; el 67 % ocurrió en hombres, lo que refleja las diferencias que viven los sexos en este tipo de violencia, donde los hombres siguen siendo las principales víctimas.

Gráfico 38. Porcentaje de violencia interpersonal por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2023

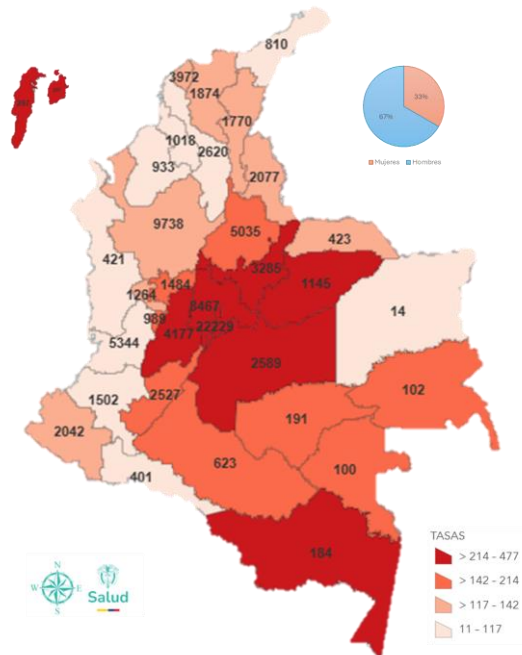


Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en octubre del 2024.

Por curso de vida, el mayor porcentaje se dio en los adultos (51,7 %); la distribución por quinquenios muestra que entre los 20 y los 39 años se encuentra el mayor porcentaje de casos (56,5 %).

En cuanto a las regiones, los territorios con las tasas más altas de violencia interpersonal son San Andrés y Providencia, Tolima, Bogotá, D.C., Boyacá, Cundinamarca, Casanare, Meta y Amazonas.

Gráfico 39. Tasa de violencia interpersonal por departamento.
Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en octubre del 2024.

Colombia tiene actualmente doce distritos, los cuales corresponden a entidades territoriales dotadas de regímenes legal, administrativo, político y fiscal independientes. De estos, Bogotá, D.C. es el que presentó en el 2023 la mayor tasa de violencia interpersonal total, seguido de Barrancabermeja y Barranquilla; por sexo, las mayores tasas en hombres se dieron en Bogotá, Barranquilla y Medellín, y en mujeres, en Barrancabermeja, Bogotá, D.C. y Cartagena de Indias.

Gráfico 40. Tasa de violencia interpersonal por distritos. Colombia, 2023

Distrito	Hombre	Mujeres	Total
Bogotá, D.C.	413,0	156,2	279,2
Barrancabermeja	264,4	209,7	236,3
Barranquilla	297,1	111,9	200,8
Santa Marta	248,3	133,5	189,2
Medellín	274,6	107,8	186,3
Riohacha	239,9	121,6	179,1
Cartagena de Indias	221,3	134,7	176,4
Santiago de Cali	149,2	66,1	104,9
San Andrés de Tumaco	79,4	58,8	68,9
Buenaventura	87,3	48,6	67,0
Turbo	30,0	56,6	43,9
Santa Cruz de Mompox	63,1	8,3	35,5

*Tasa por 100.000 habitantes.

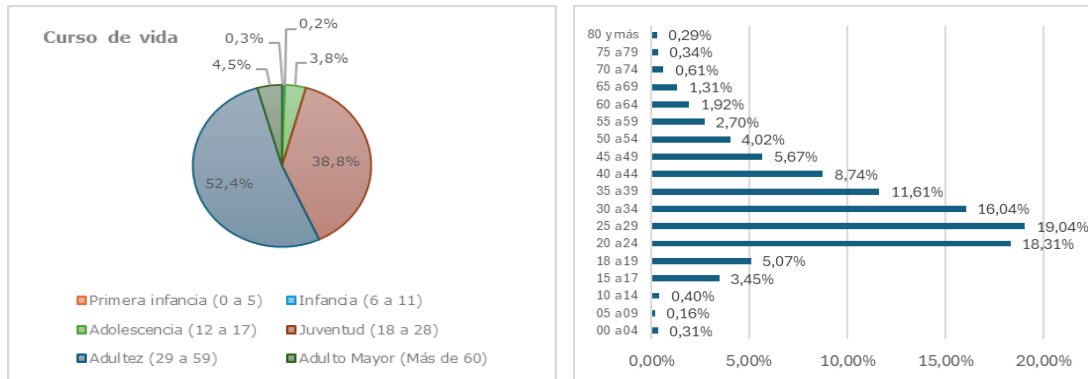
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en junio del 2024.

Durante el 2023 se registraron 14.027 presuntos homicidios en el país, con una tasa nacional de 26,9 homicidios por cada 100.000 habitantes; de estos, el 93 % fue cometido contra hombres, lo que refleja la gran disparidad de género que se vive en este tipo de violencia.

Por curso de vida se encontró que los adultos entre 29 y 59 años son las principales víctimas (52,4 %); el análisis por quinquenios muestra que el mayor porcentaje de homicidios se cometen contra personas entre los 20 y 39 años de edad (65 %).

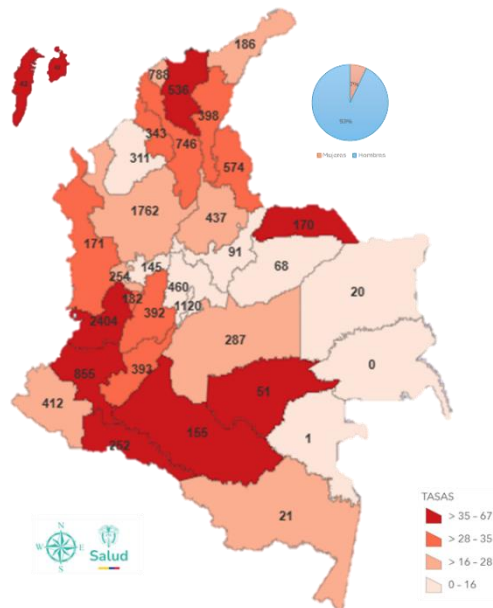
Por regiones, se evidencia que las mayores tasas se dieron en los territorios de San Andrés y Providencia, Putumayo, Cauca, Arauca, Guaviare, Valle del Cauca, Caquetá y Magdalena. En cuanto a las tasas por distrito, las mayores tasas de homicidio en total y por sexo se dieron en San Andrés de Tumaco, Turbo y Cali.

Gráfico 41. Porcentaje homicidios por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2023



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en junio del 2024.

Gráfico 42. Tasa de homicidios por departamento. Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en junio del 2024.

En resumen, las violencias interpersonales y los homicidios afectan de manera más marcada a los hombres jóvenes, lo que conlleva consecuencias importantes en la sociedad y la familia, más si se considera que muchas veces son estos quienes están encargados de sostener económicamente el hogar. Se puede ver que mientras la violencia interpersonal se da más en departamentos ubicados en el área andina y los Llanos, los homicidios se presentan más en las regiones distantes y periféricas del país.

Gráfico 43. Tasa de homicidios por distritos. Colombia, 2023

Distrito	Hombre	Mujeres	Total
San Andrés de Tumaco	136,5	17,9	76,1
Turbo	113,6	5,8	57,5
Santiago de Cali	89,0	6,1	44,8
Barrancabermeja	88,8	0,9	43,7
Buenaventura	77,6	4,2	39,1
Cartagena de Indias	74,4	3,5	37,7
Santa Marta	70,7	3,2	35,9
Barranquilla	55,0	3,2	28,1
Riohacha	45,3	4,5	24,8
Santa Cruz de Mompox	42,1	-	20,9
Medellín	30,0	2,1	15,2
Bogotá, D.C.	26,1	2,7	13,9

*Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en junio del 2024.

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar se define como aquellas “lesiones sufridas en personas cuyos agresores son miembros de su familia o personas con las cuales ha tenido o se tiene un vínculo afectivo; entre ellas se incluye la violencia contra niños, niñas y adolescentes, y la violencia de pareja en

menores de 18 años” (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023).

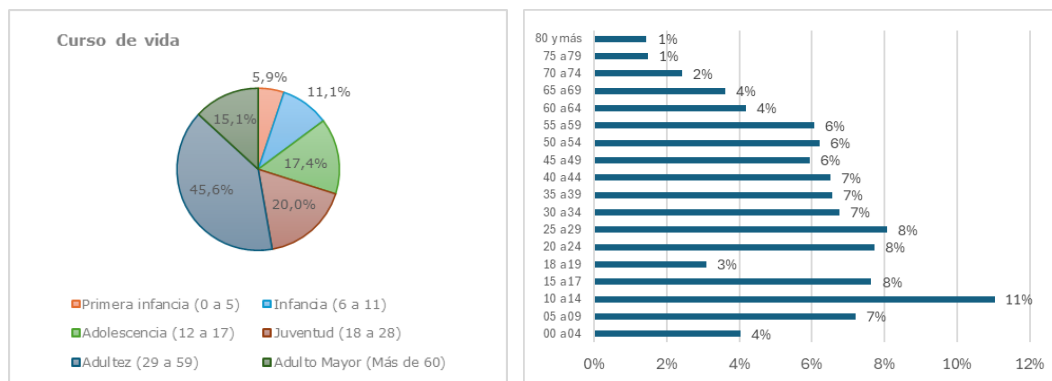
El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses informó que entre el 2021 y el 2022 se observó un aumento en la tasa por 100.000 habitantes en los tres contextos de la violencia intrafamiliar. Específicamente, la violencia contra los menores de edad presentó la tasa más alta, pasando de 36,0 a 43,4 por 100.000 habitantes. Así mismo, se observó un aumento considerable en la tasa de violencia contra las personas adultas mayores, pasando de 27,3 a 33,2 casos por 100.000 habitantes (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023).

En el año 2023 se registraron 21.293 casos de violencia intrafamiliar para una tasa nacional de 40,8 por 100.000 habitantes; de estos, el 59 % ocurrieron contra mujeres.

Por curso de vida se encontró que el mayor porcentaje de esta violencia fue recibida por adultos (45,6 %); sin embargo, al revisar los porcentajes por quinquenios de edad se evidencia que el 30 % de estas ocurren contra menores de edad.

Por territorios donde más se presenta violencia intrafamiliar es en Amazonas, San Andrés y Providencia, Casanare, Tolima, Bogotá, D.C., Guainía, Boyacá y Cundinamarca. En el análisis por distritos, se encontró que las tasas más altas de violencia intrafamiliar se dieron en Bogotá, D.C., Barrancabermeja y Santa Marta.

Gráfico 44. Porcentaje de violencia intrafamiliar por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2023



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en junio del 2024.

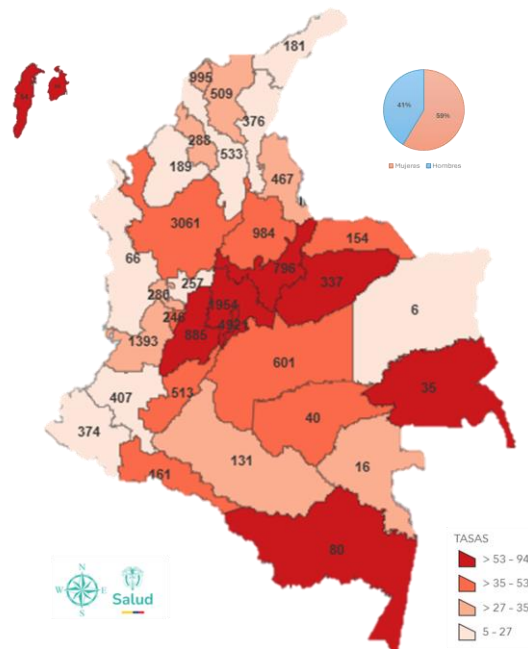
Gráfico 45. Tasa de violencia intrafamiliar por distritos. Colombia, 2023

Distrito	Hombre	Mujeres	Total
Bogotá, D.C.	57,6	72,7	65,5
Barrancabermeja	33,8	89,7	62,5
Santa Marta	52,3	64,8	58,7
Medellín	41,8	61,6	52,3
Barranquilla	40,4	55,2	48,1
Cartagena de Indias	36,0	51,2	43,9
Riohacha	31,2	40,2	35,8
Santiago de Cali	21,0	34,1	28,0
San Andrés de Tumaco	17,7	21,6	19,7
Buenaventura	8,5	13,6	11,2
Santa Cruz de Mompox	8,4	4,1	6,3
Turbo	3,2	1,5	2,3

*Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en junio del 2024.

Gráfico 46. Tasa de violencia intrafamiliar por departamento. Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en junio del 2024.

Violencia de pareja

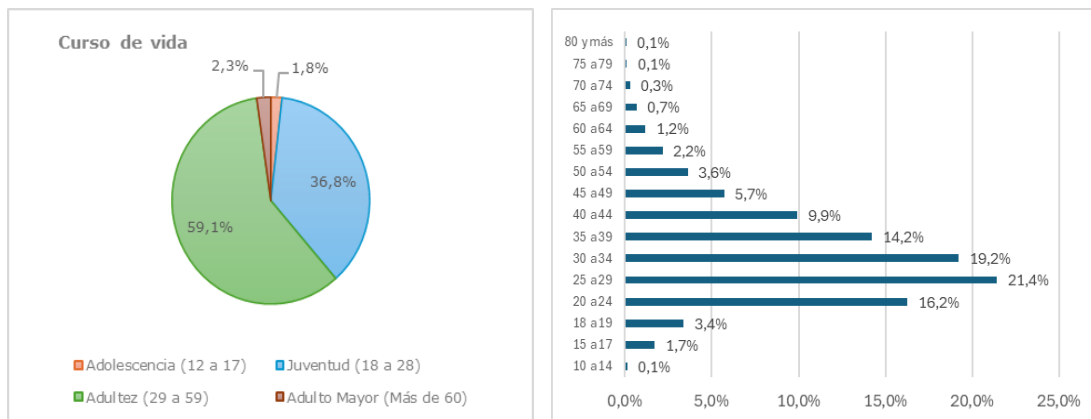
La violencia de pareja implica “agresiones por parte de la pareja íntima durante el noviazgo, el matrimonio o en la unión marital de hecho, aun estando separados o divorciados, e incluye relaciones de parejas de diversos géneros”.

Los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses indican que en el 2022 se registró un incremento del 17,8 % en las tasas por este tipo de violencia, que para el 2021 estaba en 81 por cada 100.000

habitantes y en el 2022 subió a 95,4 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023).

En el 2023 se registraron 42.689 casos para una tasa de 81,8 casos por cada 100.000 habitantes, lo que indica una reducción del 14,3 % con respecto del 2022. Del total de casos registrados el 86 % ocurrieron contra mujeres; esto contrasta con las violencias interpersonales que afectan más a los hombres. Por curso de vida se encontró que el mayor porcentaje ocurrió contra adultos (59,1 %); al revisar los porcentajes por quinquenios de edad, se evidencia que el 71,1 % de los casos ocurren entre los 20 y 39 años.

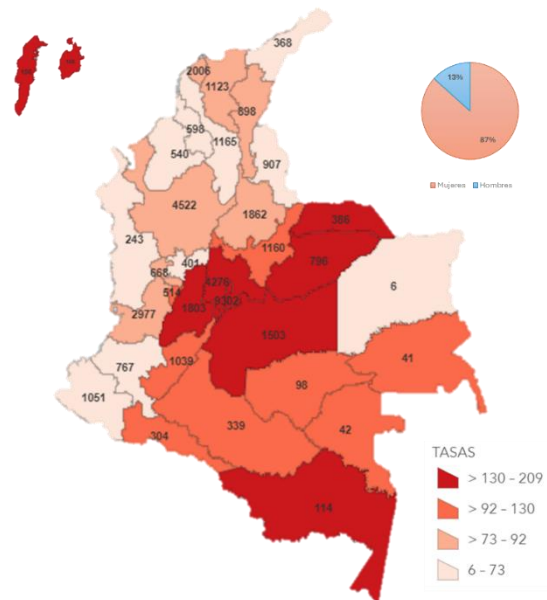
Gráfico 47. Porcentaje violencia de pareja por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2023



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en junio del 2024.

En el análisis territorial se encontró que las tasas más altas de violencia de pareja se dieron en Casanare, San Andrés y Providencia, Tolima, Amazonas, Arauca, Cundinamarca, Guainía y Meta.

Gráfico 48. Tasa de violencia de pareja por departamento. Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en junio del 2024.

Gráfico 49. Tasa de violencia de pareja por distritos. Colombia, 2023

Distrito	Hombre	Mujeres	Total
Barrancabermeja	39,5	297,0	172,7
Santa Marta	33,8	295,8	170,1
Bogotá, D.C.	50,3	210,8	134,6
Barranquilla	21,0	184,9	106,9
Riohacha	18,4	184,1	104,5
Medellín	33,2	158,7	100,2
Cartagena de Indias	13,2	178,3	99,7
Santiago de Cali	22,5	141,5	86,8
San Andrés de Tumaco	19,3	132,0	77,1
Turbo	4,1	88,2	48,5
Buenaventura	4,3	77,6	43,4
Santa Cruz de Mompox	-	15,1	7,7

*Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema de Información de Clínica (Siclico). Consultado en junio del 2024.

En el análisis por distritos se encontró que las mayores tasas de violencia de pareja en total y por sexo se dieron en Barrancabermeja, Santa Marta y Bogotá, D.C.

Violencia de género

La violencia de género se entiende como “como toda acción de violencia asociada a un ejercicio de poder fundamentado en relaciones asimétricas y desiguales entre hombres y mujeres, y en discriminaciones y desigualdades por razones de identidad de género y orientación sexual no normativas”, aunque muchas veces se usa para referirse a la violencia contra las mujeres, en realidad en un concepto más amplio que implica la definición de género y de orientación sexual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El género, por su parte, se refiere “a las ideas, normas y comportamientos que la sociedad ha establecido para cada sexo, el valor y el significado que a este se asigna”. En esta forma, es importante distinguir entre sexo y género, ya que el sexo hace referencia específicamente al aspecto biológico, mientras que el género es una construcción sociocultural que asigna a las personas unos roles y conductas esperadas, en una época determinada, dependiendo de su sexo (Ministerio de Justicia, 2020).

La orientación sexual se refiere a la “atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros... Es la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más

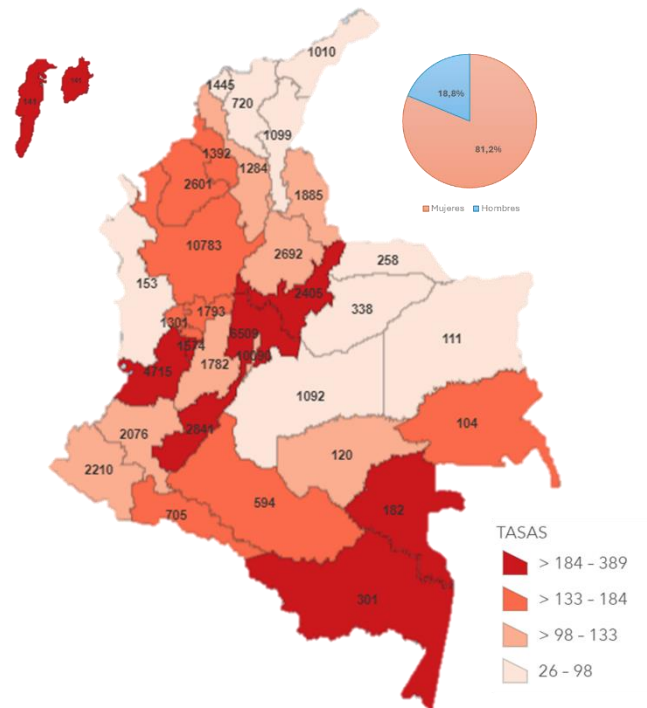
de un género...". En este sentido, no tiene una relación directa ni con el sexo ni con el género. Hoy en día, se reconocen como diversas formas de orientación sexual la heterosexualidad, homosexualidad, bisexualidad, pansexualidad y asexualidad (Ministerio de Justicia, 2020).

La violencia física es "cualquier acto de agresión, mediante el uso de la fuerza o cualquier mecanismo, que pueda u ocasione daños físicos internos o externos a la persona agredida y pone en riesgo o disminuye su integridad corporal" (SIVIGE, 2016).

De acuerdo con los datos reportados en el Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género (Sivige), y tomando como fuente de información a Sivigila, en el año 2023 se notificaron 74.480 casos de violencia física, para una tasa nacional de 142,6 por cada 100.000 habitantes, de estos el 81,2 % ocurrió en contra de mujeres.

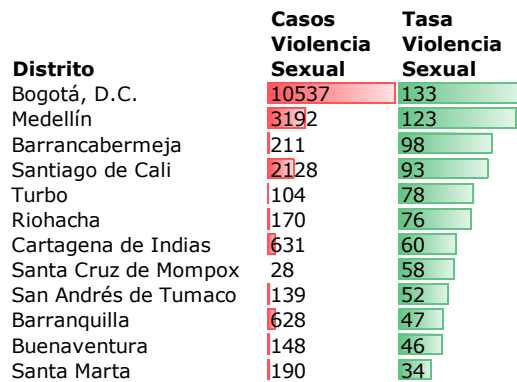
Por entidad territorial se encontró que las mayores tasas se reportaron en Vaupés (389 por cada 100.000 habitantes), Amazonas (354 por cada 100.000 habitantes), Quindío (280 por cada 100.000 habitantes), Huila (241 por cada 100.000 habitantes), Valle del Cauca (232 por cada 100.000 habitantes) y San Andrés (226 por cada 100.000 habitantes). Por distritos, en Cali, Barrancabermeja, Medellín y Bogotá, D.C. se registraron las tasas más altas.

Gráfico 50. Tasa de notificación de violencia física por departamento.
Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores dentro del departamento corresponden a los casos.
Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Nacional de Violencia de género, fuente de información Sivigila. Consultado en julio del 2024.

Gráfico 51. Tasa de notificación de violencia física por distritos.
Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes.

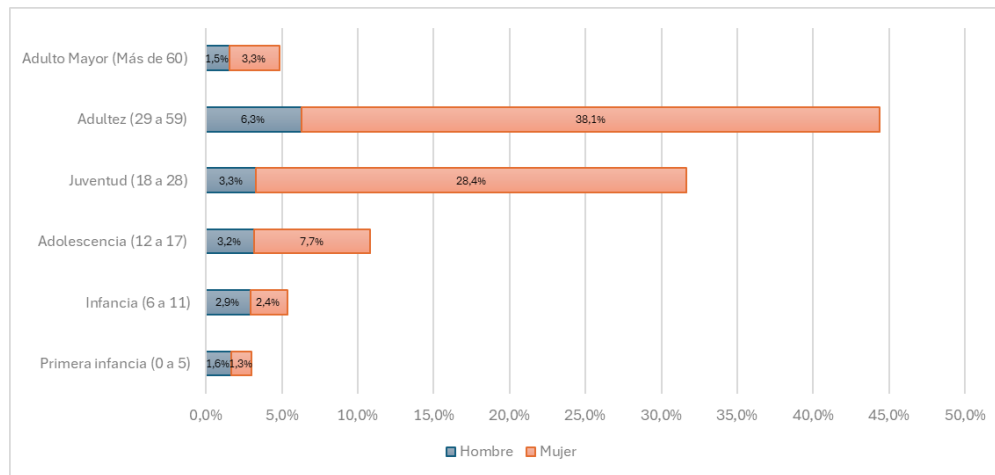
Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Nacional de Violencia de género, fuente de información Sivigila.

Consultado en julio del 2024.

El 50,87 % de las víctimas de violencia física no convivía con el agresor, y de acuerdo con la relación con el victimario, la mayoría de estas recibió esta violencia física por parte de su pareja (36,76 %), o expareja (22,24 %).

Finalmente, por etapas del curso de vida, los mayores porcentajes de notificación se presentaron en la etapa de adultez (44,4 %) y juventud (31,7 %), en todos los grupos de edad las mujeres supera en porcentaje a los hombres, con excepción de la infancia, en donde los hombres tienen una leve mayoría.

Gráfico 52. Porcentaje de notificación de violencia física por curso de vida. Colombia, 2023



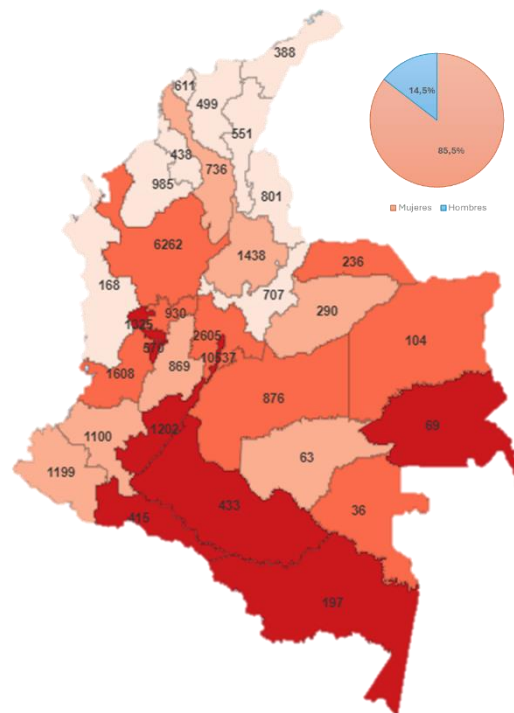
Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Nacional de Violencia de género, fuente de información Sivigila. Consultado en julio del 2024.

La violencia sexual se define como “Todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre una persona a través del uso de la fuerza; la amenaza del uso de la fuerza; la coacción física, psicológica o económica; o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal aprovechando las situaciones y condiciones de desigualdad, y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor” (SIVIGE, 2016). De acuerdo con los datos notificados en Sivigila y reportados en Sivige, en el 2023 se notificaron 42.167 casos de violencia sexual, para una tasa nacional de 80,8 por cada 100.000 habitantes; de estos, el 85,5 % ocurrió contra mujeres.

Por entidad territorial se encontró que las mayores tasas se reportaron en Amazonas (232 por cada 100.000 habitantes), Risaralda (136 por cada 100.000 habitantes), Bogotá, D.C. (133 por cada 100.000 habitantes),

Guainía (122 por cada 100.000 habitantes) y Putumayo (108 por cada 100.000 habitantes). Por distritos, en Bogotá, D.C., Medellín y Barrancabermeja se presentaron las tasas más altas.

Gráfico 53. Tasa de notificación de violencia sexual por departamento. Colombia, 2023

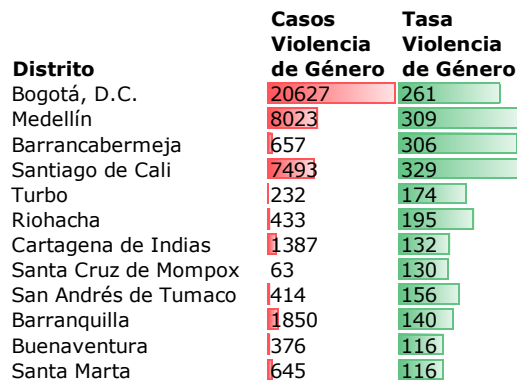


*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del Sívige, fuente de información Sívigila.

Consultado en julio del 2024.

Gráfico 54. Tasa de notificación de violencia sexual por distritos.
Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes.

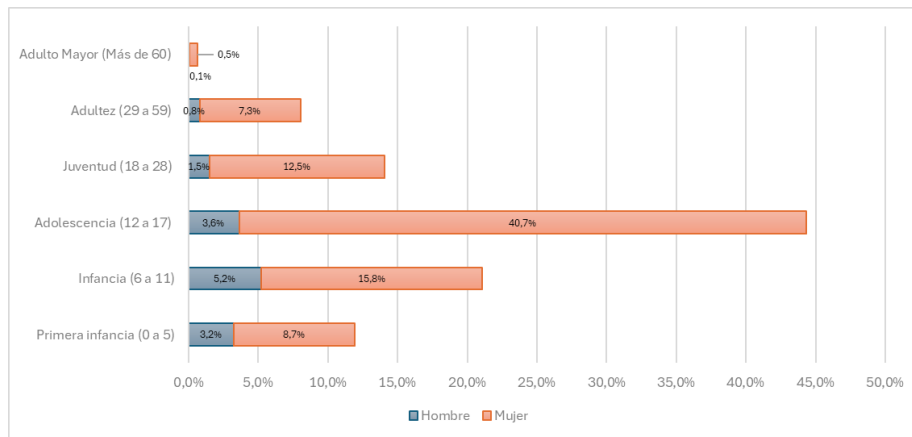
Fuente: Elaboración propia con datos del Sivige, fuente de información Sivigila.

Consultado en julio del 2024.

El 77,8 % de las víctimas de violencia sexual no convivía con el agresor, y de acuerdo con la relación con el victimario, la mayoría de ellas no tenía ninguna relación con este (55,5 %), mientras que el 20,33 % sufrió la agresión por un familiar y el 12,97 % por parte de su pareja. El 61,4 % de las víctimas fue agredida en su vivienda y el 8,17 % en la vía pública.

Finalmente, por etapas del curso de vida, los mayores porcentajes de notificación se presentaron en la adolescencia (44,3 %), seguido por la infancia (15,8 %); en todos los grupos de edad, las mujeres superan en porcentaje a los hombres.

Gráfico 55. Porcentaje de notificación de violencia sexual por curso de vida. Colombia, 2023



Fuente: Elaboración propia con datos del Sivige, fuente de información Sivigila.
Consultado en julio del 2024.

Violencia o acoso en ámbitos académicos

De acuerdo con la Unesco, la violencia escolar se refiere a “todas las formas de violencia que tienen lugar dentro o fuera de las aulas, en los alrededores de las escuelas, en el camino hacia o desde la escuela, así como en línea y otros entornos digitales” (UNESCO, 2023). La pueden ejercer educandos (estudiantes), docentes u otras personas de la comunidad académica o escolar, e incluye la violencia física, psicológica o sexual.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), el 71 % de los menores entre 7 y 11 años reportó haber sido víctima de abusos o maltrato físico o psicológico por compañeros de la escuela, y el 7,8 % dijo haber molestado o agredido a alguno o algunos

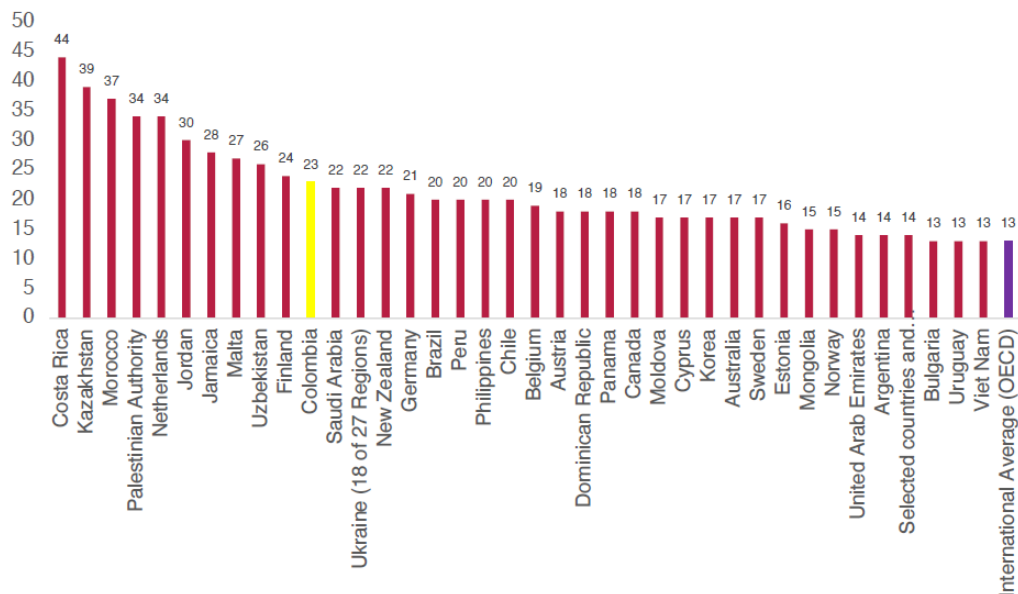


de sus compañeros de colegio. Por su parte, de los adultos entre los 18 y 44 años, el 21 % reportó haber tenido experiencias de violencia escolar, con un mayor porcentaje en los hombres (26,7 %) en comparación con las mujeres (17 %). En el grupo de 45 años o más, el 20,3 % reportó haber experimentado algún tipo de violencia en el ámbito escolar, con una mayoría también en los hombres (24 %) comparados con las mujeres (17,8 %) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En el informe sobre acoso escolar en los colegios colombianos, realizado con los análisis de la prueba PISA y el Suice, se reporta que en el país el 19 % de estudiantes de colegio ha sido víctima de acoso escolar en forma regular y el 4 % dice haber sido acosado siempre. Estos datos ubican a Colombia en el puesto 11 en el mundo en materia de países con mayor proporción de estudiantes que sufren acoso siempre o regularmente, con diez puntos porcentuales por encima del promedio en los países de la OCDE (Laboratorio de Economía de la Educación (LEE) de la Pontificia Universidad Javeriana, 2024).

A partir de la promulgación de la Ley 1620 de 2013 se creó en el país el Sistema Unificado de Convivencia Escolar (Siuce), que tiene como objetivo la prevención y atención de situaciones de conflictividad escolar en Colombia. El reto principal que ha enfrentado este sistema es el subregistro, ya que depende de los registros que se hagan desde las instituciones educativas, por lo que se considera que muchos de los casos no se han advertido aún.

Gráfico 56. Países con mayor proporción de estudiantes que identifican ser víctimas de acoso escolar regularmente o siempre en sus instituciones educativas

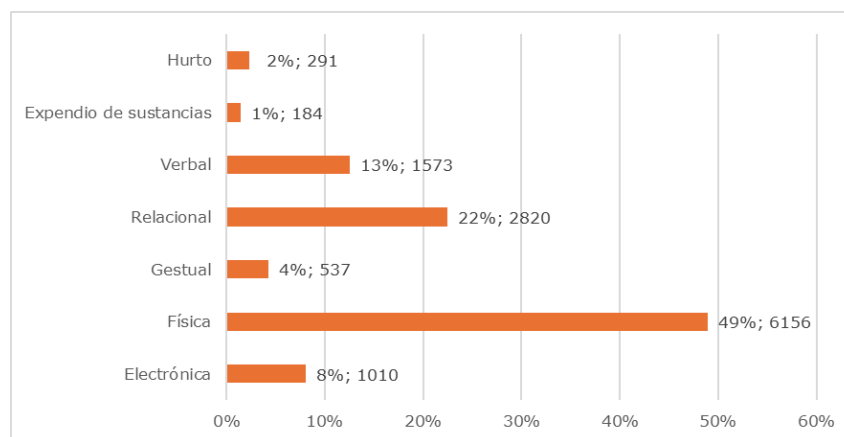


Tomado de Informe N.º 94. *El acoso escolar en los colegios colombianos: un análisis desde las pruebas PISA y el Siuce*. <https://lee.javeriana.edu.co/publicaciones-y-documentos>.

En el Siuce se clasifica la violencia escolar en dos tipos. Las situaciones tipo II corresponden a acciones de agresión escolar, acoso escolar y ciberacoso que no cumplan con los criterios para considerarse un delito, se presenten en forma repetitiva o sistemática, y que causen daños al cuerpo o a la salud, sin generar incapacidad en los involucrados; por su parte, las situaciones tipo III corresponden a eventos de agresión escolar que sean constitutivos de presuntos delitos contra la libertad, integridad y formación sexual, o cualquier otro delito establecido en la ley penal colombiana.

Teniendo en cuenta la dificultad en el registro, en el periodo 2020-2023 se han reportado 7.963 casos de violencia escolar tipo II (63,3 %) y 4.608 casos de violencia escolar tipo III (36,7 %), para un total de 12.571 casos. De estos, el mayor porcentaje fueron agresiones de tipo físico (49 %) con 6.156 casos, seguidas por las agresiones relacionales (22 %) con 2.820 casos.

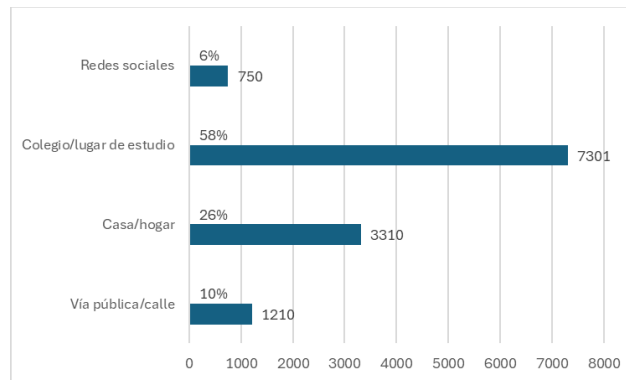
Gráfico 57. Tipos de agresión escolares, de acuerdo con las situaciones tipo II y tipo III



Fuente: Elaboración propia con datos del Suice, 2024.

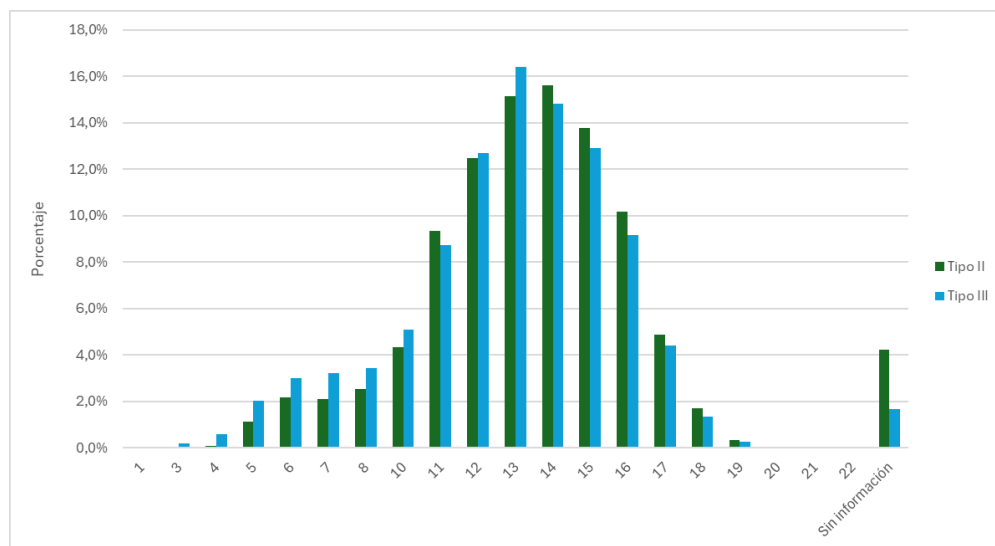
Por sexo, se encontró que el 60 % de los casos fueron contra mujeres. Con respecto al lugar de ocurrencia, la mayoría de los casos sucedieron en el colegio o lugar de estudio (7.301 casos), seguidos por la casa o el hogar del estudiante (3.310 casos). Y según la edad, la mayoría de los casos sucedieron entre los 13 y los 15 años (5.406 casos), edades donde se evidencia el pico más alto.

Gráfico 58. Lugar de ocurrencia de las situaciones de violencia escolar reportadas en el Siuce



Fuente: Elaboración propia con datos del Siuce, 2024.

Gráfico 59. Registros por edad de las presuntas víctimas, según tipo de situaciones



Fuente: Elaboración propia con datos del Siuce, 2024.

De acuerdo con una revisión sistemática, que incluyó 42 estudios sobre acoso escolar en diferentes partes del mundo (266.888 sujetos), se encontró que la tasa media de victimización fue de 24,3 %. Entre los impactos importantes que este tipo de violencia generó en materia de salud mental se encontró que quienes habían sido víctimas tuvieron cinco veces más riesgo de depresión (OR= 5,30; IC95 %= 2,43–11,56), seis veces más riesgo de tener ideas suicidas (OR= 6,64; IC95 %= 4,14–10,64), cinco veces más riesgo de autolesiones (OR= 5,57; IC95 %= 2,11–16,00) y siete veces más riesgo de suicidio (OR= 7,82; IC95 %= 3,83–15,93). Tales hallazgos ponen de manifiesto la importancia de la prevención de este tipo de violencias como una de las estrategias para la prevención de eventos graves en salud mental en niños, niñas, adolescentes y jóvenes (Li, Martin-Moratinos, Bella-Fernandez, & Blasco-Fontecilla, 2022).

Por otra parte, en los ámbitos universitarios también se evidencian situaciones de acoso o violencia académica. Según un estudio realizado con internos de prácticas clínicas de Bogotá, el 90 % de estos se percibieron como víctimas de alguna conducta relacionada con acoso escolar; además, el 46,34 % manifestó que recibió este tipo de violencia durante los primeros semestre de carrera. Por sexo, se halló que el mayor porcentaje se dio en hombres (54,67 %) (Sánchez, y otros, 2016).

Así mismo, en una revisión sistemática que incluyó 68 estudios de varios países (82.349 encuestados) sobre acoso escolar en estudiantes de medicina, se encontró que las conductas más comunes de violencia incluían el abuso o castigo de la víctima mediante exceso de trabajo,

aislamiento, bloqueo del avance profesional y amenazas a la posición académica; de estas, el exceso de trabajo fue la más común (38,2 %), seguida por adjudicar a la víctima labores por debajo de su nivel de competencia (36,1 %) y retener información que afecta el desempeño (30,7 %). En cuanto al aislamiento, el método más común fue la exclusión social y profesional (29,1 %), mientras que en lo referente a quienes perpetúan los actos violentos, si bien los docentes son quienes en mayor porcentaje realizan los actos de acoso, también se reporta que estos ocurren por otros residente en niveles superiores y enfermería. Finalmente, en lo relacionado con el impacto psicológico de este acoso, los encuestados reportaron angustia psicológica, considerar abandonar los estudios y capacidad clínica reducida, así como que esto no solo los afectaba a ellos, sino también la seguridad de los pacientes que atendían (68 %) (Averbuch, Eliya, & Van Spall, 2021).

Desempeño del sistema de salud

En promedio, los países dedican menos del 2 % de su presupuesto de atención en salud a la salud mental; es más, según el *Atlas de salud mental de las Américas*, el promedio del gasto está en 1,8 % (OPS, 2023). Existe una correlación lineal directa entre los ingresos nacionales y el gasto público destinado a la salud mental como proporción del presupuesto total de salud. La OMS recomienda que los servicios de atención de salud física y mental se presten de manera integrada y que el porcentaje de gasto asignado a los servicios de salud mental sea proporcional al porcentaje de su carga atribuible (OMS, 2022).

En lo relacionado con países de ingresos medianos, como Colombia, entre el 40 % y el 70 % del gasto en salud mental sigue destinándose a los hospitales psiquiátricos. Aunque se ha reducido el número de camas psiquiátricas y se ha integrado más la salud mental en la atención primaria, la inversión en salud mental en la región continúa siendo insuficiente. La cobertura ambulatoria no ha aumentado lo esperado y persisten hospitales psiquiátricos “con muchas camas”, las cuales, paradójicamente, tampoco dan abasto para suplir el número de pacientes descompensados por dificultades al acceso temprano y oportuno, que



pudo haber prevenido una hospitalización al evitar la aparición y complicación de las crisis. Puesto que avanzar en el proceso de desinstitutionalización requiere una planificación que asegure que el desarrollo de estructuras alternativas preceda la disminución de camas de hospitalización de larga y mediana estadía y que se reorganice la hospitalización de corta estancia, es necesario intensificar los esfuerzos para trasladar los servicios a la comunidad e integrarlos mejor en la atención primaria en salud. Estos factores, junto con el aumento del número de profesionales y centros ambulatorios, son claves para mejorar la salud mental de las comunidades y las personas (OPS, 2020).

Cobertura de afiliación del SGSSS

Según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), alojada en el sistema Sispro, para diciembre del año 2023 el 98,93 % de la población del país estaba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de los cuales el 45,2 % pertenecía al régimen contributivo, el 50,4 % al subsidiado y el 4,2 % al especial, para un total de 51.861.331 de afiliados sobre una población proyectada por el DANE en el 2023 de 52.422.921 personas (BDUA, 2024).

Talento humano en salud mental

De acuerdo con el informe del *Atlas de salud mental para las Américas* (OPS, 2023), la mediana regional de trabajadores de salud mental (psicología, enfermería de salud mental, psiquiatría, trabajo social y otros trabajadores remunerados especializados en salud mental) es de 14,9 por



cada 100.000 habitantes, mientras que para la región de América del Sur es de 23,9 por 100.000 habitantes. La variación regional va desde 1 profesional en países de bajos ingresos, hasta 236 profesionales en el subgrupo de altos ingresos, como Estados Unidos y Canadá. Lo anterior refleja la existencia de una brecha en el acceso y tratamiento en salud mental, que hace que los más necesitados carezcan de acceso oportuno y eficaz a esta atención.

Esta mediana en el país es difícil de calcular, puesto que las bases de datos de información actuales no cuentan de forma desagregada con la cantidad de psicólogos que se dedica a la atención en salud, del mismo modo que no se conoce el número exacto de personal de enfermería dedicado exclusivamente a la atención de esta área en particular.

En conjunto para las Américas, los profesionales de la psicología representan el 44 % del personal de salud mental en la región; los profesionales de enfermería de salud mental, el 23 %; otros trabajadores especializados en salud mental, el 14 %; los profesionales de trabajo social, el 11 %, y los psiquiatras, escasamente el 7 % (OPS, 2023).

Psicología

Conforme a lo señalado en la Ley 1090 de 2006, la psicología “pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera al psicólogo también como un profesional de la salud”.

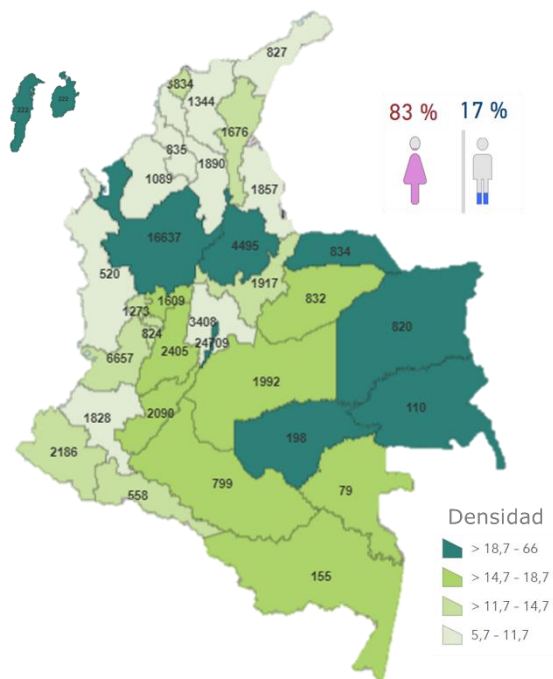
En Colombia, de acuerdo con los datos del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), para abril del año 2023 estaban enlistados 90.509 profesionales de psicología en el territorio nacional, para una



densidad de 173 por cada 100.000 habitantes, siendo el tercer país en Latinoamérica con mayor cantidad de profesionales en esta área, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE) (OECD/The World Bank, 2023). No obstante, no todos los profesionales de psicología se dedican al área de la salud ni a la atención clínica, por lo que este número sobrerrepresenta a los profesionales que realmente realizan atenciones en el área.

Por entidades territoriales, los departamentos con mayor densidad por cada 10.000 habitantes de psicólogos son Vichada, San Andrés, Arauca, Antioquia y Santander, y Bogotá, D.C., mientras que los territorios con menor densidad son Chocó, Bolívar, Sucre, La Guajira y Córdoba.

Gráfico 60. Densidad psicólogos(as) por departamento por 10.000 habitantes. Colombia, 2023



Fuente: Elaboración propia con datos del OTHS, consultado en julio del 2024.
El valor numérico dentro del departamento corresponde al número de profesionales.

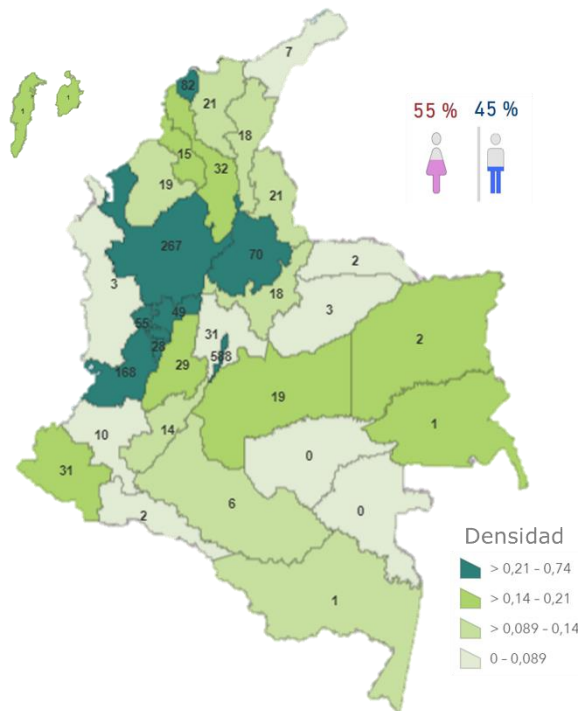
Psiquiatría

De acuerdo con los datos del OTHS, para el año 2023 el país contaba con 132.648 médicos, 27.327 de los cuales correspondían a médicos con alguna especialidad. Para el mismo año se habían registrado 1.613 médicos especialistas en psiquiatría, lo que corresponde a un 5,9 % de los especialistas del país; dentro de este grupo, 115 tienen la supraespecialidad en psiquiatría infantil, lo que equivale al 7 % de los psiquiatras (OTHS, s.f.).

Con este número de especialistas se tendría una densidad de 3,1 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. La media mundial de psiquiatras es de 1,7 por 100.000 habitantes, mientras que la reportada para las Américas corresponde a 1,9 psiquiatras por 100.000 habitantes (OMS, 2021). Sin embargo, para los países de ingresos medios este valor se encuentra en 3,4 por 100.00 habitantes Respecto de los psiquiatras infantiles, la densidad de estos en el país es 0,22 por cada 100.000 habitantes; según el *Atlas de salud mental*, para la región de las Américas la densidad es de 0,7 psiquiatras infantiles por cada 100.000 habitantes, por lo que Colombia se encuentra por debajo de la media regional (OPS, 2023).

En la distribución por departamentos, se evidencia que la mayor parte se encuentran localizados en las regiones más densamente pobladas; se agrupan sobre todo en las ciudades capitales, siendo escasos los psiquiatras encontrados en las regiones y territorios alejados. Los territorios con mayor densidad de psiquiatras son Bogotá, D.C., Risaralda, Quindío, Caldas y Antioquia, mientras que en otros departamentos el número de psiquiatras registrados es de cero; estos son Guaviare y Vaupés. Lo anterior deja en evidencia las grandes disparidades en acceso a especialistas en salud mental entre los territorios.

Gráfico 61. Densidad psiquiatras por departamento por 10.000 habitantes. Colombia, 2023



Fuente: Elaboración propia con datos del OTHS, consultado en julio del 2024.
El valor numérico dentro del departamento corresponde al número de profesionales.

Otros profesionales de la salud

Además de los profesionales en psicología y psiquiatría, otros profesionales brindan servicios que son necesarios en la atención complementaria de la salud mental; entre estos los más importantes son enfermería, terapia física, terapia ocupacional y fonoaudiología. Al igual que en el caso de psicología, el OTHS y los datos reportados en el Rethus no discriminan cuántos de estos prestan servicios en salud mental; sin embargo, para tener un panorama general de la disponibilidad de estos

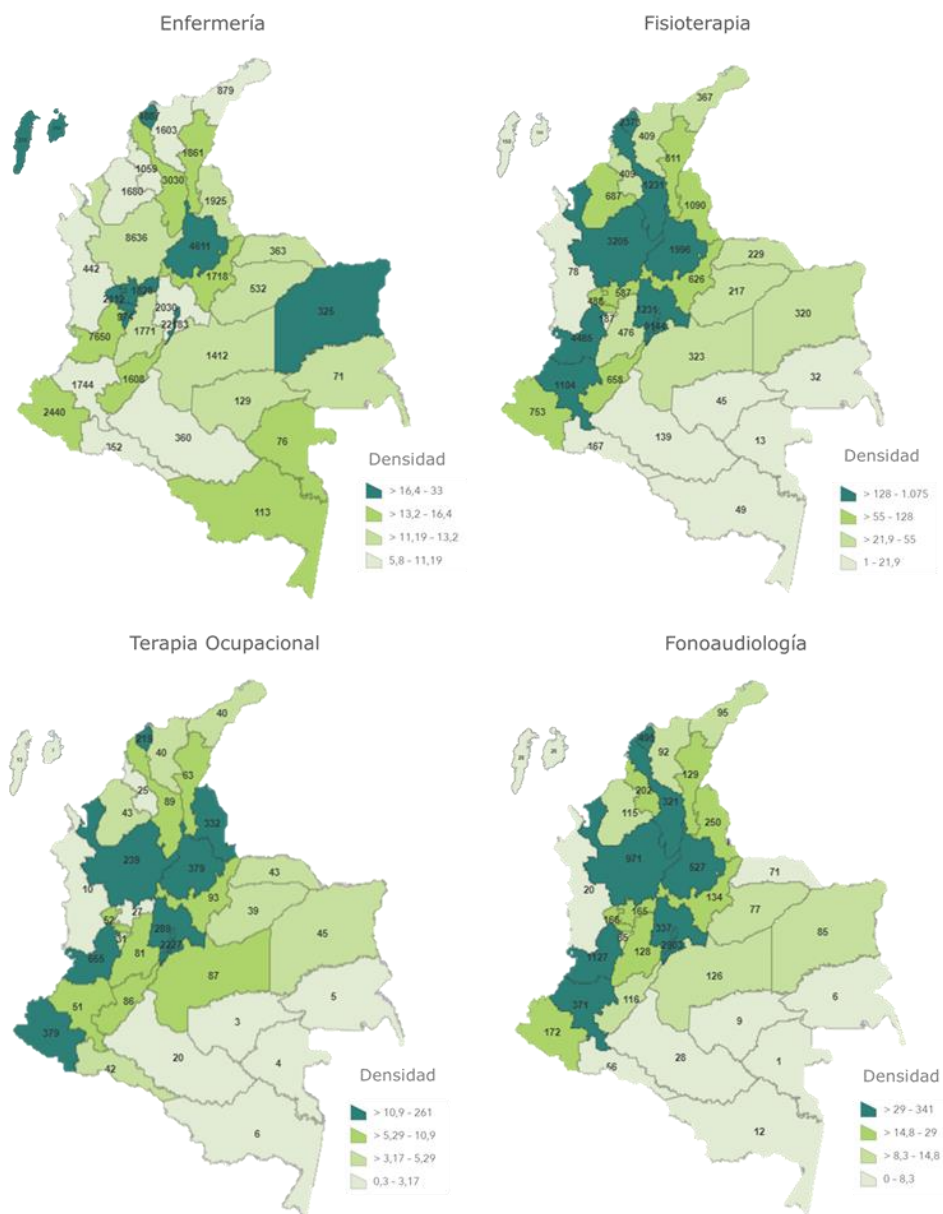
profesionales en los territorios, se calcularon las densidades para cada una de estas profesiones. Todos los datos corresponden a la consulta realizada al OTHS en julio del 2024.

El número de enfermeros registrados en el país para el 2023 era de 80.614, para una densidad de 15,4 por cada 10.000 habitantes. Por entidades territoriales, los departamentos con mayor densidad de enfermeros por cada 10.000 habitantes son Tolima, Risaralda, San Andrés, Quindío y Caldas, y los que menor densidad tienen son La Guajira, Putumayo, Vaupés y Vichada.

En cuanto a los profesionales en fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología, en el sistema OTHS se reportaron para el año 2023 un total de 34.079, 5.757 y 9.420 profesionales, respectivamente. En todos los casos, los territorios con mayor densidad de profesionales en estas áreas son Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico y Santander; por otro lado, al igual que en psiquiatría, hay territorios cuyas densidades son inferiores o iguales a 0,06 por cada 10.000 habitantes. Estos son Chocó, Amazonas, Guaviare, Guainía y Vaupés.

Estos datos reflejan que las inequidades de acceso no se dan solamente en los especialistas en psiquiatría, sino que para brindar una atención integral en estos territorios se requieren esfuerzos institucionales y por parte del Estado para contar con una mejor oferta en los territorios de la periferia del país.

Gráfico 62. Densidad de profesionales en enfermería, terapia física, terapia ocupacional y fonoaudiología, por departamento, por 10.000 habitantes. Colombia, 2023



Fuente: Elaboración propia con datos del OTHS, consultado en julio del 2024.
El valor numérico dentro del departamento corresponde al número de profesionales.

Infraestructura en salud mental

La Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013), a través de los artículos 13 y 14, establece las bases para una atención integral e integrada en salud mental en Colombia. De acuerdo con estos artículos, las entidades de salud deben garantizar la prestación de servicios conforme a las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social, enfocándose en la adecuación de recursos humanos y técnicos en todos los niveles de atención. Se define el acceso a los servicios de salud mental como el proceso para cubrir plenamente cualquier necesidad de atención, desde el diagnóstico hasta la promoción de la salud.

En la práctica, la atención se estructura en cuatro escenarios principales: consulta externa, internación parcial, internación total y urgencias. La atención hospitalaria se concentra mayormente en hospitales psiquiátricos, con una capacidad limitada de camas en hospitales generales. Los servicios de rehabilitación, incluidos los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, suelen ubicarse dentro de hospitales psiquiátricos o en instalaciones especializadas.

Internación (hospitalización)

Según las cifras del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), en el país existen actualmente 208 instituciones en el ámbito nacional que brindan el servicio de internación en salud mental para adultos, con un total ofrecido de 8.286 camas, 6.240 de las cuales son de la red privada y 2.046 pertenecen a la red pública. El 75 % de las camas corresponde a instituciones prestadoras de salud (IPS) privadas y

el 25 % restante pertenece a empresas sociales del Estado (ESE). Lo anterior da una tasa de 15,8 camas hospitalarias de salud mental por cada 100.000 habitantes, lo cual es ligeramente mayor que la media mundial, que está en 14,5, pero por debajo de la tasa de los países de ingresos medios, la cual está en 19,2 por 100.000 habitantes (OPS, 2023).

En las ciudades capitales se ofrecen el 68 % de la internación en salud mental en adultos (6.209 camas), mientras que las ciudades periféricas ofrecen únicamente el 32 % de estas (2.077 camas). Las cuatro principales capitales del país (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) reúnen 2.805 de las camas ofrecidas (34 %).

Si se examina por regiones del país, se encuentra que el 57 % de las camas se halla en la región Andina, el 24 % en la región Caribe, el 12 % en la región Pacífico, el 4 % en la región de la Orinoquia, el 3 % en la región de la Amazonia y apenas el 0,08 % en la región Insular.

Según la información del REPS en lo relacionado con la atención a menores de edad, existen 26 instituciones que brindan el servicio de internación en salud mental para niños, niñas y adolescentes, con un total de 387 camas. De estas, el 69 % corresponde a IPS privadas y el 31 % restante pertenece a ESE. Conforme a estos datos, la tasa es de 0,7 camas por 100.000 habitantes para menores de edad.

Las capitales de departamento ofrecen el 73 % de la internación en salud mental pediátrica, mientras que ciudades diferentes de las capitales ofrecen apenas el 27 % de estas. Tres de las principales capitales del país (Bogotá, Cali y Barranquilla) reúnen el 32 % del total de camas ofrecidas en el país.

Internación por consumo de SPA

De acuerdo también con los datos del REPS, hay actualmente 136 instituciones en el territorio nacional que brindan el servicio de internación en salud mental para el tratamiento de trastornos por consumo de SPA para adultos, con un total ofertado de 3.675 camas. El 91 % de las camas corresponde a IPS privadas y el 9 % restante, a ESE.

El 66 % de las camas para internación en salud mental de adultos destinadas al tratamiento de SPA están disponibles en las ciudades capitales, mientras que en las ciudades periféricas se encuentra el 34 % restante. Las cuatro principales capitales del país —Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla— concentran solo el 13,6 % de estas camas, un porcentaje notablemente bajo comparado con otras modalidades de internación.

Al examinar la distribución regional, la región Caribe dispone del 61 % de las camas, seguida por la región Andina con el 24 %. Las regiones Pacífico y Orinoquia albergan el 8 % y 6 %, respectivamente, mientras que la región de la Amazonia cuenta apenas con el 1 %. La región Insular no tiene camas asignadas. Es inusual que la región Caribe tenga más camas que la Andina, lo que refleja una distribución atípica en comparación con otras modalidades de internación en salud mental.

En cuanto a los menores de edad, hay 63 instituciones a escala nacional que brindan el servicio de internación en salud mental para tratamiento de SPA en niños, niñas y adolescentes, con un total de 914 camas ofrecidas; de estas, el 94 % corresponde a IPS privadas y el 6 % restante pertenece a ESE, según los registros del REPS.

En lo que respecta a la distribución geográfica, las capitales albergan el 72 % de estas camas (688 camas), mientras que las ciudades periféricas disponen del 28 % restante (226 camas). Sorprendentemente, apenas tres de las principales capitales (Bogotá, Cali y Barranquilla) cuentan con el 8 % (73 camas) del total de camas para internación de NNA para el manejo de SPA, un porcentaje inesperadamente bajo en comparación con otras modalidades de internación. Llama la atención el hecho de que Medellín no proporcione camas en esta categoría, relegando la oferta a sus ciudades periféricas.

Si se examina por regiones del país, el 62 % de las camas se halla en la región Caribe, el 20 % en la región Andina, el 7 % en la región Pacífico, el 5 % en la región de la Orinoquia, el 6 % en la región de la Amazonia, y no hay camas en la región Insular. En este ítem, la región Caribe dispone de más camas que la región Andina, lo cual es poco usual debido a la tendencia en otras modalidades de internación en salud mental.

Manejo ambulatorio por consumo de SPA

Existen 165 instituciones en el ámbito nacional que brindan el servicio de cuidado básico en consumo de SPA con modalidad ambulatoria; de estas, el 97 % de las camas corresponde a IPS privadas y el 3 % restante pertenece a ESE.

Las capitales ofrecen el 48 % del cuidado básico en consumo de sustancias psicoactivas, mientras que las ciudades periféricas disponen del 52 %. Tres de las principales capitales del país (Bogotá, Cali y Barranquilla) reúnen el 13 % de la oferta para cuidado básico en consumo

de sustancias psicoactivas, lo cual es un porcentaje más bajo que el esperado al compararlo con modalidades de internación. Llama la atención que Medellín no ofrece directamente instituciones de cuidado básico en consumo de sustancias psicoactivas.

Si se examina por regiones del país, se encuentra que el 46 % de las instituciones están aglomeradas en la región Caribe, el 33 % en la región Andina, el 15 % en la región Pacífico, el 5 % en la región de la Orinoquia, el 1 % en la región de la Amazonia, y no hay instituciones de cuidado básico en consumo de sustancias psicoactivas en la región Insular.

Hospitalización parcial

La hospitalización parcial hace referencia a hospitales o clínicas día, modalidad intermedia entre la consulta externa y la hospitalización total, en la que el paciente no pernocta en la institución, pero acude a diario a que le hagan terapias e intervenciones tanto individualmente como en grupo. Según los registros del REPS, existen 185 instituciones en el territorio nacional que brindan el servicio de hospitalización parcial, 61 de las cuales son de la red privada, 23 pertenecen a la red pública y 1 es de carácter mixto. Las capitales departamentales ofrecen el 61 % de los servicios de hospitalización parcial, mientras que las ciudades periféricas ponen a disposición de los pacientes el 39 %. Cuatro de las principales capitales del país (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) reúnen el 20 % de la oferta.

Consultas en salud mental

Psiquiatría

De acuerdo con los registros del REPS, hay 1.542 instituciones nacionales que prestan el servicio de consulta externa por psiquiatría; del total de estas instituciones, 1.320 son de red privada, 220 pertenecen a red pública y 2 son entidades mixtas. Las capitales departamentales ofrecen el 63 % de los servicios, mientras que las ciudades periféricas tienen a disposición el 37 %. Cuatro de las principales capitales del país (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) reúnen el 30 % de la oferta para consulta externa por psiquiatría. El 48 % se halla en la región Andina, el 32 % está en la región Caribe, el 14 % se encuentra en la región Pacífico, el 4 % en la región de la Orinoquia, el 2 % en la región de la Amazonia, en tanto que en la región Insular se registran 2 instituciones, que representan el 0,1 %.

En la región Andina, la oferta más grande de consulta externa por psiquiatría se presenta en la ciudad de Bogotá, D.C. y el departamento de Antioquia. La sumatoria de los ocho departamentos restantes no alcanza a igualar lo que ofrecen estos dos territorios. En la región de la Amazonia, la oferta más grande de consulta externa por psiquiatría la tiene el departamento del Caquetá, y su capital, Florencia, es la que sirve como centro de referencia del resto de la región. Llama la atención que aparezcan ofertas de consulta externa en departamentos como Guainía, Vaupés, Guaviare y Amazonia, debido a que el registro del Sispro no muestra psiquiatras registrados en esas zonas geográficas.

Psicología

Según los registros del REPS, hay 6.928 instituciones en el territorio nacional que brindan el servicio de consulta externa por psicología; de estas, 5.570 (80 %) son de la red privada, 1.310 (19 %) pertenecen a la red pública y 41 (1 %) son entidades de carácter mixto. Las capitales departamentales ofrecen el 55 % (3.779 unidades) de los servicios de consulta externa por psicología, porcentaje que en las ciudades periféricas baja al 45 % (3.139 unidades). La región Andina alberga la mayor disponibilidad de centros de psicología por consulta externa, con 3.073 centros de atención.

Neurología

De acuerdo con los registros del REPS, hay 1.230 instituciones a escala nacional que prestan el servicio de consulta externa por neurología, 1.123 de las cuales son de la red privada, 107 pertenecen a la red pública y 3 son de carácter mixto, por lo que el 91 % de las instituciones son privadas, el 9 % corresponden a empresas sociales del Estado y un 0,5 % son mixtas. Las capitales departamentales ofrecen el 68 % (836 unidades) de los servicios de consulta externa por neurología, mientras que las ciudades periféricas ofrecen el 32 % (394 unidades).

En cuanto a neurología pediátrica, hay 519 instituciones en el ámbito nacional que brindan el servicio de consulta externa por neurología pediátrica; de estas, el 93 % (483 unidades) forman parte de la red privada y el 7 % (36) pertenecen a la red pública. Las capitales departamentales ofrecen el 72 % de estos servicios y las ciudades

periféricas, el 28 %. Llama la atención la gran cantidad de centros que ofrecen esta especialidad médica, sobre todo si se toma en cuenta que, según el Sispro, para el 2022 solo había 160 profesionales registrados. La región con mayor número de entidades de ese tipo es la Caribe, en particular departamentos como Sucre y Córdoba, que tienen el mismo número de instituciones de esta clase que la capital del país.

Disponibilidad y acceso a servicios de salud mental

Para representar la disponibilidad de servicios de salud mental en el país, se creó un indicador que pondera la disponibilidad de IPS con internación de adultos (10 %), IPS con internación para menores de edad (10 %), IPS con internación parcial (15 %), la oferta de consulta externa de psiquiatría (20 %) y psicología (20 %), y la densidad de psiquiatras por 100.000 habitantes (25 %). No se consideró la densidad de psicólogos debido a que no se cuenta con el dato de cuántos de estos se dedican a la atención clínica. La distribución por departamentos se presenta a continuación.

La disponibilidad de servicios de salud mental muestra las inequidades en acceso que hay, especialmente en la región de la Amazonia, la región Insular y Putumayo, y cómo gran parte de estos servicios se concentran en Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Bolívar, Santander y Bogotá, D.C.

preguntas, se abordaron desde datos de identificación hasta aspectos descriptivos y cualitativos sobre recursos físicos, talento humano y la percepción sobre la prestación y dificultades de los servicios.

Los resultados revelaron que una de las principales preocupaciones reportadas es la insuficiencia de talento humano para atender la demanda de los usuarios, atribuida a la escasez de profesionales en el territorio y a limitaciones presupuestarias para contrataciones. Debido a esta situación hay equipos de trabajo incompletos, lo que reduce la eficiencia e incrementa la carga laboral, además de que puede llevar al agotamiento del personal. Adicionalmente, se destacó la deficiente planificación en la contratación de personal que apoye la rehabilitación y reinserción psicosocial de pacientes, así como la falta de claridad en los programas de promoción y prevención, al igual que la insuficiente articulación entre los niveles de complejidad del sistema de salud. Estos factores, según los encuestados, frustran los esfuerzos de intervención temprana y exacerbación de problemas de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Acceso a medicamentos en salud mental

La Resolución 2366 de 2023, por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la unidad de pago por capitación (UPC), en su última versión, muestra que el Plan de Beneficios en Salud ha crecido a lo largo de los últimos cinco años, en cuanto a los medicamentos de psiquiatría y neurología. Un gran número de moléculas terapéuticas están cobijadas dentro del plan, por lo cual se

dejan de requerir mecanismos de autorización adicional, disminuyendo así, en teoría, las brechas de atención; no obstante, faltan algunos fármacos que, por lo nuevos, no se encuentran en el país, y otros que ya cuentan con aprobación de agencias internacionales de medicamentos, pero que aún están en proceso de recolección de peso epidemiológico de efectividad y seguridad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Por otra parte, la actualización del Plan Obligatorio de Salud, con el ingreso de medicamentos psiquiátricos, se ha constituido a su vez en un nuevo absurdo por la escasez de los medicamentos en las farmacias, la demora para su autorización, la restricción a unos diagnósticos específicos aprobados por el Instituto Nacional de Alimentos y Medicamentos (Invima) y el afán de algunos médicos de asignar ciertos diagnósticos para garantizar la entrega de los medicamentos, lo cual se traduce en un falso incremento de la prevalencia e incidencia de trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y retraso mental.

Al comparar esto con el 2018, las dificultades para acceder a los tratamientos adecuados desde el punto de vista farmacológico residen en otros puntos álgidos, como la red de entrega y distribución de medicamentos, más que en la aprobación de estos; por ejemplo, la disponibilidad de toda la malla de medicamentos es más accesible en áreas urbanas grandes; en ciudades intermedias y pequeñas, o en áreas rurales, es compleja la entrega oportuna de los medicamentos, incluso la de aquellos medicamentos de uso básico por medicina general para su utilización en salud mental, generando en muchas ocasiones que los tratamientos no sean entregados o que los usuarios tengan que

desplazarse lejos de su origen para poder acceder a estos (Restrepo-Bernal, 2018).

En los últimos meses del año pasado y comienzos de este año, han cobrado relevancia los problemas existentes frente al abastecimiento de medicamentos en general y de los de salud mental en particular, situación que han visibilizado las agremiaciones científicas de psiquiatría y neurología (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2024); después de la aparición de estos documentos, la noticia tuvo una gran difusión en medios. Si bien hay una escasez general de medicamentos para todo tipo de patologías, las medicinas de tratamientos psiquiátricos evitan un colapso en los servicios de salud mental y mejoran la calidad de vida de los pacientes. Pero Colombia no está sola en esta situación; la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) reconoció hace 18 meses que en ese país hay un desabastecimiento de estimulantes para el manejo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La razón que se da en el país del norte es un aumento en la demanda y fallas en el proceso de fabricación. Algo similar ocurre en Colombia, debido al desabastecimiento de algunas materias primas a escala mundial, hasta las dificultades en trámites administrativos para la renovación de licencias. Algunas determinaciones en los últimos años han generado conflictos de intereses entre las compañías farmacéuticas y el Gobierno.

Con la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud), se habilitó al Gobierno nacional para que intervenga el mercado farmacéutico nacional, y se garantice el acceso a los medicamentos a la población, en el entendido de que la libre competencia no es un derecho absoluto, sino

que encuentra límites en el bien común y debe ejercerse en armonía con las finalidades sociales del Estado. Esto ha generado que las compañías farmacéuticas importen menos cantidad o discontinúen algunas líneas de medicamentos al considerar menos lucrativa la ganancia actual.

La Asociación Colombiana de Psiquiatría realizó este año una encuesta de escasez de medicamentos por regiones. Un total de 78 médicos psiquiatras, pertenecientes a las 5 regiones del país, respondieron la encuesta. Se encuentran coincidencias en las regiones, pero se destaca el desabastecimiento de moléculas como metilfenidato, lisdenxtroantamina, venlafaxina, desvenlafaxina, clozapina, olanzapina, risperidona, aripiprazol, quetiapina, atomoxetina, pregabalina y mirtazapina.

En el caso de los tratamientos de salud mental, la escasez es particularmente problemática por dos factores: el primero tiene que ver con el hecho de que estos medicamentos, si se dejan de tomar de manera repentina, producen recaídas o el empeoramiento de situaciones que ponen en riesgo la vida de las personas. El segundo es que una de las principales razones para que los tratamientos en salud mental fracasen es la falta de adherencia a los medicamentos. De la encuesta se extraen recomendaciones como las siguientes: 1) Optimizar el seguimiento y la exigencia a las casas farmacéuticas en cuanto a su información; 2) Incluir medicamentos que no están en el registro de Invima; 3) Acudir a la Superintendencia de Salud y procuradurías delegadas para la vigilancia de las EAPB que no suministran el medicamento, a pesar de tener existencias, o que la niegan por razones financieras.

Acceso a servicios de salud mental

Para facilitar el acceso a los servicios de salud mental no solo se requieren facilidades propias y espacios adecuados de atención, sino también la eliminación de barreras actitudinales, estructurales, financieras y de conocimiento. Las creencias negativas sobre el sistema de salud, la mala interpretación de los tratamientos, la baja percepción de la necesidad de ayuda, la distancia geográfica, la falta de personal capacitado, las dificultades económicas y las rutas de atención confusas y desarticuladas con la atención primaria son obstáculos importantes, que reducen notablemente el acceso de la población a la salud mental. La falta de acceso adecuado a estos servicios no solo aumenta los costos de la prestación de servicios, sino que también empeora los indicadores de calidad para las personas con enfermedades mentales y sus familias, incrementando complicaciones en la salud mental y el riesgo de suicidio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En la ENSM 2015, se midió el acceso a la salud mental en las diferentes etapas del curso de vida. En los menores entre 7 y 11 años se encontró que el 55,4 % requirieron atención en salud mental durante el año anterior a la encuesta, pero de estos, solo el 48,1 % la solicitó, y se halló que de quienes la solicitaron, el 92,7 % pudo acceder a esta. Quienes no buscaron ayuda, en su mayoría (55,3 %) fue porque no lo consideraba necesario.

En el caso de los adolescentes encuestados (12 a 17 años), el 35,2 % buscó atención en salud mental durante el último año y la recibieron el 88,5 % de las veces. En los adultos entre 18 y 44 años, el 36,1 % reportó



requerir atención en salud mental en el último año, pero de estos, solo el 38,5 % solicitó la atención, y de este porcentaje, el 94 % pudo acceder a la atención.

Finalmente, en los mayores de 45 años se encontró que el 35,6 % refirió requerir atención en el último año; de los que pidieron atención, el 34,3 % la solicitó y de estos el 79,4 % pudo acceder a ella (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Se puede evidenciar, de acuerdo con los resultados, que un problema importante en el acceso a la salud mental en el país tiene que ver con las creencias y actitudes frente a los profesionales de la salud mental y los estigmas asociados a quienes la solicitan, que llevan a muchas personas a no buscar atención, pese a considerar que la requieren.

Perfil epidemiológico de salud mental

Para llevar a cabo los siguientes análisis, se tomaron datos extraídos de múltiples fuentes del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro), incluidos los sistemas de vigilancia y las fuentes poblacionales e institucionales. Se han considerado indicadores de las principales fuentes oficiales del país, como las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), las estadísticas vitales (EEVV) y el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila).

La consulta de los datos se realizó a corte de octubre del 2024. En cada uno de los desenlaces en salud evaluados se especifican los códigos diagnósticos consultados. En todos los casos, se filtró por número de personas atendidas.

Eventos relacionados con la salud mental

Trastornos depresivos

Se incluyeron los episodios y trastornos depresivos recurrentes leves, moderados y graves, con síntomas psicóticos o sin ellos, los episodios y trastornos depresivos recurrentes no especificados, y los otros episodios o trastornos depresivos recurrentes no especificados. Códigos CIE-10: F320 a F323, F328 a F334, F338 y F339. La edad se filtró de 5 años en adelante.

La prevalencia de los trastornos depresivos entre 2019 y 2023 muestra un comportamiento variable, con una reducción general en los últimos cinco años. La tasa nacional varió de 542,8 casos por 100.000 habitantes a 474,1.

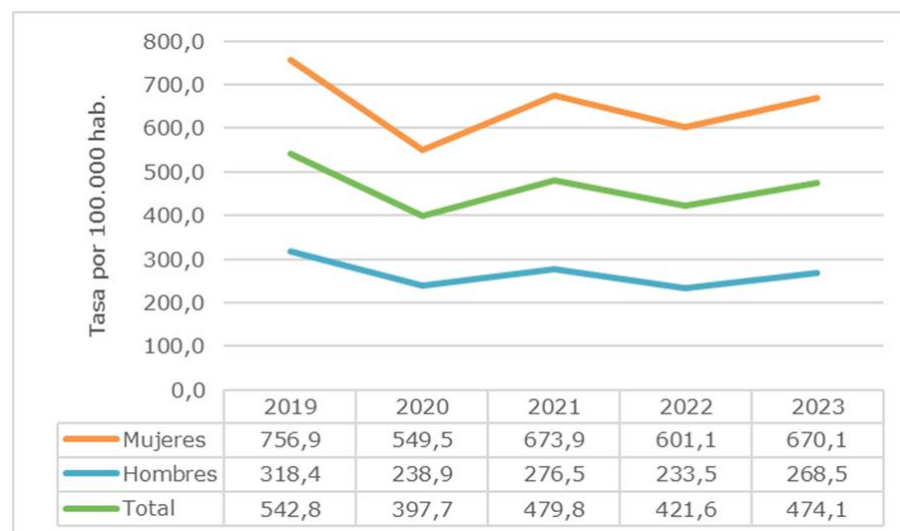
Como puede observarse en el gráfico, a lo largo de los años el sexo femenino mantiene una prevalencia que supera consistentemente a la de los hombres. Durante el periodo 2019-2023, se registraron 1.186.547 pacientes con diagnóstico de depresión, de los cuales el 72 % fueron mujeres.

Al ajustar por variables sociodemográficas, se encontró que las mujeres tienen más del doble de riesgo ($IRR = 2,30$; $IC95 \% = 2,23-2,36$). Este hallazgo puede reflejar diferencias en las condiciones socioculturales que impactan en forma diferencial a ambos sexos, lo que podría producir más cuadros depresivos en las mujeres.

A lo largo del quinquenio se presentó una disminución en la prevalencia, con una reducción notable en 2020 debido a las condiciones de acceso a la salud derivadas del confinamiento por covid-19, y un incremento

marcado en las mujeres en 2021, que puede reflejar factores socioeconómicos y de estrés asociados a este grupo durante el pico de la pandemia.

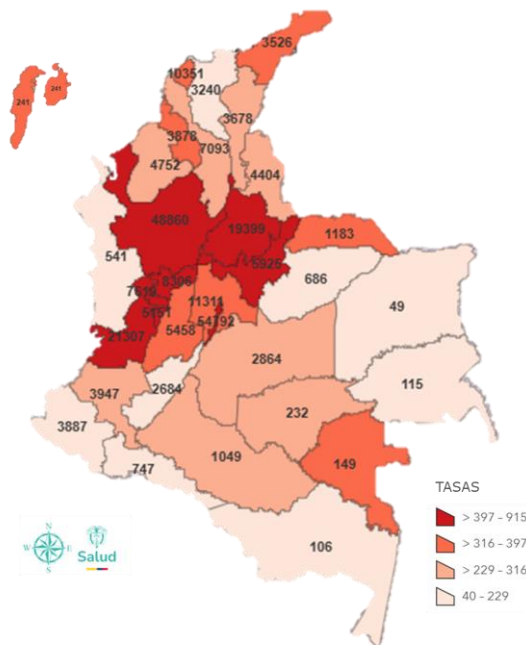
Gráfico 64. Prevalencia de trastornos depresivos, por sexo.
Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.
Códigos CIE-10: F320-323, F328-F334, F338-F339.

Al revisar las tendencias en los departamentos se encontró que aquellos con las tasas más altas durante el periodo y que superan la tasa nacional son Quindío, Santander, Caldas, Risaralda, Antioquia y Bogotá, D.C. Si bien algunos de estos han logrado reducir la prevalencia, aún se mantienen en el cuartil más alto. Llamen la atención especialmente Santander y Bogotá, que muestran un incremento en los últimos años.

Gráfico 65. Tasa trastornos depresivos, por departamento. Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F320-F323, F328-F334, F338-F339.

Respecto a la zona de residencia, se encontró que la gran mayoría de los diagnósticos (91,3 %) se dieron en las cabeceras municipales. Al ajustar por otras variables sociodemográficas, se observa que las personas que viven en cabeceras municipales tienen más del doble de riesgo en comparación con quienes residen en áreas rurales (IRR = 2,63; IC95 % = 2,56-2,70).

Gráfico 66. Tendencias tasa trastornos depresivos, por departamento.
Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Quindío	1188	958	1081	1093	915	
Santander	617	563	631	732	823	
Caldas	986	645	805	962	798	
Risaralda	817	642	765	704	784	
Antioquia	1228	783	1055	492	713	
Bogotá, D.C.	596	476	537	545	693	
Colombia	543	398	480	422	474	
Valle del Cauca	540	448	517	474	459	
Boyacá	367	305	370	504	456	
Tolima	449	329	363	433	397	
Sucre	201	151	232	363	390	
San Andrés	120	210	201	405	387	
Arauca	252	172	305	317	378	
Atlántico	484	307	353	379	369	
La Guajira	136	108	190	225	340	
Cundinamarca	312	230	285	292	328	
Vaupés	162	93	83	180	319	
Bolívar	266	202	244	391	316	
Cesar	273	175	181	251	268	
Norte de Santander	255	205	230	195	260	
Meta	303	244	287	280	253	
Cauca	214	174	218	215	253	
Córdoba	207	169	176	292	250	
Caquetá	314	265	284	283	247	
Guaviare	177	183	189	253	238	
Nariño	649	452	431	198	229	
Huila	225	172	225	216	228	
Magdalena	124	113	154	183	217	
Guainía	117	81	67	118	203	
Putumayo	430	327	454	156	195	
Casanare	371	189	316	248	147	
Amazonas	93	112	91	179	125	
Chocó	82	53	59	88	91	
Vichada	58	36	51	61	40	

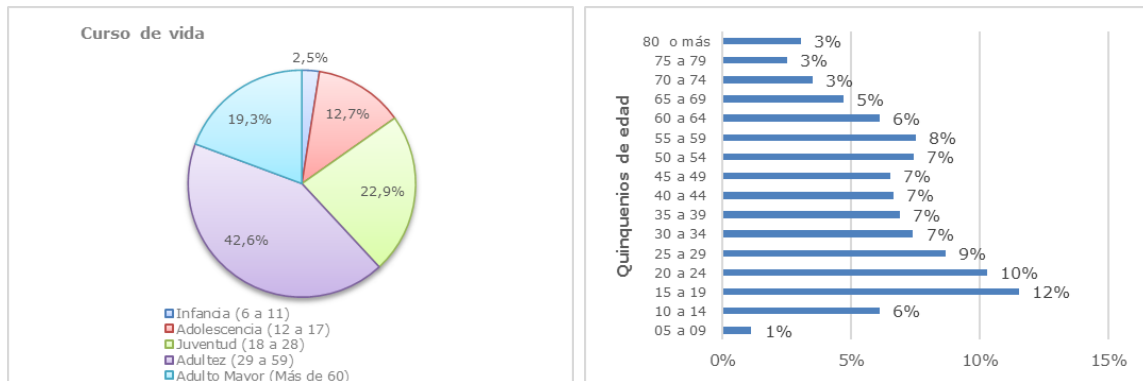
* Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F320-F323, F328-F334, F338-F339.

El análisis por curso de vida muestra que, en el periodo estudiado, los adultos tuvieron el mayor porcentaje de casos (42,6 %), seguidos por los jóvenes (22,9 %); por quinquenios de edad, se halló que el mayor porcentaje de casos estuvo entre los 15 y 29 años (31 %).

Gráfico 67. Porcentaje de trastornos depresivos, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F320-F323, F328-F334, F338-F339.

En cuanto a las tasas por edad, estas han mostrado variaciones a lo largo del periodo. Los grupos entre 10 y 29 años han presentado un incremento en la prevalencia en los últimos años; el grupo de 15 a 19 años, registró la tasa más alta de trastornos depresivos en el 2023, con 784 personas por cada 100.000 habitantes; es importante considerar a la población de 75 años o más, quienes también se encuentran en el cuartil más alto con tasas superiores a los 630 casos por cada 100.000 habitantes.

Al controlar por variables sociodemográficas, se evidencia que las personas en las franjas más jóvenes, específicamente de 15 a 19 años, y los más adultos, específicamente entre 75 y 79 años, y los mayores de 80, tienen los riesgos más altos, con una probabilidad nueve veces mayor de presentar depresión, en comparación con el grupo de referencia de 5 a 9 años (IRR = 9,81; IRR = 9,08; IRR = 9,21, respectivamente; $p <$

0,001). Este resultado subraya la necesidad de enfocar recursos y programas de prevención en los jóvenes y las personas mayores, quienes enfrentan desafíos significativos relacionados con el ciclo de vida que pueden afectar en mayor medida sus estados de ánimo.

Gráfico 68. Tendencia tasa trastornos depresivos, por quinquenios.
Colombia, 2019-2023

Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
05 a 09	99	53	54	48	83	
10 a 14	400	239	346	423	413	
15 a 19	628	480	698	740	784	
20 a 24	548	451	603	561	644	
25 a 29	498	389	515	449	514	
30 a 34	512	377	470	388	454	
35 a 39	548	399	462	369	441	
40 a 44	592	425	492	381	474	
45 a 49	689	478	519	411	497	
50 a 54	832	580	625	486	559	
55 a 59	901	640	695	533	588	
60 a 64	842	623	667	533	586	
65 a 69	844	608	656	540	581	
70 a 74	851	614	673	566	602	
75 a 79	926	669	712	604	634	
80 o más	826	654	719	647	639	

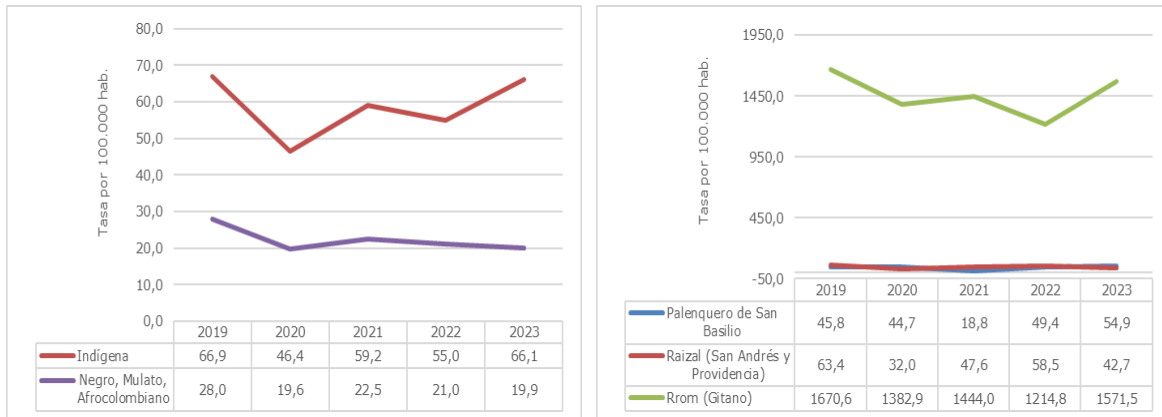
* 2023 datos preliminares. Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F320-323, F328-F334, F338-F339.

Finalmente, se calcularon las tasas de trastornos depresivos en comunidades étnicas. Se encontró la tasa más alta en la población Rrom (1.670,6 por cada 100.000 habitantes); sin embargo, debido al reducido tamaño de esta población, la aparición de pocos casos puede influir de manera desproporcionada en la tasa, generando un incremento notable. En el resto de las comunidades las mayores tasas de forma sostenida las ha presentado la comunidad indígena, quienes para el 2023 presentaron una tasa de 66,1 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 69. Tendencia tasas trastornos depresivos, por grupo étnico.
Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F320-F323, F328-F334, F338-F339.

En este análisis de la prevalencia de episodios depresivos en Colombia en los últimos cinco años se destacan varias dimensiones críticas que se deben abordar para mejorar la respuesta de salud pública frente a esta condición. La tendencia a la disminución general observada entre el 2020 y el 2022 debe interpretarse con cautela, dada la influencia de factores externos como la pandemia de covid-19, que afectaron temporalmente el acceso a los servicios de salud.

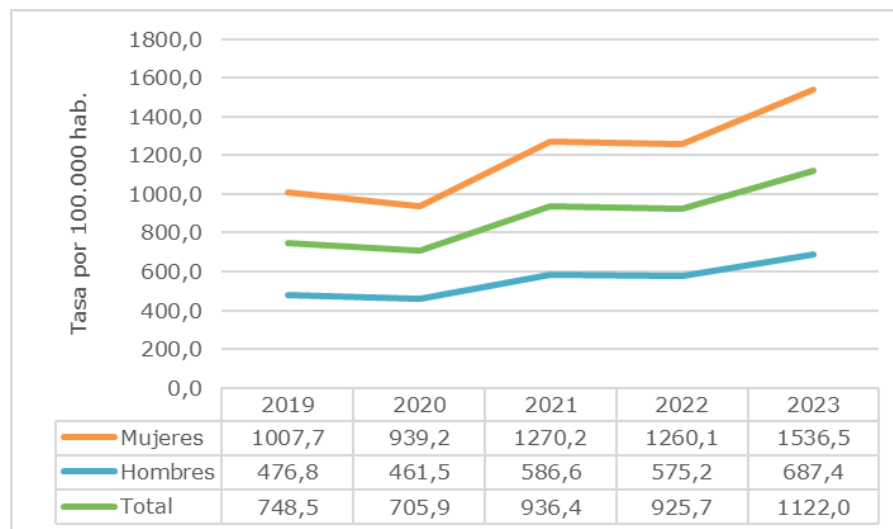
Es fundamental continuar monitoreando estas tendencias para entender mejor los impactos a largo plazo de la pandemia en la salud mental; además de esto, se debe prestar especial atención al aumento de las tasas en las comunidades indígenas.

Trastornos de ansiedad

Se incluyeron los diagnósticos de fobias, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto de ansiedad y depresión y otros trastornos de ansiedad no especificados. Códigos CIE-10: F400 a F402, F408 a F413, F418 y F419. La edad se filtró de 5 años en adelante.

La prevalencia total muestra un incremento durante el último quinquenio, posiblemente influenciada por factores estresantes externos como la pandemia de covid-19, que sumado a los conflictos nacionales e internacionales y las crisis económicas, han tenido un impacto profundo en la salud mental global.

Gráfico 70. Prevalencia trastorno de ansiedad, por sexo. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F400-F402, F408-F413, F418-F419.

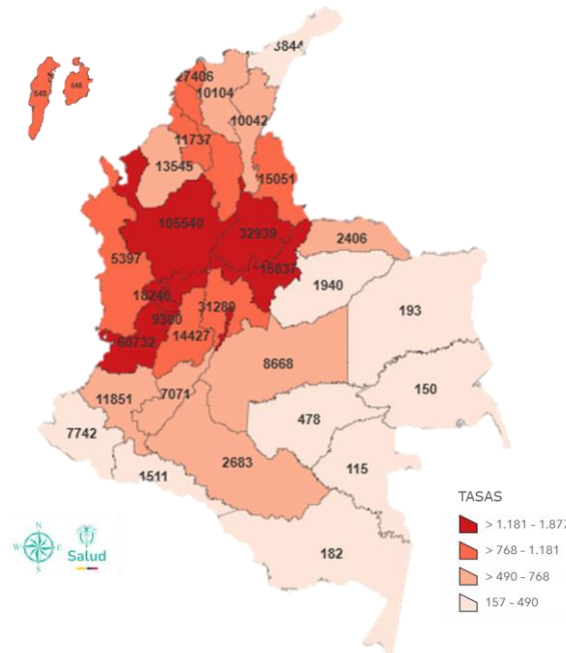
La tasa nacional mostró una variación de 748,5 casos por 100.000 habitantes a 1122,0. A lo largo del periodo, las mujeres han mostrado consistentemente mayor prevalencia en comparación con los hombres; del total de 2.281.871 diagnósticos de trastorno de ansiedad en el periodo, el 69 % se realizaron a mujeres.

Al ajustar por variables sociodemográficas, se encontró que las mujeres tienen el doble de riesgo de padecer esta condición ($IRR = 2,02$; $IC95 \%: 1,98-2,06$). Este patrón sugiere que las mujeres pueden enfrentar condiciones socioculturales, económicas o cargas extras, como la doble o triple jornada, que las hacen más propensas a sufrir ansiedad.

Las tendencias en el interior de los departamentos muestran que en Risaralda, Quindío, Antioquia, Bogotá, D.C., Caldas, Santander, Valle del Cauca, Boyacá y Sucre, todos ubicados en el cuartil más alto y con prevalencias superiores a la tasa nacional, ha habido incrementos importantes en los últimos años.

Este aumento, observado en casi todos los departamentos, puede estar estrechamente relacionado con los desafíos vividos durante la pandemia y la crisis económica global, que impacta la economía nacional y, adicionalmente, puede incrementar la ansiedad, dada la incertidumbre frente al futuro.

Gráfico 71. Tasa trastornos de ansiedad, por departamento. Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F400-F402, F408-F413, F418-F419.

Por zona de residencia, el porcentaje fue mucho más alto en las cabeceras municipales (91 %); al ajustar por las demás variables, se encontró que en las cabeceras municipales el riesgo fue de más del doble en comparación con las zonas rurales (IRR = 2,78; IC95 %: 2,72-2,84).

Gráfico 72. Tendencia tasa trastorno de ansiedad, por departamento.
Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Risaralda	1212	1295	1666	1686	1877	
Quindío	1142	1184	1518	1513	1652	
Antioquia	1299	1004	1331	948	1541	
Bogotá, D.C.	918	941	1192	1146	1534	
Caldas	1257	1173	1447	1431	1513	
Santander	740	820	1114	1192	1397	
Valle del Cauca	800	798	1198	1193	1309	
Boyacá	637	625	808	1060	1219	
Sucre	418	428	659	930	1181	
Colombia	748	706	936	926	1122	
Tolima	722	751	934	1045	1050	
Atlántico	647	598	838	1011	978	
Cundinamarca	577	547	735	696	908	
Chocó	121	108	199	839	907	
Norte de Santander	529	590	755	766	887	
San Andrés	206	446	600	927	880	
Bolívar	442	440	653	935	794	
Arauca	369	409	587	724	768	
Meta	483	474	615	676	767	
Cauca	417	367	552	591	761	
Cesar	559	481	549	674	731	
Córdoba	301	325	447	680	713	
Magdalena	337	367	418	549	675	
Caquetá	320	305	459	630	631	
Huila	520	536	767	632	600	
Guaviare	228	305	306	377	490	
Nariño	899	754	817	396	456	
Casanare	395	268	514	515	415	
Putumayo	483	432	475	346	394	
La Guajira	219	205	304	352	370	
Guainía	172	138	183	167	265	
Vaupés	82	72	74	239	246	
Amazonas	186	169	133	264	214	
Vichada	111	122	105	158	157	

*Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

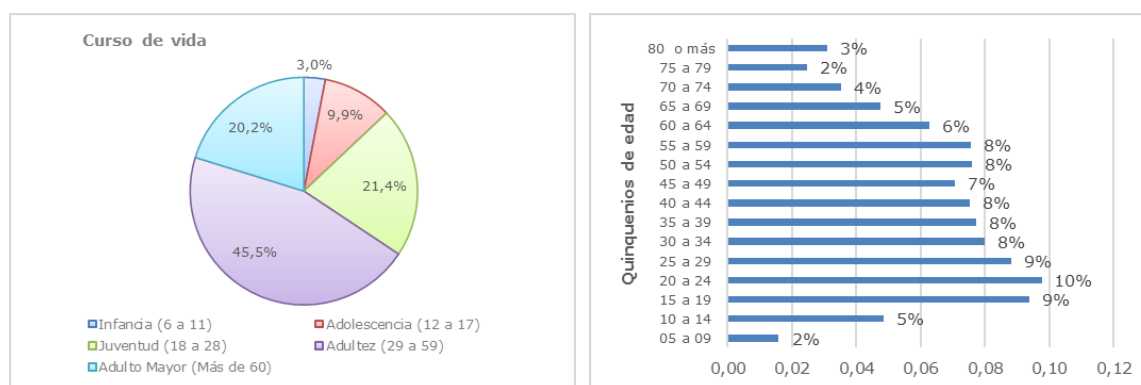
Códigos CIE-10: F400-F402, F408-F413, F418-F419.

Al considerar las etapas del curso de vida, en la adultez fue donde se presentó el mayor porcentaje (45,5 %), al desagregar por quinquenios, los grupos de edad entre los 15 a 29 años presentan los porcentajes más altos de personas con diagnóstico de ansiedad (28 %).

En cuanto a las tendencias por edad, el grupo entre 15 y 29 años ha tenido un incremento sustancial en la tasa de ansiedad desde 2021 en adelante, aumento que también se hace evidente, aunque no en forma tan marcada, en quienes están entre 30 y 49 años. Las personas de 50

años o más muestran las tasas sostenidas más altas durante el periodo, con un pico notable en 2021 en casi todos los grupos.

Gráfico 73. Porcentaje trastorno de ansiedad, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F400-F402, F408-F413, F418-F419.

Al controlar por variables sociodemográficas, y comparados con los menores de 5 a 9 años, quienes tienen entre 50 y 54 años corren 6 veces más riesgo de tener un diagnóstico de trastorno de ansiedad (IRR = 6,01; IC95 %: 5,48-6,59), lo que se mantiene en niveles similares hasta el grupo de 80 o más años. Y quienes se están entre 15 y 19 años y 20 y 24 años tienen 5 veces más riesgo (IRR = 5,64; IC95 %: 5,11-6,23 y IRR = 5,25; IC95 %: 4,79-5,76, respectivamente) comparados con este mismo grupo.

Gráfico 74. Tendencia tasa de trastornos de ansiedad, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

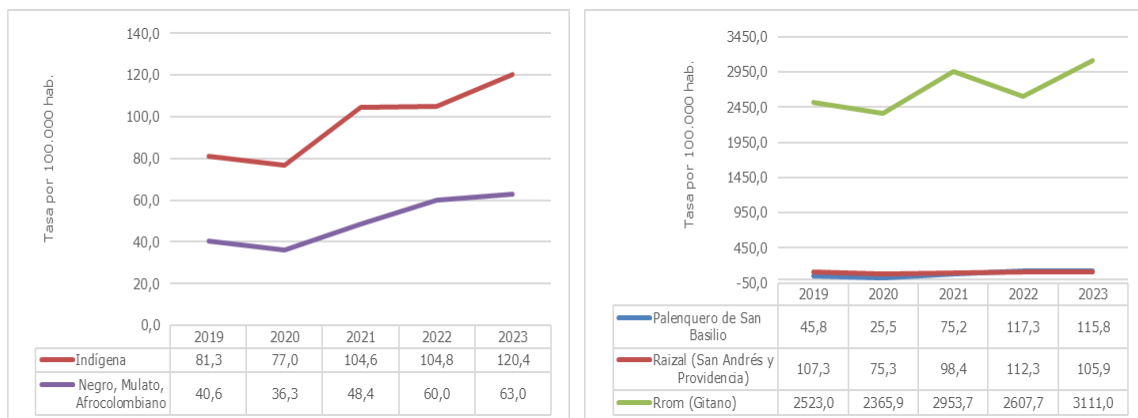
Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
05 a 09	195	128	162	176	259	
10 a 14	451	316	514	695	794	
15 a 19	721	637	1015	1280	1569	
20 a 24	760	726	1068	1098	1468	
25 a 29	741	688	972	959	1257	
30 a 34	782	699	956	927	1170	
35 a 39	855	766	1002	952	1177	
40 a 44	908	834	1089	1016	1260	
45 a 49	987	909	1145	1055	1290	
50 a 54	1114	1051	1311	1189	1377	
55 a 59	1191	1148	1419	1277	1418	
60 a 64	1136	1155	1390	1263	1408	
65 a 69	1113	1150	1352	1241	1380	
70 a 74	1117	1205	1408	1248	1386	
75 a 79	1190	1285	1470	1276	1382	
80 o más	1132	1373	1576	1349	1361	

Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F400-F402, F408-F413, F418-F419.

Gráfico 75. Tendencia tasas trastornos de ansiedad, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F400-F402, F408-F413, F418-F419.

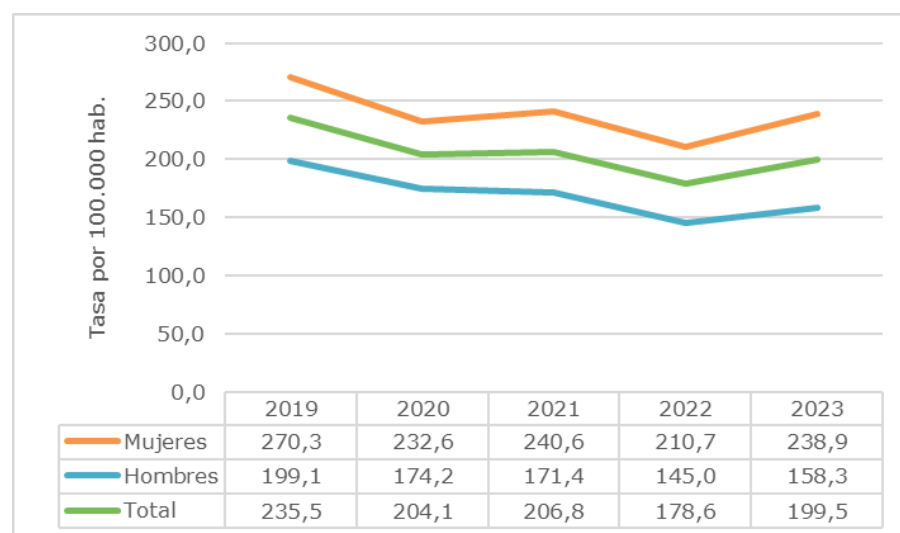
Finalmente, los tasas de trastornos de ansiedad en comunidades étnicas en los últimos años muestran un predominio en los pueblos

indígenas y Rrom durante todo el periodo, este último influenciado por el impacto que el tamaño reducido de la población tiene en los cálculos de las tasas. Se evidencia que tanto en estos, como en las comunidades Indígenas, negras, mulatas y afro, la tendencia es al aumento.

Trastorno afectivo bipolar (TAB)

Se incluyeron el trastorno afectivo bipolar con episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto presente, los trastornos afectivos bipolares en remisión, los no especificados y los otros TAB. Códigos CIE-10: F310 a F319. Se filtro la edad de 5 años en adelante. En los últimos cinco años, se ha observado una disminución en la tasa de trastorno afectivo bipolar. La tasa nacional varió de 235,5 casos por 100.000 habitantes a 199,5.

Gráfico 76. Prevalencia de trastorno afectivo bipolar, por sexo.
Colombia, 2019-2023

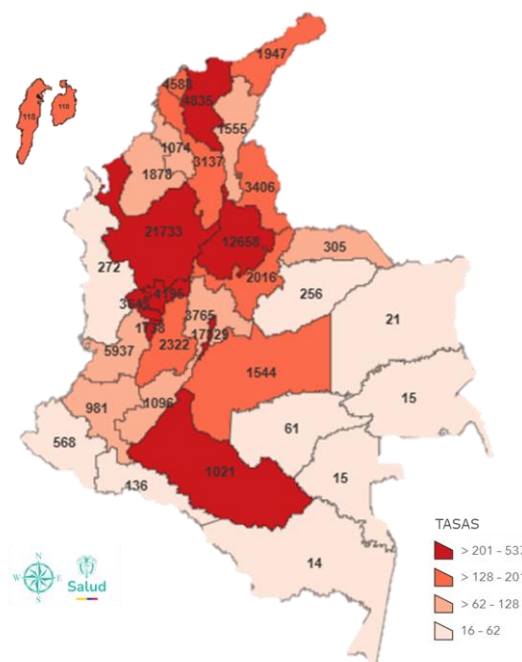


Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F310-F319.

Las mujeres han mostrado una prevalencia consistentemente más elevada en comparación con los hombres, representando el 60 % de las 525.058 personas atendidas durante el periodo. Ajustando por factores sociodemográficos, se determinó que las estas presentan un 29 % más de riesgo de experimentar este trastorno ($IRR = 1,30$; $IC95\% = 1,27-1,33$), lo que podría estar influenciado por diferencias en las condiciones socioculturales que afectan desproporcionadamente a las mujeres.

Gráfico 77. Tasa trastorno afectivo bipolar, por departamento.
Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F310-F319.

En el interior de los departamentos, durante los últimos cinco años también se han evidenciado variaciones. Santander, Caldas y Risaralda se mantienen durante todo el periodo como los lugares con mayor tasa de trastorno afectivo bipolar, de estos, Santander muestra tendencia al aumento. Por su parte Magdalena, Antioquia, Quindío, Caquetá, Bogotá, D.C. y Norte de Santander también se ubican en el cuartil más alto y con tasas superiores a la tasa nacional, es estos, Magdalena, Caquetá y Bogotá presentan tendencia al aumento.

Gráfico 78. Tendencia tasa trastorno afectivo bipolar afectivo, por departamento. Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Santander	492	406	426	450	537	
Caldas	675	623	553	502	403	
Risaralda	408	439	435	380	375	
Magdalena	248	204	191	279	323	
Antioquia	412	304	313	224	317	
Quindío	446	454	415	339	309	
Caquetá	204	196	186	204	240	
Bogotá, D.C.	204	186	169	164	219	
Norte de Santander	280	252	245	208	201	
Colombia	236	204	207	179	200	
San Andrés	72	139	193	241	190	
La Guajira	74	48	55	59	188	
Tolima	188	189	168	149	169	
Atlántico	296	238	165	146	164	
Boyacá	171	160	157	179	155	
Bolívar	235	201	438	252	140	
Meta	180	166	146	139	137	
Valle del Cauca	155	169	170	121	128	
Cesar	156	106	113	122	113	
Cundinamarca	104	101	104	99	109	
Sucre	114	102	120	112	108	
Córdoba	113	112	111	136	99	
Arauca	107	93	120	112	97	
Huila	165	130	136	114	93	
Cauca	55	57	58	53	63	
Guaviare	66	84	61	82	62	
Casanare	189	103	125	107	55	
Chocó	41	32	35	42	46	
Putumayo	100	101	89	34	36	
Nariño	81	80	65	31	33	
Vaupés	16	14	27	18	32	
Guainía	59	27	30	27	27	
Vichada	27	26	25	21	17	
Amazonas	28	14	24	31	16	

*Tasa por 100.000 habitantes.

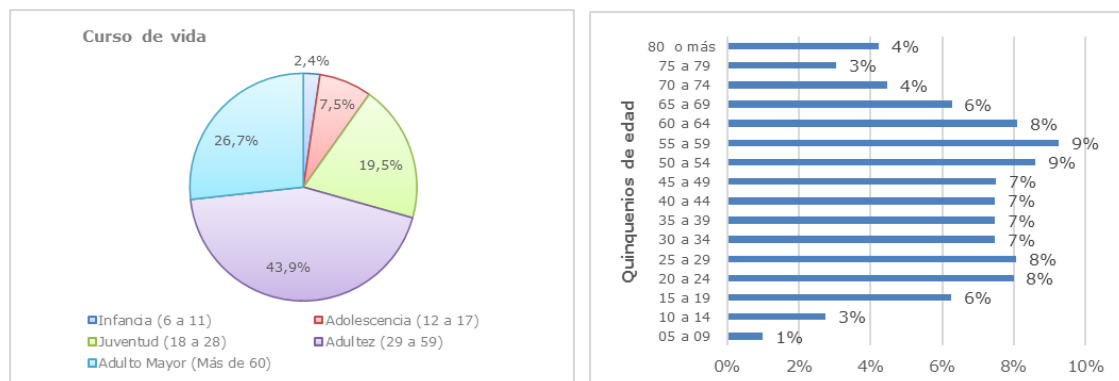
Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F310-F319.

Con respecto al lugar de residencia, el 89 % de los diagnósticos se realizaron en cabeceras municipales, con solo un 11 % en zonas rurales y centros poblados. Los análisis ajustados indican que las personas en áreas urbanas tienen un riesgo dos veces mayor de ser atendidas por este trastorno en comparación con aquellas en áreas rurales y centros poblados (IRR = 2,23; IC95 % = 2,16-2,31).

El análisis por curso de vida evidencia el mayor porcentaje de casos se dio en los adultos (43,9 %); por quinquenios, las personas entre 50 y 64 años tuvieron el mayor porcentaje de diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (26 %), seguidos por los de 29 a 29 años (16 %).

Gráfico 79. Porcentaje trastorno afectivo bipolar, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F310-F319.

Al controlar variables sociodemográficas, se encontró que las personas mayores de 50 años son los que tienen más riesgo, con más de diez veces de probabilidad de ser diagnosticados comparados con el grupo de

referencia (5 a 9 años), en todos los quinquenios a partir de esa edad. Este resultado subraya la necesidad de enfocar recursos y programas en los adultos y personas mayores, quienes presentan mayor susceptibilidad.

Al analizar la tendencia por quinquenios, se puede evidenciar que en todos los grupos se ha presentado una reducción en las tasas, siendo las personas de 55 años en adelante quienes han presentado las mayores tasas durante el periodo. En los quinquenios de 20 a 49 años la tendencia a la reducción inicial muestra un incremento en el 2023.

Gráfico 80. Tendencia tasa trastorno afectivo bipolar, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
05 a 09	42	27	21	19	23	
10 a 14	99	76	73	60	52	
15 a 19	196	158	165	137	141	
20 a 24	211	186	199	168	200	
25 a 29	212	187	203	173	200	
30 a 34	220	192	200	172	198	
35 a 39	244	210	216	182	212	
40 a 44	266	229	237	200	241	
45 a 49	304	259	262	222	270	
50 a 54	369	321	312	265	309	
55 a 59	428	368	366	317	346	
60 a 64	430	382	386	343	362	
65 a 69	435	377	383	340	367	
70 a 74	433	379	367	342	347	
75 a 79	477	409	367	324	323	
80 o más	568	499	431	357	309	

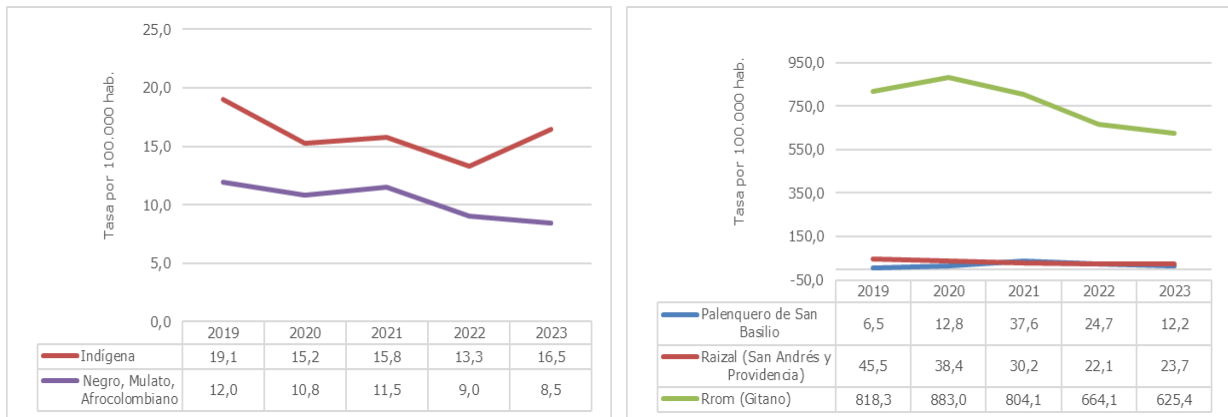
Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F310-F319.

Finalmente, al revisar la tendencia de las tasas de TAB por grupos étnicos, se encontró un comportamiento similar entre la población de las comunidades indígenas y las negras, mulatas y afro hasta el 2022, con tendencia a la reducción; sin embargo, para el 2023 se evidencia un importante incremento en la tasa de las comunidades indígenas.

Gráfico 81. Tendencia tasas trastorno afectivo bipolar, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F310-F319.

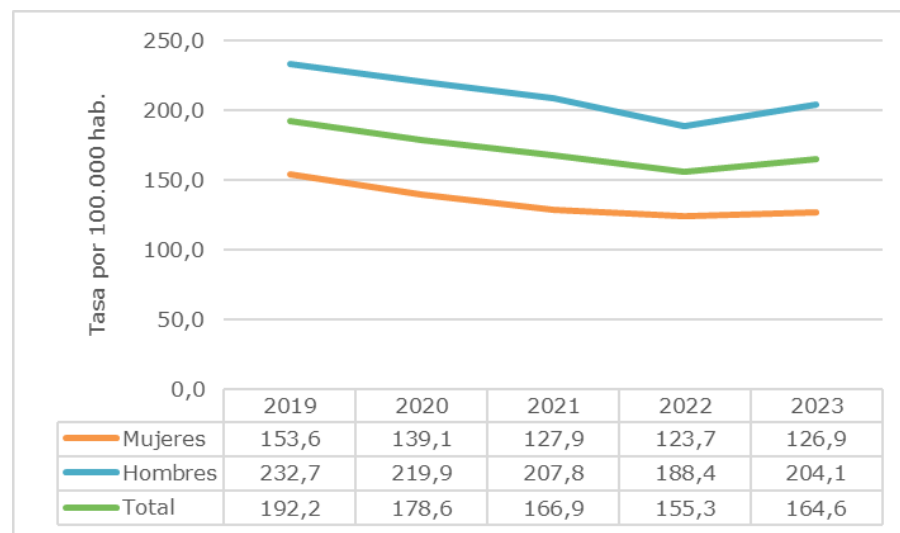
Es crucial que las intervenciones para el trastorno afectivo bipolar sean especialmente sensibles a las dinámicas diferenciales. Este enfoque debe incluir la implementación de programas que no solo aborden los aspectos clínicos del trastorno, sino también los factores sociales y culturales que contribuyen a las disparidades.

Esquizofrenia

Se incluyeron la esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, posesquizofrénica, residual, simple, las no especificadas y otras esquizofrenias. Códigos CIE-10: F200 a F206, F208 y F209. La edad se filtró de 5 años en adelante.

En los últimos cinco años, la esquizofrenia mostraba una tendencia a la reducción que vuelve a mostrar un incremento para el año 2023. La tasa nacional mostró una variación de 192,2 casos por 100.000 habitantes a 164,6. En el periodo se diagnosticaron 436.487 casos, de los cuales el 60 % fueron en hombres, quienes, al controlar por otras variables tienen 66 % más riesgo de sufrir esta condición, comparados con las mujeres (IRR= 1,66; IC95 %: 1,61-1,71).

Gráfico 82. Prevalencia de esquizofrenia, por sexo. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F200-F206, F208-F209.

Las entidades territoriales que durante para el 2023 presentaron las tasas más altas y por encima de la tasa nacional fueron Magdalena, Atlántico, Nariño, Santander, Bogotá, D.C., Quindío, Valle del Cauca y Cauca. De estos, Magdalena, Quindío y Santander son los que muestra

Gráfico 84. Tendencia tasa de esquizofrenia, por departamento.
Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Magdalena	145	166	216	293	293	
Atlántico	234	209	182	167	229	
Nariño	245	279	330	164	216	
Santander	188	180	179	177	204	
Bogotá, D.C.	237	237	163	175	188	
Quindío	166	176	175	183	186	
Valle del Cauca	246	238	249	168	178	
Cauca	228	152	155	143	173	
Colombia	192	179	167	155	165	
Antioquia	185	135	138	121	164	
Tolima	186	176	218	187	162	
Boyacá	171	165	171	171	159	
Bolívar	174	142	147	184	158	
Meta	138	133	114	134	150	
Sucre	142	128	185	173	150	
Risaralda	141	151	145	138	150	
Huila	159	149	164	144	146	
San Andrés	102	142	138	188	143	
Cundinamarca	285	280	184	179	139	
Cesar	150	134	139	139	131	
Córdoba	123	122	111	152	122	
Caldas	169	165	160	147	118	
Arauca	99	83	111	120	92	
La Guajira	76	74	81	81	91	
Norte de Santander	104	96	104	88	87	
Guainía	91	83	73	58	81	
Chocó	86	63	65	76	80	
Guaviare	83	75	68	89	76	
Caquetá	63	55	54	55	74	
Putumayo	130	121	125	50	64	
Amazonas	48	37	37	68	52	
Vichada	29	27	27	27	28	
Casanare	76	37	55	50	23	
Vaupés	19	16	18	13	15	

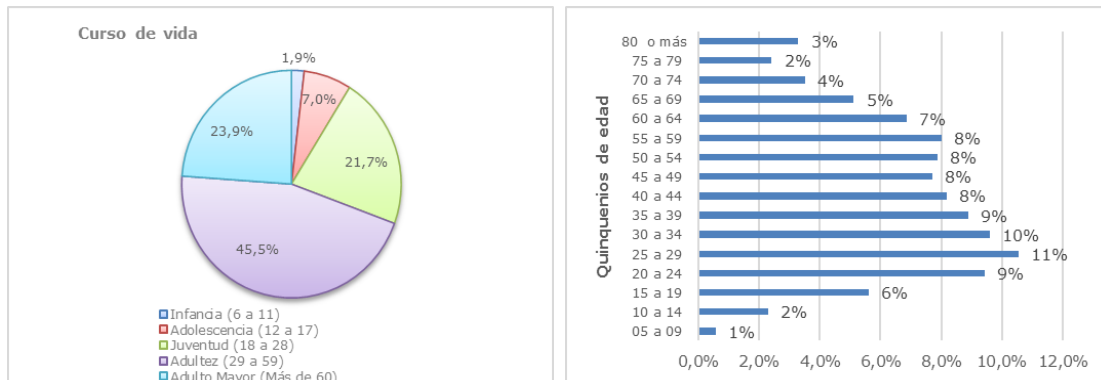
*Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F200-F206, F208-F209.

Por curso de vida, se encontró que el mayor porcentaje de casos se dio en los adultos (45,5 %); al desagregar por quinquenios, el mayor porcentaje de casos se dio entre los 20 y 34 años (29,6 %), y al controlar por variables sociodemográficas se encontró que las personas entre los 25 y 44 años tienen 13 veces más riesgo comparados con el grupo de referencia (5 a 9 años), pero de ahí en adelante el riesgo se incrementa hasta llegar a 18 veces más riesgo en los mayores de 80 años (IRR= 18,9; IC95 %: 15,0-23,7).

Gráfico 85. Porcentaje de esquizofrenia, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F200-F206, F208-F209.

En el análisis de tendencia por edad se encontró que en los grupos de 20 a 64 años se evidencia un aumento de la tasa para el 2023, mientras que en el resto de las edades la tendencia es a la reducción.

Desde los 50 años se evidencian las tasas más altas durante todo el periodo. Se debe tener en cuenta que esta es una condición crónica, que requiere seguimiento continuo y en la que muchos pacientes que reciben el diagnóstico desde jóvenes continúan en manejo hasta la vejez, dado que en este análisis se consideran la prevalencia y no la incidencia, no se trata de casos nuevos diagnosticados en esas edades, sino de las personas que reciben atención y son diagnosticadas con la condición, incluyendo casos nuevos y antiguos.

Gráfico 86. Tendencia tasa esquizofrenia, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

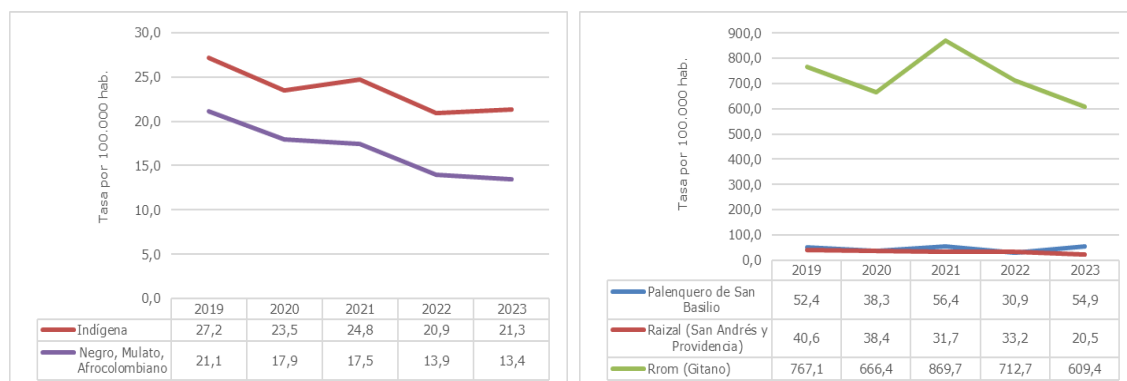
Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
05 a 09	22	11	10	11	10	
10 a 14	82	54	42	41	35	
15 a 19	160	131	114	94	100	
20 a 24	218	202	190	158	184	
25 a 29	230	225	216	192	207	
30 a 34	235	218	210	188	206	
35 a 39	232	223	211	188	203	
40 a 44	233	225	211	193	212	
45 a 49	244	239	223	205	223	
50 a 54	267	251	231	218	239	
55 a 59	300	280	258	240	245	
60 a 64	299	278	262	249	260	
65 a 69	288	271	256	243	243	
70 a 74	277	249	235	239	227	
75 a 79	294	262	232	251	216	
80 o más	304	273	239	316	269	

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F200-F206, F208-F209.

Finalmente se encontraron mayores tasas en las comunidades étnicas indígenas y Rrom, este último en parte debido a la influencia del tamaño de la población en el cálculo de las tasas. En todos los grupos se evidencia una tendencia a la reducción, excepto en las comunidades palenqueras.

Gráfico 87. Tendencia tasas esquizofrenia, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

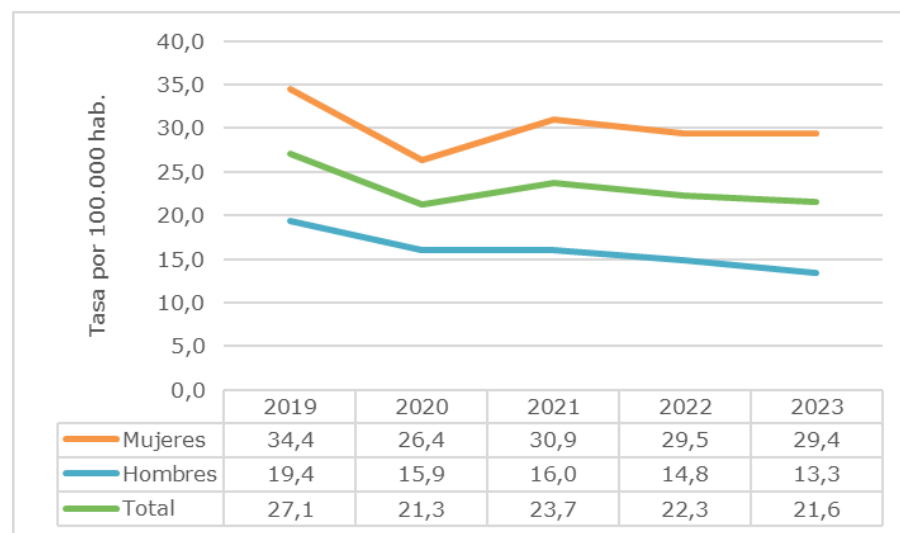
Códigos CIE-10: F200-F206, F208-F209.

Trastornos de la conducta alimentaria

Para este apartado se incluyeron la anorexia, bulimia, hiperfagia, los vómitos asociados con condiciones psicológicas, los trastornos no especificados de la ingestión de alimentos y otros trastornos de la ingestión de alimentos. Códigos CIE-10: F500 a F505, y F508 a F510. La edad se filtró de 5 años en adelante.

En el periodo 2019-2023, se evidenció un comportamiento variable con una leve tendencia a la reducción. La tasa nacional varió de 27,1 a 21,6 casos por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 88. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, por sexo. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

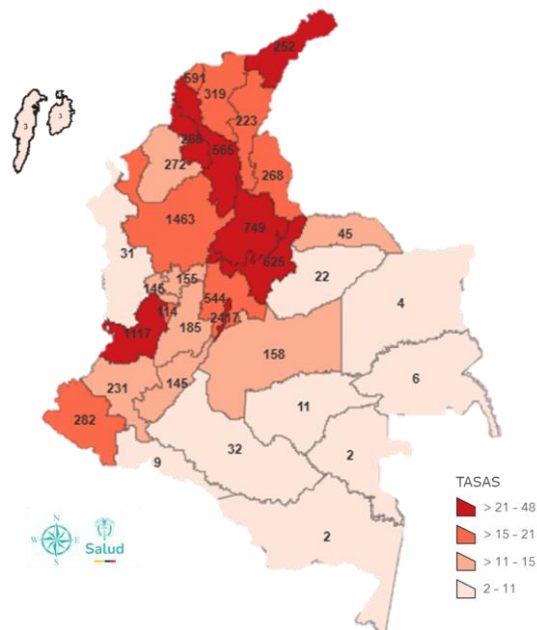
Códigos CIE-10: F500-F505, F508-F510.

De los 71.861 casos registrados en el periodo, el 63,2 % se produjo en las mujeres, en quienes al controlar por otras variables sociodemográficas

evidenciaron tener 59 % más riesgo de padecer estos trastornos comparadas con los hombres (IRR = 1,59; IC95% = 1,49-1,69).

Los territorios con mayores tasas durante el periodo y que tienen una tasa por encima de la nacional son Boyacá, Santander, Bogotá, D.C., Sucre, Bolívar, La Guajira y Valle del Cauca; de estos, Boyacá muestra una tendencia importante al aumento, pues su tasa varió de 9 a 48 casos por 100.000 habitantes entre el 2019 y el 2023, de forma similar se evidencia un importante aumento en la tasa de La Guajira.

Gráfico 89. Tasa trastornos de la conducta alimentaria, por departamento. Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F500-F505, F508-F510.

En las cabeceras municipales se presentaron la mayor parte de los casos (89 %), evidenciándose un riesgo 97 % mayor en quienes viven allí (IRR=1,97; IC95 %: 1,86-2,08).

Gráfico 90. Tendencia tasa de trastornos de la conducta alimentaria, por departamento. Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Boyacá	9	9	24	36	48	
Santander	33	30	57	38	32	
Bogotá, D.C.	30	21	25	29	31	
Sucre	20	16	23	18	27	
Bolívar	36	26	44	34	25	
La Guajira	10	5	10	18	24	
Valle del Cauca	63	46	32	27	24	
Colombia	27	21	24	22	22	
Antioquia	21	14	22	16	21	
Magdalena	24	23	22	24	21	
Atlántico	51	66	28	33	21	
Quindío	31	18	25	19	20	
Nariño	17	11	16	11	17	
Cesar	13	9	12	20	16	
Norte de Santander	8	7	16	15	16	
Cundinamarca	17	13	17	15	16	
Risaralda	17	17	21	17	15	
Caldas	19	10	21	17	15	
Cauca	46	29	27	26	15	
Arauca	8	5	11	13	14	
Córdoba	23	17	15	18	14	
Meta	9	6	8	12	14	
Tolima	10	13	13	18	13	
Huila	11	10	17	15	12	
Guaviare	9	15	13	17	11	
Guainía	4	8	7	5	11	
Caquetá	12	5	10	10	8	
Chocó	4	2	5	4	5	
Putumayo	10	11	18	10	5	
San Andrés	10	8	2	10	5	
Casanare	7	3	9	7	5	
Vaupés	5	7	0	2	4	
Vichada	8	5	1	6	3	
Amazonas	8	6	1	5	2	

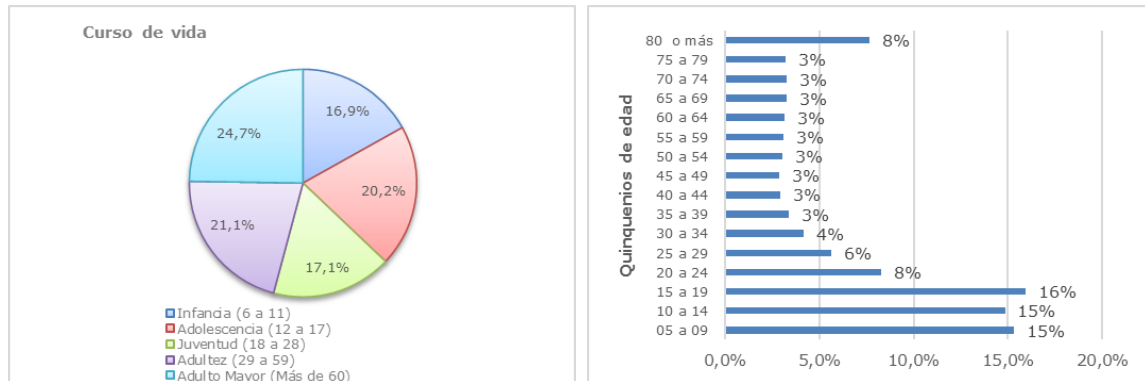
Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F500-F505, F508-F510.

En el análisis por curso de vida se encontró que el mayor porcentaje de trastornos alimenticios se dio en las personas mayores (24,7 %), adultos (21,1 %) y adolescentes (20,2 %); y desagregando por quinquenios se encontró que el mayor porcentaje de casos se registró entre los 5 y los 19 años de edad (46,1 %).

Gráfico 91. Porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F500-F505, F508-F510.

Gráfico 92. Tendencia tasa trastornos de la conducta alimentaria, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
05 a 09	52	35	50	47	46	
10 a 14	42	28	49	53	49	
15 a 19	38	32	51	55	54	
20 a 24	24	20	26	19	24	
25 a 29	17	15	15	13	16	
30 a 34	16	13	11	11	11	
35 a 39	15	10	10	10	9	
40 a 44	16	11	8	9	8	
45 a 49	16	12	10	10	9	
50 a 54	18	14	12	11	9	
55 a 59	20	18	13	9	9	
60 a 64	23	22	16	12	12	
65 a 69	31	31	19	17	15	
70 a 74	43	42	29	22	20	
75 a 79	70	58	36	34	29	
80 o más	127	104	82	73	57	

Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

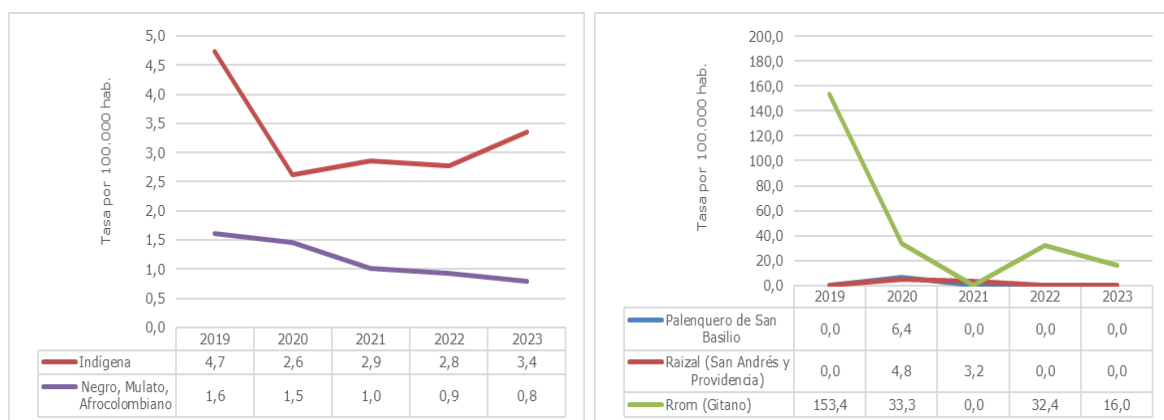
Códigos CIE-10: F500-F505, F508-F510.

Al analizar las tendencias se evidencia que entre los 10 y los 19 años hay un aumento de las tasas del 2019 al 2023, mientras que en los otros

grupos la tendencia es a la reducción. Controlando por otras variables se encontró que solamente los mayores de 80 años tuvieron un riesgo mayor comparados con los de 5 a 9 años, con 90 % más riesgo (IRR= 1,90; IC95 %: 1,58-2,28).

Llama la atención este último grupo de personas mayores de 80 años, puesto que la bibliografía reporta que es poco usual desarrollar un trastorno de la alimentación primario a estas edades; sin embargo, es más usual hallar alteraciones de la alimentación como un síntoma asociado a otras patologías como las demencias o las secuelas de accidentes cerebrovasculares, entidades con una mayor prevalencia para el rango de edad descrito. Por lo tanto, este dato debe ser tomado con precaución, porque podría estar mostrando un sobre registro basado en síntomas y no en diagnósticos nosológicos formales.

Gráfico 93. Tendencia tasas trastornos de la conducta alimentaria, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F500-F505, F508-F510.

Finalmente, las tasas por grupos étnicos mostraron un comportamiento variable en las comunidades indígenas, las cuales, junto con la población Rrom, registraron las tasas más altas durante todo el periodo analizado. En 2020, se observó una importante reducción en estas comunidades, posiblemente relacionada con dificultades en el acceso a servicios de salud mental durante el confinamiento por la pandemia, seguida de un posterior incremento que refleja una tendencia nuevamente al alza.

Epilepsia

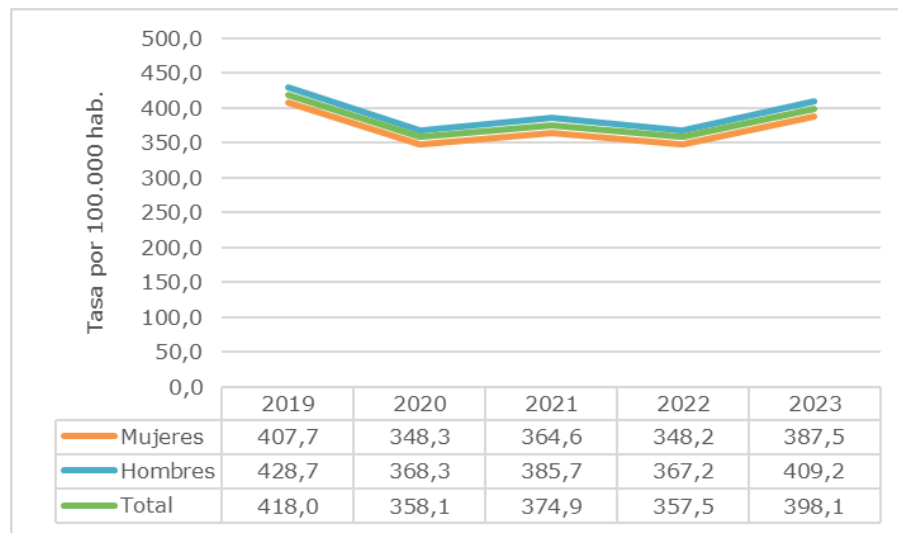
Se incluyeron la epilepsia y síndromes epilépticos, los ataques de gran mal y pequeño mal no especificados, los estados epilépticos, los síndromes epilépticos especiales, las epilepsias no especificadas, las otras epilepsias y estados epilépticos. Códigos CIE-10: G400 a G412, G418 y G419. No se realizó filtro por edad.

La tendencia general de la prevalencia de epilepsia muestra un comportamiento variable, con una reducción en 2020 y 2022 que para el 2023 vuelve a mostrar tendencia al aumento. La tasa nacional varió de 418 a 398,1 casos por cada 100.000 habitantes durante el periodo analizado.

La distribución por género ha sido equilibrada, con un ligero predominio masculino; de los 971.206 casos registrados, el 50,2 % correspondieron a hombres. El ajuste por variables sociodemográficas revela que los hombres tienen un 8 % más de riesgo de padecer epilepsia que las mujeres (IRR = 1,08; IC95% = 1,06-1,09), lo que indica que las

diferencias de género no influyen de forma muy importante en el riesgo de desarrollar esta condición.

Gráfico 94. Prevalencia de epilepsia, por sexo. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: G400-G412, G418-G419.

En 2023, los departamentos que superaron la tasa nacional incluyen Quindío, Bogotá, Bolívar, Sucre, Norte de Santander, Santander, Risaralda, Boyacá, Antioquia y Caldas. Quindío destaca como el departamento con la tasa más alta (576), aunque presenta una disminución significativa respecto a 2019. En cuanto a la tendencia al aumento durante el periodo analizado, departamentos como Antioquia, La Guajira y San Andrés han mostrado un incremento sostenido, destacando San Andrés, que pasó de 158 casos por cada 100.00 habitantes en 2019 a 289 en 2023, evidenciando el mayor aumento relativo.

Gráfico 96. Tendencia tasa de trastorno epilepsia, por departamento.
Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Quindío	1145	759	514	552	576	
Bogotá, D.C.	454	403	423	420	529	
Bolívar	449	393	481	531	525	
Sucre	506	420	523	513	524	
Norte de Santander	441	389	427	421	490	
Santander	455	398	437	455	476	
Risaralda	452	448	469	420	472	
Boyacá	480	430	439	465	457	
Antioquia	451	335	316	311	420	
Caldas	490	439	455	432	402	
Colombia	418	358	375	357	398	
Huila	461	422	463	403	389	
Cauca	362	319	346	327	388	
Atlántico	426	395	369	378	374	
Tolima	404	383	389	361	361	
Cundinamarca	389	333	395	317	355	
Caquetá	364	309	329	311	343	
Magdalena	326	288	310	310	334	
Valle del Cauca	341	309	360	293	325	
Cesar	341	277	273	324	312	
Meta	347	299	311	287	312	
Arauca	302	267	330	293	302	
Guaviare	348	316	285	337	298	
San Andrés	158	236	212	427	289	
Córdoba	356	297	275	313	282	
La Guajira	230	207	230	262	253	
Nariño	502	445	400	183	215	
Amazonas	162	129	122	182	160	
Guainía	206	131	183	125	140	
Putumayo	290	250	265	107	129	
Chocó	122	90	112	128	120	
Vichada	97	91	101	119	102	
Vaupés	89	76	88	94	100	
Casanare	278	146	221	213	100	

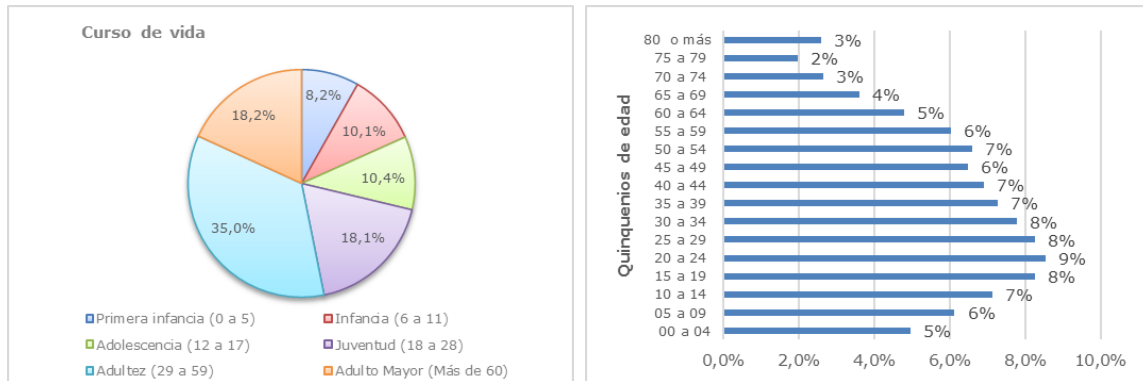
*Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: G400-G412, G418-G419.

El análisis por curso de vida mostró que quienes tienen mayor porcentaje de casos son los adultos (35 %). El análisis por quinquenios muestra que los individuos entre 15 y 39 años registran los mayores porcentajes de diagnóstico (40,1 %). En cuanto a las tendencias por edad, se evidencia una reducción en las tasas a lo largo del periodo en todos los grupos, excepto en las personas de 80 años o más, quienes mostraron un aumento entre 2019 y 2022.

Gráfico 97. Porcentaje de epilepsia, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: G400-G412, G418-G419.

Gráfico 98. Tendencia tasa de epilepsia, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
00 a 04	315	230	255	221	245	
05 a 09	345	276	309	271	316	
10 a 14	381	314	352	334	365	
15 a 19	423	357	385	365	432	
20 a 24	409	354	375	350	428	
25 a 29	407	350	368	348	390	
30 a 34	416	363	375	357	390	
35 a 39	428	372	381	354	391	
40 a 44	443	390	397	371	414	
45 a 49	473	415	414	391	432	
50 a 54	495	435	438	422	457	
55 a 59	476	429	433	423	448	
60 a 64	444	396	402	406	444	
65 a 69	441	387	392	396	421	
70 a 74	446	385	397	409	421	
75 a 79	500	422	409	446	494	
80 o más	504	449	469	517	511	

Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

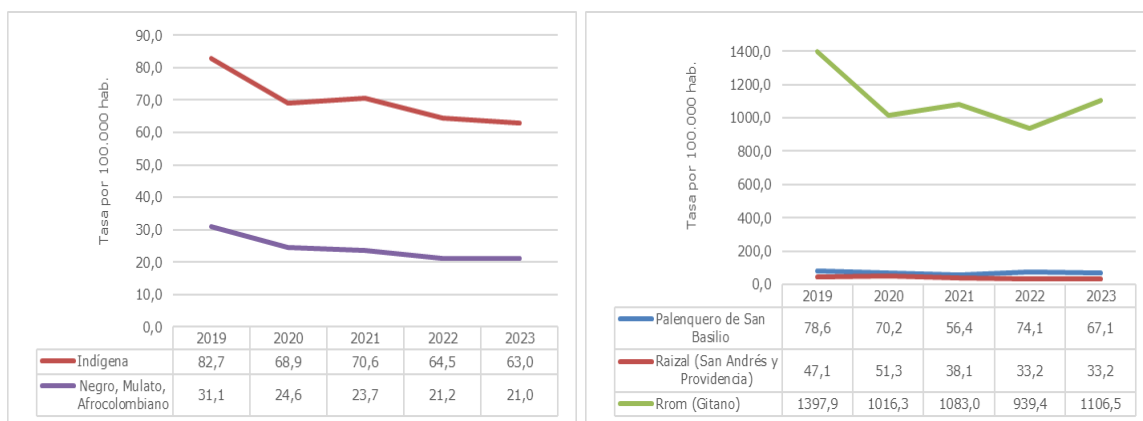
Códigos CIE-10: G400-G412, G418-G419.

Las personas de 45 años o más son las que presentan las tasas más altas, seguidas por los menores entre 15 y 19 años. Sin embargo,

controlando por otras variables y ajustando por la edad, se observa que, comparadas con los niños de 0 a 4 años, las personas de 75 a 79 años presentan un 72 % más de riesgo ($IRR = 1,72$; $IC95 \% = 1,63-1,81$) y aquellas de 80 años o más un 88 % más de riesgo ($IRR = 1,88$; $IC95 \% = 1,79-1,97$).

Finalmente, por grupo de autoreconocimiento étnico se encontró una reducción en las tasas en estas comunidades, las comunidades indígenas y Rrom presentan las tasas más altas, en estas últimas se evidencia un aumento importante en el 2023.

Gráfico 99. Tendencia tasas epilepsia, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: G400-G412, G418-G419.

El análisis de la epilepsia en Colombia resalta la necesidad de abordar las diferencias regionales y de acceso a servicios médicos que pueden influir en la prevalencia de la enfermedad. A pesar de la estabilidad en las tasas de prevalencia a escala nacional, la variabilidad interdepartamental

y los aumentos en áreas con tasas previamente bajas sugieren una posible mejora en la detección y el diagnóstico.

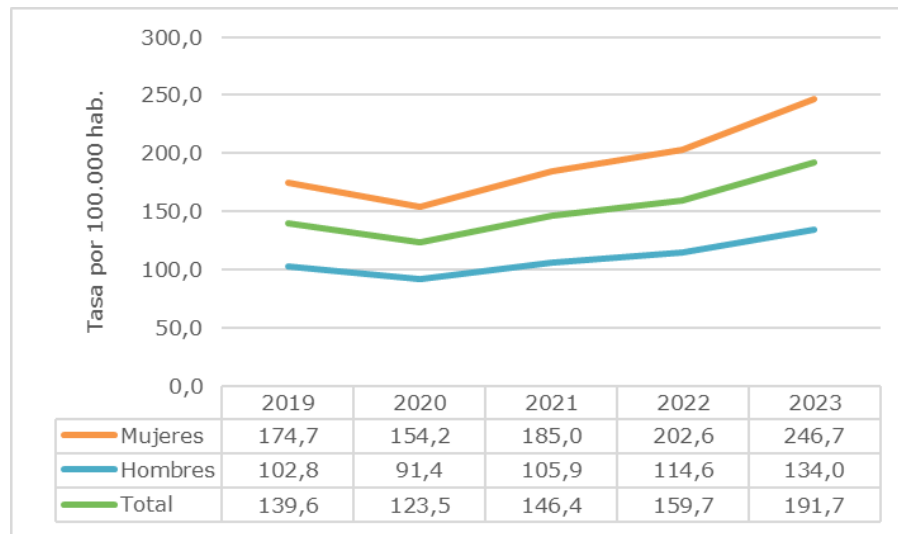
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Para esta sección se incluyeron las demencias en la enfermedad de Alzheimer, vasculares, en la enfermedad de Pick, Creutzfeldt-Jacob, Huntington, demencia en el mal de Parkinson, demencia debido a VIH y demencias no especificadas, con códigos CIE-10: F000 a F002, F009 a F013, F018 a F024, F028, y F03X. Se filtró desde los 30 años de edad, ya que, aun cuando aparecen registrados casos desde edades tempranas, esto se podría deber a errores de clasificación, por no formar parte de la historia natural de estas patologías.

La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias muestra una reducción esperable en 2020, debido a las limitaciones en el acceso a los servicios de salud derivadas del confinamiento por la pandemia de covid-19. A partir de allí, se evidencia un incremento en las tasas. La tasa nacional varió de 139,6 a 191,7 por cada 100.000 habitantes.

En el análisis por género, se destaca una prevalencia significativamente mayor en mujeres que en hombres; de los 397.115 casos documentados, el 64,5 % correspondieron a mujeres. Los análisis ajustados por variables sociodemográficas indican que las mujeres tienen un 34 % más de riesgo de desarrollar demencias que los hombres ($IRR = 1,34$; $IC95 \% = 1,30-1,37$), sugiriendo una mayor vulnerabilidad en este grupo.

Gráfico 100. Prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por sexo. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.
Códigos CIE-10: F000-F002, F009-F013, F018-F024, F028, F03X.

Durante el periodo los departamentos con tasas que superaron la tasa nacional incluyen Santander, Valle del Cauca, Bogotá, Risaralda, Quindío, Atlántico, Antioquia y Tolima. Santander se destaca con la tasa más alta del país (293), mostrando un incremento constante a lo largo del periodo, al pasar de 177 casos en 2019 a 293 en 2023, consolidándose como el departamento con el aumento absoluto más destacado.

Valle del Cauca y Bogotá también presentan tendencias de incremento sostenido, reflejando un comportamiento preocupante en estas regiones.

Gráfico 102. Tendencias tasa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por departamento. Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Santander	177	174	215	268	293	
Valle del Cauca	218	198	234	233	270	
Bogotá, D.C.	188	166	174	194	265	
Risaralda	178	176	203	216	252	
Quindío	207	201	214	245	241	
Atlántico	143	137	173	198	228	
Antioquia	167	135	161	159	214	
Tolima	166	159	177	196	207	
Colombia	140	124	146	160	192	
Sucre	110	105	141	171	191	
Bolívar	137	111	146	173	184	
Huila	129	116	155	165	181	
Norte de Santander	102	94	120	139	177	
Cundinamarca	118	93	111	124	164	
Caldas	126	109	137	148	150	
Córdoba	95	83	89	141	142	
Archipiélago San Andrés	43	50	45	153	141	
Meta	91	92	103	111	139	
Magdalena	70	63	80	99	128	
Boyacá	98	93	96	135	128	
Arauca	50	54	85	92	102	
Caquetá	62	42	66	79	101	
Cesar	71	63	62	95	97	
Cauca	65	58	68	78	93	
La Guajira	49	39	169	74	86	
Guaviare	34	40	60	79	60	
Nariño	70	62	65	36	48	
Amazonas	24	10	7	29	35	
Chocó	19	13	17	25	30	
Putumayo	41	34	45	25	28	
Casanare	51	35	50	63	28	
Vaupés	12	7	20	15	21	
Vichada	5	5	7	22	11	
Guainía	8	23	21	13	9	

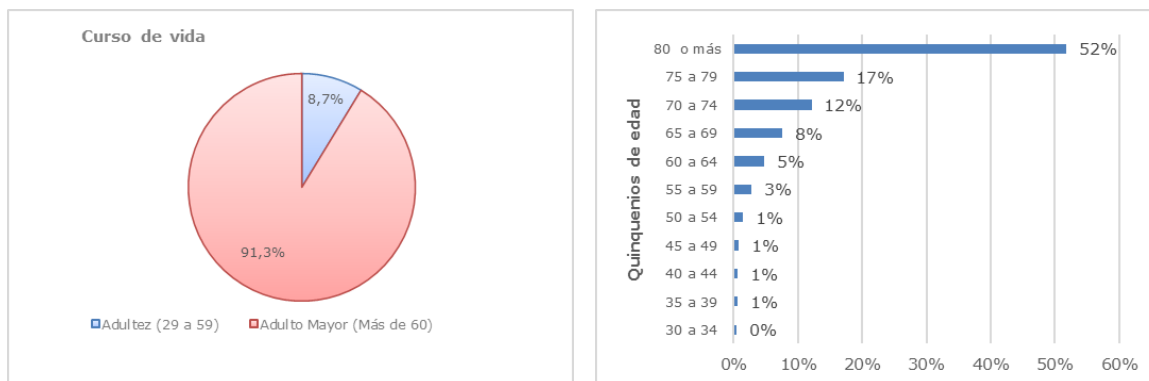
* Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F000-F002, F009-F013, F018-F024, F028, F03X.

Por curso de vida, como era de esperarse, las personas mayores son quienes presentan el mayor porcentaje de casos (91,3 %). Al desagregar por quinquenios se encuentra que las personas mayores de 80 años tuvieron el mayor porcentaje de casos (52 %), seguidos por aquellos entre 75 y 79 años (17 %). Al evaluar la tendencia por quinquenios se observa una tendencia al aumento desde los 45 años.

Gráfico 103. Porcentaje de diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.
Códigos CIE-10: F000-F002, F009-F013, F018-F024, F028, F03X.

Gráfico 104. Tendencia de tasa de enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
30 a 34	10	9	11	7	10	
35 a 39	13	11	15	9	13	
40 a 44	14	13	18	12	18	
45 a 49	21	17	21	19	30	
50 a 54	41	34	36	35	53	
55 a 59	83	65	72	72	110	
60 a 64	164	134	153	151	222	
65 a 69	329	273	310	319	462	
70 a 74	723	600	697	729	968	
75 a 79	1584	1296	1483	1576	1863	
80 o más	3594	3223	3831	4323	4541	

Tasa por 100.000 habitantes.

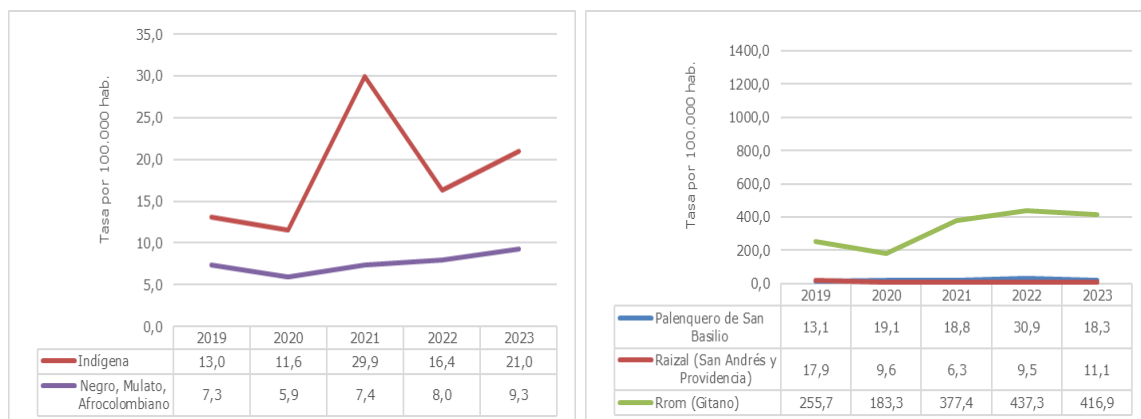
Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.
Códigos CIE-10: F000-F002, F009-F013, F018-F024, F028, F03X.

En comparación con personas de 30 a 34 años, aquellos entre 75 y 79 años presentan un riesgo 100 veces mayor (IRR = 100,3; IC95 % = 86,7-

116,0), y los mayores de 80 años, un riesgo 265 veces superior (IRR = 265,7; IC95 % = 229,9-307,2). Es crucial no pasar por alto a las personas de 65 a 69 años, quienes también muestran un riesgo significativamente elevado (IRR = 9,92; IC95 % = 8,5-11,5).

Finalmente, al revisar las tasas por grupos étnicos se observó un pico atípico en la comunidad indígena durante el 2021, que luego se reduce en los siguientes dos años, lo cual se considera atípico si se tiene en cuenta que los pacientes diagnosticados en el año 2021 deberían mantener seguimiento continuo, dada la cronicidad de la condición. La tendencia es al aumento en esta comunidad, así como en la población negra, mulata y afro, y en la comunidad Rrom, similar a la tendencia nacional.

Gráfico 105. Tendencia tasas la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F000-F002, F009-F013, F018-F024, F028, F03X.

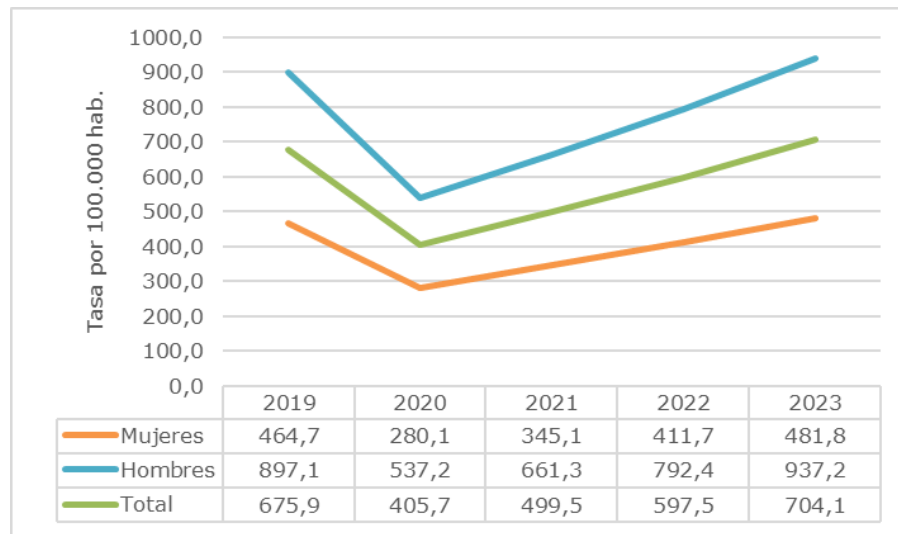
Trastornos del neurodesarrollo

En este grupo se incluyeron los códigos CIE-10 correspondientes a los diagnósticos: retraso mental, trastorno del desarrollo psicológico (dentro de los cuales se incluye autismo, trastornos del lenguaje, la lectura, la aritmética y otros), las perturbaciones de la actividad y la atención y los trastornos hipercinéticos de la conducta (con los cuales se diagnostica el déficit de atención e hiperactividad). Códigos CIE-10: F70 a F79, F80 a F89, F900 y F901. No se hizo filtro de edad.

Durante el periodo se evidencia una reducción inicial en el 2020, asociada a las dificultades de acceso a consultas de salud mental durante la pandemia, que volvió a mostrar incremento llegando en 2023 a superar la tasa del 2019. La tasa nacional varió de 675,9 a 704,1 casos por cada 100.000 habitantes entre el 2019 y el 2023.

Los hombres representan el mayor porcentaje, con un 64,8 % de los 1.470.153 casos registrados. Ajustando por otras variables, se encontró que tienen un 81 % más riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo (IRR=1,81; IC95 %: 1,76-1,85).

Gráfico 106. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, por sexo.
Colombia, 2019-2023



*2023 datos preliminares

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F70-F79, F80-F89, F900-F901.

En 2023, los departamentos con tasas de trastornos del neurodesarrollo que superaron la tasa nacional incluyen San Andrés, Sucre, Atlántico, Bolívar, Bogotá, Chocó, Santander, Caldas, Risaralda, Norte de Santander y Quindío. San Andrés lidera con la tasa más alta (1.062), mostrando un incremento drástico desde 2019, representando el aumento absoluto más pronunciado en el periodo, posiblemente esto esté asociado con mejor acceso a diagnóstico en la región.

Entre los departamentos con tendencias significativas al alza se destacan San Andrés, Sucre y Chocó. San Andrés y Chocó son los más notables, con un aumento sostenido y acelerado, mientras que Sucre y

Gráfico 108. Tendencia tasa de trastornos del neurodesarrollo, por departamento. Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
San Andrés	208	215	460	953	1062	
Sucre	747	465	582	837	1046	
Atlántico	1061	678	766	951	1042	
Bolívar	628	433	626	943	1030	
Bogotá, D.C.	897	535	654	807	976	
Chocó	226	139	136	526	956	
Santander	695	460	602	726	852	
Caldas	936	560	664	814	842	
Risaralda	833	549	643	716	795	
Norte de Santander	544	363	515	541	783	
Quindío	786	553	608	845	759	
Colombia	676	406	500	598	704	
Córdoba	668	315	360	577	648	
Cesar	450	260	323	548	623	
Cauca	502	327	399	478	601	
Valle del Cauca	531	351	454	514	598	
Caquetá	436	253	365	523	591	
Cundinamarca	649	398	433	439	581	
Tolima	524	333	418	492	579	
Arauca	427	274	465	508	574	
Boyacá	566	298	377	549	566	
Guaviare	360	255	325	435	553	
Antioquia	646	340	415	405	531	
Meta	605	364	446	460	521	
Magdalena	408	302	294	426	519	
Huila	601	339	524	495	495	
La Guajira	379	225	334	467	467	
Amazonas	213	102	201	355	314	
Nariño	868	453	470	267	312	
Putumayo	621	324	400	227	309	
Casanare	626	199	411	549	297	
Guainía	176	94	131	154	127	
Vaupés	89	58	97	99	124	
Vichada	93	45	61	93	75	

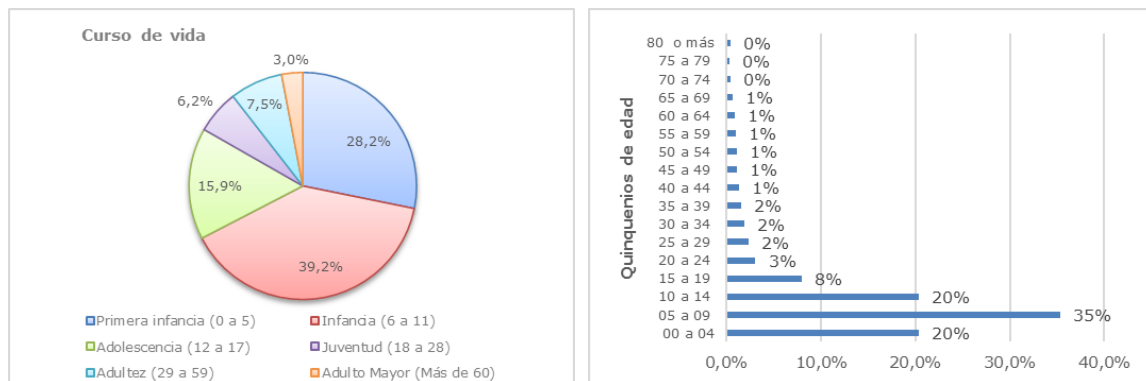
Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F70-F79, F80-F89, F900-F901.

Por curso de vida se encontró que los mayores porcentajes de casos se dieron en la primera infancia (28,2 %) e infancia (39,2 %). Al desagregar por quinquenios de edad, el mayor porcentaje de casos se dio entre los 0 y 15 años (76,1 %), al controlar por otras variables se encontró que los menores entre 5 y 9 años tienen 67 % más probabilidad de recibir un diagnóstico (IRR=1,67; IC95 %: 1,60-1,74) comparados con los menores entre 0 y 4 años, en el resto de las edades se encontraron menores riesgos comparados con ese mismo grupo de edad.

Gráfico 109. Porcentaje de trastornos del neurodesarrollo, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F70-F79, F80-F89, F900-F901.

Gráfico 110. Tendencia tasa trastornos del neurodesarrollo, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
00 a 04	1682	1045	1602	1646	1912	↘
05 a 09	3166	1740	2175	2743	3401	↘
10 a 14	1814	1060	1197	1596	1890	↘
15 a 19	612	405	487	631	741	↘
20 a 24	226	167	190	205	253	↘
25 a 29	176	131	150	158	194	↘
30 a 34	151	109	121	140	162	↘
35 a 39	134	103	117	128	146	↘
40 a 44	121	92	105	124	140	↘
45 a 49	115	90	99	110	128	↘
50 a 54	122	89	91	117	127	↘
55 a 59	118	94	91	123	130	↘
60 a 64	121	91	89	124	127	↘
65 a 69	102	85	84	120	128	↘
70 a 74	105	81	71	116	115	↘
75 a 79	112	91	74	126	123	↘
80 o más	114	105	81	146	148	↘

Tasa por 100.000 habitantes.

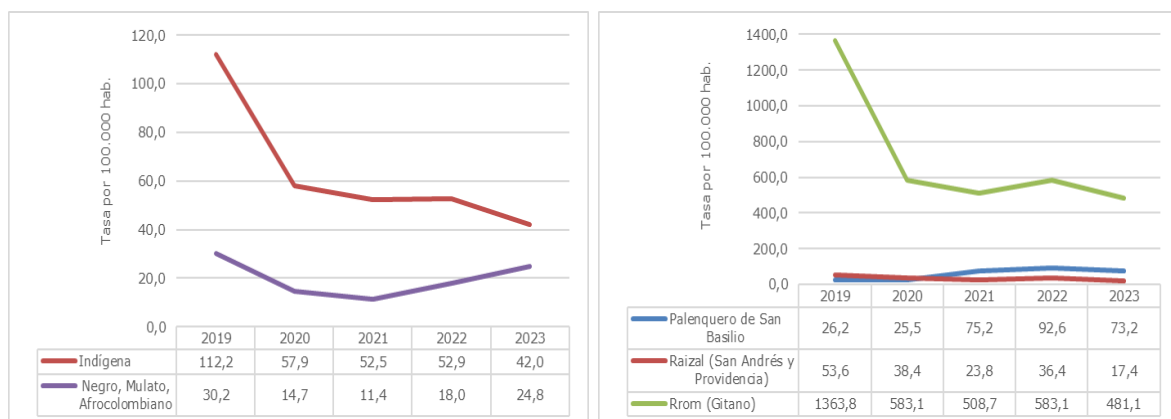
Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F70-F79, F80-F89, F900-F901.

Estos hallazgos deben considerarse con cuidado dado que este tipo de trastornos son crónicos y requieren acompañamiento durante todo el curso de vida, por lo que se puede evidenciar una falta de tratamiento y acompañamiento continuo a medida que las personas van haciéndose mayores en edad.

Finalmente, al evaluar las tasas por grupo étnico durante el periodo, se encontró una importante reducción de casos en las comunidades indígenas y Rrom, que en el 2019 mostraron tasas bastante más altas comparadas con el resto de los años. En las comunidades negras, mulatas y afro se evidencia una reducción del 2019 al 2021 que luego de este año se vuelve a incrementar.

Gráfico 111. Tendencia tasas trastornos del neurodesarrollo, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F70-F79, F80-F89, F900-F901.

Trastorno del Especto Autista (TEA) y Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Para estimar la prevalencia del TEA en la población colombiana se tuvieron en cuenta los códigos CIE 10 F840, F841 y F845, que contemplan el TEA en la niñez, TEA atípico y síndrome de Asperger. Para el caso del TDAH se tuvieron en cuenta los códigos CIE 10 F900 y F901, que corresponden a perturbación de la actividad y de la atención y trastorno hiperactivo de la conducta.

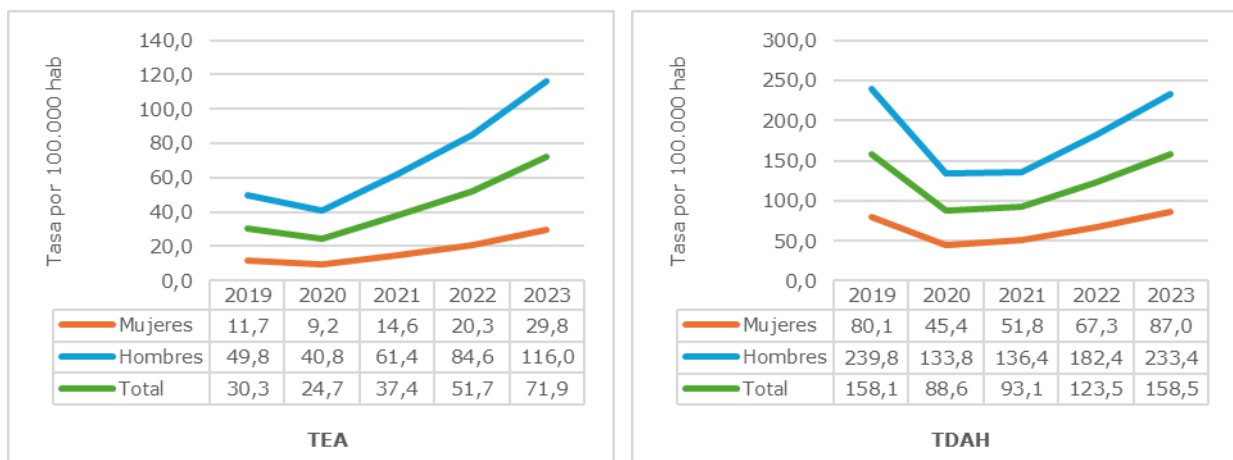
Entre el 2019 y el 2023 la tasa del TEA en el país ha mostrado un marcado aumento, pasando de 30,3 a 71,9 casos por cada 100.000 habitantes; con una marcada mayor prevalencia en los hombres, cuyas tasas son hasta 4 veces mayores que las presentadas en las mujeres.

Para el caso del TDAH, en el mismo periodo de tiempo la prevalencia mostró una reducción durante la pandemia, que poco a poco se fue incrementando hasta llegar en el 2023 a una tasa igual a la del 2019 de 158 casos por cada 100.000 habitantes. Al igual que en el caso del TEA, la tasas en los hombres muestran una marcada mayor prevalencia en estos.

A este respecto se debe considerar que bibliografía reciente se ha enfocado en evaluar si la brecha entre los sexos es realmente así de amplia o si esto se debe a un problema de sesgo diagnóstico histórico, en el cual el perfil de diagnóstico usado hace referencia al perfil masculino de trastornos como el déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el autismo (Chia Hung, y otros, 2022), o a las dificultades en el diagnóstico cuando se presenta un perfil combinado de TDAH, autismo o alguno de

estos con altas capacidades (Giambattista, Ventura, Trerotoli, Margari, & Margari, 2021).

Gráfico 112. Prevalencia del trastorno del espectro autista (TEA) y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), por sexo.
Colombia, 2019-2023



*2023 datos preliminares

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F840, F841 y F845; F900 y F901.

Los departamentos que en el 2023 presentaron las tasas más altas de TEA son Atlántico (230 por cada 100.000 habitantes), Bolívar (135 por cada 100.000 habitantes), San Andrés (132 por cada 100.000 habitantes), Risaralda (96 por cada 100.000 habitantes) y Santander (95 por cada 100.000 habitantes). Respecto del TDAH, los departamento con las tasas más altas en el 2023 fueron San Andrés (416 por cada 100.000 habitantes), Atlántico (331 por cada 100.000 habitantes), Caldas y Bolívar

(280 por cada 100.000 habitantes), y Santander (264 por cada 100.000 habitantes).

Por quinquenios de edad, se observa que las prevalencias más altas tanto en TEA como en TDAH se registran hasta los 20 años. Después de la mayoría de edad, el porcentaje de casos y las prevalencias disminuyen sustancialmente. Aunque algunas de las dificultades asociadas a ambas condiciones pueden superarse en la adultez, el trastorno en sí persiste, y varias dificultades pueden mantenerse a lo largo del tiempo.

Gráfico 113. Tendencia tasa trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

TEA							TDAH						
Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023*	Tendencia	Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023*	Tendencia
0 a 04	92,3	75,1	140,4	207,7	286,3		0 a 04	182,9	96,0	121,5	155,2	203,2	
05 a 09	157,8	126,5	194,8	265,5	394,3		05 a 09	1046,2	572,3	576,7	787,3	1057,4	
10 a 14	69,4	56,9	79,5	112,2	145,0		10 a 14	623,6	375,2	396,1	511,5	630,4	
15 a 19	27,1	23,9	35,0	51,6	68,4		15 a 19	107,7	70,9	81,6	122,3	147,9	
20 a 24	12,1	11,0	12,7	16,3	23,3		20 a 24	5,5	4,3	8,0	9,3	16,4	
25 a 29	8,6	8,3	9,1	10,7	13,2		25 a 29	3,9	2,5	4,5	5,8	9,3	
30 a 34	4,9	4,7	4,7	6,4	8,6		30 a 34	3,0	1,9	3,5	4,5	6,9	
35 a 39	3,1	3,3	4,1	4,6	5,7		35 a 39	2,5	1,5	2,5	4,1	5,5	
40 a 44	1,8	1,7	1,9	2,5	4,1		40 a 44	2,3	2,1	2,4	3,1	4,4	
45 a 49	0,8	0,8	0,7	1,3	2,4		45 a 49	2,8	1,7	2,7	2,9	3,7	
50 a 54	0,8	1,3	0,8	1,1	2,2		50 a 54	2,1	1,9	1,6	3,3	3,4	
55 a 59	1,3	0,9	0,6	0,6	2,3		55 a 59	2,5	1,6	2,3	3,5	3,8	
60 a 64	1,4	1,0	2,1	1,0	2,9		60 a 64	2,6	2,1	2,6	3,3	4,7	
65 a 69	1,0	1,0	2,3	1,2	3,5		65 a 69	3,1	2,2	1,6	3,5	3,8	
70 a 74	1,1	1,1	1,1	0,6	3,3		70 a 74	3,0	2,9	3,2	4,0	4,8	
75 a 79	1,0	1,1	0,8	1,9	4,2		75 a 79	3,5	3,9	4,5	4,4	6,6	
80 o más	1,6	1,9	0,5	3,5	10,2		80 o más	4,5	3,4	4,7	6,1	7,9	

Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: F840, F841 y F845; F900 y F901

Este hallazgo sugiere un problema de subdiagnóstico en la población adulta, lo que conlleva un seguimiento y manejo inadecuados de estos trastornos, incrementando el riesgo de desarrollar otros trastornos mentales como ansiedad, trastornos del sueño, trastornos del

comportamiento, trastornos del estado de ánimo, trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia (Lai, 2019) (Sciberras, 2009)

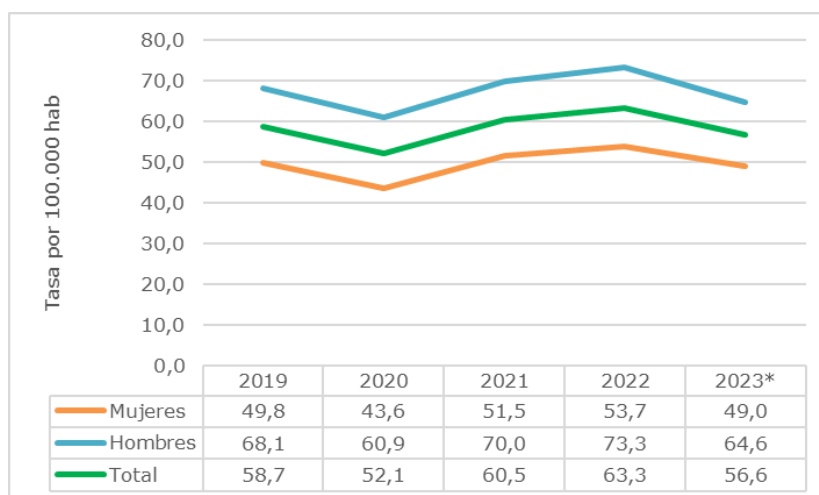
Enfermedad de Parkinson

Para esta sección se tuvieron en cuenta los casos registrados como enfermedad de Parkinson, dentro de los trastornos extrapiramidales y del movimiento; código CIE-10: G20X. Al igual que en el análisis de las demencias, se filtró desde los 30 años para descartar los casos de mala clasificación.

Del 2019 al 2023, la enfermedad de Parkinson ha mostrado una tendencia al incremento, con una tasa nacional que pasó de 59,7 a 79,0 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 114. Prevalencia de la enfermedad de Parkinson, por sexo.

Colombia, 2019-2023



* 2023 datos preliminares.

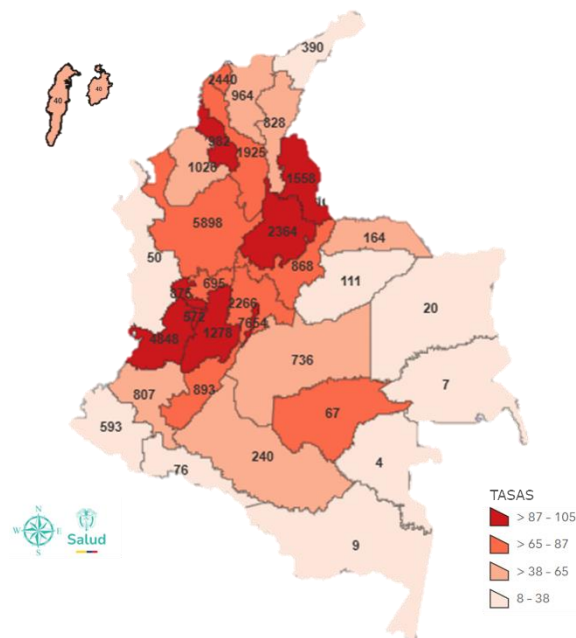
Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Código CIE-10: G20X.

Del total de 162.208 casos, los hombres representaron el 56,1 %, mostrando un riesgo 67 % mayor comparados con las mujeres (IRR=1,67; IC95 %: 1,63-1,70).

En 2023, los departamentos con tasas que superaron la tasa nacional incluyen Valle del Cauca, Quindío, Santander, Sucre, Bogotá, Tolima, Norte de Santander, Risaralda, Atlántico, Antioquia y Bolívar. Valle del Cauca y Quindío se destacan con las tasas más altas, ambas con 105 casos por 100.000 habitantes.

Gráfico 115. Tasa la enfermedad de Parkinson, por departamento. Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Código CIE-10: G20X.

En términos de tendencias, Valle del Cauca presenta el aumento más significativo durante el periodo analizado, pasando de 76 casos en 2019 a 105 en 2023, consolidándose como el territorio con el mayor incremento absoluto. Otros departamentos, como Quindío y Santander, también muestran un crecimiento sostenido en sus tasas, reflejando un comportamiento que amerita atención en estas regiones.

Gráfico 116. Tendencia tasa de la enfermedad de Parkinson, por departamento. Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Valle del Cauca	76	69	92	84	105	
Quindío	70	74	81	96	102	
Santander	79	70	82	89	100	
Sucre	70	56	72	88	99	
Bogotá, D.C.	61	56	61	68	97	
Tolima	78	78	89	85	93	
Norte de Santander	65	57	70	76	92	
Risaralda	59	69	87	77	90	
Atlántico	72	66	75	80	87	
Antioquia	64	50	56	64	86	
Bolívar	55	48	62	67	86	
Colombia	60	53	61	65	79	
Huila	64	61	76	68	76	
Guaviare	46	45	60	69	69	
Boyacá	60	54	55	68	67	
Caldas	59	52	61	63	67	
Cundinamarca	49	43	49	49	66	
Meta	53	46	48	50	65	
Magdalena	45	41	46	53	64	
San Andrés	30	26	29	75	64	
Cesar	50	40	39	55	60	
Caquetá	61	51	60	56	56	
Córdoba	49	40	43	53	54	
Arauca	34	36	37	53	52	
Cauca	42	36	44	45	52	
La Guajira	29	23	28	36	38	
Nariño	53	46	48	27	35	
Casanare	40	23	40	39	24	
Putumayo	40	34	38	18	20	
Vichada	12	7	7	11	16	
Guainía	18	17	15	18	12	
Amazonas	19	14	17	12	11	
Vaupés	9	5	9	4	9	
Chocó	9	7	8	8	8	

Tasa por 100.000 habitantes.

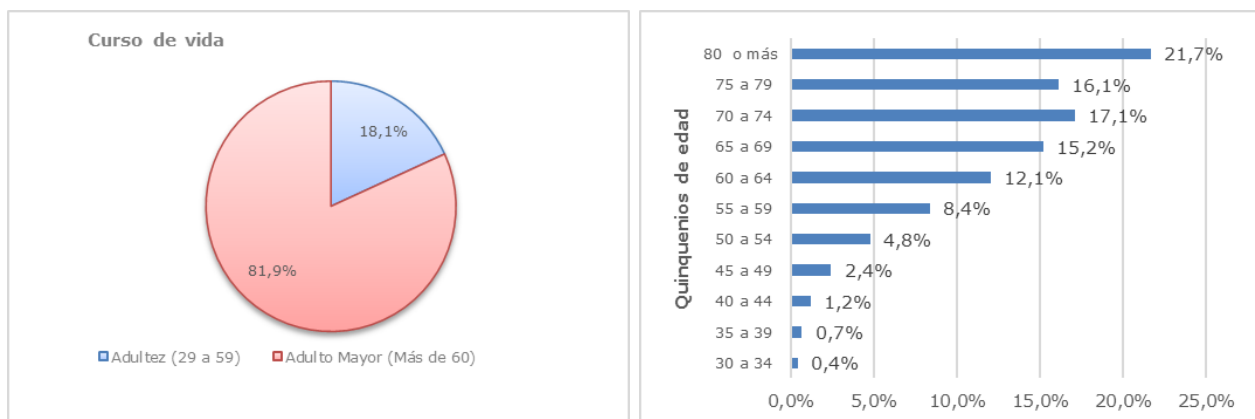
Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Código CIE-10: G20X

En las cabeceras municipales se dieron el 88 % de los casos, con un riesgo en estas de más de dos veces, comparado con las zonas rurales (IRR=2,18; IC95 %: 2,12-2,24).

Por curso de vida, como era de esperarse, las personas mayores tuvieron el mayor porcentaje de casos, con un 81,9 %. Desagregando por quinquenios de edad, los mayores de 60 años tienen el mayor porcentaje de casos (82,2 %), siendo mucho más alto el riesgo desde los 75 años, quienes presentan un riesgo 57 veces mayor comparado con el grupo de referencia (40 a 44 años) y los mayores de 80 que muestran un riesgo 66 veces mayor (IRR=57,2; IC95 %: 53,7-60,9 y IRR=66,3; IC95 %: 61,9-70,9, respectivamente).

Gráfico 117. Porcentaje de la enfermedad de Parkinson, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Código CIE-10: G20X.

Gráfico 118. Tendencia tasa de la enfermedad de Parkinson, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

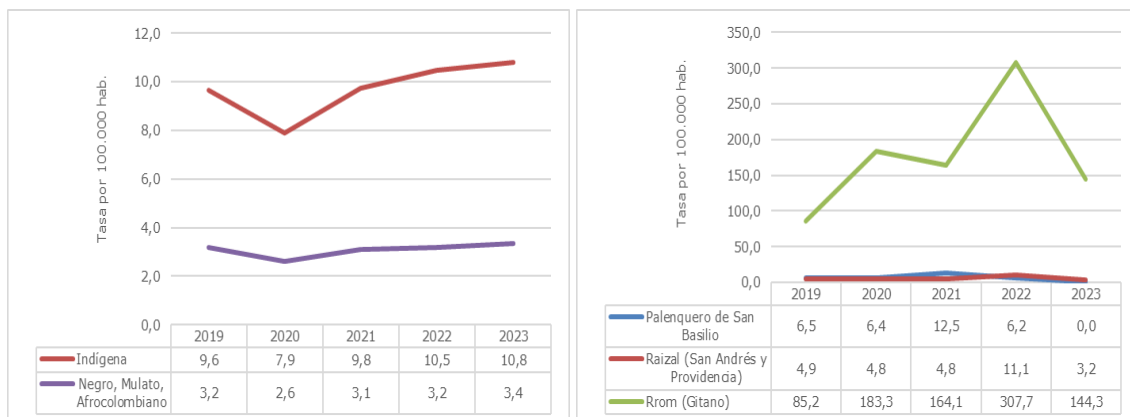
Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
30 a 34	3	2	2	3	5	
35 a 39	6	5	5	5	8	
40 a 44	11	10	11	9	17	
45 a 49	25	23	24	23	38	
50 a 54	51	45	52	51	72	
55 a 59	97	89	96	100	131	
60 a 64	164	144	165	175	224	
65 a 69	283	240	274	282	343	
70 a 74	442	378	440	443	500	
75 a 79	637	523	592	622	701	
80 o más	670	581	680	720	768	

Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Código CIE-10: G20X.

Gráfico 119. Tendencia tasas la enfermedad de Parkinson, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Código CIE-10: G20X.

Finalmente, las tasas por grupos étnicos muestran una reducción inicial en el 2020 en las comunidades indígenas, que inicia una tendencia al aumento, de modo que la tasa del 2023 supera a la del 2019. En la

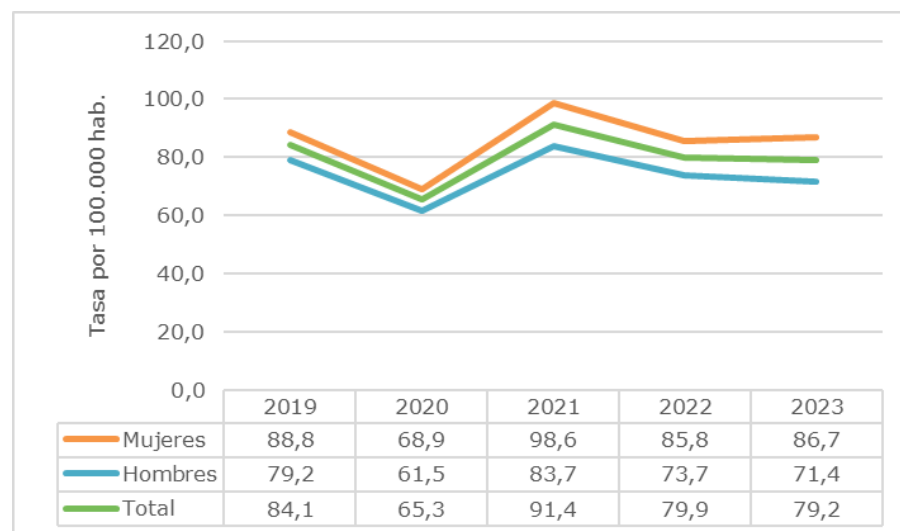
comunidad Rrom se evidencia un comportamiento variable, con una tendencia al aumento hasta 2022 y una marcada reducción en el 2023.

Otros trastornos del sistema nervioso

Para este análisis se incluyeron todos los trastornos clasificados en el CIE-10 como “Otros trastornos del sistema nervioso”, códigos G90 al G99. Algunos de estos son neuropatías, disautonomía, hidrocefalos de diversos tipos, trastornos del sistema nervioso autónomo, encefalopatías, mielopatías y quiste cerebral. No se hizo filtro por edad.

En el periodo 2019-2023 se observó un comportamiento variable, con una reducción en la tasa en el 2020, relacionada con los problemas de acceso a consultas de especialistas durante la pandemia.

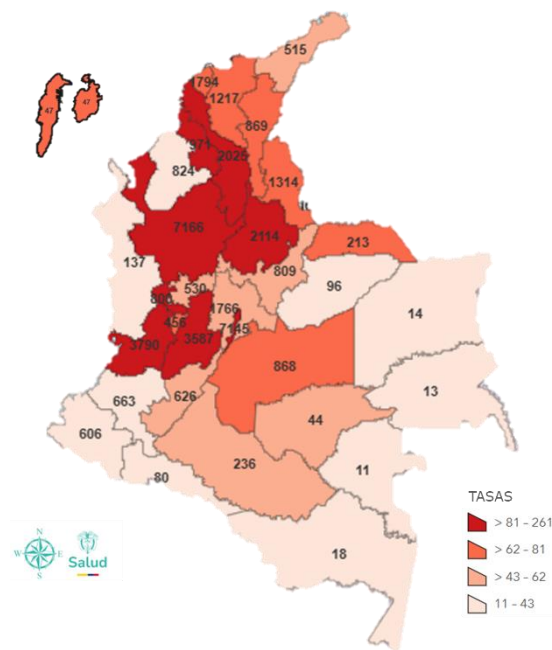
Gráfico 120. Prevalencia de otros trastornos del sistema nervioso, por sexo. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.
Códigos CIE-10: G90-G99.

En 2023, los departamentos con tasas que superaron la tasa nacional incluyen Tolima, Antioquia, Sucre, Bogotá, Bolívar, Santander, Risaralda, Valle del Cauca, Magdalena y Quindío.

Gráfico 121. Tasa otros trastornos del sistema nervioso, por departamento. Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: G90-G99.

Tolima sobresale con la tasa más alta, alcanzando 261 casos por 100.000 habitantes, mostrando un incremento significativo desde 2019, consolidándose como el departamento con el mayor crecimiento absoluto y relativo. Otros departamentos como Sucre y Antioquia también exhiben incrementos importantes.

Gráfico 122. Tendencia tasa de otros trastornos del sistema nervioso, por departamento. Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Tolima	67	56	78	60	261	
Antioquia	114	79	120	82	105	
Sucre	117	94	76	77	98	
Bogotá, D.C.	77	58	99	146	90	
Bolívar	103	85	88	74	90	
Santander	85	71	133	99	90	
Risaralda	85	82	134	89	82	
Valle del Cauca	85	79	104	79	82	
Magdalena	96	63	67	67	81	
Quindío	90	73	115	93	81	
Colombia	84	65	91	80	79	
Norte de Santander	66	56	83	68	77	
Meta	60	55	130	64	77	
Archip San Andrés	38	42	51	43	75	
Arauca	59	56	69	68	68	
Atlántico	130	99	104	69	64	
Cesar	59	51	81	73	63	
Boyacá	71	58	77	67	62	
Caquetá	61	57	63	60	56	
Huila	64	51	87	63	53	
Cundinamarca	51	39	64	55	51	
Caldas	69	51	74	64	51	
La Guajira	49	35	73	51	50	
Guaviare	57	55	58	67	45	
Córdoba	131	97	64	51	43	
Cauca	67	43	56	50	43	
Nariño	73	48	56	31	36	
Vaupés	21	7	25	35	24	
Chocó	21	16	21	20	23	
Guainía	42	29	32	29	23	
Amazonas	22	16	24	54	21	
Putumayo	51	42	48	27	21	
Casanare	47	22	39	30	21	
Vichada	24	9	11	20	11	

Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

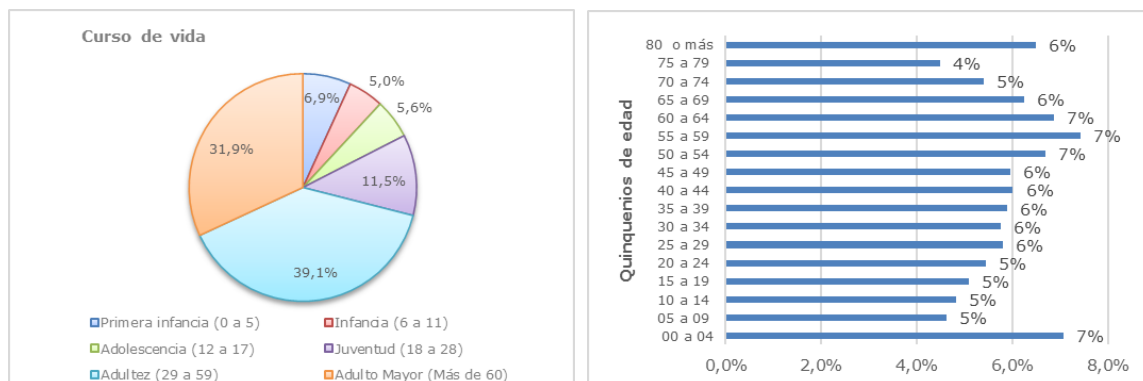
Códigos CIE-10: G90-G99.

En cuanto a las zonas, en las cabeceras municipales se registraron la mayor parte de los casos (88 %) y al controlar por otras variables se

encontró que en estas hay el doble de riesgo de padecer otros trastornos del sistema nervioso (IRR=2,13; IC95 %: 2,07-2,19).

En el análisis por curso de vida se encontró que el mayor porcentaje de casos se dio en los adultos (39,1 %) y personas mayores (31,9 %), y desagregando por quinquenios se encontró que el mayor porcentaje de casos se dio en las personas de 50 años o más (43,6 %). Controlando por otras variables se encontró que, comparados con los menores de 0 a 4 años, las personas mayores de 80 años o más tienen 3 veces más riesgo (IRR= 3,26; IC95 %: 3,01-3,54), y los adultos entre 70 y 79 años tienen el doble de riesgo comparados con el mismo grupo de edad.

Gráfico 123. Porcentaje de otros trastornos del sistema nervioso, por curso de vida y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: G90-G99

El análisis por tendencias muestra que desde los 60 años se presentan las mayores tasas, en general la mayoría de los grupos de edad muestra

una reducción en el 2020, un aumento en el 2021 que vuelve a reducirse a partir de ese año.

Gráfico 124. Tendencia tasa otros trastornos del sistema nervioso, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
00 a 04	103	67	68	72	68	
05 a 09	62	38	44	47	50	
10 a 14	60	39	47	49	53	
15 a 19	57	42	51	50	54	
20 a 24	56	44	56	48	52	
25 a 29	59	47	67	52	49	
30 a 34	59	47	79	56	53	
35 a 39	61	51	96	62	57	
40 a 44	65	52	106	73	71	
45 a 49	78	61	112	81	77	
50 a 54	96	75	122	95	90	
55 a 59	110	88	140	111	119	
60 a 64	124	106	146	127	124	
65 a 69	151	129	155	153	148	
70 a 74	185	151	173	183	182	
75 a 79	242	190	206	228	215	
80 o más	268	223	236	285	273	

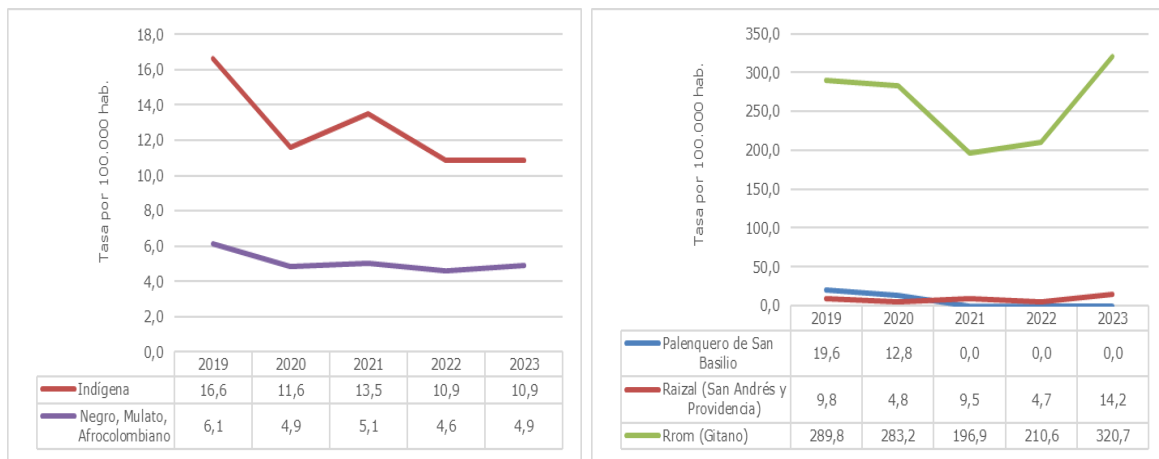
Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Códigos CIE-10: G90-G99.

Finalmente, por grupos étnicos se encontró un mayor número de casos en las comunidades indígenas, con una tendencia a la reducción durante el periodo. En las comunidades negras, mulatas y afros el comportamiento de los casos durante el periodo se mantiene estable, al igual que es los otros grupos étnicos.

Gráfico 125. Tendencia tasas otros trastornos del sistema nervioso, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, consultados en Sispro en octubre de 2024.
Códigos CIE-10: G90-G99.

Conducta suicida

Autolesiones no suicidas (ALNS)

Las autolesiones no suicidas (ALNS) se definen como “el daño autoinfligido en la superficie corporal con el fin de ocasionar placer de forma repetitiva, sin un claro deseo suicida” (Gutiérrez & Rodríguez, 2019). Principalmente se realizan en las extremidades o el abdomen, y se considera que la psicopatología asociada está relacionada con la presencia de una desregulación emocional, en la que se busca el enmascaramiento

del dolor emocional con el físico. Además de los cortes, estas pueden incluir mordeduras, rascarse hasta lastimarse, quemarse, pegarse contra objetos, entre otras.

El diagnóstico de la autolesión no suicida debe excluir el comportamiento suicida, dado que el comportamiento no tiene por objetivo acabar con la vida, sino generar sensaciones de placer y alivio una vez se ha realizado la autolesión. Por lo general, se estima que en los adolescentes la prevalencia de estas conductas está entre el 17-18 %, y en adolescentes con trastornos mentales o del comportamiento este porcentaje asciende al 40 % (Zetterqvist, 2015).

El país no cuenta con estadísticas nacionales sobre autolesiones en niños, niñas, adolescentes y jóvenes; desde la academia se han realizado algunos estudios al respecto. Por ejemplo, un estudio efectuado en el país, en el que se evaluó la frecuencia de conductas autolesivas en estudiantes de bachillerato se encontró que el 22,4 % de los adolescentes reportó haber presentado estas conductas, el tipo de lesión más frecuente fue el autocorte (92,3%), el 46,2 % de quienes se autolesionaban presentaron más de un tipo de autolesión, y el 30,8 % lo hacía al menos una vez al mes. En ese estudio se encontró que el 38,4 % de quienes se autolesionaba cumplía criterios para depresión y el 44,8 % para ansiedad (Buitrago, y otros, 2021).

En otro estudio realizado en la ciudad de Bogotá, en el que se revisaron historias clínicas de pacientes menores de 15 años, se encontró que la prevalencia de autolesiones en los menores con diagnóstico psiquiátrico fue de 26,7 %, siendo la relación entre sexos de 3:1, con una mayoría para las mujeres. El 80 % de las lesiones ocurrieron en los antebrazos.

El 22,3 % de estos jóvenes refirió que sintió que su ansiedad se reducía luego de las lesiones; sin embargo, el 72,9 % no había tenido pensamientos suicidas. Los factores de riesgo más importantes fueron padecer algún trastorno mental (52,9 %), ser víctima de violencia psicológica (25,8 %) y, en el caso de los menores de edad, el uso de sustancias psicoactivas (22,7 %) (Lince-González, Tachak-Duque, Parra-García, Durán-Florez, & Estrada-Orozco, 2020).

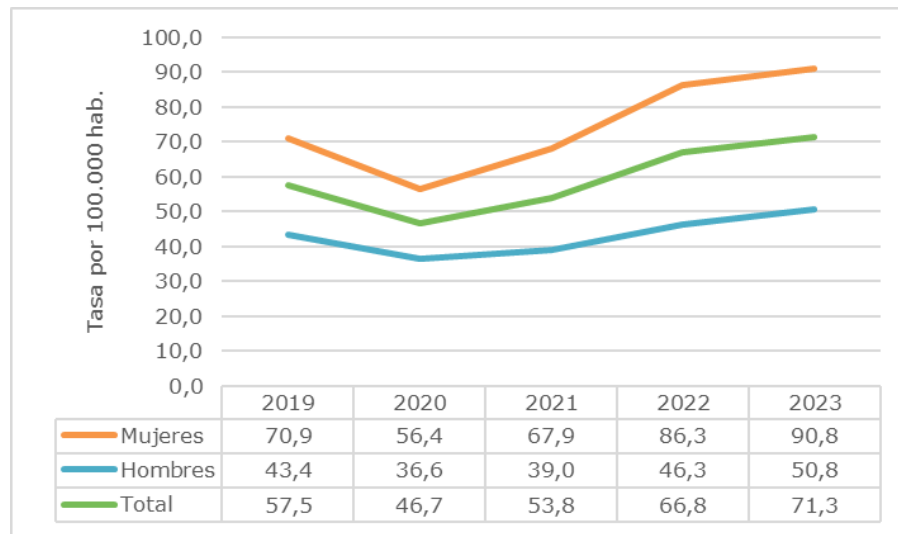
Intento de suicidio

Para este análisis se tomaron los datos reportados en Sivigila, consultados en el RIPS, con el código 356 (Intento de suicidio). La edad se filtró de 5 años en adelante.

Desde 2019, la tasa de intentos de suicidio se ha incrementado tras una reducción inicial durante el año 2020, cuando se vivió el confinamiento por covid-19, posiblemente debido a que los sistemas de vigilancia se volcaron al seguimiento de la pandemia. Sin embargo, el incremento observado después sugiere un impacto significativo en la salud mental poblacional como secuela de la pandemia y otras situaciones socioeconómicas derivadas de esta.

Durante el periodo analizado, los casos de intentos de suicidio han mostrado una incidencia significativamente mayor en mujeres; de los 151.158 eventos reportados, el 644 % fueron realizados por mujeres. El análisis ajustado por variables sociodemográficas indica que las mujeres tienen un 79 % más de riesgo de intentar suicidarse que los hombres (IRR = 1,79; IC95 % = 1,73-1,86), señalando un mayor riesgo en ellas.

Gráfico 126. Tasa de incidencia de intento de suicidio, por sexo.
Colombia, 2019-2023

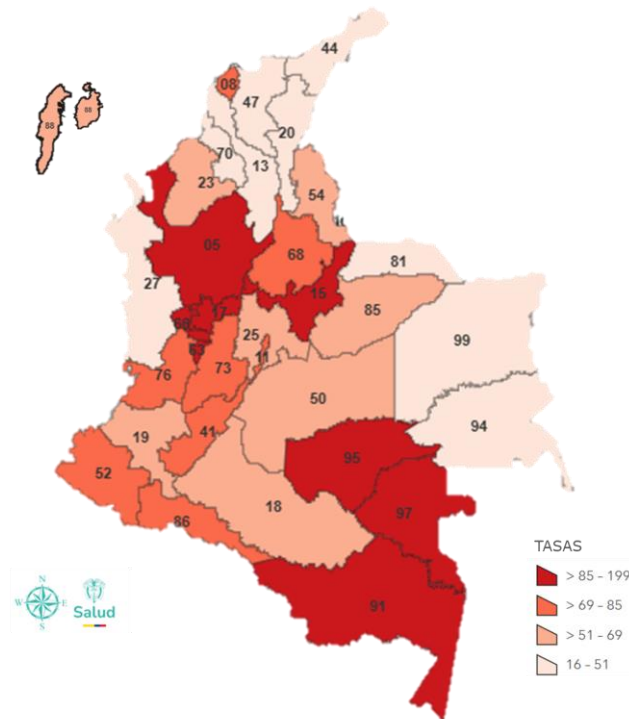


Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila, consultados en Sispro en octubre de 2024.
Evento 356: Intento de suicidio.

En 2023, los departamentos con tasas de intento de suicidio que superaron la tasa nacional incluyen Vaupés, Risaralda, Caldas, Quindío, Boyacá, Guaviare, Antioquia, Amazonas, Tolima, Nariño, Huila, Putumayo, Bogotá, Valle del Cauca, Santander y Atlántico. Entre estos, Vaupés registra la tasa más alta, con 198,8 casos por 100.000 habitantes, mostrando un incremento significativo desde 2019.

En cuanto a las tendencias, Vaupés y Risaralda destacan por sus incrementos más pronunciados durante el periodo analizado. Además, departamentos como Caldas, Amazonas, Bogotá, D.C., Santander, Boyacá y Antioquia reflejan incrementos sostenidos, evidenciando la necesidad de estrategias urgentes de prevención en estas regiones.

Gráfico 127. Tasa intento de suicidio, por departamento. Colombia, 2023



*Tasa por 100.000 habitantes. Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los casos.
Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila, consultados en Sispro en octubre de 2024.
 Evento 356: Intento de suicidio.

Respecto de la zona de residencia, en las cabeceras municipales se reportó el mayor porcentaje de casos (87 %). El análisis ajustado muestra que, comparados con las personas que viven en zonas rurales y centros poblados, quienes viven en cabeceras municipales tienen dos veces más riesgo (IRR= 2,06; IC95 %= 1,98-2,15).

Gráfico 128. Tendencia tasa por intento de suicidio, por departamento. Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Vaupés	107,7	90,3	81,1	96,5	198,8	
Risaralda	123,6	89,6	99,0	129,6	133,3	
Caldas	101,4	86,3	94,7	112,5	124,0	
Quindío	109,9	79,9	95,5	93,4	92,7	
Boyacá	63,1	51,2	56,9	84,3	92,3	
Guaviare	56,7	38,2	56,7	37,0	91,2	
Antioquia	74,3	58,8	63,2	78,1	86,5	
Amazonas	63,0	63,4	65,7	83,6	85,8	
Tolima	100,6	76,3	76,7	87,3	85,3	
Nariño	78,0	56,0	69,5	83,0	84,8	
Huila	82,0	63,1	65,8	74,6	81,0	
Putumayo	97,5	78,7	77,3	85,4	78,1	
Bogotá, D.C.	26,8	35,6	54,1	69,4	73,3	
Valle del Cauca	64,3	46,5	49,0	70,0	72,8	
Santander	46,7	42,1	50,8	64,3	71,7	
Atlántico	60,1	44,3	49,2	61,0	71,6	
Colombia	57,5	46,7	53,8	66,8	71,3	
Cundinamarca	60,4	43,7	49,3	66,5	68,8	
Caquetá	61,3	45,0	59,1	63,3	64,9	
Casanare	63,5	54,1	60,4	60,7	60,5	
Meta	63,7	51,3	59,3	68,5	60,2	
Norte de Santander	53,5	39,8	52,5	61,0	60,1	
Córdoba	50,0	36,6	47,7	57,1	57,2	
Cauca	48,2	39,1	36,3	45,5	56,2	
San Andrés	24,0	14,5	11,3	38,6	53,0	
Bolívar	39,2	33,7	37,1	45,5	50,6	
Sucre	40,5	35,7	41,2	47,7	50,1	
Arauca	59,6	53,6	43,2	45,8	47,0	
Guainía	42,4	26,9	41,1	59,9	44,2	
Cesar	45,7	37,1	35,8	38,5	41,7	
Magdalena	37,7	28,6	31,8	37,3	39,5	
La Guajira	25,2	20,2	19,4	18,5	26,1	
Vichada	15,4	16,5	7,6	19,0	18,7	
Chocó	17,4	12,3	10,3	11,3	16,3	

*Tasa por 100.000 habitantes

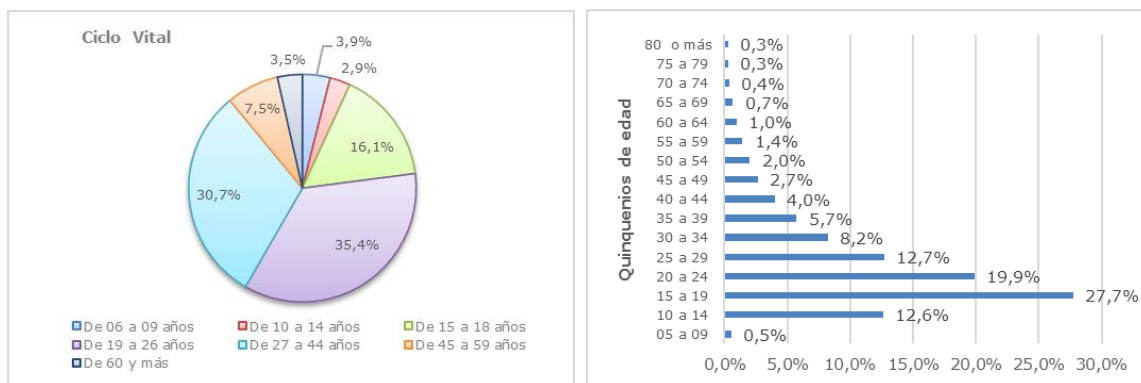
Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Evento 356: Intento de suicidio.

Finalmente, por ciclo vital (en este caso no se hizo por curso de vida ya que Sivigila no cuenta con esta clasificación), se encontró que los adolescente y jóvenes entre 15 a 26 años presentaron el mayor porcentaje de casos durante el periodo analizado (51,5 %). Por quinquenios se encontró que entre los 10 y 29 años se registraron la gran mayoría de los intentos de suicidio (72,9 %). Comparados con los niños de 5 a 9 años y ajustando por otras variables, los adolescentes de 10 a 14 años presentan 17 veces más riesgo (IRR = 17,2; IC95 % = 14,9-19,6), los jóvenes de 15 a 19 años tienen 35 veces más riesgo (IRR =

35,2; IC95 % = 31,2-39,8), y aquellos de 20 a 24 años 23 veces más riesgo (IRR = 23,9; IC95 % = 21,2-27,0).

Gráfico 129. Porcentaje de intento de suicidio, por ciclo vital y quinquenios de edad. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Evento 356: Intento de suicidio.

Gráfico 130. Tendencia tasa intento de suicidio, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
05 a 09	6	4	3	4	4	
10 a 14	93	62	82	124	119	
15 a 19	191	155	183	247	250	
20 a 24	130	111	129	155	169	
25 a 29	85	74	81	95	109	
30 a 34	61	52	57	64	76	
35 a 39	46	38	45	49	57	
40 a 44	36	30	34	36	45	
45 a 49	29	22	24	27	33	
50 a 54	20	18	19	23	26	
55 a 59	16	14	15	17	19	
60 a 64	13	12	12	14	14	
65 a 69	10	11	12	11	14	
70 a 74	10	9	9	9	11	
75 a 79	9	8	10	10	10	
80 o más	8	7	9	8	9	

*Tasa por 100.000 habitantes.

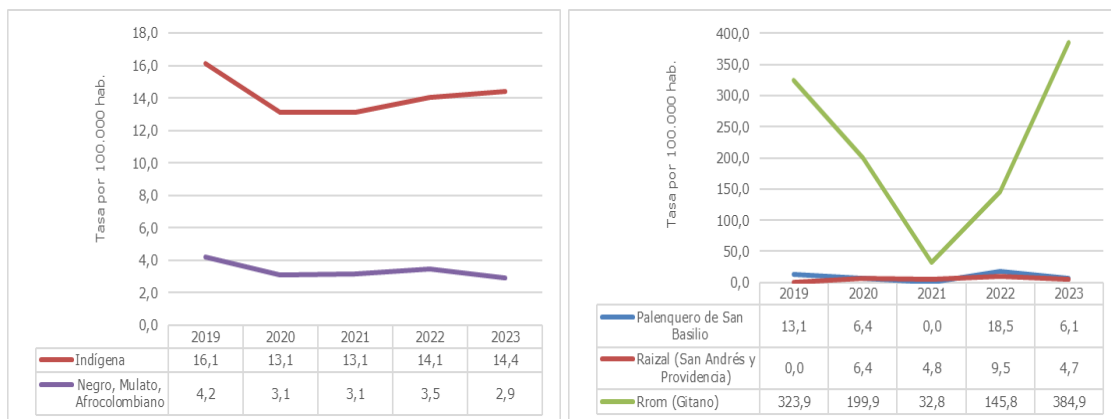
Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Evento 356: Intento de suicidio.

La revisión de las tendencias por quinquenios de edad revela un aumento claro en las tasas entre los 10 y los 39 años, reflejando un riesgo significativo en estas edades y un deterioro en su bienestar y salud mental.

Finalmente, por grupos étnicos se encontró que la tasas más altas se presentaron de forma sostenida en las comunidades indígenas y Rrom, en esta segunda debido al reducido tamaño de esta población, la aparición de pocos casos puede influir de manera desproporcionada en la tasa, generando un incremento notable por lo que se debe interpretar con cuidado.

Gráfico 131. Tendencia de casos de intento de suicidio, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de Sivigila, consultados en Sispro en octubre de 2024.

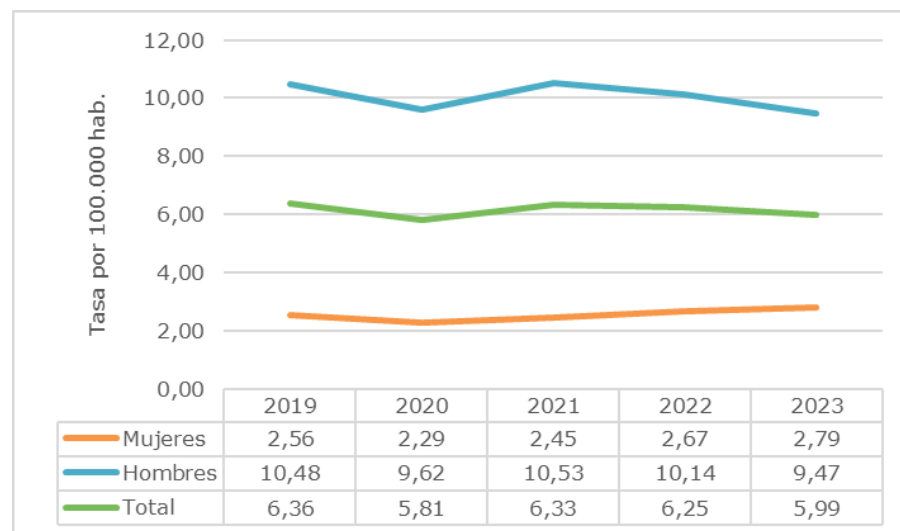
Evento 356: Intento de suicidio.

Mortalidad por lesiones o envenenamientos autoinfligidos (suicidio)

Para esta sección se incluyeron los datos reportados en las EEVV, bajo la clasificación “Lesiones autoinfligidas intencionalmente”, código CIE-10 X60 a X84, filtrado por muerte no fetal y teniendo en cuenta los casos reportados desde los cinco años de edad. La edad se filtro desde los 5 años.

La tasa de incidencia de defunciones por envenenamiento o lesiones autoinfligidas (suicidio) muestra que la tendencia se ha mantenido similar entre el 2019 y el 2023, con una pequeña reducción en los hombres y un leve incremento en las mujeres.

Gráfico 132. Tasa ajustada por sexo y edad de defunciones por lesiones o envenenamientos autoinfligidos. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de EVV, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Tipo de defunción no fetal. Códigos: X60-X84.

Durante el periodo analizado, la distribución por género ha mostrado una mayor incidencia en los hombres, pues del total de 16.211 casos reportados, el 79,5 % ocurrieron en hombres.

Al ajustar por variables sociodemográficas, se encontró que, comparados con las mujeres, los hombres tienen casi tres veces más riesgo de fallecer por suicidio ($IRR = 2,83$; $IC95 \% = 2,70-2,96$), lo que revela un riesgo significativamente mayor en ellos.

En 2023, los departamentos que se ubicaron en el cuartil más alto de tasas de suicidio y que superaron la tasa nacional incluyen Vaupés, Amazonas, Caldas, Caquetá, Arauca, Tolima, Risaralda, Nariño, Boyacá, Guaviare, Quindio, Putumayo. En cuanto a las tendencias, Vaupés y Caquetá destacan con el incremento más significativo durante el periodo analizado, incrementando del 2019 al 2023 sus tasa en casi el doble.

Respecto de la zona de residencia, en las cabeceras municipales se reportó el mayor porcentaje de casos (77 %); sin embargo, el análisis ajustado muestra que, comparados con las personas que viven en cabeceras municipales quienes viven en zonas rurales tienen 7 % más riesgo ($IRR = 1,07$; $IC95 \% = 1,01 - 1,13$).

Por ciclo de vida (en este caso no se hizo por curso de vida debido a que las EVV no cuenta con esta clasificación), se encontró que el mayor porcentaje de casos se dio en jóvenes y adultos (52,3 %). Por quinquenios se encontró que el mayor porcentaje de casos se presentó entre los 15 y 34 años (47 %).

Gráfico 134. Tendencia tasa de mortalidad por lesiones o envenenamientos autoinfligidos, por departamento. Colombia, 2019-2023

Departamento	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
Vaupés	23,78	26,14	38,16	37,16	50,69	
Amazonas	18,88	26,66	17,86	12,14	13,27	
Caldas	9,74	8,07	10,10	8,84	10,53	
Caquetá	5,84	7,10	5,67	6,69	10,09	
Arauca	10,48	10,08	10,14	8,44	9,38	
Tolima	10,57	9,17	9,45	9,74	8,46	
Risaralda	10,79	8,56	11,54	8,84	8,36	
Nariño	8,46	7,32	8,27	8,76	8,24	
Boyacá	6,70	6,82	7,99	7,56	8,17	
Guaviare	2,67	5,07	8,62	7,16	8,10	
Quindío	9,27	9,39	10,54	8,67	8,02	
Putumayo	6,70	7,74	6,08	6,89	7,96	
Casanare	6,85	7,13	9,49	5,15	7,72	
Norte de Santander	7,14	6,14	7,03	6,05	7,52	
Antioquia	7,98	7,45	7,99	8,22	7,42	
Cesar	5,50	5,95	5,12	7,53	7,15	
Sucre	4,98	5,46	7,47	4,95	6,93	
Huila	7,41	7,45	10,30	8,92	6,61	
Meta	4,29	6,99	6,17	7,60	6,19	
Cauca	8,02	6,44	7,99	7,11	6,16	
Bogotá, D.C.	6,85	5,62	6,15	6,83	6,15	
Colombia	6,36	5,81	6,33	6,25	5,99	
Valle del Cauca	5,81	5,42	5,55	6,05	5,70	
Santander	7,67	5,64	7,37	5,80	4,74	
Bolívar	4,35	3,90	3,64	4,21	4,62	
Vichada	3,06	1,96	1,91	1,87	4,58	
Cundinamarca	5,09	5,42	4,99	5,15	4,55	
Córdoba	3,75	3,49	4,48	3,36	4,52	
La Guajira	3,77	2,23	2,96	3,44	4,02	
Chocó	4,60	4,82	3,54	3,86	3,98	
Atlántico	3,21	3,56	4,32	3,34	3,38	
Magdalena	4,23	4,12	2,87	4,13	3,32	
Guainía	9,13	2,17	4,21	4,10	2,00	
San Andrés	0,00	7,30	7,27	3,63	1,81	

*Tasa por 100.000 habitantes.

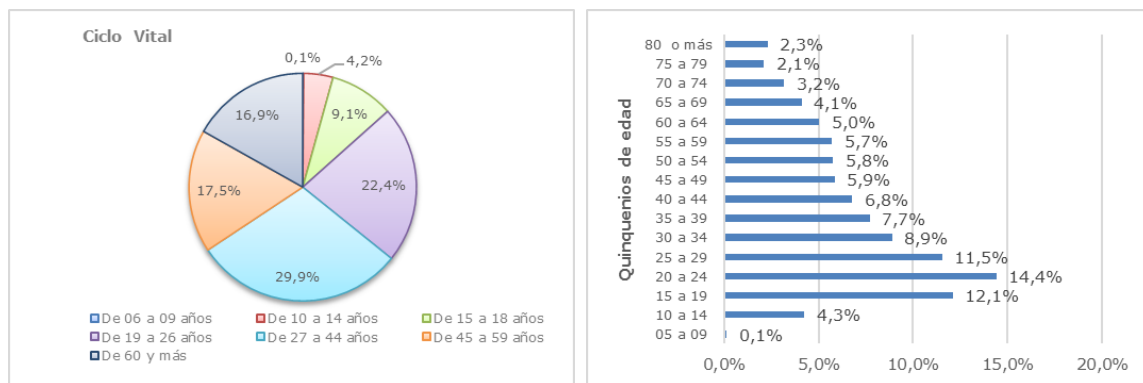
Fuente: Elaboración propia con datos de EVV, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Tipo de defunción no fetal. Códigos: X60-X84.

Al revisar las tendencias en cada quinquenio se observa que, aun cuando entre los 20 y los 24 años hay un claro aumento de las tasas, indicando un panorama de riesgo importante en estas edades, también se presenta esta tendencia en el grupo de 70 a 79 años, lo que refleja las vulnerabilidades que enfrentan estos dos grupos de edad. Al ajustar por otras variables, se encontró que, comparados con los menores entre 5 y 9 años, quienes tienen entre 70 y 74 años y 80 años o más tienen 8 veces más riesgo (IRR = 8,29; IC95 % = 5,49-12,5 y IRR = 8,94; IC95 % =

5,91-13,52, respectivamente), mientras que quienes tienen 20 a 24 años tienen 7 veces más riesgo ($IRR = 7,25$; $IC95 \% = 4,84-10,87$).

Gráfico 135. Porcentaje de defunciones por lesiones o envenenamientos autoinfligidos, por quinquenios. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de EVV, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Tipo de defunción no fetal. Códigos: X60-X84.

Gráfico 136. Tasa lesiones o envenenamientos autoinfligidos, por quinquenios. Colombia, 2019-2023

Quinquenios	2019	2020	2021	2022	2023	Tendencia
05 a 09	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	
10 a 14	3,6	3,4	3,8	3,7	2,9	
15 a 19	9,8	9,0	9,4	10,8	9,0	
20 a 24	10,7	10,5	10,7	11,2	11,0	
25 a 29	9,1	7,8	9,3	9,4	7,8	
30 a 34	7,6	6,6	7,7	6,5	7,8	
35 a 39	7,1	6,5	7,1	7,2	6,1	
40 a 44	7,8	6,0	6,1	6,3	6,9	
45 a 49	6,7	5,8	6,4	6,6	6,5	
50 a 54	7,4	6,1	6,7	5,4	7,2	
55 a 59	7,0	7,3	6,8	7,5	6,5	
60 a 64	7,7	6,2	8,4	7,0	7,3	
65 a 69	7,7	8,2	8,7	6,5	7,7	
70 a 74	6,8	8,3	8,6	9,3	7,9	
75 a 79	7,7	8,6	9,0	7,2	7,9	
80 o más	6,3	7,0	7,9	8,6	6,5	

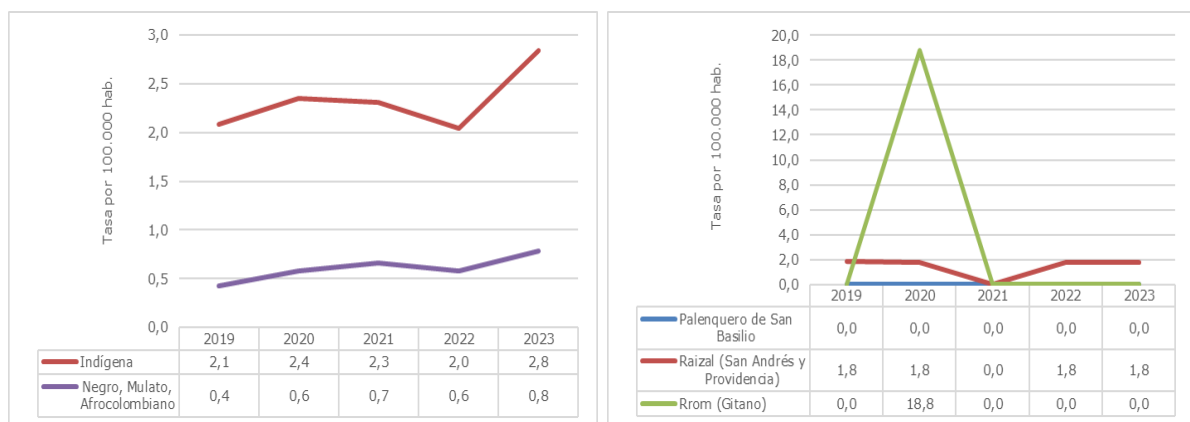
* Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos de EVV, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Tipo de defunción no fetal. Códigos: X60-X84.

Finalmente, cuando se observan las tasas de suicidio en los grupos étnicos durante los últimos cinco años se puede ver una tendencia al aumento, tanto en las comunidades indígenas como en las comunidades negras, mulatas y afros.

Gráfico 137. Tendencia de casos de lesiones o envenenamientos autoinfligidos, por grupo étnico. Colombia, 2019-2023



Fuente: Elaboración propia con datos de EVV, consultados en Sispro en octubre de 2024.

Tipo de defunción no fetal. Códigos: X60-X84.

La tasa de suicidios en Colombia entre 2019 y 2023 registra que el fenómeno presenta complejidades significativas, con variaciones marcadas por sexo, geografía y entre los grupos étnicos. Los hombres han mostrado consistentemente mayores tasas de suicidio consumado, mientras que las mujeres han experimentado un incremento leve en este periodo. Por grupos étnicos, los indígenas presentan una predominancia en los casos. Regionalmente, departamentos como Vaupés y Amazonas continúan siendo los más afectados. La predominancia de casos en

cabeceras municipales y el aumento notable en ciertos grupos de edad subrayan la necesidad de intervenciones focalizadas que aborden las causas subyacentes y los factores de riesgo específicos para cada población. Las políticas de prevención deben ser sensibles al contexto y diseñadas para llegar eficazmente a las zonas rurales y a los jóvenes, dos de los grupos más vulnerables, y contar con una atención diferencial para los grupos étnicos, especialmente las comunidades indígenas, que presenta mayor número de casos tanto en intento de suicidio como en suicidio.

Priorización por entidad territorial

Con el fin de visibilizar las entidades territoriales donde las tasas de prevalencia de los principales trastornos mentales, del comportamiento y de la epilepsia son más altas, se realizó una semaforización teniendo en cuenta las razones de las tasas del año 2023 con sus intervalos de confianza.

Para el cálculo de las razones de tasas y los intervalos de confianza se siguió el método propuesto por Rothman et al. (2008). La interpretación de estas y sus intervalos de confianza permiten una interpretación de los resultados más consistente.

El cálculo de los intervalos de confianza también permite la identificación de prioridades, lo cual se puede facilitar realizando una semaforización de acuerdo con los siguientes criterios:

Tabla 2. Semaforización del riesgo de acuerdo con los intervalos de confianza (IC) de las razones de tasas.

	Cuando la razón de tasas es menor de uno y el IC 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en la región o departamento comparado con el indicador nacional.
	Cuando la razón de tasas es uno o el IC 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en la región o departamento y el indicador nacional.
	Cuando la razón de tasas es mayor de uno y el IC 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en la región o departamento comparado con el indicador nacional.

De acuerdo con los resultados y en comparación con la tasa nacional, los departamentos que presentaron tasas significativamente más altas en todos los eventos de salud mental analizados fueron Antioquia, Bogotá, D.C., Quindío, Risaralda y Santander. De estos, Antioquia destaca también por registrar tasas significativamente más altas tanto en intento de suicidio como en suicidio, mientras que Bogotá, D.C., Quindío y Risaralda muestran tasas más elevadas en intento de suicidio. Estos hallazgos posicionan a estos departamentos como prioritarios para intervenciones orientadas a mejorar la salud mental de sus habitantes.

En cuanto a la conducta suicida, además de los departamentos mencionados, se identificó que Boyacá, Caldas, Guaviare, Huila, Nariño, Tolima y Vaupés presentan tasas de intento de suicidio significativamente superiores a la tasa nacional. Por otro lado, en mortalidad por suicidio, los departamentos que requieren especial atención por superar la tasa

nacional son Amazonas, Arauca, Boyacá, Caldas, Caquetá, Nariño, Norte de Santander, Tolima y Vaupés.

Entre los departamentos con tasas elevadas en los indicadores de conducta suicida, Boyacá y Caldas presentan, además, tasas altas en al menos dos eventos de salud mental, lo que los ubica como territorios que requieren atención prioritaria en salud mental.

Por último, en territorios como Amazonas, Caquetá y Vaupés, donde existe una menor disponibilidad de servicios de salud mental, lo que limita el acceso al diagnóstico y a la atención, resulta especialmente relevante considerar las altas tasas en conducta suicida. En estos casos, las bajas prevalencias observadas en otros eventos de salud mental podrían estar más relacionadas con las dificultades de acceso a los servicios que con una menor carga real de la enfermedad.

Gráfico 138. Priorización eventos relacionados con la salud mental. Colombia, 2023

Entidad Territorial	Tasa de Prevalencia Depresión					Tasa de Prevalencia Ansiedad					Tasa de Prevalencia TAB					Tasa de Prevalencia Epilepsia					Tasa de Prevalencia Demencias				
	Tasa	Dif. relativas	LI IC95%	LS IC95%	Semaf.	Tasa	Dif. relativas	LI IC95%	LS IC95%	Semaf.	Tasa	Dif. relativas	LI IC95%	LS IC95%	Semaf.	Tasa	Dif. relativas	LI IC95%	LS IC95%	Semaf.	Tasa	Dif. relativas	LI IC95%	LS IC95%	Semaf.
COLOMBIA	474,1					1122,0					199,5					398,1					191,7				
Amazonas	124,6	0,26	0,22	0,32		214,0	0,19	0,16	0,22		16,5	0,08	0,05	0,14		159,9	0,40	0,34	0,48		35,3	0,18	0,13	0,26	
Antioquia	713,5	1,51	1,49	1,52		1541,1	1,37	1,36	1,38		317,3	1,59	1,57	1,61		420,3	1,06	1,04	1,07		213,6	1,11	1,09	1,13	
Arauca	377,8	0,80	0,75	0,84		768,5	0,68	0,66	0,71		97,4	0,49	0,44	0,55		302,1	0,76	0,71	0,81		101,9	0,53	0,48	0,59	
Arhicip. San Andrés	387,0	0,82	0,72	0,93		880,1	0,78	0,72	0,85		189,5	0,95	0,79	1,14		289,1	0,73	0,63	0,84		141,3	0,74	0,60	0,91	
Atlántico	369,2	0,78	0,76	0,79		977,5	0,87	0,86	0,88		163,6	0,82	0,80	0,84		373,9	0,94	0,92	0,96		228,3	1,19	1,16	1,22	
Bogotá, D.C.	692,9	1,46	1,45	1,48		1534,4	1,37	1,36	1,38		219,2	1,10	1,08	1,12		529,0	1,33	1,31	1,34		264,6	1,38	1,36	1,40	
Bolívar	315,6	0,67	0,65	0,68		794,1	0,71	0,70	0,72		139,6	0,70	0,68	0,72		524,9	1,32	1,29	1,34		184,0	0,96	0,93	0,99	
Boyacá	456,2	0,96	0,94	0,99		1219,4	1,09	1,07	1,10		155,2	0,78	0,74	0,81		456,7	1,15	1,12	1,18		127,6	0,67	0,63	0,70	
Caldas	798,4	1,68	1,65	1,72		1512,8	1,35	1,33	1,37		403,3	2,02	1,96	2,08		402,2	1,01	0,98	1,04		149,7	0,78	0,74	0,82	
Caquetá	246,8	0,52	0,49	0,55		631,2	0,56	0,54	0,58		240,2	1,20	1,13	1,28		342,5	0,86	0,82	0,91		101,2	0,53	0,48	0,58	
Casanare	146,7	0,31	0,29	0,33		414,7	0,37	0,35	0,39		54,7	0,27	0,24	0,31		100,5	0,25	0,23	0,28		27,6	0,14	0,12	0,17	
Cauca	253,3	0,53	0,52	0,55		760,6	0,68	0,67	0,69		63,0	0,32	0,30	0,34		388,4	0,98	0,95	1,00		92,6	0,48	0,46	0,51	
Cesar	267,8	0,56	0,55	0,58		731,1	0,65	0,64	0,66		113,2	0,57	0,54	0,60		312,2	0,78	0,76	0,81		96,6	0,50	0,48	0,53	
Chocó	90,9	0,19	0,18	0,21		906,8	0,81	0,79	0,83		45,7	0,23	0,20	0,26		120,1	0,30	0,28	0,32		30,2	0,16	0,14	0,18	
Córdoba	250,2	0,53	0,51	0,54		713,3	0,64	0,62	0,65		98,9	0,50	0,47	0,52		282,2	0,71	0,69	0,73		141,6	0,74	0,71	0,77	
Cundinamarca	328,3	0,69	0,68	0,71		907,9	0,81	0,80	0,82		109,3	0,55	0,53	0,57		355,4	0,89	0,88	0,91		164,3	0,86	0,83	0,88	
Guainía	203,4	0,43	0,36	0,52		265,2	0,24	0,20	0,28		26,5	0,13	0,08	0,22		139,7	0,35	0,28	0,44		8,8	0,05	0,02	0,11	
Guaviare	237,7	0,50	0,44	0,57		489,7	0,44	0,40	0,48		62,5	0,31	0,24	0,40		298,1	0,75	0,67	0,84		60,4	0,32	0,24	0,41	
Huila	227,8	0,48	0,46	0,50		600,0	0,53	0,52	0,55		93,0	0,47	0,44	0,49		389,0	0,98	0,95	1,01		180,7	0,94	0,90	0,98	
La Guajira	339,6	0,72	0,69	0,74		370,2	0,33	0,32	0,34		187,5	0,94	0,90	0,98		252,6	0,63	0,61	0,66		85,5	0,45	0,42	0,48	
Magdalena	216,6	0,46	0,44	0,47		675,3	0,60	0,59	0,61		323,2	1,62	1,57	1,67		333,9	0,84	0,82	0,86		128,2	0,67	0,64	0,70	
Meta	253,4	0,53	0,52	0,55		767,0	0,68	0,67	0,70		136,6	0,68	0,65	0,72		311,9	0,78	0,76	0,81		138,9	0,72	0,69	0,76	
Nariño	228,7	0,48	0,47	0,50		455,5	0,41	0,40	0,42		33,4	0,17	0,15	0,18		214,9	0,54	0,52	0,56		48,4	0,25	0,24	0,27	
Norte de Santander	259,6	0,55	0,53	0,56		887,1	0,79	0,78	0,80		200,7	1,01	0,97	1,04		489,7	1,23	1,20	1,26		177,5	0,93	0,89	0,96	
Putumayo	195,0	0,41	0,38	0,44		394,5	0,35	0,33	0,37		35,5	0,18	0,15	0,21		129,5	0,33	0,30	0,36		27,9	0,15	0,12	0,18	
Quindío	914,8	1,93	1,88	1,98		1651,6	1,47	1,44	1,50		308,7	1,55	1,48	1,62		576,1	1,45	1,40	1,50		241,2	1,26	1,19	1,33	
Risaralda	783,6	1,65	1,62	1,69		1876,6	1,67	1,65	1,70		374,7	1,88	1,82	1,94		472,5	1,19	1,15	1,22		251,8	1,31	1,26	1,37	
Santander	823,0	1,74	1,71	1,76		1397,4	1,25	1,23	1,26		537,0	2,69	2,64	2,74		476,2	1,20	1,17	1,22		292,8	1,53	1,49	1,57	
Sucre	390,1	0,82	0,80	0,85		1180,7	1,05	1,03	1,07		108,0	0,54	0,51	0,58		523,5	1,31	1,28	1,35		190,5	0,99	0,95	1,04	
Tolima	397,1	0,84	0,82	0,86		1049,7	0,94	0,92	0,95		168,9	0,85	0,81	0,88		361,3	0,91	0,88	0,93		206,9	1,08	1,04	1,12	
Valle del Cauca	459,4	0,97	0,96	0,98		1309,4	1,17	1,16	1,18		128,0	0,64	0,63	0,66		324,8	0,82	0,80	0,83		270,1	1,41	1,38	1,44	
Vaupés	318,5	0,67	0,57	0,79		245,8	0,22	0,18	0,26		32,1	0,16	0,10	0,27		100,5	0,25	0,19	0,34		21,4	0,11	0,06	0,21	
Vichada	39,7	0,08	0,06	0,11		156,5	0,14	0,12	0,16		17,0	0,09	0,06	0,13		102,2	0,26	0,22	0,31		11,4	0,06	0,04	0,10	

*Tasa por 100.000 habitantes. TAB: Trastorno afectivo bipolar

Gráfico 139. Priorización indicadores de conducta suicida. Colombia, 2023

Entidad Territorial	Tasa de Incidencia Intento de Suicidio					Tasa de Mortalidad por Suicidio				
	Tasa	Dif. relativas	LI IC95%	LS IC95%	Semaf.	Tasa	Dif. relativas	LI IC95%	LS IC95%	Semaf.
COLOMBIA	71,3					6,2				
Amazonas	85,8	1,20	0,96	1,52		13,3	2,08	1,15	3,75	
Antioquia	86,5	1,21	1,18	1,25		7,4	1,19	1,08	1,31	
Arauca	47,0	0,66	0,56	0,77		9,4	1,49	1,03	2,14	
Archip. San Andrés	53,0	0,74	0,53	1,05		1,8	0,26	0,04	1,83	
Atlántico	71,6	1,01	0,96	1,05		3,4	0,54	0,44	0,66	
Bogotá, D.C.	73,3	1,03	1,00	1,06		6,2	0,99	0,90	1,09	
Bolívar	50,6	0,71	0,67	0,75		4,6	0,74	0,60	0,90	
Boyacá	92,3	1,30	1,22	1,37		8,2	1,31	1,08	1,59	
Caldas	124,0	1,74	1,65	1,84		10,5	1,68	1,39	2,04	
Caquetá	64,9	0,91	0,81	1,03		10,1	1,59	1,17	2,15	
Casanare	60,5	0,85	0,76	0,95		7,7	1,24	0,89	1,72	
Cauca	56,2	0,79	0,74	0,84		6,2	0,98	0,80	1,20	
Cesar	41,7	0,59	0,54	0,64		7,2	1,15	0,94	1,40	
Chocó	16,3	0,23	0,19	0,28		4,0	0,62	0,41	0,93	
Córdoba	57,2	0,80	0,76	0,85		4,5	0,72	0,58	0,89	
Cundinamarca	68,8	0,97	0,93	1,01		4,6	0,73	0,62	0,85	
Guainía	44,2	0,62	0,42	0,92		2,0	0,28	0,04	2,02	
Guaviare	91,2	1,28	1,04	1,58		8,1	1,15	0,55	2,42	
Huila	81,0	1,14	1,07	1,21		6,6	1,05	0,84	1,31	
La Guajira	26,1	0,37	0,32	0,41		4,0	0,63	0,47	0,86	
Magdalena	39,5	0,55	0,51	0,60		3,3	0,53	0,40	0,70	
Meta	60,2	0,84	0,78	0,91		6,2	0,98	0,77	1,24	
Nariño	84,8	1,19	1,13	1,25		8,2	1,31	1,11	1,56	
Norte de Santander	60,1	0,84	0,79	0,90		7,5	1,20	1,01	1,43	
Putumayo	78,1	1,10	0,98	1,23		8,0	1,26	0,88	1,80	
Quindío	92,7	1,30	1,19	1,42		8,0	1,28	0,96	1,72	
Risaralda	133,3	1,87	1,77	1,98		8,4	1,34	1,07	1,67	
Santander	71,7	1,01	0,96	1,06		4,7	0,76	0,63	0,91	
Sucre	50,1	0,70	0,64	0,77		6,9	1,10	0,86	1,40	
Tolima	85,3	1,20	1,13	1,27		8,5	1,35	1,13	1,63	
Valle del Cauca	72,8	1,02	0,99	1,06		5,7	0,91	0,81	1,04	
Vaupés	198,8	2,79	2,28	3,42		50,7	7,89	5,24	11,89	
Vichada	18,7	0,26	0,17	0,39		4,6	0,65	0,27	1,56	

* Tasa por 100.000 habitantes

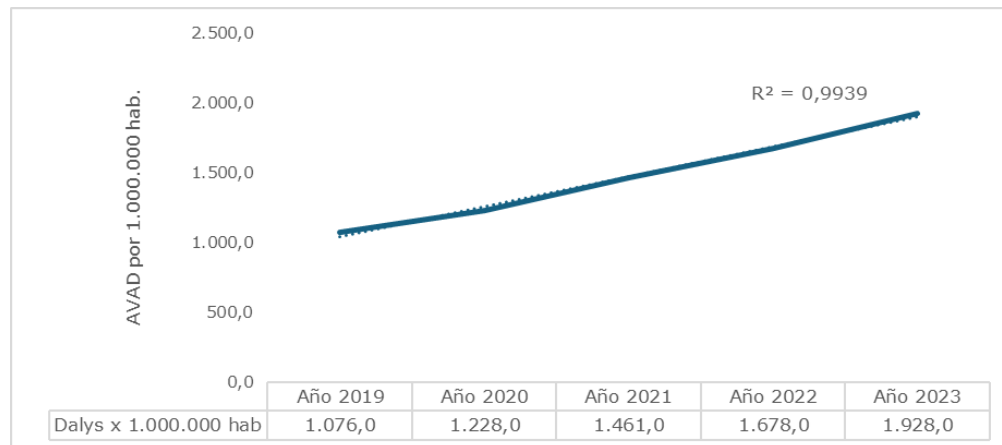
Carga de enfermedad por eventos relacionados con la salud mental

Para el cálculo de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY) se tuvieron en cuenta, como eventos de salud mental, los trastornos de ansiedad, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno afectivo bipolar, trastornos depresivos, esquizofrenia, enfermedad de Parkinson y trastornos del neurodesarrollo. Los AVAD combinan los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM) y los años vividos con discapacidad (AVPD), proporcionando una visión integral de la carga de enfermedad.

Para los análisis se tomaron los datos del 2019 al 2023 y el cálculo de las tasas de los AVAD se hizo por millón de habitantes.

Entre el 2019 y el 2023, los trastornos mentales escogidos para el análisis causaron 1.927 AVAD (IC95 % 1461 - 2.134) por 1.000.000 de habitantes. Este nivel de carga de enfermedad clasifica a Colombia en el quintil 1: 0 a 20 % entre todos los países. Además se observa una tendencia al aumento que es estadísticamente significativa.

Gráfico 140. Comportamiento de los AVAD por 1.000.000 personas por eventos de salud mental en Colombia, 2019 a 2023



Fuente: Elaborado con datos del RIPS, Sivigila y EVV, consultados en Sispro en octubre de 2024⁶.

En los trastornos de ansiedad, en el periodo de tiempo analizado se observa un aumento de la carga de enfermedad de ansiedad por millón de habitantes pasando de 2.342,7 x 1.000.000 en 2019 a 4.234,9 en 2023. Se encontró además que los AVAD por ansiedad son más altos en las mujeres representando el 65% de estos. El patrón de edad fue similar para ambos sexos, con tasas de AVAD que alcanzan su punto máximo entre los 15 y los 34 años grupos: 3.765,1 AVAD por 1.000.000 hombres y 4.721,1 AVAD por 1.000.000 mujeres.

En ese mismo periodo, se observa un aumento de la carga de enfermedad debido a trastornos depresivos por millón de habitantes pasando de 3.423,7 x 1.000.000 en 2019 a 5.213,1 en 2023. Los trastornos depresivos fueron en total 5.213,1 (IC95% 2.597-5.943) por

⁶ Los códigos CIE 10 corresponden a todos los códigos especificados en los eventos de salud mental incluidos. Se pueden consultar en cada apartado.

1.000.000 habitantes, siendo en mujeres de 3.312 x 1.000.000 mujeres y en hombres 3.112,6 x 1.000.000 hombres.

La intención suicida fue de 4.392,1 x 1.000.000 en hombres y 4.404,5 x 1.000.000 en mujeres y se observa una tendencia al aumento pasando de 2.876,3 en 2019 a 4.987,2 x 1.000.000 habitantes en 2023.

Además de esto, se observa un aumento de la carga de trastorno afectivo bipolar (TAB) por millón de habitantes pasando de 1.223,3 x 1.000.000 en 2019 a 2.253,7 en 2023. La carga de enfermedad por TAB fue en total 2.253,7 (IC95% 597-3.223) por 1.000.000 habitantes, siendo en mujeres de 3.213 x 1.000.000 mujeres y en hombres 2.987,1 x 1.000.000 hombres.

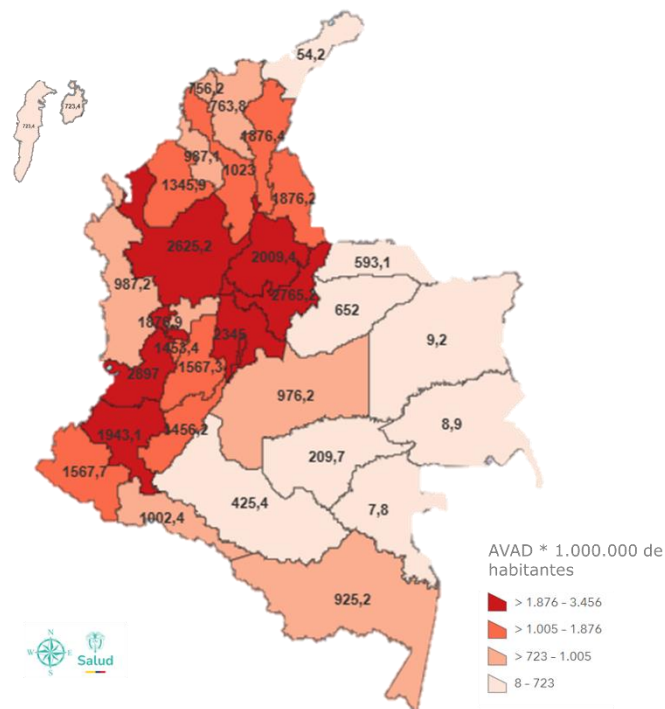
Por otra parte, se observa un aumento de la carga de demencia por millón de habitantes pasando de 3.223,3 x 1.000.000 en 2019 a 5.253,7 en 2023. Para demencias los AVAD fueron de 3.389,0 x 100.000 en hombres y 4.721,3 x 1.000.000 en mujeres.

Finalmente, en esos mismo años se observa un aumento de la carga de esquizofrenia por millón de habitantes pasando de 823,3 x 1.000.000 en 2019 a 908,7 en 2023. En el caso de esquizofrenia se encontró que en hombres los AVAD son de 984 x 1.000.000 mientras que en mujeres fueron de 826 x 1.000.00 hab.

En el análisis por departamentos, se encontró mayor número de AVAD en los departamentos donde se concentra la mayor oferta de servicios de salud mental, estos son: Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Boyacá, Antioquia, Cundinamarca, Santander, Cauca, y Risaralda. No obstante, pese a que son pocos los AVAD en departamentos de Orinoquia y Amazonia, esto

puede ser el resultado de problemas de acceso, poca oportunidad en la atención o subregistro.

Gráfico 141. Comportamiento de los AVAD por departamento de Colombia, 2019-2023



Los valores numéricos dentro del departamento corresponden a los AVAD por 1 millón de habitantes.

Fuente: Elaboración propia con datos del RIPS, Sivigila y EVV, consultados en Sispro en octubre de 2024⁷

⁷ Los códigos CIE 10 corresponden a todos los códigos especificados en los eventos de salud mental incluidos, se pueden consultar en cada apartado.

Análisis de las inequidades en salud mental

Para evaluar las inequidades en salud mental, se calcularon los índices de concentración (IC), los índices relativos de desigualdad (IRD) con base en los determinantes sociales de la salud definidos: pobreza multidimensional, alfabetización, desempleo de larga duración, violencias y consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Además, se realizaron gráficos de Equiplot y una semaforización por regiones.

Si bien los indicadores e índices utilizados miden desigualdades, al calcularse en función de los determinantes sociales de la salud, estas desigualdades se consideran inequidades dado que cumplen con los criterios de ser sistemáticas, socialmente producidas, remediabiles, injustas y por lo tanto prevenibles, al estar determinadas por factores sociales que pueden ser modificados (Whitehead, Dahlgren, & WHO, 2006).

Para los análisis se emplearon los datos correspondientes al año 2023.

Índice de concentración absoluta e índice relativo de desigualdad

El índice de concentración (IC) permite evaluar si hay desigualdades en resultados en salud en grupos menos favorecidos, toma valores entre -1 y 1 , donde los valores negativos indican que la desigualdad está concentrada en los grupos menos favorecidos y positivo cuando se concentra en los más favorecidos (Kjellsson & Gerdtham, 2024). Por su parte, el índice relativo de desigualdad (IRD) proporciona una medida relativa de desigualdad entre los extremos de la escala socioeconómica, mostrando cuán grande es la diferencia en las tasas de un indicador de salud entre los grupos más y menos favorecidos. Un valor más alto del IRD indica una mayor desigualdad relativa (Sergeant & Firth, 2006).

Tal como se expuso en la introducción del capítulo, las desigualdades calculadas en estos análisis corresponden a inequidades debido a su origen en determinantes sociales de la salud, cuya modificación resulta clave para lograr la equidad en salud.

Determinantes socioeconómicos

Se calcularon en el IC y el IRD entre los departamentos, comparando con el porcentaje de pobreza multidimensional, el porcentaje de analfabetismo, de desempleo de larga duración y el indicador compuesto de disponibilidad de servicios de salud mental en cada departamento; estos análisis se realizaron para los principales eventos en salud mental, así como para los trastornos asociados al consumo de SPA, alcohol y

cannabis, y para las tasas de intento de suicidio y mortalidad por suicidio, los resultados se presentan a continuación.

Tabla 3. Índice de concentración e índice relativo de desigualdad de acuerdo con variables socioeconómicas, disponibilidad de servicios de salud mental y analfabetismo, por departamento

	Índice de Concentración				Índice Relativo de Desigualdad			
	Pobreza multidimensional	Analfabetismo	Disponibilidad servicios salud mental	Desempleo de larga duración	Pobreza multidimensional	Analfabetismo	Disponibilidad servicios salud mental	Desempleo de larga duración
Depresión	0,178	0,138	0,147	-0,182	1,074	0,835	0,888	1,103
Ansiedad	0,149	0,117	0,123	-0,148	0,903	0,709	0,742	0,894
TAB [£]	0,083	0,053	0,091	-0,138	0,499	0,323	0,549	0,836
Epilepsia	0,065	0,054	0,07	-0,062	0,39	0,325	0,424	0,374
Demencia	0,148	0,125	0,144	-0,084	0,896	0,754	0,873	0,509
Trastornos por consumo de SPA	0,023	-0,02	0,071	-0,101	0,137	0,121	0,428	0,611
Trastornos por consumo de alcohol	0,047	0,002	0,125	-0,115	0,286	0,011	0,758	0,695
Trastornos por consumo de cannabis	0,145	0,095	0,098	-0,233	0,877	0,572	0,591	1,406
Intento de suicidio	0,076	0,067	0,012	-0,109	0,458	0,408	0,072	0,662
Suicidio	0,009	0,009	-0,044	-0,107	0,051	0,053	0,263	0,650

[£]TAB: Trastorno afectivo bipolar.

Los resultados de los IC y los IRD revelan patrones importantes sobre la distribución de diversas condiciones de salud mental en relación con la pobreza multidimensional, el analfabetismo, el desempleo de larga duración y la disponibilidad de servicios de salud mental.

Para las tasas de depresión, ansiedad, demencia y trastornos por consumo de cannabis, se observan inequidades de acuerdo con la pobreza multidimensional, de modo que estas condiciones de salud mental están más concentradas en los departamentos más favorecidos

socioeconómicamente. Los IRD sugieren que las tasas de depresión son aproximadamente un 107 % más altas en los departamentos más favorecidos, mientras que las tasas de ansiedad, demencia y trastornos por consumo de cannabis son alrededor de un 90,3 %, 89,6 % y 87,7 % más altas, respectivamente. Estos resultados indican una concentración significativa de tales condiciones en los departamentos con mejores condiciones socioeconómicas.

La disponibilidad de servicios de salud mental refleja una dinámica similar. El IC positivo en ansiedad, depresión, demencia y trastornos por consumo de alcohol indican que las tasas de estas condiciones están más concentradas en los departamentos con mejor disponibilidad de servicios. Los IRD muestran que las tasas de depresión son un 88,8 % más altas en los departamentos con mejor disponibilidad de servicios de salud mental. De manera similar, las tasas de ansiedad son un 70,9 % superiores, las tasas de demencia 75,4 % más altas y las de trastornos asociados al consumo de alcohol presentan un incremento de 75,8 %. Esto sugiere que, si bien la disponibilidad de servicios de salud mental es mayor en ciertos departamentos, los eventos de salud mental también son más prevalentes en estas regiones.

Este resultado, junto con los de pobreza multidimensional, deben analizarse cuidadosamente. Más que reflejar disparidades en las cuales quienes tienen mejores condiciones socioeconómicas presentan tasas más altas de problemas de salud mental, lo que realmente se está evidenciando son las disparidades en el acceso al diagnóstico y atención de estos problemas, lo que culmina en estas inequidades encontradas en cuanto a acceso y diagnóstico.

Con respecto al porcentaje de analfabetismo en los departamentos, se encontró que tanto los IC como los IRD evidencian mayor concentración de casos de depresión, ansiedad, demencia, trastornos por consumo de cannabis e intentos de suicidio en los departamentos con mayor analfabetismo. Específicamente, las tasas de depresión son 83,5 % más altas, las de ansiedad 70,9 %, las de demencia 75,4 %, en tanto que para trastornos por consumo de cannabis 57,2 % y para intentos de suicidio las tasas son un 40,8 % más altas en estos territorios.

Finalmente si se evalúa de acuerdo con el porcentaje de desempleo de larga duración, se encontraron inequidades en casi todos los eventos analizados. Las tasas de depresión fueron 110,3 % más altas en territorios con mayores porcentajes de desempleo, mientras que las de ansiedad 89,4 %, las de TAB 83,6 %, las de demencia 50,9 %, las de trastornos por consumo de SPA 61,1 %, de alcohol 69,5 % y de cannabis 140,6 % más altas, en cuanto a las tasas de intentos de suicidio y en suicidio, fueron 66,2 % y 65 % respectivamente más altas en dichos territorios.

Violencia

Experimentar cualquier tipo de violencia puede afectar la salud mental. Teniendo en cuenta esto, se calcularon los IC e IRD, de acuerdo con las tasas de violencia interpersonal, intrafamiliar, de pareja y de violencia de género, por departamento. Los resultados se presentan a continuación.

Tabla 4. Índice de concentración e índice relativo de desigualdad de acuerdo con las tasas de violencia por departamento

	Índice de Concentración				Índice Relativo de Desigualdad			
	Violencia interpersonal	Violencia intrafamiliar	Violencia de pareja	Violencia de género	Violencia interpersonal	Violencia intrafamiliar	Violencia de pareja	Violencia de género
Depresión	-0,124	-0,116	-0,056	-0,103	0,750	0,698	0,340	0,623
Ansiedad	-0,086	-0,094	-0,05	-0,096	0,519	0,567	0,301	0,580
TAB [£]	-0,102	-0,066	-0,02	0,006	0,617	0,396	0,121	0,035
Epilepsia	-0,069	-0,056	-0,022	-0,025	0,416	0,339	0,130	0,152
Demencia	-0,077	-0,087	-0,061	-0,09	0,466	0,526	0,368	0,544
Trastornos por consumo de SPA	-0,026	-0,016	0,053	0,027	0,155	0,095	0,319	0,165
Trastornos por consumo de alcohol	-0,044	-0,049	0,064	0,019	0,265	0,298	0,387	0,117
Trastornos por consumo de cannabis	-0,126	-0,107	-0,032	-0,125	0,764	0,645	0,196	0,758
Intento de suicidio	-0,061	-0,047	-0,033	-0,091	0,371	0,283	0,202	0,548
Suicidio	-0,034	-0,02	-0,009	-0,047	0,209	0,122	0,053	0,286

£TAB: Trastorno afectivo bipolar.

Los IC y los IRD calculados en función de las tasas de violencia interpersonal revelan una mayor concentración de depresión, ansiedad, TAB y trastornos asociados al consumo de cannabis en los departamentos más afectados por esta violencia. Los IRD muestran que en estos departamentos las tasas de depresión son un 75 % más altas, las de ansiedad 51,9 %, las de TAB 61,7 % y las de trastornos por consumo de cannabis son un 76,4 % más elevadas.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, los resultados muestran que las tasas de depresión son 69,8 % más altas las de ansiedad 56,7 %, las de demencia 52,6 % y las de trastornos por consumo de cannabis 64,5 % más elevadas en los territorios con mayores tasas de este tipo de violencia; por su parte, la violencia de pareja no muestra un efecto tan

importante, pues los IC cercanos a cero sugieren que no hay una concentración significativa de estas condiciones en los departamentos más afectados por este tipo de violencia.

Los resultados por violencias de género muestran que, en los territorios con mayores tasas de estas violencias, las tasas de depresión son 62,3 % más altas, las de ansiedad 58 %, las de demencia 54,4 %, las de trastornos debidos al consumo de cannabis 75,8 % y las de intento de suicidio 54,8 % más elevadas.

Consumo de sustancias psicoactivas (SPA)

El consumo de sustancias es otro determinante importante de la salud mental. Para evaluar posibles inequidades debidas a este se calcularon los IC e IRD, de acuerdo con los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de SPA y los trastornos asociados al consumo de alcohol y de *cannabis*, se eligieron estos dos dado el impacto conocido en la salud mental.

Para el caso de los trastornos asociados al consumo de SPA, se encontraron importantes inequidades en las tasas de depresión, ansiedad y de TAB; específicamente, las tasas de depresión son 92,2 % más altas, las de ansiedad 53,8 % y las de TAB son 136,9 % más elevadas en los territorios con tasas más altas de estos trastornos.

Tabla 5. Índice de concentración e índice relativo de desigualdad de acuerdo con las tasas de trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por departamento

	Índice de Concentración			Índice Relativo de Desigualdad		
	Trastorno por consumo de SPA	Trastorno por consumo de alcohol	Trastorno por consumo de cannabis	Trastorno por consumo de SPA	Trastorno por consumo de alcohol	Trastorno por consumo de cannabis
Depresión	-0,152	-0,183	-0,199	0,922	1,105	1,204
Ansiedad	-0,089	-0,111	-0,140	0,538	0,671	0,846
TAB [£]	-0,226	-0,159	-0,195	1,369	0,962	1,179
Epilepsia	-0,072	-0,068	-0,086	0,432	0,412	0,522
Demencia	-0,062	-0,051	-0,095	0,372	0,307	0,575
Intento de suicidio	-0,024	-0,056	-0,093	0,143	0,336	0,564
Suicidio	-0,013	-0,053	-0,071	0,081	0,322	0,426

[£]TAB: Trastorno afectivo bipolar.

Cuando se consideran solamente los trastornos asociados al consumo de alcohol se puede ver que, en los departamentos con tasas más altas de estos trastornos, las tasas de depresión son 110,5 % más elevadas, las de ansiedad 67,1 %, y las de TAB 96,2 más altas.

En lo que tiene que ver con el *cannabis*, los hallazgos son similares; en los departamentos con mayores tasas de trastornos asociados al consumo de *cannabis* las tasas de depresión son 120,4 % más altas, las de ansiedad 84,6 %, las de TAB 117,9 %, las de epilepsia 52,2 %, las de demencia 56,4 %, las de intento de suicidio 61 % y las de suicidio consumado 68 % más elevadas; siendo este el determinante que se asocia con importantes inequidades en todos los eventos analizados, por

lo que se requiere poner una especial atención a los factores relacionados con el consumo de cannabis.

Estratificadores de desigualdad por medio de Equiplot

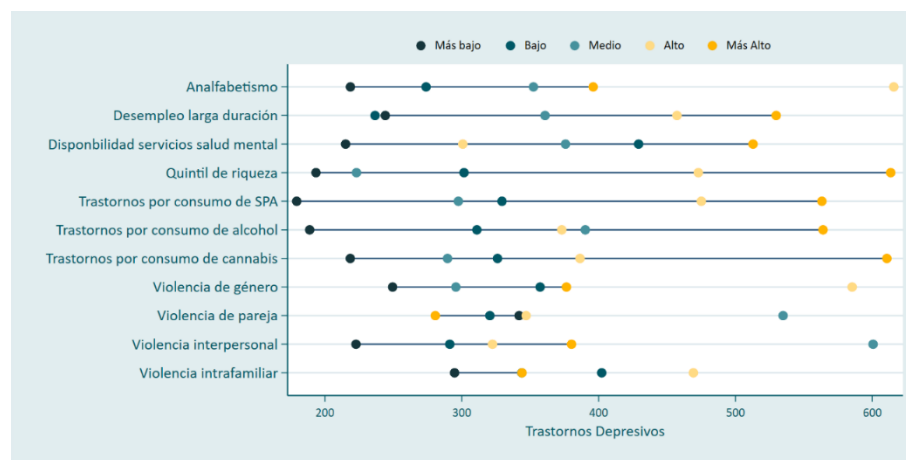
Los gráficos de Equiplot se utilizan para visualizar la distribución de un indicador de salud (como tasas de eventos) en diferentes grupos, ordenados usualmente por niveles socioeconómicos o quintiles de una variable. La herramienta facilita comparar las diferencias absolutas entre grupos y ayuda a identificar la magnitud y patrón de las desigualdades en salud. Cuando estas diferencias se analizan en función de determinantes sociales modificables, pueden ser interpretadas como inequidades, ya que son injustas y prevenibles.

Se realizaron los gráficos de equiplot para evaluar inequidades de acuerdo con el nivel de riqueza (considerado como el opuesto al porcentaje de hogares con pobreza multidimensional en cada departamento), la disponibilidad de servicios de salud mental, los porcentajes de analfabetismo, las tasas de violencia y las tasas de trastornos mentales asociados al uso de SPA. Estos gráficos se elaboraron con los datos de 2023.

En los resultados obtenidos, se observaron gradientes claros de aumento en las tasas de trastornos depresivos por cada 100.000 habitantes en relación con cuatro determinantes sociales: el desempleo de larga duración, el quintil de riqueza, la disponibilidad de servicios de salud mental, y los trastornos asociados al consumo de SPA, y alcohol.

Estos resultados destacan los determinantes sociales que generaron mayores inequidades en la prevalencia de trastornos depresivos.

Gráfico 142. Equiplot de las tasas de trastornos depresivos según determinantes sociales. Colombia, 2023



Fuente: Elaborado con datos del RIPS y SIVIGILA, consultados en la bodega SISPRO; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense: Sistema de Información de Clínica – SICLICO (2023); DANE: Pobreza multidimensional 2023; Consultados en octubre del 2024.

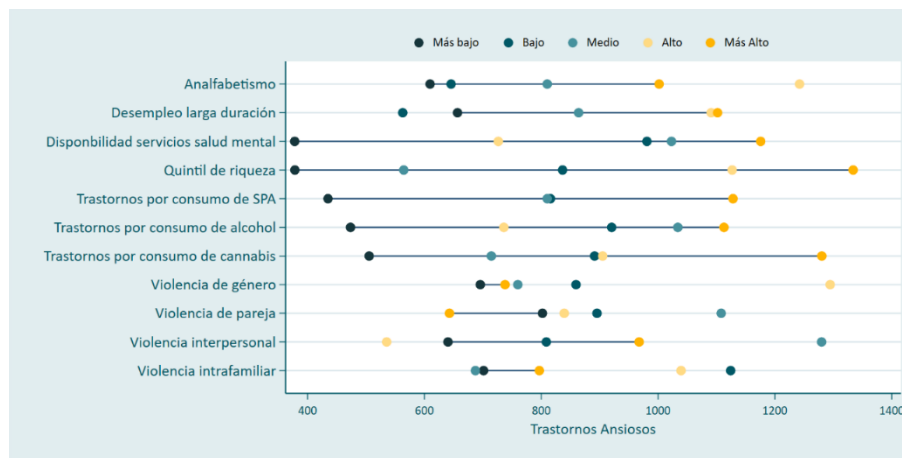
Para el desempleo de larga duración, las tasas aumentaron de 244,1 en los territorios con menor desempleo a 529,8 en los de mayor desempleo.

En cuanto a los trastornos asociados al consumo de SPA, las tasas pasaron de 179,4 a 563,2 por cada 100.000 habitantes. De forma similar, los trastornos por consumo de alcohol registraron un aumento desde 188,9 hasta 564,0 por cada 100.000 habitantes.

Por último, la evaluación de acuerdo con el quintil de riqueza y la disponibilidad de servicios de salud mental mostraron un patrón inverso, con tasas que aumentaron de 193,5 en los quintiles más favorecidos a

613,5 por cada 100.000 habitantes en los menos territorios favorecidos, mientras que de acuerdo con la disponibilidad de servicios en salud mental la variación fue de 215,1 a 512,9 casos por cada 100.000 habitantes. Estos resultados más que reflejar un mayor riesgo en los territorios más favorecidos y con mejor acceso, están mostrando las inequidades derivadas de contar con mayor acceso a los servicios, lo que facilita la detección y diagnóstico oportuno.

Gráfico 143. Equiplot de las tasas de trastornos de ansiedad según determinantes sociales. Colombia, 2023



Fuente: Elaborado con datos del RIPS y SIVIGILA, consultados en la bodega SISPRO; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense: Sistema de Información de Clínica – SICLICO (2023); DANE: Pobreza multidimensional 2023; Consultados en octubre del 2024.

En los resultados obtenidos para trastornos de ansiedad, se observaron gradientes claros de aumento en las tasas por cada 100.000 habitantes en relación con tres determinantes sociales: analfabetismo, desempleo de larga duración y trastornos asociados al consumo de SPA. Estos resultados

ponen en evidencia las importantes inequidades generadas por estos factores.

En el caso del analfabetismo, las tasas aumentaron progresivamente de 609,7 en los territorios con menor porcentaje de analfabetismo a 1.242,2 por cada 100.000 habitantes en aquellos con mayor porcentaje.

Para el desempleo de larga duración, las tasas crecieron de 656,7 por cada 100.000 habitantes en los territorios con menor desempleo a 1.101,8 en los de mayor desempleo.

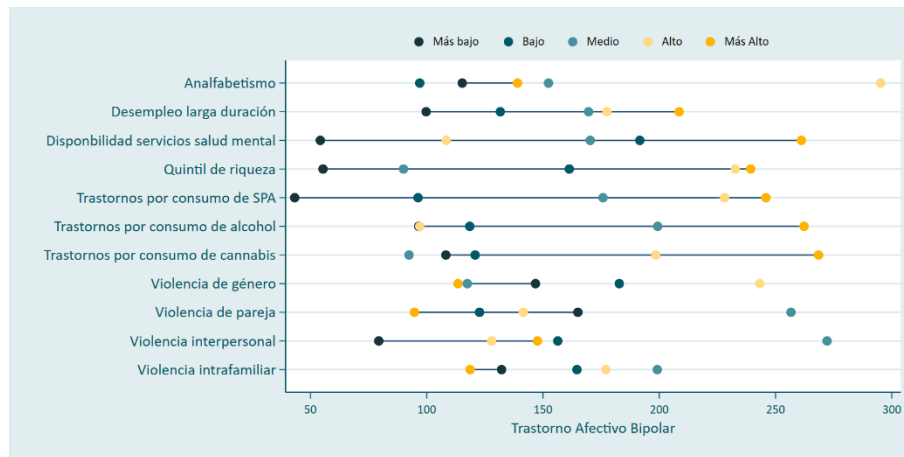
Por último, los trastornos asociados al consumo de SPA mostraron un incremento sostenido, pasando de 435,0 por cada 100.000 habitantes en los territorios con menor prevalencia a 1.128,2 en los de mayor prevalencia, reflejando un claro gradiente de aumento.

En los resultados obtenidos para el trastorno afectivo bipolar, se observaron gradientes claros de aumento en las tasas por cada 100.000 habitantes en relación con dos determinantes sociales: desempleo de larga duración y trastornos por consumo de SPA. Estos resultados evidencian la influencia de estos factores en la distribución de las tasas del trastorno.

En el caso del desempleo de larga duración, las tasas aumentaron de 99,7 en los territorios con menor desempleo a 208,6 en aquellos con mayor desempleo, mostrando un incremento progresivo en función de este determinante.

Por su parte, los trastornos por consumo de SPA presentaron un aumento constante, pasando de 43,2 por cada 100.000 habitantes en los territorios con menor prevalencia a 245,9 en los de mayor prevalencia.

Gráfico 144. Equiplot de las tasas de trastorno afectivo bipolar según determinantes sociales. Colombia, 2023



Fuente: Elaborado con datos del RIPS y SIVIGILA, consultados en la bodega SISPRO; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense: Sistema de Información de Clínica – SICLICO (2023); DANE: Pobreza multidimensional 2023; Consultados en octubre del 2024.

Tal como se mencionó en los resultados de los IC e IRD, esto refleja las inequidades en el acceso al diagnóstico y atención en salud mental, por lo que resulta más probable que los departamentos con más recursos y servicios detecten mejor y reporten más casos.

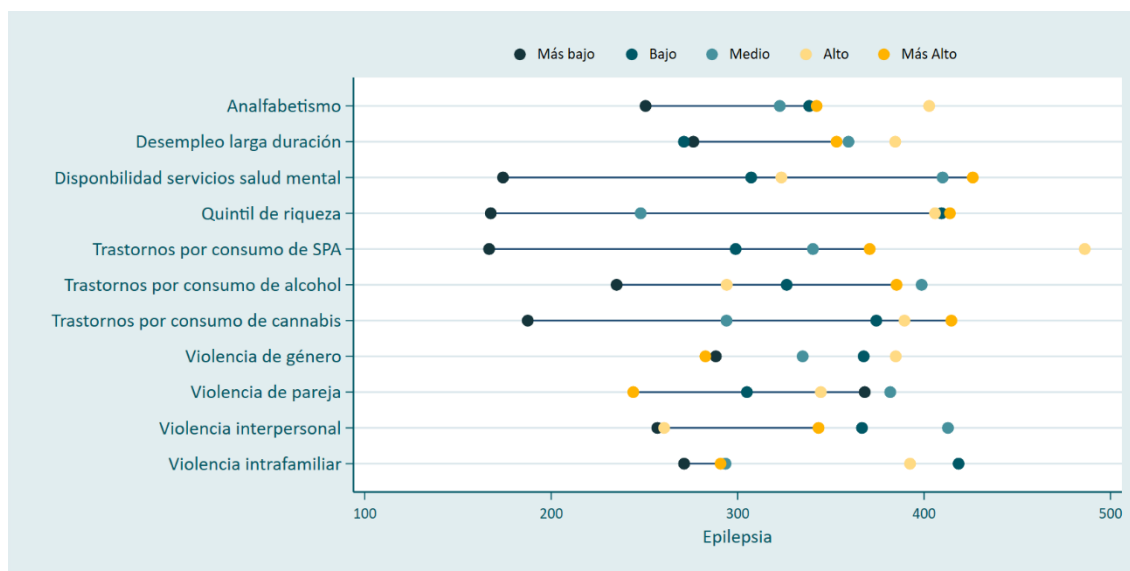
Debido a que los datos de prevalencia se obtienen de los registros de los prestadores de servicios de salud (RIPS), las cifras reflejan más las diferencias en el acceso a los servicios de salud mental que las diferencias reales en la prevalencia de estos problemas.

En áreas con mejores condiciones socioeconómicas, es más probable que las personas accedan a los servicios y, por ende, sean diagnosticadas y tratadas. Esto puede dar la falsa impresión de que las tasas de problemas de salud mental son más altas en estas áreas, cuando en

realidad podría ser un reflejo del mejor acceso a la atención y diagnóstico (Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, 2019). Es crucial considerar estos factores para interpretar correctamente los datos y diseñar políticas que aborden las verdaderas desigualdades en salud mental.

Respecto de los porcentajes de analfabetismo en los territorios, se evidencian tasas más altas de ansiedad, depresión, demencia e intentos de suicidio, conforme aumentan los porcentajes de analfabetismo en los departamentos. El efecto en epilepsia y TAB no es tan marcado como en los otros eventos de salud mental.

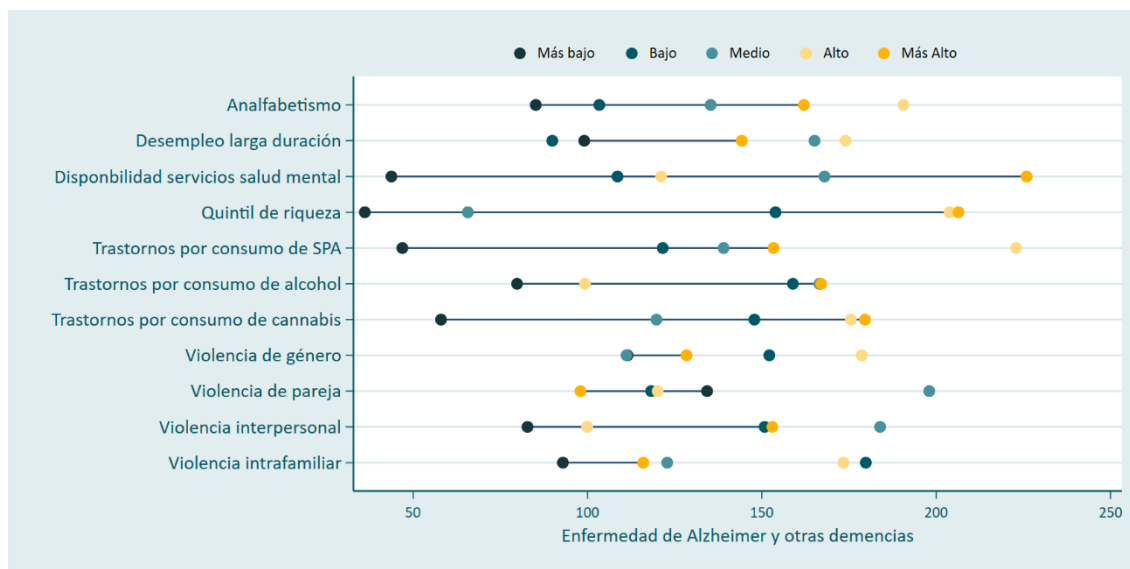
Gráfico 145. Equiplot de las tasas de epilepsia según determinantes sociales. Colombia, 2023



Fuente: Elaborado con datos del RIPS y SIVIGILA, consultados en la bodega SISPRO; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense: Sistema de Información de Clínica – SICLICO (2023); DANE: Pobreza multidimensional 2023; Consultados en octubre del 2024.

En los resultados obtenidos para epilepsia y enfermedad de Alzheimer y otras demencias, si bien se evidencian inequidades en las tasas por cada 100.000 habitantes en función de algunos determinantes sociales, ninguno de los determinantes evaluados mostró un gradiente claro de aumento. Las variaciones observadas no siguen un patrón progresivo consistente que permita identificar una relación directa entre los quintiles de los determinantes sociales y las tasas de estos dos eventos.

Gráfico 146. Equiplot de las tasas de enfermedad de Alzheimer y otras demencias según determinantes sociales. Colombia, 2023



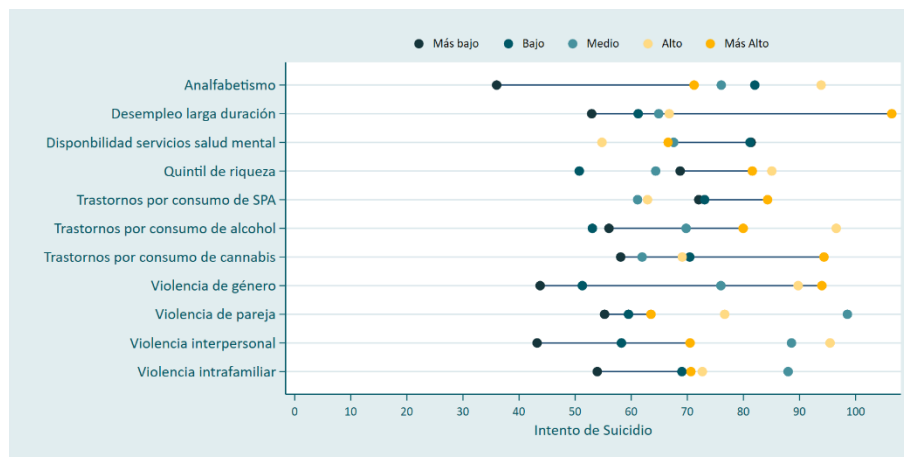
Fuente: Elaborado con datos del RIPS y SIVIGILA, consultados en la bodega SISPRO; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense: Sistema de Información de Clínica – SICLICO (2023); DANE: Pobreza multidimensional 2023; Consultados en octubre del 2024.

En los resultados obtenidos para conductas suicidas (intento de suicidio y suicidio), se observaron gradientes claros de aumento en las tasas en

relación con desempleo de larga duración, violencia de género y un patrón particular en los trastornos por consumo de alcohol.

En el caso del desempleo de larga duración, las tasas aumentaron progresivamente en ambos eventos. Para el intento de suicidio, las tasas pasaron de 52,9 a 106,4 por cada 100.000 habitantes, mientras que en el suicidio, el incremento fue de 5,4 a 14,1 por cada 100.000 habitantes entre los territorios con menores y mayores niveles de desempleo.

Gráfico 147. Equiplot de las tasas de intento de suicidio según determinantes sociales. Colombia, 2023



Fuente: Elaborado con datos de RIPS y SIVIGILA, consultados en la bodega SISPRO; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense: Sistema de Información de Clínica – SICLICO (2023); DANE: Pobreza multidimensional 2023; Consultados en octubre del 2024.

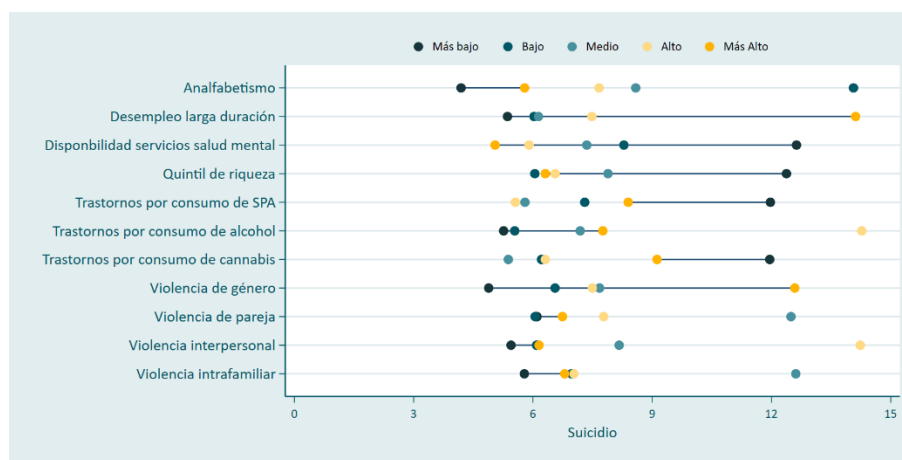
La violencia de género mostró un patrón similar, con incrementos en las tasas de 43,8 a 89,6 por cada 100.000 habitantes para el intento de suicidio, y de 4,9 a 12,6 por cada 100.000 habitantes para el suicidio, lo

que evidencia el impacto persistente de este determinante en las conductas suicidas.

Por otro lado, los trastornos por consumo de alcohol presentaron un comportamiento particular. En el intento de suicidio, las tasas aumentaron progresivamente de 56,0 a 80,0 por cada 100.000 habitantes y en el suicidio las tasas aumentaron de 5,3 a 7,8 por cada 100.000 habitantes.

Si bien el riesgo de suicidio es mayor en los hombres, mientras que las mujeres presentan mayor riesgo de intento de suicidio, los hallazgos muestran que las mismas variables asociadas al desempleo prolongado, la violencia de género y el consumo de alcohol tienen un papel determinante en la distribución de las conductas suicidas, reflejando las inequidades presentes en contextos de vulnerabilidad social.

Gráfico 148. Equiplot de las tasas de mortalidad por suicidio según determinantes sociales. Colombia, 2023



Fuente: Elaborado con datos de las EEVV, RIPS y SIVIGILA, consultados en la bodega SISPRO; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense: Sistema de Información de Clínica – SICLICO (2023); DANE: Pobreza multidimensional 2023; Consultados en octubre del 2024.

Semaforización por regiones

Para facilitar la visualización y contribuir a los procesos de priorización de acciones en las regiones del país, se realizó una semaforización de los determinantes sociales que tienen un mayor impacto, junto con los principales eventos y resultados en salud mental.

En este ejercicio, se categorizaron las tasas del año 2023 de los determinantes sociales y los eventos de salud mental en cuartiles. Los territorios ubicados en el cuartil más alto, es decir, aquellos con los peores indicadores, fueron marcados en rojo. Esta metodología permite identificar de manera clara las áreas que requieren una atención prioritaria y la implementación de intervenciones específicas para mejorar la atención en salud mental en estas regiones.

Amazonia

La región de la Amazonia enfrenta elevados niveles de pobreza multidimensional y registra en algunos de sus departamentos las tasas más altas de violencia de género, sexual, intrafamiliar, de pareja e interpersonal, particularmente en los departamentos de Amazonas, Vaupés y Guainía. La limitada disponibilidad de servicios de salud mental, sumada a elevados porcentajes de analfabetismo, agrava los desafíos en la región. Los departamentos de Amazonas y Caquetá registran algunas de las tasas más altas de trastornos por consumo de alcohol y cannabis; además, las tasas de intento de suicidio y suicidio son alarmantemente altas en varios territorios.

Gráfico 149. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región de la Amazonia. Colombia, 2023

	Determinantes Sociales									Resultados en Salud	
	Porcentaje pobreza multidimensional	Disponibilidad servicios salud mental	Tasa violencia interpersonal	Tasa violencia intrafamiliar	Tasa violencia pareja	Tasa violencia sexual	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa trastornos alcohol	Tasa trastornos cannabis	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
	AMAZONÍA										
Amazonas	25,4	2,6	216,3	94,1	142,3	232,0	11,6	32,9	91,7	85,8	13,3
Caquetá	7,4	14,7	142,7	24,7	44,9	89,0	17,7	28,5	48,6	124,0	10,5
Guainía	7,6	77,2	245,8	56,7	124,1	76,0	2,3	17,5	18,7	68,8	4,6
Putumayo	20,5	46,2	122,4	27,5	51,9	47,0	10,7	16,7	23,3	60,1	7,5
Vaupés	55,7	0,6	213,8	34,2	79,1	77,0	52,8	21,4	4,3	198,8	50,7

*Tasas por 100.000 habitantes. *Fuente:* Elaborado con datos del RIPS, SIVIGILA y EEVV consultados en la bodega Sispro; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense 2023; DANE: Pobreza multidimensional 2023 y Rethus.

Orinoquia

La región de la Orinoquia enfrenta altos porcentajes de pobreza multidimensional y la segunda disponibilidad más baja de servicios de salud mental en el país, lo que dificulta el acceso a la atención necesaria. Tres de sus departamentos están en el cuartil más alto de analfabetismo, y las tasas de violencia intrafamiliar, de pareja y sexual son especialmente elevadas en Arauca y Guaviare.

Gráfico 150. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región de la Orinoquia. Colombia, 2023

	Determinantes Sociales						Resultados en Salud			
	Porcentaje pobreza multidimensional	Porcentaje Analfabetismo	Disponibilidad servicios salud mental	Tasa violencia intrafamiliar	Tasa violencia pareja	Tasa violencia sexual	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa depresión	Tasa TAB	Tasa suicidio
	ORINOQUÍA									
Arauca	22,8	9,4	14,8	49,2	130,9	75,0	13,7	377,8	97,4	9,4
Casanare	17,2	9,0	14,7	30,8	93,4	102,0	13,4	246,8	240,2	10,1
Guaviare	52,1	17,4	1,2	61,9	122,0	122,0	10,7	203,4	26,5	2,0
Meta	21,4	14,1	82,2	34,0	80,5	48,0	10,7	216,6	323,2	3,3
Vichada	65.4	27.9	1.4	4.9	13.8	84.0	24.3	39.7	17.0	4.6

*Tasas por 100.000 habitantes. *Fuente:* Elaborado con datos del RIPS, SIVIGILA y EEVV consultados en la bodega Sispro; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense 2023; DANE: Pobreza multidimensional 2023 y Rethus.

Además, dos departamentos presentan tasas en el cuartil más alto de trastorno afectivo bipolar y suicidio. Esto resalta la necesidad de implementar estrategias de prevención específicas para abordar estos problemas de salud mental en la región.

Centro

En la región Centro, dos departamentos presentan altos porcentajes de analfabetismo, mientras que la pobreza multidimensional se sitúa en niveles intermedios. Santander destaca por sus altas tasas de violencia interpersonal y consumo de alcohol y cannabis. En salud mental, Santander registra tasas elevadas de depresión, ansiedad, trastorno afectivo bipolar (TAB), epilepsia y demencia, mientras que Norte de Santander se encuentra en el cuartil más alto de intento de suicidio y suicidio. Estas problemáticas subrayan la necesidad de implementar intervenciones integrales y destinar recursos adecuados para abordarlas eficazmente.

Gráfico 151. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Centro. Colombia, 2023

	Determinantes Sociales				Resultados en Salud						
	Porcentaje pobreza multidimensional	Porcentaje Analfabetismo	Tasa trastornos alcohol	Tasa trastornos cannabis	Tasa depresión	Tasa ansiedad	Tasa TAB	Tasa epilepsia	Tasa demencia	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
CENTRO											
Boyacá	18,4	12,7	12,1	19,3	315,6	794,1	139,6	524,9	184,0	50,6	4,6
Cundinamarca	21,4	16,0	7,7	11,0	250,2	713,3	98,9	282,2	141,6	57,2	4,5
Santander	9,8	6,3	29,7	30,3	823,0	1397,4	537,0	476,2	292,8	71,7	4,7
Norte de Santander	16,6	10,2	21,7	15,4	228,7	455,5	33,4	214,9	48,4	84,8	8,2

*Tasas por 100.000 habitantes. *Fuente:* Elaborado con datos del RIPS, SIVIGILA y EEVV consultados en la bodega Sispro; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense 2023; DANE: Pobreza multidimensional 2023 y Rethus.

Caribe

En el Caribe, Córdoba, Magdalena y Sucre registran altos porcentajes de analfabetismo y pobreza multidimensional. Atlántico y Bolívar se ubican en el cuartil más alto de violencia interpersonal, intrafamiliar y de pareja, mientras que Bolívar también presenta altos niveles de desempleo de larga duración, violencia sexual y trastornos por consumo de alcohol. En salud mental, Bolívar, San Andrés y Sucre destacan por sus tasas elevadas de depresión, ansiedad, trastorno afectivo bipolar (TAB), epilepsia y demencia. Además, San Andrés registra altas tasas de intento de suicidio y suicidio.

Gráfico 152. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Caribe. Colombia, 2023

	Determinantes Sociales									Resultados en Salud						
	Porcentaje pobreza multidimensional	Porcentaje Analfabetismo	Disponibilidad servicios salud mental	Tasa violencia interpersonal	Tasa violencia intrafamiliar	Tasa violencia pareja	Tasa violencia sexual	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa trastornos alcohol	Tasa depresión	Tasa ansiedad	Tasa TAB	Tasa epilepsia	Tasa demencia	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
CARIBE																
Atlántico	5,0	1,4	2,3	477,0	86,7	147,7	71,0	10,8	16,1	387,0	880,1	189,5	289,1	141,3	53,0	1,8
Bolívar	3,6	1,9	211,1	281,1	62,2	117,8	133,0	14,7	34,5	692,9	1534,4	219,2	529,0	264,6	73,3	6,2
César	15,8	11,3	42,9	96,4	26,1	55,7	71,0	14,6	19,1	253,3	760,6	63,0	388,4	92,6	56,2	6,2
Córdoba	37,4	23,3	21,0	70,7	11,1	53,9	28,0	0,7	8,7	90,9	906,8	45,7	120,1	30,2	16,3	4,0
La Guajira	11,9	7,1	34,6	214,4	43,5	88,7	102,0	12,3	7,2	227,8	600,0	93,0	389,0	180,7	81,0	6,6
Magdalena	42,6	23,1	59,7	78,0	17,4	38,2	37,0	2,3	157,6	339,6	370,2	187,5	252,6	85,5	26,1	4,0
San Andrés	11,8	6,9	29,3	130,0	28,8	78,3	136,0	17,7	16,9	783,6	1876,6	374,7	472,5	251,8	133,3	8,4
Sucre	23,1	19,5	59,7	102,4	29,0	53,0	44,0	12,4	13,8	390,1	1180,7	108,0	523,5	190,5	50,1	6,9

*Tasas por 100.000 habitantes. *Fuente:* Elaborado con datos del RIPS, SIVIGILA y EEVV consultados en la bodega Sispro; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense 2023; DANE: Pobreza multidimensional 2023 y Rethus

Pacífico

En la región Pacífico, Cauca y Nariño presentan altas tasas de violencia interpersonal, intrafamiliar y de pareja, mientras que Chocó registra un alto porcentaje de analfabetismo. La disponibilidad de servicios de salud

mental es baja en Cauca, lo que podría generar un subregistro de los eventos en salud mental. El departamento con las tasas más altas de eventos en salud mental en la región es el Valle del Cauca. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer la atención en la región.

Gráfico 153. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Pacífico. Colombia, 2023

	Determinantes Sociales							Resultados en Salud				
	Porcentaje Analfabetismo	Disponibilidad servicios salud mental	Tasa violencia interpersonal	Tasa violencia intrafamiliar	Tasa violencia pareja	Tasa violencia sexual	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa depresión	Tasa ansiedad	Tasa demencia	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
	PACÍFICO											
Cauca	6,1	21,5	244,8	72,0	203,1	62,0	10,0	146,7	414,7	27,6	60,5	7,7
Chocó	12,5	66,0	128,9	27,4	62,7	40,0	12,1	267,8	731,1	96,6	41,7	7,2
Nariño	5,4	45,3	229,1	53,2	119,9	78,0	11,9	253,4	767,0	138,9	60,2	6,2
Valle del Cauca	5,1	149,0	115,2	30,0	75,5	79,0	13,9	459,4	1309,4	270,1	72,8	5,7

*Tasas por 100.000 habitantes. *Fuente:* Elaborado con datos del RIPS, SIVIGILA y EEVV consultados en la bodega Sispro; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense 2023; DANE: Pobreza multidimensional 2023 y Rethus.

Andina

En la región Andina, tres departamentos presentan altas tasas de violencia sexual, mientras que las demás formas de violencia se encuentran en niveles intermedios a altos. Las tasas de trastornos por consumo de alcohol y cannabis son elevadas en casi todos los departamentos. La disponibilidad de servicios de salud mental es baja en Huila, Quindío y Risaralda, que también se encuentran en el cuartil más alto de intento de suicidio y suicidio.

En general, esta región presenta los peores indicadores de salud mental del país, con las tasas más altas en varios eventos y departamentos.

Las tasas de intentos de suicidio y suicidios consumados son alarmantemente elevadas, lo que subraya la urgente necesidad de implementar estrategias de prevención y de intervención adecuadas para abordar estos problemas de salud mental en sus territorios.

Gráfico 154. Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Andina. Colombia, 2023

	Determinantes Sociales								Resultados en Salud						
	Disponibilidad servicios salud mental	Tasa violencia interpersonal	Tasa violencia intrafamiliar	Tasa violencia pareja	Tasa violencia sexual	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa trastornos alcohol	Tasa trastornos cannabis	Tasa depresión	Tasa ansiedad	Tasa TAB	Tasa epilepsia	Tasa demencia	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
ANDINA															
Antioquia	176,9	142,2	44,7	65,6	91,0	15,1	48,4	48,7	713,5	1541,1	317,3	420,3	213,6	86,5	7,4
Caldas	51,9	252,9	61,3	90,7	54,0	15,7	32,8	13,0	456,2	1219,4	155,2	456,7	127,6	92,3	8,2
Huila	4,9	195,7	41,0	118,8	65,0	8,9	8,2	10,2	237,7	489,7	62,5	298,1	60,4	91,2	8,1
Quindío	12,5	104,7	42,0	97,4	108,0	13,2	17,5	24,8	195,0	394,5	35,5	129,5	27,9	78,1	8,0
Risaralda	19,0	175,6	43,7	82,0	101,0	17,3	27,9	60,6	914,8	1651,6	308,7	576,1	241,2	92,7	8,0
Tolima	42,5	303,9	64,4	144,8	63,0	16,1	12,5	23,2	397,1	1049,7	168,9	361,3	206,9	85,3	8,5

*Tasas por 100.000 habitantes. *Fuente:* Elaborado con datos del RIPS, SIVIGILA y EEVV consultados en la bodega Sispro; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense 2023; DANE: Pobreza multidimensional 2023 y Rethus.

Bogotá, D.C.

En la capital del país se registran tasas medio-altas y altas de depresión, ansiedad, trastorno afectivo bipolar (TAB), epilepsia y demencia, reflejando una carga significativa de trastornos mentales. Estos indicadores están relacionados también con una mayor oferta de servicios de salud mental, lo que facilita el acceso y diagnóstico de los casos. Por otro lado, las tasas de intentos de suicidio son moderadas y las de suicidio consumado son bajas en comparación con otros indicadores, lo que podría reflejar la efectividad de algunas estrategias de prevención e intervención implementadas.

Gráfico 155. Determinantes sociales y resultados en salud mental en Bogotá, D.C. Colombia, 2023

Determinantes Sociales					Resultados en Salud						
Tasa violencia interpersonal	Tasa violencia intrafamiliar	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa trastornos alcohol	Tasa trastornos cannabis	Tasa depresión	Tasa ansiedad	Tasa TAB	Tasa epilepsia	Tasa demencia	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
141,7	35,5	11,7	9,8	13,7	369,2	977,5	163,6	373,9	228,3	71,6	3,4

*Tasas por 100.000 habitantes. *Fuente:* Elaborado con datos del RIPS, SIVIGILA y EEVV consultados en la bodega Sispro; datos de Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense 2023; DANE: Pobreza multidimensional 2023 y Rethus.

Discusión

En esta sección se presenta la discusión alrededor del análisis detallado de la situación de salud mental en Colombia durante el periodo 2019-2023. Este periodo de análisis corresponde a los años posteriores a la publicación de la política de salud mental, adoptada en el territorio nacional mediante la Resolución 4886 de 2018, por lo cual presenta el panorama de la salud mental en el país, posterior a su implementación.

Se abordarán, en primer lugar, los hallazgos que reflejan el estado actual de la salud mental en la población colombiana. Posteriormente, se discutirán las desigualdades e inequidades territoriales identificadas en las dinámicas de salud mental-enfermedad en relación con los determinantes sociales de la salud. Tales conclusiones buscan aportar información relevante para la actualización de la política pública en salud mental, con miras a lograr reducir las brechas en esta.

Las disparidades de género en la salud mental son un problema de salud pública global. Las mujeres experimentan tasas significativamente más altas de trastornos depresivos, de ansiedad y de otras afecciones mentales en comparación con los hombres. Este desequilibrio, que varía según la edad y la región geográfica, subraya la necesidad urgente de políticas de salud mental que aborden las necesidades específicas de las mujeres, tal como lo evidencian la revisión de algunos estudios.

Por ejemplo, Zhao et al. (2020) observaron que las interacciones ambientales adversas con el alelo 5HTTLPR intensifican el riesgo de depresión de manera diferenciada por sexo, haciendo a las mujeres más vulnerables en contextos negativos. Algunos autores han encontrado que factores como las fluctuaciones hormonales y las presiones sociales afectan de manera distinta a hombres y mujeres.

A su vez, Pătrașcu (2024) señala que los síntomas depresivos varían significativamente entre géneros debido a influencias biológicas, psicológicas y socioculturales, lo que afecta su manifestación y diagnóstico, y puede resultar en una menor detección en hombres.

Además, Bacigalupe et al. (2020) postulan que las condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres, junto con los modelos de masculinidad y feminidad predominantes, podrían explicar estas desigualdades de género en la salud mental, lo que conduciría a un sobrediagnóstico de depresión y ansiedad en mujeres.

En cuanto a la ansiedad, estudios como los de Farhane-Medina et al. (2022) y McLean et al. (2011) sugieren que una aproximación que considere tanto los factores biológicos como los psicosociales es esencial para comprender, prevenir y tratar efectivamente la ansiedad en hombres y mujeres. Estos estudios indican que las intervenciones tanto de promoción, prevención como tratamiento deben ser sensibles al género, reconociendo que las mujeres no solo experimentan una mayor prevalencia de estos trastornos, sino también una mayor comorbilidad y carga de la enfermedad. Además, los autores encontraron que las mujeres tienden a desarrollar más trastornos internalizantes, como la depresión, mientras que los hombres tienden a desarrollar más trastornos

externalizantes, como el abuso de sustancias (Farhane-Medina, Luque, Tabernero, & Castillo-Mayén, 2022). Estos hallazgos también se observan en la población colombiana en el análisis realizado y presentado a lo largo del documento, donde en el último quinquenio los hombres presentan mayor prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de SPA, mientras que las mujeres presentan mayores prevalencias de trastornos ansiosos y depresivos.

Además de las diferencias por sexo observadas en los trastornos depresivos y de ansiedad, en los análisis hechos en este análisis de situación de la salud mental se encontró una mayor prevalencia de trastorno afectivo bipolar (TAB) en las mujeres, aunque en este caso la diferencia no es tan amplia.

Estudios recientes han revelado diferencias en la prevalencia, curso y presentación de diversos trastornos mentales entre hombres y mujeres. En particular, las mujeres suelen experimentar tasas más altas de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, como el trastorno afectivo bipolar (TAB), y tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer. Estas diferencias por sexo se ven influenciadas por una compleja interacción de factores biológicos, psicosociales y socioculturales que requieren una investigación más profunda para comprender plenamente sus mecanismos subyacentes y diseñar intervenciones efectivas.

Berardelli et al. (2024) destacan que las mujeres con TAB tienen una mayor prevalencia de intentos de suicidio y requieren hospitalizaciones más prolongadas. Por otro lado, Fei-Hong Hu et al. (2023) señalan que si bien las mujeres con este trastorno presentan tasas más altas de intentos

de suicidio, los hombres con TAB tienen una mayor tasa de suicidios consumados. Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar los factores sociales y culturales que contribuyen a estas disparidades.

Sin embargo, es importante reconocer que las mayores prevalencias de los trastornos del estado de ánimo en mujeres, tanto a escala internacional como en Colombia, pueden estar relacionadas con sesgos en el perfil clínico y la notificación de casos. Estos sesgos, sumados a las bajas tasas de utilización de servicios de salud mental en hombres y a las dificultades que enfrentan para reconocer y comunicar síntomas, dadas las exigencias sociales y culturales, podrían llevar a que consulten menos, o que al consultar sean diagnosticados con otros problemas de salud mental en lugar de trastornos del estado de ánimo, a pesar de padecerlos (Affleck, Carmichael, & Whitley, 2018).

Algunos autores han reportado que los hombres tienden a limitar la notificación de posibles síntomas de trastornos del estado de ánimo, posiblemente porque dichos síntomas son incompatibles con las nociones dominantes de masculinidad (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994), lo que dificulta aún más el correcto diagnóstico.

Otros autores proponen que muchos de los mecanismos socialmente aceptados en hombres para el manejo de estados ansiosos o depresivos se relacionan con el uso o abuso de sustancias y la adopción de conductas de riesgo o violentas, comportamientos más consistentes con las nociones dominantes de masculinidad, lo que lleva a que se enmascaren los síntomas relacionados con los trastornos de ánimo o de ansiedad y se diagnostiquen principalmente los trastornos de abuso de sustancias, los

cuales son consistentemente más altos en hombres (Parker, Fletcher, Paterson, Anderson, & Hong, 2014).

Por otra parte, la alta prevalencia de trastornos de ansiedad, en relación con otros trastornos de salud mental, podría tener que ver con su frecuente comorbilidad con diversas afecciones. Además de la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, que es una de las más comunes y frecuentemente reportada (Belzer & Schneier, 2004), se ha observado comorbilidad con el trastorno afectivo bipolar. En este contexto, se ha encontrado que al menos la mitad de quienes padecen TAB tienen probabilidades de presentar un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida y un tercio de estos tendrán un trastorno de ansiedad en cualquier momento (Spoorthy MS, 2019).

La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias también mostró diferencias por sexo, con un mayor porcentaje de casos en mujeres. Esta diferencia ha sido reportada en otros estudios específicamente en la enfermedad de Alzheimer (EA), ya que para las demencias vasculares y con cuerpos de Lewy no se han encontrado estas diferencias (Andersen, y otros, 1999). Al igual que en los trastornos afectivos y ansiosos, los factores que pueden incrementar el riesgo de padecer EA en mujeres incluyen aspectos biológicos y psicosociales. Entre los factores biológicos se ha estudiado la influencia de variantes genéticas ubicadas en cromosomas autosómicos que afectan en mayor medida a las mujeres.

Respecto de los aspectos psicosociales, el bajo nivel educativo, que históricamente ha afectado más a las mujeres, se ha asociado de manera sistemática con un mayor riesgo de demencia por EA (Rocca, Mielke,

Vemuri, & Miller, 2014). Además, la mayor prevalencia de depresión en mujeres también incrementa el riesgo de padecer demencias degenerativas (Livingston, y otros, 2024) (Mielke, 2018). En los análisis realizados en Colombia, también se encontraron disparidades territoriales en la prevalencia de demencia, de acuerdo con el porcentaje de analfabetismo.

En el caso de la epilepsia, las diferencias encontradas en este estudio en la prevalencia por sexo no fueron significativas. Las causas de la epilepsia incluyen factores estructurales, genéticos, infecciosos, metabólicos, inmunológicos, traumatismos y otras causas desconocidas (WHO, 2024). Aunque se ha descrito una mayor prevalencia general en hombres, ciertos síndromes epilépticos tienen una mayor frecuencia en mujeres, y a veces, el mismo síndrome epiléptico se comporta de manera diferente en mujeres y hombres (McHugh & Delanty, 2008).

En cuanto a la conducta suicida, el incremento encontrado en la incidencia de intentos de suicidio en Colombia subraya una creciente preocupación en salud pública, coincidiendo con tendencias observadas en el ámbito global. Es fundamental destacar el mayor riesgo observado en mujeres y en jóvenes.

Estudios recientes han confirmado que las mujeres, particularmente en la adolescencia y la juventud, tienden a exhibir tasas más altas de comportamientos suicidas no fatales en comparación con los hombres. Este patrón, conocido como “la paradoja de género” en el suicidio, sugiere que aunque los hombres tienen una mayor tasa de suicidios consumados, las mujeres presentan una mayor frecuencia en los intentos de suicidio, reflejando diferencias en los métodos utilizados y posiblemente en la

intención y acceso a medios más letales (Airi Värnik, 2009; Freeman, 2017).

Miranda-Mendizábal et al. (2019) encontraron que las mujeres jóvenes presentan un mayor riesgo de intento de suicidio, mientras que los hombres tienen una mayor probabilidad de suicidio consumado; se destacan factores de riesgo específicos por sexo, como trastornos conductuales en hombres y trastornos alimenticios en mujeres. Payne et al. (2008) postulan que las construcciones sociales de masculinidades y feminidades influyen en estas disparidades, sugiriendo que las políticas públicas deben considerar estas diferencias para intervenciones más efectivas. Richardson et al. (2021) confirman que los hombres son más propensos al suicidio, con factores como el uso de sustancias y el estado civil como predictores significativos, resaltando la necesidad de investigar más sobre estos riesgos específicos.

Teniendo en cuenta que las prevalencias en la mayoría de los trastornos mentales son superiores en las mujeres, pero la tasa de suicidio es mucho mayor en hombres, esto sugiere que puede haber subdiagnóstico y por lo tanto poco acompañamiento a los problemas de salud mental que pueden estar vivenciando los hombres, lo que hace necesario enfocar esfuerzos en desestigmatizar la búsqueda de ayuda oportuna en estos y la oferta de programas de salud mental con enfoque de género.

En lo que respecta a las diferencias por grupos de edad, los datos presentados evidencian que la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad en Colombia no se distribuye de manera homogénea a lo largo del ciclo de vida, sino que se concentra en determinados grupos etarios. Adolescentes, jóvenes (15 a 24 años) y adultos mayores de 50 años

emergen como poblaciones particularmente vulnerables, debido a las transiciones y desafíos propios de cada etapa.

Los jóvenes enfrentan retos específicos, como la transición a la adultez y las presiones académicas y sociales, mientras que las personas mayores lidian con problemas relacionados con la estabilidad laboral, la salud, responsabilidades familiares y la transición hacia la vejez, incluyendo mayor prevalencia de enfermedades crónicas, que impactan la salud mental. Estos hallazgos indican que los grupos en transiciones de vida, como los jóvenes y los mayores, son especialmente vulnerables y requieren intervenciones dirigidas y especializadas que aborden las fuentes de estrés particulares de cada etapa de la vida.

La identificación de estos picos en la prevalencia subraya la necesidad de diseñar intervenciones preventivas y terapéuticas específicas para cada grupo etario, considerando los factores de riesgo y las necesidades propias de cada fase del desarrollo. Es fundamental desarrollar programas y políticas públicas que aborden estas fuentes de estrés y promuevan la salud mental en todas las etapas de la vida, con un enfoque especial en los grupos más vulnerables.

En el caso del TAB, la concentración de casos en grupos de edad más avanzada y el significativo aumento de riesgo en personas mayores de 80 años resaltan la necesidad de programas específicos que aborden las complejidades del manejo del trastorno bipolar en la edad adulta y la vejez.

La investigación sobre el trastorno bipolar en la vejez proporciona evidencia que debe integrarse en las estrategias de salud mental; Arnold et al. (2021) destacan la importancia de diferenciar entre el trastorno

bipolar de inicio temprano y tardío; subrayan que, si bien el manejo de la bipolaridad en la vejez debe ser similar al de edades más jóvenes, requiere una atención particular a los efectos secundarios y las comorbilidades somáticas asociadas.

Por su parte, Almeida & Fenner (2002) encontraron que el trastorno bipolar que comienza en la vejez está frecuentemente asociado con enfermedades cerebrales orgánicas, contrastando con los casos de inicio temprano que suelen tener un fuerte historial familiar de trastornos del estado de ánimo. Este hallazgo sugiere que el TAB de inicio tardío podría tener una etiología diferente, lo que podría influir en las estrategias de diagnóstico y tratamiento.

En relación con las demencias y la epilepsia, el incremento del riesgo en las edades más avanzadas es evidente. La investigación de Beghi & Giussani (2018) resalta que la prevalencia de la epilepsia tiende a aumentar con la edad, observándose tasas más altas en los grupos de edad avanzada. Esto sugiere que las condiciones relacionadas con el envejecimiento pueden contribuir a un mayor riesgo de desarrollar este trastorno.

El análisis presentado de la prevalencia de las demencias en el país muestra que Colombia está experimentando el mismo fenómeno observado en el ámbito internacional, específicamente en el latinoamericano, con un incremento de las demencias asociado al envejecimiento de la población. De acuerdo con la OMS, “más de 55 millones de personas (el 8,1 % de las mujeres y el 5,4 % de los hombres mayores de 65 años) viven con demencia, 10,3 millones en la región de

las Américas. Se calcula que esta cifra aumentará a 78 millones para 2030 y a 139 millones para 2050” (OPS, 2021).

Frente a este panorama, es fundamental que Colombia fortalezca sus estrategias de salud pública para mejorar el diagnóstico temprano, tratamiento, cuidado y apoyo a los pacientes y sus familias o cuidadores. Las políticas deben también incluir programas de educación y sensibilización sobre la demencia, que faciliten la comprensión pública y mejoren la gestión de la enfermedad en todos los niveles. La colaboración intersectorial será esencial para diseñar un enfoque efectivo que responda a las necesidades de una población en envejecimiento y minimice el impacto socioeconómico de las demencias en la sociedad colombiana. Esto es particularmente importante en un patrón demográfico que muestra un envejecimiento de la población, lo que puede incrementar en el futuro la carga de esta enfermedad, por lo que se requieren esfuerzos para continuar con su prevención, diagnóstico oportuno y manejo adecuado.

En lo que respecta a la conducta suicida, se encontró mayor riesgo de intento de suicidio en adolescentes y jóvenes. Las investigaciones destacan que los adolescentes y jóvenes, sobre todo aquellos que atraviesan situaciones de estrés relacionadas con la escuela o problemas de salud mental como la depresión, son particularmente vulnerables a los pensamientos y comportamientos suicidas. Factores como el insomnio y el tiempo excesivo en pantallas han sido identificados como riesgos significativos que contribuyen a este problema (Steare, 2023).

En las mujeres jóvenes se ha encontrado que los trastornos depresivos, ansiosos y alimenticios incrementan el riesgo de intentos de suicidio

(Miranda-Mendizabal, y otros, 2019); en Colombia, de acuerdo con los hallazgos hechos, las mujeres tienen mayor riesgo de padecer estos tres trastornos.

En cuanto a la mortalidad por suicidio, se observaron las tasas más elevadas en los mismos grupos de edad que presentan mayor prevalencia de ansiedad y depresión, es decir, en los adolescentes, jóvenes y personas mayores. Esto subraya la necesidad de implementar programas de prevención específicos para dichos grupos de alto riesgo. Según lo reportado en la bibliografía científica, la mayoría de los suicidios están vinculados con trastornos mentales y del comportamiento, siendo la depresión, los trastornos por consumo de sustancias, la psicosis, la ansiedad y los trastornos alimenticios los principales factores de riesgo. Entre las víctimas de suicidio, los diagnósticos más comunes son la depresión y los trastornos por consumo de sustancias, en particular el alcohol (Brådvik, 2018). En Colombia, los hombres y los jóvenes presentan las tasas más altas de trastornos asociados al uso de SPA, de alcohol, y de cannabis, así como las tasas más altas de mortalidad por suicidio, por lo que las intervenciones dirigidas a prevenir el suicidio deberían abordar también la prevención del consumo de sustancias lícitas e ilícitas, especialmente en los grupos más vulnerables y desde una perspectiva de género.

Los análisis realizados por autorreconocimiento étnico mostraron que, a pesar de que la población de los pueblos indígenas (1.905.617) es menos de la mitad de la población de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (4.311.757), los casos y tasas de depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, epilepsia,

trastornos del neurodesarrollo y enfermedad de Parkinson son más altas en los pueblos indígenas, en algunos casos duplicando o triplicando los casos reportados en las comunidades negras, mulatas, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Resultados similares se hallaron en las tasas de intento de suicidio y suicidio, donde los grupos indígenas registraron mayor riesgo.

Valle & Jiménez (2012) aseguran que los pueblos indígenas son el grupo más desfavorecido de América Latina en cuanto presenta los menores niveles de escolaridad, empleo, economía, vivienda y salud; esto, sumado al racismo, la discriminación, el rechazo continuo y la hostilidad que reciben, lleva a una confluencia de desventajas y determinantes sociales que incrementan el riesgo en esta población, lo cual se manifiesta en los hallazgos hechos, de modo que se considera prioritario formular propuestas de atención a la salud mental, con enfoque étnico, que no solo tome en cuenta el riesgo diferencial que tienen estas comunidades, sino que se adapten a la cosmogonía particular que tienen en la comprensión de la salud mental.

Otros aspectos que afectan en forma importante la salud mental de las comunidades indígenas son el conflicto armado, las violencias y el desplazamiento forzado derivado de estas, que han llevado a estas comunidades a vivenciar eventos traumáticos y las han forzado, en muchos casos, a desplazarse desde su entorno rural a escenarios urbanos, u otros entornos rurales desconocidos, afectando así sus modos de vida, aspecto que pone en juego su integración y por ende el colectivo, lo que conlleva consecuencias en el bienestar y, por consiguiente, en la salud

mental de estas poblaciones (Ruiz-Eslava, Urrego-Mendoza, & Escobar-Córdoba, 2019).

Estudios desde la determinación social de la salud en comunidades indígenas han encontrado que la emergencia de la conducta suicida en estos pueblos responde a problemas estructurales, a procesos sociales impuestos que se contraponen con las cosmovisiones indígenas, alterando sus concepciones de vida y de interacción con el territorio (Urrego-Mendoza, Bastidas-Jacanamijoy, Coral-Palchucán, & Bastidas-Jacanamijoy, 2017), además de condiciones estructurales de violencia y discriminación que impactan el bienestar de los indígenas y propician la ocurrencia de conductas suicidas (Urrego-Mendoza, 2018).

El análisis por ubicación geográfica mostró que las prevalencias de trastornos mentales son mayores en las cabeceras urbanas en comparación con las zonas rurales y los centros poblados dispersos. Estas diferencias destacan la necesidad de una distribución más equitativa de los recursos de salud mental. Es fundamental mejorar la educación sobre salud mental, así como la accesibilidad y la calidad de los servicios en las zonas rurales. La falta de educación en salud mental en estas áreas contribuye a un mayor desconocimiento, actitudes desfavorables y estigmas sociales que generan barreras para quienes buscan ayuda profesional, lo que se traduce en una menor consulta. Además, la limitada disponibilidad de recursos en estas zonas dificulta aún más el acceso para quienes necesitan servicios de salud mental (Galvis Intencipa, 2020).

Simultáneamente, es crucial aumentar las estrategias de prevención en las áreas urbanas, donde los desafíos propios de la vida citadina pueden actuar como factores desencadenantes específicos, elevando el riesgo de

episodios depresivos. Este enfoque dual permitirá abordar las dinámicas únicas de cada entorno y mejorar la eficacia de las intervenciones de salud mental a escala nacional.

Estudios anteriores han mostrado que factores como la urbanización y el acceso a servicios de salud desempeñan un papel crucial en la identificación y manejo de los problemas de salud mental. De acuerdo con Zhang et al. (2023), la urbanización puede mejorar significativamente la salud pública al aumentar el acceso a servicios médicos especializados necesarios para el manejo efectivo de los problemas de salud. Esto incluye una mejora en la identificación y tratamiento de estas condiciones, facilitada por la proximidad a infraestructuras sanitarias adecuadas y personal capacitado.

En el ámbito territorial, las variaciones en la prevalencia entre departamentos apuntan a la influencia de factores socioeconómicos y ambientales, que afectan directamente a las comunidades, sino que también influyen en su salud mental.

Los análisis de inequidades revelan un hallazgo inesperado: las zonas con mejor disponibilidad de servicios de salud mental y menores niveles de pobreza multidimensional muestran una prevalencias más elevadas de problemas de salud mental. Sin embargo, estos hallazgos deben interpretarse con cautela. Más que reflejar una mayor prevalencia de problemas de salud mental en áreas con mejores condiciones socioeconómicas, lo que realmente se está evidenciando son las disparidades en el acceso al diagnóstico y tratamiento de estos problemas.

Los datos de prevalencia basados en registros de servicios de salud presentan un sesgo inherente, ya que tienden a reflejar más las diferencias en la utilización de servicios que las diferencias reales en la prevalencia de los trastornos. En áreas con mejores condiciones socioeconómicas, es más probable que las personas accedan a los servicios y, por ende, sean diagnosticadas y tratadas; esto puede dar la impresión errónea de que los problemas de salud mental son más altos en estas áreas. Es crucial considerar estos factores para interpretar correctamente los datos y diseñar políticas que aborden las verdaderas desigualdades en salud mental.

Al evaluar disparidades de acuerdo con los porcentajes de analfabetismo en los departamentos, se encontraron diferencias en las tasas de depresión, ansiedad, demencia y trastornos asociados al consumo de cannabis, siendo más altas en los departamentos con mayores porcentajes de analfabetismo. La relación entre alfabetización y salud ya ha sido reconocida anteriormente. Una revisión sistemática realizada por DeWalt et al. (2004) encontró que pacientes con bajo nivel de alfabetización presentaban peores resultados de salud, incluyendo conocimientos, marcadores intermedios de enfermedades, medidas de morbilidad, estado de salud general y uso de recursos de salud.

La alfabetización en salud se refiere a la capacidad de las personas para acceder, comprender y utilizar información que promueva su bienestar y el de sus comunidades (WHO, s.f.). Este concepto es amplio y requiere unos mínimos niveles de educación formal para poder desarrollarse en el ámbito comunitario. Sin habilidades básicas de lectura y escritura, es más difícil que las personas accedan, clasifiquen e interpreten adecuadamente



la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud. Esta falta de habilidades aumenta la vulnerabilidad de las comunidades a creer en información falsa y tomar decisiones de salud mal fundamentadas.

En el plano individual, la alfabetización en salud mental influye en las actitudes y comportamientos hacia la salud mental, y se ha observado que varía entre géneros, lo que podría explicar la menor tasa de consultas en salud mental por parte de los hombres (Lee, y otros, 2020). Además, la alfabetización en salud y en salud mental ha demostrado ser un mecanismo fundamental en el ámbito comunitario para reducir las disparidades en salud. Al comprender mejor los problemas que enfrentan, las comunidades pueden movilizarse para abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud (Furnham & Swami, 2018). Debido a esto, la ONU ha instado a los gobiernos a promover la alfabetización en salud a través de planes de acción, ya que no debe considerarse una responsabilidad individual (WHO, s.f.). Fomentar la alfabetización en salud es clave para mejorar el acceso al diagnóstico, tratamiento y para promover decisiones informadas que beneficien a la sociedad.

Por otra parte, de los indicadores socioeconómicos, aquel que mostró el impacto más importante en términos de inequidades de salud mental fue el desempleo de larga duración. La relación entre desempleo y salud mental ya se ha abordado antes en diferentes estudios. Un estudio llevado a cabo en Bogotá con jóvenes entre los 18 y 28 años encontró que la falta de empleo tiene un impacto importante en la salud mental

tanto de mujeres como de hombres (Gaitán & Duque, 2020), incrementando así el riesgo de conductas suicidas.

De forma similar una revisión sistemática de literatura, que incluyó 294 estudios encontró una asociación positiva entre el aumento de las tasas de desempleo y la ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, así como con la conducta suicida. Los hombres y los adultos jóvenes fueron los más afectados por el desempleo; hallazgos que son acordes con los encontrados en este análisis de situación de salud.

Los análisis hechos en relación con las tasas de violencia han revelado que, en los territorios con mayores tasas de violencia de género, también se registran tasas más altas de trastornos asociados al consumo de cannabis. Investigaciones en salud y justicia penal han demostrado que el consumo de sustancias es un factor de riesgo significativo en todos los tipos de violencia interpersonal, incluyendo la violencia juvenil, el abuso infantil, la violencia de pareja, el abuso de ancianos y la violencia sexual (WHO, 2005). Adicionalmente, el consumo de sustancias está relacionado con el intento de suicidio y el suicidio, especialmente en personas con trastornos relacionados con el consumo de este. En Colombia, estos patrones también se observaron en el ámbito poblacional, con territorios de mayor consumo de cannabis mostrando mayores tasas de intentos de suicidio.

La asociación entre el consumo de sustancias y la violencia doméstica ha sido documentada en estudios previos, tanto en hombres como en mujeres, siendo mayor el efecto en hombres como victimarios (Foran & O'Leary, 2008) (Sontate, y otros, 2021). Además, el consumo excesivo de SPA por parte de la pareja está relacionado no solo con un mayor

riesgo de violencia, sino también con un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales como ansiedad y depresión (Nayak, Patel, Bond, & Greenfield, 2010). Aun cuando estos resultados no se midieron específicamente a escala poblacional en este diagnóstico de país, son consistentes con lo reportado en otros estudios.

Es notable que, de todas las formas de violencia analizadas, la violencia de género tiene un impacto significativo en las desigualdades en los intentos de suicidio y la mortalidad por suicidio, indicadores cruciales en salud mental debido a su gravedad y la necesidad de atención oportuna y estrategias adecuadas de prevención.

En lo referente a los trastornos asociados al consumo de SPA, se encontraron desigualdades importantes en territorios con altas tasas de consumo de estas sustancias, mostrando también mayores tasas de depresión, ansiedad y trastorno afectivo bipolar (TAB). Cuando se consideran específicamente los trastornos asociados al consumo de alcohol, se observa que en los departamentos con tasas más altas de consumo de alcohol, también hay tasas más elevadas de depresión, ansiedad y TAB. Resultados más llamativos se encontraron en territorios con altas tasas de consumo de *cannabis*, ya que en estos se observaron tasas más altas en todos los eventos de salud mental analizados y en la conducta suicida. Los “diagnósticos duales” de abuso de sustancias y trastornos mentales son comunes en pacientes con un trastorno mental como diagnóstico primario y también en aquellos que reciben tratamiento en programas de desintoxicación y han sido reconocidos desde hace décadas (Bahji, 2024).

Es crucial considerar estos diagnósticos duales, ya que incrementan la gravedad de la psicopatología y el riesgo de comportamiento agresivo. Los pacientes que cumplen ambos criterios utilizan más recursos psiquiátricos, presentan un inicio más temprano de los síntomas y tienen un peor pronóstico. Adicionalmente, pueden ocurrir posibles diagnósticos erróneos, como la confusión entre alcoholismo y trastornos afectivos, lo que podría afectar más a los hombres. También es importante destacar que en algunos estudios se ha encontrado que la mayoría de las personas con diagnóstico dual informan que su primer trastorno mental ocurrió a una edad más temprana que su primer trastorno por consumo de sustancias (Kessler, 2004).

La evidencia científica actual muestra que el consumo problemático de *cannabis* se asocia a déficits en el funcionamiento cognitivo y ejecutivo, incluyendo la velocidad de procesamiento, la atención sostenida, la memoria de trabajo, el juicio y la planificación, la resolución de problemas, la toma de decisiones y la autorregulación emocional. Los resultados adversos reportados para la salud mental incluyen mayores tasas de depresión y conductas suicidas entre los jóvenes que consumen *cannabis* con frecuencia.

Estudios epidemiológicos longitudinales controlados han demostrado que la exposición al *cannabis* entre los adolescentes se asocia a un aumento de cuatro veces en los diagnósticos de psicosis en adultos. Estos resultados destacan la importancia de la detección y el tratamiento tempranos del trastorno por consumo de *cannabis*, al igual que las decisiones políticas sobre el uso y el acceso al *cannabis*, en particular para



niños, niñas, adolescentes y jóvenes (Sultan, Zhang, Olfson, Kwizera, & Levin, 2023).

En conclusión, la reducción de las desigualdades socioeconómicas, la mejora de los niveles de alfabetización y la disponibilidad de servicios de salud mental, la disminución de la violencia interpersonal, intrafamiliar, de pareja y la violencia basada en género (VBG), así como la prevención del consumo de sustancias, son estrategias claves para reducir la prevalencia de trastornos mentales en la población.

Conclusiones

A continuación, se presentan las principales conclusiones del análisis de situación de salud mental realizado para el periodo analizado:

- Entre 2019 y 2023 se observó una leve reducción en los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), con una marcada prevalencia en hombres, quienes presentaron más del doble de riesgo en comparación con las mujeres. Los jóvenes entre 15 y 34 años fueron los más afectados, concentrando el 63 % de los casos, con una incidencia especialmente alta en los grupos de 15 a 19 años y 20 a 24 años. Estos hallazgos resaltan la necesidad de enfocar las estrategias de prevención y tratamiento en los grupos etarios más jóvenes, con especial atención a los hombres, para continuar reduciendo la carga de estos trastornos.
- En 2023 se registró un aumento en la violencia interpersonal, afectando predominantemente a hombres, quienes constituyeron el 67 % de las víctimas. Además, la violencia intrafamiliar y de pareja mostraron también un incremento con respecto al 2023. Las mujeres y los menores fueron los grupos más afectados, representando el 59 % y el 86 % de las víctimas en los casos de violencia intrafamiliar y de pareja, respectivamente. Estos datos subrayan la urgencia de implementar políticas y estrategias integrales de prevención y

protección, con un enfoque diferenciado que aborde las dinámicas específicas de la violencia de género y la protección de menores.

- Entre 2019 y 2023, la tasa de depresión en Colombia mostró una tendencia inicial a la reducción que luego muestra de nuevo un incremento, mientras que la tasa de ansiedad presentó un aumento marcado. En ambos trastornos, las mujeres registraron más del doble de riesgo en comparación con los hombres. Los jóvenes entre 15 y 29 años fueron los más afectados por la depresión, y los grupos de 15 a 24 años y de 50 a 59 años concentraron los mayores porcentajes de diagnósticos de ansiedad. Además, las comunidades indígenas reportaron tasas más altas en ambos trastornos.
- Entre 2019 y 2023, la tasa nacional de intento de suicidio en Colombia mostró un incremento preocupante. Durante este periodo, se registraron 151.158 casos, de los cuales el 64,4 % correspondió a mujeres, quienes presentaron un 79 % más de riesgo de intentar suicidarse en comparación con los hombres. La mayoría de los intentos (73,2 %) se concentraron en jóvenes de entre 10 y 29 años, lo que resalta la vulnerabilidad de este grupo etario. Adicionalmente, se observó una mayor prevalencia significativa de intentos de suicidio en las comunidades indígenas dentro de las poblaciones con autorreconocimiento étnico. Estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar intervenciones específicas y culturalmente sensibles para abordar el creciente riesgo de intento de suicidio en mujeres, jóvenes y comunidades indígenas.
- Durante el mismo periodo de análisis (2019-2023), se registraron 16.211 muertes por suicidio en Colombia, con una predominancia

marcada en hombres, quienes representaron el 79,5 % de las muertes autoinfligidas y presentaron casi tres veces más riesgo de morir por esta causa en comparación con las mujeres. A pesar de los esfuerzos, la tasa nacional de mortalidad por suicidio se mantuvo estable, sin mostrar una reducción significativa en los últimos cinco años. Los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años de edad concentraron el 38,9 % de los casos, mientras que las comunidades indígenas evidenciaron una preocupante tendencia al alza. Estos resultados destacan la urgente necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y atención en salud mental, con un enfoque particular en hombres, jóvenes y comunidades indígenas, para reducir la mortalidad por suicidio en el país.

- Entre el 2019 y el 2023 las mujeres presentaron prevalencias más altas y mayor riesgo de tener un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, trastorno de la conducta alimentaria y enfermedad de Alzheimer y otras demencias; mientras que los hombres presentaron tasas más altas y mayor riesgo de tener un diagnóstico de esquizofrenia, trastornos del neurodesarrollo, enfermedad de Parkinson y epilepsia, aunque en esta última la diferencia en la prevalencia entre los sexos no es tan marcada.
- El análisis geográfico revela disparidades significativas en la prevalencia de trastornos mentales entre las zonas urbanas y rurales, subrayando la necesidad de una distribución más equitativa de los recursos de salud mental en el país. Mientras que las cabeceras urbanas muestran mayores prevalencias, las zonas rurales enfrentan desafíos particulares, como la falta de educación en salud mental y

la limitada disponibilidad de servicios, lo que perpetúa el estigma y reduce la consulta por ayuda profesional. Simultáneamente, las áreas urbanas presentan factores de riesgo específicos relacionados con la vida citadina que requieren un enfoque preventivo robusto. Por lo tanto, es esencial adoptar un enfoque dual que fortalezca tanto la educación y accesibilidad en las zonas rurales como las estrategias de prevención en las áreas urbanas. Solo a través de intervenciones adaptadas a las características únicas de cada entorno se podrá mejorar la eficacia de las políticas de salud mental en el ámbito nacional.

- El análisis de inequidades en salud mental muestra que las zonas con mejores condiciones socioeconómicas y mayor acceso a servicios de salud mental presentan una aparente mayor prevalencia de trastornos mentales. Sin embargo, esto probablemente refleja diferencias en el acceso al diagnóstico y tratamiento, más que una verdadera disparidad en la ocurrencia de los trastornos. Estos hallazgos destacan la necesidad de mejorar el acceso y diagnóstico en las regiones con escasa disponibilidad de servicios de salud mental, para obtener una comprensión precisa de las prevalencias reales y así diseñar programas de promoción, prevención e intervención más ajustados a la realidad de estos territorios.
- Los análisis de inequidades en salud mental evidenciaron que esta se encuentra influenciada por factores sociales y territoriales, como el analfabetismo, el desempleo de larga duración, las violencias (principalmente la de género) y el consumo de sustancias psicoactivas. Estas disparidades reflejan una relación compleja entre

las condiciones socioeconómicas adversas y la prevalencia de trastornos mentales. Es fundamental que las políticas públicas aborden estos determinantes sociales, priorizando la mejora en la educación, la reducción de la violencia, y el control del consumo de SPA, para disminuir las brechas en salud mental y garantizar una atención equitativa y efectiva en todo el país.

- La evidencia sugiere que es imperativo que las intervenciones de salud pública en Colombia se enfoquen en estos grupos de alto riesgo. La implementación de programas de promoción de la salud mental, prevención y tratamiento que aborden específicamente las necesidades de hombres, mujeres, niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores; con enfoque de género, diversidad sexual, étnico y por curso de vida, según los problemas existentes, así como la educación y el apoyo continuo, son esenciales para reducir la incidencia de intentos de suicidio, mortalidad por suicidio y mejorar la salud mental en general.
- Se requiere implementar en el país programas que incluyan componentes de sensibilización y alfabetización en salud, que promuevan la comprensión y desestigmatización de la salud mental, fomentando un ambiente en el que las personas se sientan seguras para buscar ayuda.
- Es fundamental que estas estrategias se diseñen e implementen desde la atención primaria en salud, garantizando que los servicios de salud mental sean accesibles y estén integrados en la red de servicios básicos. Esto permitirá no solo una detección temprana y



una intervención adecuada, sino también la promoción de un bienestar mental sostenible en toda la población, reduciendo la carga de trastornos mentales a largo plazo y fomentando un enfoque preventivo en la comunidad.

Referencias

- Affleck, W., Carmichael, V., & Whitley, R. (2018). Men's mental health: Social determinants and implications for services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 581-589.
- Agencia de Renovación del Territorio. (s.f.). Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial – PDET. Recuperado el 20 de junio de 2024, de https://www.renovacionterritorio.gov.co/especiales/especial_pdet/
- Airi Värnik, K. K.-H.-C. (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 216-226.
- Almeida OP, F. S. (2002). Bipolar disorder: similarities and differences between patients with illness onset before and after 65 years of age. *Int Psychogeriatr*, 14(3), 311-22.
- Andersen, K., Launer, L. J., Dewey, M. E., Letenneur, L., Ott, A., Copeland, J. R., . . . Group, & t. (1999). Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia. *Neurology*, 53(9), 1992.

Arnold I, D. J. (2021). Age Bipolar Disorder-Epidemiology, Aetiology and Treatment. *Medicina (Kaunas)*, 57(6), 587.

Averbuch, T., Eliya, Y., & Van Spall, H. (12 de jul de 2021). Systematic review of academic bullying in medical settings: dynamics and consequences. *BMJ Open*, 11(7), e043256.

Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61-67.

Bahji, A. (2024). Navigating the Complex Intersection of Substance Use and Psychiatric Disorders: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine*, 13(4), 999.

BDUA. (10 de mayo de 2024). *Población Base de Datos Única de Afiliados BDUA del régimen contributivo*. Obtenido de Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud: https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Poblacion-Base-de-Datos-unica-de-Afiliados-BDUA-del/tq4mhmg2/about_data

- Beghi, E. &. (2018). Aging and the epidemiology of epilepsy. *Neuroepidemiology*, 51(3-4), 216-223.
- Belzer, K., & Schneier, F. (2004). Comorbilidad de los trastornos de ansiedad y depresivos: cuestiones de conceptualización, evaluación y tratamiento. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(5), 296-306.
- Bennett, N. G., & Horiuchi, S. (1981). Estimating the completeness of death registration in a closed population. *Population index*, 47(2), 207-221.
- Berardelli I, A. A. (2024). Characterization of Psychiatric Inpatients: The Role of Gender Differences in Clinical and Pharmacological Patterns. *J Psychiatr Pract*, 30(1), 2-12.
- Brådvik, L. (2018). Suicide risk and mental disorders. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 2028.
- Buitrago, S. C., Castrillón, J. J., González, K. N., Quintero, M. F., Diez, J. D., Bahos, D. A., & Delgado, K. I. (2021). Frecuencia de conductas autolesivas y factores asociados en adolescentes escolarizados de Manizales Colombia. *Archivos de Medicina*, 21(2).

- Cabezas-Rodríguez A, U. M. (2021). Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health?: A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(8), 1005-1025. Obtenido de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00207640211015708>
- Cara Richardson, K. A. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Social Science & Medicine*, 276, 113831.
- Chia Hung, T., Mei Hung, C., Yi Ting, H., Tzu I, L., Ying Chun, T., Yueh-Ju, L., . . . Po See, C. (2022). Sex differences in the diagnosis of autism spectrum disorder and effects of comorbid mental retardation and attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the Formosan Medical Association*, 121(1), 210-217.
- Comisión Nacional de la Familia. (1996.). *Familia, Informe Comisión Nacional de la Familia*. Santiago de Chile: Servicio Nacional de la Mujer.



Congreso de Colombia. (12 de julio de 2013). Ley 1461 de 2013.

Obtenido de

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53735>

DANE. (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

doi:<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>

DANE. (2018). *Manual de conceptos CNPV 2018*. Obtenido de

<https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/cnpv-2018-glosario.pdf>

DANE. (2019). *Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas (ENCSPA)*. Obtenido de

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa>



DANE. (16 de octubre de 2019). *Población gitana o Rrom de Colombia.*

Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

Recuperado el 1 de mayo de 2024

DANE. (16 de septiembre de 2019). *Población indígena de Colombia.*

Resultados del censo nacional de vivienda 2018. Recuperado el 30

de abril de 2024, de

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf>

DANE. (6 de noviembre de 2019). *Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera. Resultados del Censo Nacional de Población y*

Vivienda 2018. Recuperado el 30 de abril de 2024, de

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-poblacion-NARP-2019.pdf>

DANE. (diciembre de 2021). *Censo de Habitantes de la Calle 2021.*

Recuperado el 1 de mayo de 2024, de

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/presentacion-CHC-resultados-generales-2021.pdf>



DANE. (24 de junio de 2022). *Encuesta Pulso Social: Población LGBT y Bienestar Subjetivo*. Recuperado el 1 de mayo de 2024, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social/encuesta-pulso-social-historicos#2022>

DANE. (abril de 2022). *Estado actual de la medición de la discapacidad en Colombia*. Recuperado el 1 de mayo de 2024, de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/abr_2022_nota_estadistica_Estado%20actual_de_la_medicion_de_discapacidad_en%20Colombia_presentacion.pdf

DANE. (2022). *Medición de la informalidad laboral GEIH 2018*. Bogotá, D.C. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/Nueva_medicion_informalidad.pdf

DANE. (2022). *Nota estadística. Análisis de accesibilidad a centros educativos*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/abr_2022_nota_estadistica_analisis_accesibilidad_centros_educativos.pdf

DANE. (2022). *Reporte estadístico de migración N°2*. Recuperado el 1 de mayo de 2024, de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/migracion/2doreporte-migracion.pdf>

DANE. (2023). *Actualización post COVID-19. Proyecciones de población nacional por área, sexo y edad*. Recuperado el 29 de abril de 2024, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

DANE. (2023). *Cuentas nacionales anuales. Información 2022p*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-anuales>

DANE. (2023). *Pobreza multidimensional en Colombia. 2022*. Bogotá, D.C. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2022/bol-pobreza-multidimensional-2022.pdf

DANE. (marzo de 2023). *Proyecciones de población. Indicadores demográficos*. Recuperado el 1 de mayo de 2024, de



<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

DANE. (11 de abril de 2024). *Boletín técnico. Mercado laboral de la población LGBT. Año móvil marzo 2023 - febrero 2024.*

Recuperado el 1 de mayo de 2024, de

<https://www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIHMLLGBT-mar2023-feb2024.pdf>

DANE. (2024). *Empleo informal y seguridad social. GEIH Mercado Laboral.* Obtenido de

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-informal-y-seguridad-social>

DANE. (2024). *GEIH. Mercado laboral. Información abril 2024.* Obtenido

de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>

DANE. (s.f.). *Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).* Obtenido de

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>

DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M.

P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of general internal medicine*, 19, 1228-1239.

El-Guebaly, N. (1990). Substance Abuse and Mental Disorders: The Dual

Diagnoses Concept. *The Canadian Journal of Psychiatry*., 35(3), 261-267.

Farhane-Medina, N., Luque, B., Tabernero, C., & Castillo-Mayén, R.

(2022). Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review. *Science Progress*, 105(4).

Fei-Hong Hu, Y.-J. J.-Y.-L.-Q.-Q.-W.-Q.-L. (2023). Gender differences in

suicide among patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 339, 601-614.

Foran, H., & O'Leary, K. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A

meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 28(7), 1222-1234.

- Freeman, A. M. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17, 234.
- Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology*, 7(4), 240-257.
- Gaitán, D. F., & Duque, N. A. (2020). Desempleo y Salud Mental en Adultos Jóvenes en la Ciudad de Bogotá. *Poliantea*, 15(27), 57-64.
- Galvis Intencipa, S. L. (2020). La salud rural con un enfoque de derechos y equidad, calidad y cobertura en el modelo de salud rural del municipio de Gachetá-Cundinamarca. *Trabajo final de grado para optar al título de Politólogo*. Bogotá, D.C.: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/50243/LA%20SALUD%20RURAL%20DESDE%20UN%20ENFOQUE%20DE%20DERECHOS.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Gelman, A., Carlin, J. B., Stern, H. S., & Rubin, D. B. (1995). *Bayesian data analysis*. Chapman and Hall/CRC.

Giambattista, C., Ventura, P., Trerotoli, P., Margari, F., & Margari, L.

(2021). Differences in Autism Spectrum Disorder: Focus on High Functioning Children and Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

Gutiérrez Lesmes, O. (2022). *Carga de la enfermedad en la Orinoquía Colombiana, 2017*. Tesis doctoral presentada para optar al título de Doctor en Epidemiología, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez. Universidad de Antioquia, Medellín.

Gutiérrez, M. L., & Rodriguez, M. F. (2019). Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(8), 546-551.

Hankivsky, O. (2014). *Intersectionality 101*. The Institute for Intersectionality Research & Policy, SFU. Obtenido de <https://resources.equityinitiative.org/bitstream/handle/ei/433/2014%20Hankivsky%20Intersectionality%20101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

INPEC. (2024). *Boletín estadístico abril 2024*. Bogotá, D.C. Recuperado el 20 de junio de 2024, de <https://www.inpec.gov.co/web/guest/informes-y-boletines->

estad%C3%ADsticos/-

/document_library/zhyg/view_file/1336660?_com_liferay_documento_library_web_portlet_DLPortlet_INSTANCE_zhyg_redirect=https%3A%2F%2Fwww.inpec.gov.co%2Fweb%2Fguest%2Finformes-y-boleti

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2023).

FORENSIS 2023. Datos para la vida. Bogotá, D.C.

Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2019).

Acceso a servicios de salud en Colombia; Décimo primer Informe Técnico. Bogotá, D.C. Obtenido de

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>

Jenssen, B. P., Walley, S. C., Groner, J. A., Rahmandar, M., Boykan, R., Mih, B., . . . Caldwell, A. L. (2019). E-cigarettes and similar devices. *Pediatrics*, 143(2). doi:10.1542/peds.2018-3652

Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry*, 56(10), 730-737.

Kjellsson, G., & Gerdtham, U. (2024). Measuring health inequalities using the concentration index approach. En A. J. Culeyr, *Encyclopedia of Health Economics* (págs. 240-246).

Laboratorio de Economía de la Educación (LEE) de la Pontificia Universidad Javeriana. (2024). *Informe No. 94 El acoso escolar en los colegios colombianos: un análisis desde las pruebas PISA y el SUICE*. Obtenido de <https://lee.javeriana.edu.co/publicaciones-y-documentos>

Lai, M. C. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829.

Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. (2020). Mental health literacy affects mental health attitude: Is there a gender difference? *American Journal of Health Behavior*, 44(3), 282-291.

Ley 599 de 2000. (24 de julio de 2000). Por la cual se expide el Código Penal. Congreso de Colombia. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.ph>

p?i=6388#:~:text=ART%C3%8DCULO%2033.&text=26%20de%20la%20Ley%202098,diversidad%20sociocultural%20o%20estados%20similares.

Li, C. W., Martin-Moratinos, M., Bella-Fernandez, M., & & Blasco-Fontecilla, H. (2022). Traditional bullying and cyberbullying in the digital age and its associated mental health problems in children and adolescents: a meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 1-15.

Lince-González, Á. M., Tachak-Duque, L. C., Parra-García, J. C., Durán-Florez, M. E., & Estrada-Orozco, K. (2020). Prevalence and characterization of cutting in the pediatric population (0-14 years) treated at an emergency department of Bogotá DC, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(2), 175-182.

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., & ... Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572-628.
doi:10.1016/S0140-6736(24)01296-0

- Mathers C, V. T. (2001). *National burden of disease studies: a practical guide*. World Health Organization. Geneva: World Health Organization.
- McHugh, J. C., & Delanty, N. (2008). Chapter 2. Epidemiology and Classification of Epilepsy: Gender Comparisons. *International Review of Neurobiology*, 83, 11-26.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035.
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
doi:<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Mielke, M. M. (2018). Sex and gender differences in Alzheimer's disease dementia. *The Psychiatric times*, 35(11), 14-17.
- Ministerio de Justicia. (2020). *Cartilla Género*. Obtenido de <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/tejiendo->



justicia/Documents/publicaciones/genero/Cartilla%20G%C3%A9nero%20final%20(2).pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional. (2022). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia en población escolar 2022*. Bogotá D.C.: ODC. Obtenido de <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Estudio%20nacional%20escolares.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental. Colombia, 2014*. Recuperado el 25 de abril de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-convivencia-social-salud-mental.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Obtenido de https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf



Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Observatorio Nacional de Violencias. Línea de Violencias de Género. ONV Colombia. Guía Metodológica de la Línea de Violencias de Género*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-observatorio-violencia-genero.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes - ENTJ*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/Estudios-y-encuestas.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (agosto de 2020). *Boletines Poblacionales: Población Indígena*. Recuperado el 29 de abril de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-poblacion-indigena.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de mayo de 2022). *Plan Decenal de Salud Pública. PDSP 2022 -2031*. Recuperado el 29 de abril de 2024, de https://www.saludcapital.gov.co/Planes_Estrateg_Inst/2022/Sectoriales/Plan_Decenal_Salud_2022-2031.pdf



Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Análisis de Situación de Salud Colombia 2023*. Recuperado el 29 de abril de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2023.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (septiembre de 2023). *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 30 de junio de 2023*. Recuperado el 1 de mayo de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletIn-circular-029-junio-2023.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Análisis de la Situación de Salud - ASIS*. Recuperado el 19 de abril de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/ASIS.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Diagnóstico situacional de condiciones de salud con énfasis en análisis de desigualdades*. Bogotá, D.C. Recuperado el 27 de abril de 2024

Ministerio de Salud y Protección Social; Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado el 1 de mayo de 2024, de <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/06/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-Nacional-De-Demografia-Y-Salud-ends-2015.pdf>

Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., & ... & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*, 64, 265–283.

MPPN. (s.f.). *Red de Pobreza Multidimensional*. Obtenido de Multidimensional Poverty Peer Network: https://www.mppn.org/es/paises_participantes/colombia/

Nayak, M. B., Patel, V., Bond, J. C., & Greenfield, T. K. (2010). Partner alcohol use, violence and women's mental health: population-based survey in India. *The British journal of psychiatry*, 196(3), 192-199.

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological bulletin*, 115(3), 424.

Observatorio de Familias. (2020). *Censo de Población y Familia. Boletín No 14*. Bogotá, D.C.: DNP. Recuperado el 20 de junio de 2024, de <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Boletines/BOLETIN%20No.14.pdf>

Observatorio de Familias. (2023). *Familias y matriz de la desigualdad social en Colombia*. Bogotá, D.C.: DNP. Recuperado el 20 de junio de 2024, de <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Boletines/Bolletin%2017.pdf>

OECD/The World Bank. (2023). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*. Paris: OECD Publishing. Obtenido de <https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>

OIM. (2020). *Portal de datos sobre migración*. Recuperado el 1 de mayo de 2024, de

https://www.migrationdataportal.org/es/international-data?i=stock_abs_&t=2020&cm49=170

OMS. (2013). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030*.

Organización Mundial de La Salud. Obtenido de

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

OMS. (23 de agosto de 2018). *Género y salud*. Obtenido de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

OMS. (2021). *Atlas de salud mental 2020*. Organización Mundial de la

Salud. Obtenido de <https://iris.who.int/handle/10665/345946>

OMS. (8 de junio de 2022). *Trastornos mentales: Datos y cifras*.

Recuperado el 6 de junio de 2024, de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

OPS. (2020). *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en*

América Latina y el Caribe. Washington, D.C. . Obtenido de

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- OPS. (2 de sep de 2021). *El mundo no está abordando el reto de la demencia*. Recuperado el 5 de mayo de 2024, de <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2021-mundo-no-esta-abordando-reto-demencia#:~:text=La%20OMS%20calcula%20que%20m%C3%A1s,la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas.>
- OPS. (2023). *Atlas de salud mental de las Américas 2020*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58886>
- OTHS. (s.f.). Recuperado el 30 de julio de 2024, de <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>
- Parker, G., Fletcher, K., Paterson, A., Anderson, J., & Hong, M. (2014). Gender differences in depression severity and symptoms across depressive sub-types. *Journal of affective disorders*, 167, 351-357.
- Patel V, S. S. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. . *Lancet.* , 392:1553–1598. .

Pătrașcu C., O. B. (2024). Gender differences in depression: Symptoms, causes and treatments. *Bulletin of Integrative Psychiatry, 1*.

Payne, S., Swami, V., & Stanistreet, D. L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health, 5*(1), 1875-6867.

Paz-Otero, M., Becerra-Fernández, A., Pérez-López, G., & Ly-Pen, D. (2021). A 2020 review of mental health comorbidity in gender dysphoric and gender non-conforming people. *Journal of Psychiatry Treatment and Research, 3*(1), 44-55.
doi:10.36959/784/425

Piñeros-Ortiz, S., Moreno-Chaparro, J., Garzón-Orjuela, N., Urrego-Mendoza, Z., Samacá-Samacá, D., & Eslava-Schmalbach, J. (2021). Consecuencias de los conflictos armados en la salud mental de niños y adolescentes: revisión de revisiones de la literatura. *Biomédica, 41*(3), 424-448.

Rocca, W. A., Mielke, M. M., Vemuri, P., & Miller, V. M. (2014). Sex and gender differences in the causes of dementia: a narrative review. *Maturitas, 79*(2), 196-201.

Rothman, K. J., & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rothman, K., Greenland, S., Lash, & TL. (2008). *Modern epidemiology*. Lippincott Williams & Wilkins: Lippincott Williams & Wilkins.

Ruiz-Eslava, L. F., Urrego-Mendoza, Z. C., & Escobar-Córdoba, F. (2019). Desplazamiento forzado interno y salud mental en pueblos indígenas de Colombia. El caso Emberá en Bogotá: Desplazamiento forzado y salud mental indígena. *Tesis Psicológica*, 14(2), 42-65.

Sánchez Acosta, D., Castaño Pérez, G., Sierra Hincapié, G., Semenova Moratto Vásquez, N., Salas Zapata, C., Buitrago Salazar, J., & Torres de Galvis, Y. (2019). Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *CES Psicología*, 12(3), 1-18.

Sánchez, N. F., Bonilla, L., Rodríguez, M., Sandoval, G., Alzate, J., Valentina Murcia, N., . . . Eslava-Schmalbach, J. H. (2016). Frequency of bullying perceived in clinical practices of last year

interns of a medicine school: cross sectional study. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(3), 447-452.

Sciberras, E. R. (2009). Review of prospective longitudinal studies of children with ADHD: Mental health, educational, and social outcomes. *Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 171-177.

Secretaría Distrital de Salud. (2020). *El enfoque diferencial y el enfoque de participación en el componente de prestación de servicios de salud. Documento normativo, conceptual y de orientaciones generales para su implementación*. Bogotá, D.C. Obtenido de <https://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Atencion-integral-salud.aspx>

Sergeant, J. C., & Firth, D. (2006). Relative index of inequality: definition, estimation, and inference. *Biostatistics*, 7(2), 213-224.

SIVIGE. (2016). *Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género. Marco normativo, conceptual y operativo*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/sivige-documento.pdf>

Sontate, K. V., Rahim Kamaluddin, M. N., Mohamed, R. M., Shaikh, M. F., Kamal, H., & Kumar, J. (2021). Alcohol, aggression, and violence: From public health to neuroscience. *Frontiers in psychology, 12*, 699726.

Spoorthy MS, C. S. (2019). Comorbidity of bipolar and anxiety disorders: An overview of trends in research. *World J Psychiatry, 4*(9), 7-29.

Steare, T. M. (2023). The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *Journal of affective disorders, 339*(15), 302-317.

Sultan, R. S., Zhang, A. W., Olfson, M., Kwizera, M. H., & Levin, F. R. (2023). Nondisordered Cannabis Use Among US Adolescents. *JAMA network open, 6*(5), e2311294.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.11294

Thornicroft G, S. M. (2019). Health system strengthening for mental health in low- and middle-income countries: introduction to the Emerald programme. . *BJPsych Open. , 5*:e66.

UNESCO. (22 de junio de 2023). *Entornos de aprendizaje seguros: Prevención y tratamiento de la violencia en la escuela y sus alrededores*. Recuperado el 5 de agosto de 2024, de <https://www.unesco.org/es/health-education/safe-learning-environments>

Unidad para la Atención y Reparación de las Víctimas. (17 de noviembre de 2021). Metodología para calcular el Índice de Riesgo de Victimización (IRV). Obtenido de <https://www.unidadvictimas.gov.co/wp-content/uploads/2021/12/10.-Metodologia-para-calculiar-el-indice-de-riesgo-de-victimizacion-IRV.pdf>

Unidad Para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (26 de junio de 2024). *Registro Único de Víctimas (RUV)*. Recuperado el 1 de mayo de 2024, de <https://datospaz.unidadvictimas.gov.co/registro-unico-de-victimas/>

Urrego-Mendoza, Z. C. (2018). El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. *Revista facultad nacional de salud pública*, 36(1), 55-65.

- Urrego-Mendoza, Z. C., Bastidas-Jacanamijoy, M. A., Coral-Palchucán, G. A., & Bastidas-Jacanamijoy, L. O. (2017). Narrativas sobre la conducta suicida en pueblos indígenas colombianos, 1993-2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(3), 400-409.
- Valentine, S. E., & Shipherd, J. C. (2018). A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical psychology review*, 66, 24-38. Obtenido de <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.unal.edu.co/science/article/pii/S0272735817304208>
- Valle, J. S., & Jiménez, S. R. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina upB*, 31(1), 42-52.
- Wang H, A. K. (2020). Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950-2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. . *Lancet.* , 396:1160–1203.

Whitehead, M., Dahlgren, G., & WHO. (2006). Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Obtenido de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107790/E89383.pdf>

WHO. (2001). Age standardization of rates: a new WHO standard. Obtenido de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gpe_discussion_paper_series_paper31_2001_age_standardization_rates.pdf

WHO. (2001). *Age standardization of rates: a new WHO standard*. Obtenido de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gpe_discussion_paper_series_paper31_2001_age_standardization_rates.pdf

WHO. (2005). *Alcohol and interpersonal violence: policy briefing*. Obtenido de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107351/E87347.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- WHO. (7 de febrero de 2024). *Epilepsy*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
- WHO. (s.f.). *Health literacy*. Obtenido de <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>
- Wittlin, N. M., Kuper, L. E., & Olson, K. R. (2023). Mental health of transgender and gender diverse youth. *Annual review of clinical psychology*, 19, 207-232. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-020326>
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 9(31).
- Zhang, Z. Z. (2023). How does urbanization affect public health? New evidence from 175 countries worldwide. *Frontiers in Public Health*, 10, 1096964.
- Zhao, L., Han, G., Zhao, Y., Jin, Y., Ge, T., Yang, W., . . . Li, B. (2020). Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics. *Front Genet.*, 11(11:562316).

