

# Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos

Felipe Agudelo-Hernández,<sup>1</sup> Juan Fernando García Cano,<sup>1</sup> Luz María Salazar Vieira,<sup>1</sup> Wendy Vergara Palacios,<sup>2</sup> Mónica Padilla,<sup>1</sup> y Bibian Moreno Mayorga<sup>3</sup>

## Forma de citar

Agudelo-Hernández F, García Cano JF, Salazar Vieira LM, Vergara Palacios W, Padilla M y Moreno Mayorga B. Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e138. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.138>

## RESUMEN

**Objetivo.** Describir barreras y desafíos en la implementación del Programa de Acción Mundial para Reducir las Brechas de Atención en Salud Mental mhGAP, y determinar la asociación entre facilitadores de implementación, accesibilidad, aceptabilidad y supervisión, en Chocó, Colombia.

**Métodos.** Estudio evaluativo de corte transversal, con métodos mixtos y secuenciales. Se contó con la participación de 41 personas (30 correspondientes a personal de salud y 11 personas del área administrativa). Se conformaron cinco grupos focales, en el marco de la formación en mhGAP. Se usó la escala de impulsores de implementación, que determinó factores como: facilitadores del sistema para la implementación, accesibilidad de la estrategia, adaptación y aceptabilidad, formación y supervisión en la estrategia. También se realizaron entrevistas semiestructuradas, con un posterior análisis temático.

**Resultados.** Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los componentes de la implementación, lo cual fue reafirmado con la información de las entrevistas. A nivel de las barreras señaladas, se destacan factores como dispersión, conflicto armado, la dificultad para cambiar la perspectiva de la zona en la que se vive y los problemas administrativos para acceder a los tratamientos. Estos factores se abordan en una propuesta de ruta de atención.

**Conclusiones.** En mhGAP en el departamento del Chocó, pese a una adecuada aceptabilidad, acceso y supervisión, se evidencian barreras y desafíos de orden social, geográfico, político, cultural y a nivel de la administración en salud, que podrían ser superados con la implementación de rutas intersectoriales de recuperación, construidas desde el mismo territorio.

## Palabras clave

Ciencia de implementación; barreras de acceso a los servicios de salud; salud mental; atención primaria de salud; Colombia.

Los países de bajos y medianos ingresos presentan una considerable brecha en la oferta y la prestación de servicios de salud mental (1), y hasta el 90% de las personas con trastornos mentales, no recibe la atención que necesita (2,3). Esto contribuye a que estos problemas se asocien a las causas más prevalentes de años de vida perdidos por discapacidad (4).

En Colombia, los problemas neuropsiquiátricos producen 35% de los años de vida perdidos por discapacidad (4). La

prevalencia de trastornos mentales en los últimos 12 meses es de 4%, con mayor afectación en mujeres, especialmente en cuanto a depresión y ansiedad, lo que constituye las principales alteraciones mentales a nivel nacional (5).

Para abordar esta situación, se señala la necesidad de crear rutas enmarcadas en un nuevo modelo de atención primaria centrado en los resultados de salud de las personas (6), para lo cual se ha propuesto el Programa de Acción Mundial para

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, Colombia. ✉ Felipe Agudelo-Hernández, [afagudelo81703@umanizales.edu.co](mailto:afagudelo81703@umanizales.edu.co)

<sup>2</sup> Secretaria de Salud de Quibdó, Chocó, Colombia.

<sup>3</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia.

Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) (2). Este surgió para enfrentar el déficit en el acceso a servicios de calidad en salud mental en el mundo, ampliando el acceso a las intervenciones científicamente validadas en el primer nivel de atención (7). Tener un equipo entrenado en el primer nivel de atención, podría generar impactos en los resultados de salud mental, otras enfermedades no transmisibles y mejorar la respuesta de los sistemas de salud a las crisis humanitarias (7).

Por otra parte, se ha descrito que la implementación es más exitosa cuando las personas involucradas son cuidadosamente seleccionadas y, en su implementación, reciben formación, mentoría y monitoreo (8). También esta implementación es más factible cuando las organizaciones e instituciones proveen la infraestructura necesaria para la implementación, la capacitación, el monitoreo y la evaluación de resultados, y la comunidad está involucrada en la selección y evaluación de programas y prácticas (9).

Colombia se divide a nivel administrativo departamentos y estos en municipios. En el pacífico colombiano se encuentra el departamento del Chocó, con 557 654 habitantes y una densidad de 11,71 habitantes/km<sup>2</sup> (10). Los indígenas representan un 9,2% de la población que está distribuida en 120 resguardos pertenecientes a los pueblos Emberá, Wounaan y Tule (10), y el 88% de la población restante es afrodescendiente (11).

Los niveles de violencia se han intensificado en el departamento del Chocó afectando a la población civil, incluidas las comunidades indígenas y afrocolombianas (12). Chocó ha sido identificado como uno de los departamentos con menor desarrollo sostenible, a lo que se suma una dificultad para integrar los enfoques interculturales a la atención en salud y un 96% de oferta privada en los mismos (13).

Aproximadamente en 20% de los municipios del departamento no cuenta con servicios de salud mental habilitados, y algunos municipios cuentan con solo 38% de cobertura en el aseguramiento en salud (13).

En Colombia, aunque amparados por políticas públicas que orienta a atenciones sistemáticas e integrales por psicología, estas estrategias presentan problemas de implementación a nivel del contexto colombiano (14-16), especialmente en aquellos territorios con mayor pobreza multidimensional (15), tal como Chocó.

Pocos estudios han indagado barreras de implementación de la atención primaria en salud mental en contextos como el descrito. Basados en lo anterior, el objetivo del presente estudio consiste en describir las barreras y los desafíos en la implementación del mhGAP, además de determinar la asociación entre los facilitadores, la accesibilidad, la aceptabilidad y el componente de supervisión del programa, en Chocó. Se plantea proponer una ruta de atención que aborde estos desafíos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio evaluativo de corte transversal, con métodos mixtos y secuenciales. A nivel epistémico, este estudio se basa en el enfoque de las ciencias de la implementación (16) y en el constructivismo contextual, donde las personas que ya existen antes de la entrevista pueden brindar información de forma más natural (17). Aunque no rechaza criterios de objetividad, señala caminos para la reflexión del equipo que investiga (18).

Este método amerita un componente ético de co-construcción, lo que tiene implicaciones en la desestructuración de las

relaciones de poder que normalmente trae consigo la atención en salud mental y la misma investigación (19). Es así como para lograr el objetivo planteado, el conocimiento debe ser recíproco y tener múltiples direcciones de circulación de la palabra.

## Participantes y procedimiento

La muestra para ambos tipos de análisis fue seleccionada a conveniencia, considerando un escenario de formación en mhGAP en el territorio por parte de la OPS, donde asistió el personal de salud mental de municipios declarados en emergencia humanitaria en el primer trimestre del año 2023. Como criterios de inclusión se consideraron profesionales de medicina, enfermería, psicología o trabajo social, que desempeñaran funciones en Chocó, ser parte del programa mhGAP y firmar el consentimiento informado.

La muestra estuvo conformada por 41 profesionales, 30 del área asistencial y 11 del área administrativa pertenecientes a las secretarías de salud. El personal asistencial, estuvo constituido por cinco profesionales de medicina, siete de enfermería y 18 de psicología. Todos con labores en el primer nivel de atención, en la mayoría, únicos profesionales de sus municipios en estos roles.

## Análisis cuantitativo

Al mismo grupo conformado por 41 personas, se le aplicó el instrumento *Implementation Drivers Scale -IDS-*, el cual contiene 18 ítems, mediante una escala de Likert de cero a cinco. Los cuatro dominios de la escala y las medias reportadas a nivel nacional son: Facilitadores del sistema (M=22,15), Accesibilidad de la estrategia (M=22,05), Adaptación y aceptabilidad (M=8,03), Formación y supervisión (M=9,08), y un Total (M=53,31) (22). Los cuatro factores tienen alfa de Cronbach aceptable de 0,914, 0,868, 0,927 y 0,725, respectivamente (19).

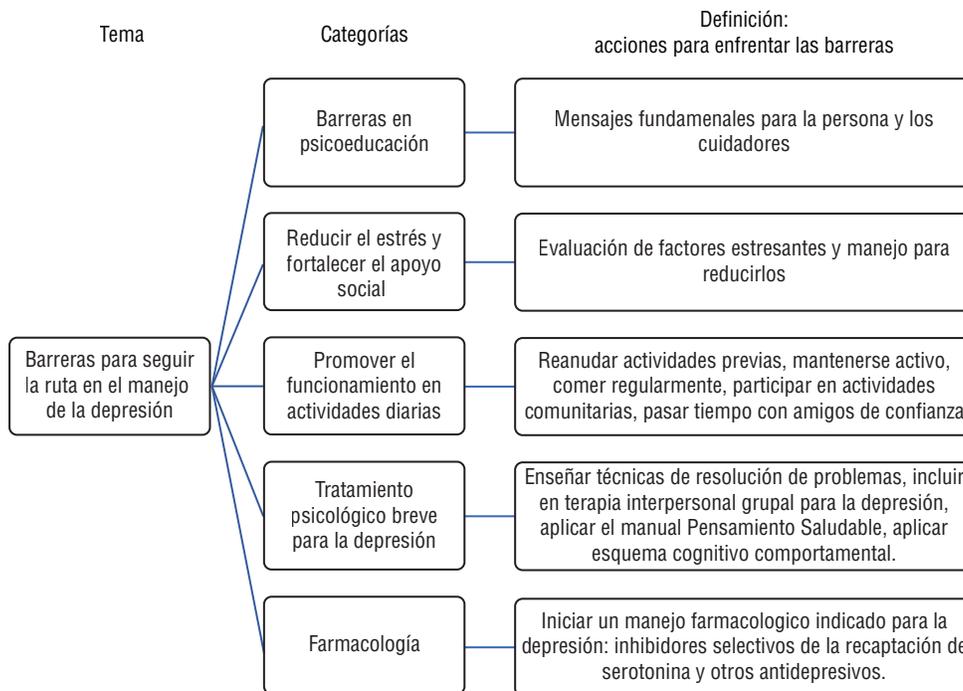
## Análisis cualitativo

Se realizaron cinco grupos focales, cuatro de ocho profesionales y uno de nueve. Cada grupo debía contar mínimo con un profesional de psicología, medicina, enfermería, de trabajo social y un líder administrativo de las secretarías de salud. Para el desarrollo de los grupos, se siguió una lista de chequeo (20), en la cual se planteó, un objetivo, la selección de los participantes, un análisis de los inscritos para orientar las preguntas gatillantes, la selección del moderador (un formador en mhGAP), organizar el lugar de encuentro (Secretaría de Salud de Chocó), firmar el consentimiento informado, desarrollo de la sesión, agradecimiento y compromisos por parte del equipo investigador.

Para garantizar la transparencia y confiabilidad se compartió la sistematización a los participantes, también se compartió el acta y una versión en borrador del manuscrito. Otro formador del programa mhGAP que participó en la formación, perteneciente a la Secretaría de Chocó, validó la información y aportó a los resultados.

Las preguntas correspondientes a barreras para implementar el programa fueron desarrolladas según mhGAP, estas incluían las áreas de psicoeducación, reducir el estrés y fortalecer el apoyo social, promover el funcionamiento en actividades

**FIGURA 1. Codificación a priori de las Barreras para implementar la ruta propuesta por mhGAP en Chocó, Colombia, 2023**



Fuente: adaptado del módulo de depresión de la Guía mhGAP 2.0 (2).

diarias, tratamiento psicológico breve para la depresión y farmacología (2) (figura 1), considerando un método deductivo (21). Este instrumento es propuesto para los talleres de mhGAP, y se aplica en grupos en cada formación a nivel global, lo que controla la perspectiva de los investigadores (2).

Las barreras generales relacionadas con el contexto se categorizaron de forma inductiva para determinar frecuencias y porcentajes. Cuando las preguntas propuestas no generaban respuestas, se invitó a los participantes a realizar relatos personales. También con este método se construyó la ruta de atención, para lo cual se indagó en cada grupo ¿Qué pasos debe dar cada actor del sistema de salud en Chocó para abordar el desafío de reducir las brechas de atención en salud mental?

Esta información se analizó mediante un análisis temático (22), el cual es un método para identificar, analizar y reportar patrones (temas) dentro de los datos. Este método reafirma el valor de las personas entrevistadas y, a su vez, el papel del investigador en la identificación de patrones o temas. La ruta fue construida con las respuestas sobre los desafíos y graficada en el programa Bizagi.

### Análisis estadístico

Se usó el software SPSS versión 26, siguiendo los pasos de descripción de las variables, verificación del supuesto de normalidad para cada una de las variables de tipo cuantitativo (con la prueba de Kolmogorov-Smirnov), análisis de correlación entre los diferentes ítems de IDS, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, ya que se mostró una distribución anormal de las variables.

### Consideraciones éticas

Este trabajo cumple con las normas de investigación en seres humanos. Es una investigación de riesgo mínimo. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Manizales con acta CB022 de 2022. Después de explicar la metodología, se firmó el consentimiento informado de los participantes, permitiendo aclarar cualquier duda durante el proceso y posterior al análisis de los datos. Los nombres de los participantes del estudio se mantuvieron anonimizados y en estricta confidencialidad.

### RESULTADOS

#### Análisis cualitativo: barreras y desafíos

Al indagar por las barreras de implementación, se señalaron los procesos de formación en salud mental sin un acompañamiento posterior, insensibilidad cultural, poco conocimiento del programa por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), además de la baja conectividad a internet y telefonía, además de los pocos recursos destinados a programas de salud mental (cuadro 1).

En los componentes para el manejo de la depresión, se menciona, en cuanto a psicoeducación, problemas como la percepción negativa de las enfermedades mentales a nivel cultural. Menciona “P”: “Acá los trastornos mentales son vistos como debilidad, falta de voluntad, locura y peligro”.

También se señalan redes de apoyo insuficientes para que apoyen en la difusión de la información en salud mental, y su posterior comprensión. Mencionan también que la falta de

**CUADRO 1. Barreras para implementar el programa mhGAP, Chocó, Colombia, 2023**

Categoría para las barreras	Porcentaje que señalaron el tipo de barrera
Poco acceso por la dispersión geográfica	73,17
Conflicto armado	19,51
Desconocimiento de rutas de atención	39,02
Poca adaptación de las estrategias a la cultura	19,51
Poco compromiso intersectorial	39,02
Poco conocimiento del programa por tomadores de decisiones	48,78
Falta de ética en la destinación de los recursos	19,51
Formación sin seguimiento posterior	19,51
Baja competencia cultural	19,51
Bajo acceso a internet	48,78
Poco conocimiento de los prestadores de la estrategia	19,51

Fuente: elaborado por los autores.

formación en salud mental constituye una barrera para este componente. Refiere “J”: “Los profesionales de salud le tienen miedo a la gente con diagnósticos psiquiátricos”.

En relación con el componente denominado, reducir el estrés y fortalecer el apoyo social, “G” refiere: “Hay baja adherencia a las tareas asignadas en psicoterapia, sea por falta de credibilidad de las personas o porque no pueden”. A lo que responde “M”, volviendo al componente de psicoeducación: “Se necesita educar en psicoterapia, qué es, para qué sirve, por qué la necesitan... educar en los derechos que tienen las personas a la salud”. Agrega “H”: “es difícil reducir el estrés cuando hay dos opciones: el suicidio o meterse a un grupo armado”.

El componente referido como, promover el funcionamiento en actividades diarias, permitió emerger comentarios como, “hay pérdida en el sentido de la vida y del territorio”, o “hay ausencia del deseo del cuidado personal, mucha desesperanza”, ambos realizados por “N”. “A” también relata dificultades para recuperar ciertos espacios donde podrían llevarse a cabo las actividades:

“Los invitamos a jugar al río, a mirar hacia el territorio y sus costumbres, pero a veces nos dicen cosas que nos dejan sin argumentos, como no puedo ir a caminar porque le tengo miedo a una mina quiebrapatatas, o no voy al río porque por ahí bajan muertos. O, por ejemplo, los animo a salir con amigos y me dicen que a todos los amigos se los han asesinado, que incluso no quieren ya tener amigos hombres, que mejores mujeres, porque la vida de la mujer la respetan más”.

Dentro de la categoría, tratamiento psicológico breve, se señalan aspectos como el tiempo de consulta reducido. Aunque no existe una norma que establezca el tiempo para realizar una consulta, se ha vuelto una práctica aceptada en el marco del aseguramiento un estándar de 20 minutos. Se describen también pocos recursos humanos entrenados en intervenciones psicológicas breves y poco respaldo de los especialistas, al igual que el incumplimiento de las aseguradoras con los tratamientos y lo necesario para el diagnóstico.

En la categoría de, farmacoterapia, se enfatiza una baja adherencia, poca comunicación entre especialistas y el nivel

primario, además de ausencia de intervenciones en crisis o de intervenciones empáticas. “B” refiere:

“Las personas usan medicamentos porque a veces no saben lidiar con el dolor emocional, no tienen quién les ayuden, entonces resultan tomando pastas adictivas para el dolor de espalda, y eso es tristeza. También, muchas veces, mandan un medicamento y las personas salen de la consulta sin saber para qué se los enviaron, tienen miedo de preguntar, entonces o no se lo toman o piden otra cita para que les expliquen, y eso es como un retroceso”.

El grupo entrevistado de profesionales reconoce que el aumento en la calidad de vida en los trastornos mentales depende del acompañamiento continuo de los profesionales, con humildad cultural y sensibilidad para comprender otras formas de comunicación.

**Propuestas ante las barreras: la ruta como un desafío**

Al indagar por las posibles soluciones a esas barreras, se propone como desafío territorial trazar una ruta de atención que permita implementar de forma correcta mhGAP, con un enfoque diferencial (“humanizar la atención, darle humildad cultural”, como refiere “F”). Esto implica integrar programas y estrategias (figura 2).

Se enfatiza en la integración de la medicina tradicional con la occidental. Agrega “C”: “sé que volver a la literatura ancestral de los indígenas ayudaría mucho a evitar esa ruptura que están teniendo con la tierra y que tiene que ver con la ruptura con el sentido de vida”.

Como rol de otros sectores, se añade, mejorar la calidad de la vivienda de muchas personas, enseñar a todas las personas aspectos básicos de las culturas del territorio, aumentar las oportunidades de empleo y mostrar un futuro posible a los jóvenes, mejorar el acceso geográfico, y mejorar el acceso a la escolaridad y al empleo. Al finalizar el primer encuentro se indaga por los insumos para construir una ruta de atención ajustada al territorio, especialmente para el abordaje de la depresión.

**Análisis cuantitativo: variables de implementación del programa mhGAP**

A pesar de las barreras señaladas, en la aplicación de la escala IDS se encontró una media total de 57,88 (cuadro 2).

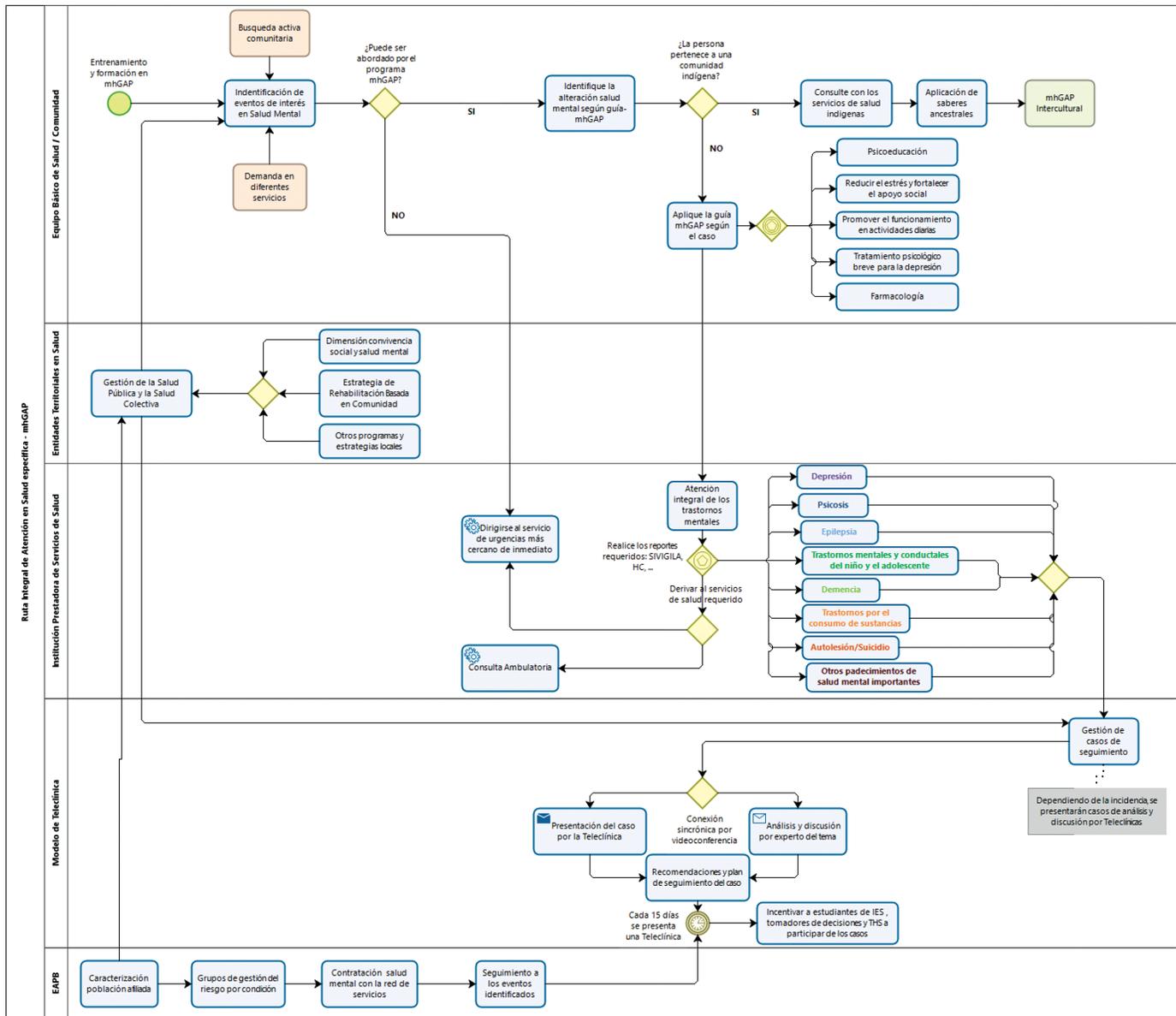
**CUADRO 2. Variables descriptivas de Implementation Drivers Scale, Chocó, Colombia, 2023**

Estadísticos descriptivos	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desv. Desviación
Facilitadores del sistema	41	4	22	16,65	4,334
Accesibilidad de la estrategia	41	15	24	21,41	2,549
Adaptación y aceptabilidad	41	4	12	9,78	2,019
Formación y supervisión	41	5	12	10,02	1,782
Total	41	35	70	57,87	8,571

Fuente: elaborado por los autores.

En cuanto al dominio, facilitadores del sistema, se encuentra que la media está por debajo del percentil 50, accesibilidad, entre

FIGURA 2. Ruta para la implementación del programa mhGAP y para el manejo de la depresión, Chocó, Colombia, 2023



Fuente: elaborado por los autores.

IES: Instituciones de Educación Superior, THS: Talento Humano en Salud, EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, HC: Historia Clínica, SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

el percentil 50 y 75, aceptabilidad supera al percentil 75 al igual que formación y supervisión. El total supera el percentil 75.

Al realizar análisis bivariados entre los dominios de la escala de implementación, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los facilitadores de implementación a nivel administrativo, la accesibilidad, la aceptabilidad del programa y la supervisión (cuadro 3).

## DISCUSIÓN

La atención primaria en salud mental debe fortalecerse para abordar las crecientes demandas insatisfechas, especialmente considerando los factores de cada territorio (3). Por esto, el presente estudio describió las barreras y los desafíos de mhGAP, desde el personal de salud y algunas variables de

implementación, además trazó como un desafío una ruta de atención que dialoga con la política de salud nacional, global y territorial.

Se identifica como desafío en la ruta fortalecer factores como la supervisión y la adaptabilidad, lo que se podría mejorar con la fase de seguimiento del mhGAP y con la adaptación del proceso a los aspectos culturales locales, con el apoyo además de herramientas de la telesalud. La dificultad para el seguimiento a los programas de salud mental se ha evidenciado en otros estudios (23). En este sentido, Keynejad y cols. (24) mencionan que, a pesar de que 100 países han estado utilizado la estrategia, la implementación se realizó principalmente en la capacitación, y no en el seguimiento.

Esto coincide con autores (25) que señalan que los programas pueden tardar 17 años en implementarse de forma completa

**CUADRO 3. Correlaciones entre indicadores de implementación, Chocó, Colombia, 2023**

		Accesibilidad	Adaptación, aceptabilidad	Formación /supervisión	Total
Facilitadores del sistema	C.	0,647**	0,565**	0,461**	0,886**
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001	0,002	<0.001
Accesibilidad	C.		0,645**	0,616**	0,869**
	Sig. (bilateral)		<0.001	<0.001	<0.001
Adaptación, aceptabilidad	Coficiente correlación			0,762**	0,752**
	Sig. (bilateral)			<0.001	<0.001
Formación/supervisión	C.				0,667**
	Sig. (bilateral)				<0.001

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral); Rho de Pearson. N: 41  
C: coeficiente de correlación. Sig: Significancia

Fuente: elaborado por los autores.

en contextos como el colombiano, y que esto se asocia por no poder reflejar en sus componentes la complejidad de los entornos donde se desarrolla (26, 27). El considerar estas variables en el diseño y en la diseminación de programas de salud mental, mejora su sostenibilidad (28) que, en el caso de mhGAP, se evidencia a través de la fase de seguimiento (7). A su vez, este componente se relaciona con una atención en salud más participativa, menos fragmentada y con una respuesta más efectiva y sensible por parte del personal clínico (29), componentes señalados como fundamentales por los participantes.

En la IDS se encontró una media superior a la nacional (19), lo que indica un ambiente de implementación adecuado en el personal del primer nivel de atención y en los referentes locales de salud a nivel administrativo, para desarrollar el programa. Pese a la media superior en el total, el componente de facilitadores del sistema presenta el puntaje más bajo entre el grupo de estudio y comparado con el nacional. Esto es reafirmado por los participantes, quienes señalan que el personal de salud debe ser fortalecido y estar integrado con otros servicios, con el nivel administrativo y con la alta complejidad para sostener esta motivación y lograr impacto en la calidad de vida de las personas (30).

Al respecto, se resalta por parte de los participantes la falta de sistemas de información para mhGAP, y una baja asignación de recursos territoriales para la estrategia. Aunque se debe considerar que no hay una proporción significativa de formadores por cada territorio, ya que la mayoría están en las regiones centrales del país (15).

Aparte de los factores relacionados directamente con los programas en salud, se ha destacado cómo los determinantes sociales pueden influir de forma negativa en la implementación de las estrategias de salud mental (19, 31). En el caso de Chocó, la prevalencia de problemas de interés en salud pública, la violencia, el desplazamiento, la marcada desigualdad social, el estado de los servicios públicos domiciliarios, la calidad en la red de prestación de servicios de salud, son algunas categorías para reconocer las dificultades estructurales del departamento, además de la alta dispersión y de la prevalencia de enfermedades transmitidas por vectores (32).

Se ha descrito en Colombia que los problemas de salud mental tienden a ser mayores entre las poblaciones desplazadas y otras afectadas por el conflicto armado (33). Además la salud mental es peor entre las personas con bajos recursos, que viven

en áreas rurales y bajo inestabilidad política (34). Como lo mencionan los participantes en el presente estudio, la investigación en otras regiones afectadas por conflictos ha demostrado que el acceso a los servicios psicosociales del primer nivel de atención y basados en la comunidad puede resultar crucial para reconstruir las relaciones y estructuras sociales (35, 36).

Por esto, como se destaca en el análisis temático, las adaptaciones de los componentes a los contextos podrían establecerse como una prioridad en el proceso de implementación (37-39). Al respecto, Iversen y cols. (39) mencionan que una solución a lo anterior podría ser la formación desde el pregrado en mhGAP a los futuros trabajadores de la salud.

Otros estudios han encontrado que cerca del 40% del personal médico del primer nivel de atención no cuenta con el tiempo, la capacitación y el acompañamiento para resolver los problemas relacionados con los trastornos mentales (40). Como lo evidencia el presente estudio, la falta de recursos financieros, la falta de apoyo del liderazgo institucional y la resistencia de algunos miembros de las organizaciones implementadoras, fueron los principales obstáculos para introducir este programa. En otras investigaciones cualitativas se ha encontrado que, desde los actores del sistema de salud, no se percibe una dirección adecuada de la salud mental en Colombia (40).

Como limitaciones de la presente investigación, se plantean la falta de instrumentos y escenarios con las personas con trastornos mentales. De igual forma, aunque la muestra es representativa para algunos municipios participantes, por contar en ocasiones sólo con dos profesionales que atiendan la salud mental, se señala como limitante el tamaño de la muestra, especialmente en el componente cuantitativo. Lo anterior, también deja ver la posibilidad de estudios longitudinales donde se puedan proponer diseños investigativos híbridos (41), que den respuesta a las estrategias de implementación y al mejor conocimiento de las prácticas basadas en evidencia.

En conclusión, mhGAP es una herramienta para mejorar la respuesta de los primeros niveles de atención en el contexto colombiano. Sin embargo, presenta grandes retos de implementación a nivel nacional, establecidos especialmente por la gobernanza multinivel, que promueve la multisectorialidad y la implementación de las estrategias de las políticas públicas nacionales que permitan que las estrategias, como la ruta propuesta en la presente investigación, sean implementadas y sostenidas para facilitar la recuperación de las personas.

La adopción de una política pública o de un programa de salud mental a nivel territorial no implica los cambios sustanciales que propone en los servicios: es necesario implementar, y para esto se requieren facilitadores a nivel administrativo y gubernamental. Como se señala en el presente estudio, esto implica mayor contacto entre los actores del sistema de salud, con las personas que requieren los servicios y con las organizaciones implementadoras a nivel local.

En los procesos de implementación las barreras deben considerarse desde cada territorio. En el caso del Chocó, se evidencian barreras de orden social, geográfico, político, cultural y de formación en el sector salud, las cuales son consideradas en la construcción de una ruta propia para las particularidades del territorio. Esta ruta responde a la alta motivación que tiene el personal de salud del presente estudio para implementar mhGAP. Motivación que puede ser contrastada por la intersección de algunos determinantes sociales que afectan la salud mental y por las dificultades que pueden tener los tomadores de decisiones para facilitar los programas de recuperación.

**Contribución de los autores.** Todos los autores concibieron el estudio original, recopilaron, analizaron los datos e

interpretaron los resultados. Redactaron y revisaron el manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

**Agradecimientos.** Al Ministerio de Salud y Protección Social. Al modelo ECHO – RENATA por la contribución en la implementación de la Telesalud como estrategia en el departamento del Chocó. A la Secretaría Departamental de Salud del Chocó y la Secretarías Locales de Salud de los municipios participantes. A la Consultora Nacional del Chocó de la OPS/OMS Gloria Prado Pino y a Laura Plata Casas del Comité de Gestión de mhGAP de Colombia.

**Financiación.** La presente investigación fue financiada por la Organización Panamericana de la Salud, Colombia, especialmente para la recogida de los datos y el diseño metodológico.

**Conflictos de intereses.** Ninguno declarado por los autores.

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista o las políticas de la *Revista Panamericana de Salud Pública* o de la Organización Panamericana de la Salud.

## REFERENCIAS

- World Health Organization. World report on disability. WHO country profile of Nigeria Mental Health Atlas of the WHO. Geneva: WHO; 2011.
- Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Autor si es posible proporcionar enlace
- Marks L. Clinical Psychology in Primary Care – how can we afford to be without it? Guidance for Clinical Commissioners and Integrated Care Systems. The British Psychological Society. Disponible en: <https://doi.org/10.53841/bpsrep.2022.rep165>
- Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9)
- Gómez-Restrepo C, Aulí J, Tamayo Martínez N, Gil F, Garzón D, Casas G. Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016 Dec;45 Suppl 1:39-49. doi: 10.1016/j.rcp.2016.06.010.
- Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet.* 2018 ;392(10157):1553-1598. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.
- Sapag JC, Álvarez Huenchulaf C, Campos A, Corona F, Pereira M, Véliz V, et al. Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) en Chile: aprendizajes y desafíos para América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.32>
- Petagna M, Marley C, Guerra C, Calia C, Reid C. Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG) for Child and Adolescent Mental Health in Low- and Middle-Income Countries (LMIC): A Systematic Review. *Community Ment Health J.* 2023 Jan;59(1):192-204. doi: 10.1007/s10597-022-00981-3
- Fixsen DL, Van Dyke MK, Blase KA. Repeated measures of implementation variables. *Front Health Serv.* 2023;3:1085859. doi: 10.3389/frhs.2023.1085859
- Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Comportamiento de la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) de las enfermedades huérfanas-Raras, Colombia, 2016 a 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/23576189.2023.08>
- Ministerio de Salud y Protección social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. [Internet]. 2023. [citado el 10 de mayo 2023] Disponible en: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion>.
- Naciones Unidas. Noticias ONU. Colombia: La violencia se intensifica en Chocó, Putumayo y Arauca, afectando a los civiles. [Internet]. 2022 [citado el 12 de mayo 2023]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2022/04/1506732>
- OPS/OMS Colombia. Tablero de Sistema y Servicios de Salud [Internet]. 2022 [citado 6 agosto 2022]. Disponible en: <https://rss-col.azurewebsites.net/home.php>
- Agudelo-Hernández F, Rojas-Andrade R. Ciencias de la Implementación y Salud Mental: un Diálogo Urgente. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.001>.
- Agudelo-Hernández F, Rojas-Andrade R. Mental Health Services in Colombia: A National Implementation Study. *Int J Soc Determinants Health Health Serv.* 202;27551938231156023. doi: 10.1177/27551938231156023.
- Damschroder, L.J., Reardon, C.M., Widerquist, M.A.O. et al. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Sci.* 2022; 17, 75. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
- Jaramillo Marín J. La reflexividad sobre los procesos de enseñanza y aprendizaje de la investigación en ciencias sociales. *Análisis. Revista Colombiana de Humanidades* 2010; (76):103-124. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=515552365004>
- Freeman BM. Promoting global health and well-being of Indigenous youth through the connection of land and culture-based activism. *Glob Health Promot.* 2019 ;26(3\_suppl):17-25. doi: 10.1177/1757975919831253.
- Agudelo-Hernández F. De las barreras a los posibles: Las Políticas del Acontecimiento en los Grupos de Ayuda Mutua Juveniles para la Salud Mental. Primera edición. Manizales. Editorial Universidad de Manizales; 2023.
- Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica* 2013;2(5):55-60. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009>
- Simons H. El estudio de caso: teoría y práctica. Primera Edición. Barcelona. Morata; 2011.

22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. Disponible en: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
23. Moulino L, Parsonage M. Mental health. Why wait to make psychiatric interventions? *Health Serv J*. 2014;124(6386):24-5.
24. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evid Based Ment Health*. 2018 Feb;21(1):30-34. doi: 10.1136/eb-2017-102750.
25. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychol*. 2015;3(1):32. doi: 10.1186/s40359-015-0089-9.
26. Stevens ER, Shelley D, Boden-Albala B. Unrecognized implementation of science engagement among health researchers in the USA: a national survey. *Implement Sci Commun*. 2020 Mar 30;1:39. doi: 10.1186/s43058-020-00027-3.
27. Fajardo Flores CJ, Alger J. Investigación de la Implementación: Características y oportunidades para su práctica. *Rev Méd Hondur*. 2023;87(2):85-9. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/11917>
28. Trojan A, Nickel S, Kofahl C. Implementing 'self-help friendliness' in German hospitals: a longitudinal study. *Health Promot Int*. 2016;31(2):303-13. doi: 10.1093/heapro/dau103.
29. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219-21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219.
30. Naylor C, Bell A, Baird B, Heller A, Gilbert H. Mental health and primary care networks Understanding the opportunities. The Kig Fund. Center for Mental Health.2020. Disponible en: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2020-07/Mental%20Health%20and%20PCNs%20online%20version\\_1.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2020-07/Mental%20Health%20and%20PCNs%20online%20version_1.pdf)
31. Ghasemi E, Majdzadeh R, Rajabi F, Vedadhir A, Negarandeh R, Jamshidi E, Takian A, Faraji Z. "Applying Intersectionality in designing and implementing health interventions: a scoping review". *BMC Public Health*. 2021;21(1):1407. doi 10.1186/s12889-021-11449-6.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio de Salud Mental SISPRO [Internet]. [citado 18 marzo 2023]. Disponible en: <http://rsvv2.sispro.gov.co/ObsSaludMental>
33. León-Giraldo S, Casas G, Cuervo-Sánchez JS, García T, González-Uribe C, Moreno-Serra R, Bernal O. Mental Health Disorders in Population Displaced by Conflict in Colombia: Comparative Analysis against the National Mental Health Survey 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2023;52(2):121-129. doi: 10.1016/j.rcpeng.2021.04.007
34. Cuartas Ricaurte J, Karim LL, Martínez Botero MA, Hessel P. The invisible wounds of five decades of armed conflict: inequalities in mental health and their determinants in Colombia. *Int J Public Health*. 2019;64(5):703-711. doi: 10.1007/s00038-019-01248-7.
35. Interpeace. Mind the Peace: Integrating MHPSS, Peacebuilding and Livelihood Programming – A Guidance Framework for Practitioners [Internet]. 2023. Geneva/Nairobi [citado 30 de mayo 2023]. Disponible en: [https://www.interpeace.org/wp-content/uploads/2023/03/PiP\\_7-MHPSS.pdf](https://www.interpeace.org/wp-content/uploads/2023/03/PiP_7-MHPSS.pdf)
36. Somasundaram D. Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *Int J Ment Health Syst*. 2007 Oct 4;1(1):5. doi: 10.1186/1752-4458-1-5.
37. Chauлагain A, Pacione L, Abdulmalik J, Hughes P, Oksana K, Chumak S. et al. WHO Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): the first pre-service training study. *Int J Ment Health Syst*. 2020 ;14:47. doi: 10.1186/s13033-020-00379-2.
38. Gómez-Carrillo A, Lencucha R, Faregh N, Veissière S, Kirmayer LJ. Engaging culture and context in mhGAP implementation: fostering reflexive deliberation in practice. *BMJ Glob Health*. 2020;5(9):e002689. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002689.
39. Iversen SA, Ogallo B, Belfer M, Fung D, Hoven CW, Carswell K, Skokauskas N. Mejorar la formación previa al servicio en salud mental con la Guía de Intervención mhGAP de la OMS: experiencias aprendidas y el camino a seguir. *Salud de la ment de psiquiatría infantil*. 2021;15(1):1. doi: 10.1186/s13034-020-00354-2.
40. Hernández Holguín DM, Sanmartín-Rueda CF. La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2018;17(35):1-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54557477005>.
41. Fixsen DL, Van Dyke MK, Blase KA. Repeated measures of implementation variables. *Front Health Serv*. 2023;3:1085859. doi: 10.3389/frhs.2023.1085859.

---

Manuscrito recibido el 23 de mayo de 2023. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 8 de agosto de 2023.

---

## Gaps in primary mental health care in Chocó, Colombia: barriers and challenges

### ABSTRACT

**Objective.** Describe barriers and challenges in the implementation of the global Mental Health Gap Action Program (mhGAP), and determine the association between facilitators of implementation, accessibility, acceptability, and supervision, in Chocó, Colombia.

**Methods.** Cross-sectional evaluation study, with mixed and sequential methods. Forty-one people participated: 30 health personnel and 11 administrative workers. Five focus groups were formed within the framework of the mhGAP training. The Likert scale of implementation drivers was used to determine factors affecting the strategy, such as system facilitators, accessibility of the strategy, adaptation and acceptability, and training and supervision. Semi-structured interviews were also conducted, with a subsequent thematic analysis.

**Results.** A statistically significant correlation was found between the components of implementation. This was reaffirmed by the information from the interviews. Notable barriers include dispersion, armed conflict, difficulty in changing one's perspective on the area where they live, and administrative problems in accessing treatment. These factors are addressed in a proposed care pathway.

**Conclusions.** With respect to mhGAP in the department of Chocó, despite adequate acceptability, access, and supervision, there are barriers and challenges at the social, geographical, political, cultural, and health administration levels, which could be overcome through implementation of locally-built intersectoral recovery routes.

### Keywords

Implementation science; barriers to access of health services; mental health; primary health care; Colombia.

---

---

## Lacunas na atenção primária à saúde mental em Chocó, Colômbia: barreiras e desafios

### RESUMO

**Objetivo.** Descrever barreiras e desafios na implementação do Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP, na sigla em inglês) e determinar a associação entre facilitadores de implementação, acessibilidade, aceitabilidade e supervisão em Chocó, Colômbia.

**Métodos.** Estudo avaliativo de corte transversal, com métodos mistos e sequenciais, que contou com 41 participantes (30 da equipe de saúde e 11 da equipe administrativa). Um total de cinco grupos focais foram formados como parte do treinamento do mhGAP. Utilizou-se a escala de motivadores de implementação, que determinou fatores como facilitadores do sistema para implementação, acessibilidade da estratégia, adaptação e aceitabilidade, treinamento e supervisão da estratégia. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com posterior análise temática.

**Resultados.** Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre os componentes da implementação, o que foi reafirmado com as informações das entrevistas. Em termos das barreiras identificadas, destacam-se fatores como dispersão, conflito armado, a dificuldade de mudar a perspectiva da pessoa sobre a área em que vive e problemas administrativos no acesso ao tratamento. Esses fatores são abordados em uma proposta de via de atendimento.

**Conclusões.** Apesar da aceitabilidade, do acesso e da supervisão adequados, há barreiras e desafios sociais, geográficos, políticos, culturais e de administração de saúde no mhGAP do departamento de Chocó que poderiam ser superados com a implementação de rotas de recuperação intersectoriais, construídas a partir do próprio território.

### Palavras-chave

Ciência da implementação; barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; saúde mental; atenção primária à saúde; Colômbia.

---