

## Investigación original

# Programa de acción para superar las brechas en salud mental: un modelo teórico de las barreras de implementación desde el personal de salud en Chocó, Colombia

Felipe Agudelo-Hernández,<sup>1</sup> Laura Plata-Casas,<sup>2</sup> Helena Vélez Botero,<sup>3</sup> Luz María Salazar Vieira<sup>3</sup> y Bibian Moreno Mayorga<sup>2</sup>

### Forma de citar

Agudelo-Hernández F, Plata-Casas L, Vélez Botero H, Salazar Vieira LM, Moreno Mayorga B. Programa de acción para superar las brechas en salud mental: un modelo teórico de las barreras de implementación desde el personal de salud en Chocó, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2024;48:e49. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.49>

### RESUMEN

**Objetivo.** Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas (MNS) tienen una prevalencia alta y existe una brecha para su atención en Colombia. El Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por su sigla en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene varios componentes. Uno de ellos es la *Guía de intervención mhGAP 2.0*, orientada a la mejora de la atención primaria en salud; se trata de una guía para la evaluación y el manejo de trastornos MNS a partir de protocolos de toma de decisiones clínicas. Se planteó como objetivo determinar las barreras que se pueden presentar en el proceso de implementación del programa.

**Métodos.** Se realizó un estudio cualitativo con enfoque de análisis de contenido que se desarrolló en tres fases: i) preparación, organización y presentación del estudio; ii) codificación abierta, categorización y abstracción de los contenidos; y iii) análisis de información. El estudio incluyó la entrevista semiestructurada a 21 personas involucradas en la prestación de servicios en salud mental en Chocó (Colombia): cinco profesionales de medicina, siete de enfermería y tres de psicología, además seis profesionales que trabajaban en el área administrativa de las secretarías de salud del departamento. Se exploraron las percepciones de las partes interesadas, que eran el personal asistencial y el personal administrativo del sector salud en el departamento del Chocó. Se realizaron preguntas abiertas para explorar las experiencias con el proceso y las barreras identificadas en la práctica.

**Resultados.** Se identificaron cuatro categorías temáticas diferentes: intersectorialidad, viejos desafíos, posibilidades e idoneidad de herramientas.

**Conclusiones.** Se construyó un modelo teórico sobre las barreras de implementación para el Programa de mhGAP desde las percepciones de las partes interesadas. El control de las barreras se percibe como un camino posible para generar un aporte significativo para la salud poblacional.

### Palabras clave

Modelos teóricos; barreras de acceso a los servicios de salud; salud mental; atención primaria de salud; Colombia.

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Manizales, Caldas, Colombia.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

La salud mental, como elemento esencial e integral de la salud y el bienestar individual y colectivo, presenta grandes afectaciones negativas debido a múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales (1). A nivel mundial, una de cada 10 personas presenta algún problema de salud mental (2), lo que aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades, y contribuye a la ocurrencia de lesiones intencionales y no intencionales (1). Tales afectaciones causan discapacidad, y comprometen la capacidad de las personas para estudiar, trabajar y ejercer la participación comunitaria (2). Sin embargo, solo 1% de la fuerza laboral sanitaria mundial brinda atención de salud mental (3). Esto supone una brecha entre las necesidades y la prestación de servicios, que en las Américas tiene una mediana de 73,5% respecto al tratamiento de trastornos afectivos, de ansiedad y consumo de sustancias en adultos, de grado moderado y grave (2,3). La población colombiana no es ajena a las afectaciones mentales y a los desenlaces no deseados en salud mental. La prevalencia informada de cualquier trastorno mental en adolescentes con alguna condición crónica fue del 4,7%, ideación suicida frecuente en adolescentes y adultos (4), con incremento de 15,7% en la tasa de suicidio en el 2023 y el departamento del Chocó entre los territorios más afectados (5).

Las necesidades crecientes de atención en salud mental se incluyeron en la agenda política internacional (1,2), con proyecciones que sugerían que la porción de la carga de enfermedad atribuible a trastornos mentales y neurológicos aumentaría a 15%. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) responde a este llamado de atención y propone un plan de acción que contempla, entre sus objetivos, proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios. Este plan de acción insta a los Estados Miembros, como Colombia, a la expansión de los servicios de salud mental en entornos con recursos escasos mediante el uso de herramientas clave como el Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP, por su sigla en inglés).

El Programa mhGAP, presentado en el 2008, tiene una guía de implementación desde el 2010, con una versión actualizada y un manual operativo que incluye orientaciones técnicas, instrumentos y directrices basados en la evidencia para la elaboración e implementación de la guía dirigida a equipos no especializados en salud mental, con el objetivo de ampliar la prestación de servicios de salud mental en los países, sobre todo en entornos con escasos recursos (6). Dicho programa se centra en una serie de afecciones prioritarias y dirige la capacitación hacia los profesionales de la salud no especializados con un enfoque integrado que fomenta la atención de salud mental en los niveles asistenciales primario y complementario. A pesar de tener componentes bien definidos y una experiencia de aproximadamente 15 años, el programa presenta problemas de implementación en algunos contextos latinoamericanos (5,8). Esto se ha relacionado con baja asignación de recursos, capacitación limitada, bajo cumplimiento, poca supervisión o apoyo del personal de salud, escasa participación del personal administrativo y participación comunitaria, y barreras culturales y demográficas (5,7,9,10).

Colombia, como Estado Miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha llevado a cabo acciones políticas, técnicas y normativas para dar cumplimiento a la necesidad de reducir la brecha de atención y responder a las directrices que emanan de los diferentes planes regionales. Por este motivo, el país busca la implementación del Programa mhGAP con un

enfoque centrado en las personas, con el fin de mejorar la oportunidad en el acceso a servicios de salud mental y la atención integral, fomentar la continuidad del cuidado y fortalecer el nivel primario de atención; todo lo anterior, además, promueve los derechos humanos y la dignidad de las personas que sufren esos trastornos y avanza hacia la equidad.

Desde esta perspectiva, y en el marco del trabajo articulado entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la OPS y la OMS, Colombia desarrolla la implementación del Programa mhGAP en varios territorios del país, con varias acciones enfocadas en el departamento del Chocó. Esta entidad territorial pluriétnica y multicultural, con alta dinámica migratoria, está localizada en el Pacífico colombiano, en la región noreste del país. Tiene 31 municipios y su población es de aproximadamente 554 000 habitantes, de los cuales 55,4% se concentran en la zona rural y 42% están registrados como víctimas del conflicto armado en Colombia (5). Asimismo, la razón de servicios de salud habilitados para prestar servicios de psicología es de 2,47 por cada 10 000 habitantes (11). Este departamento, donde los problemas de violencia son crónicos, tienden a intensificarse y afectan a la población civil, incluidas las comunidades indígenas y afrocolombianas, está identificado como uno de los de menor desarrollo sostenible, a lo que se suma una dificultad para integrar los enfoques interculturales a la atención en salud, 96% de oferta privada en estos y la presencia del conflicto armado (5).

Por otra parte, en un estudio realizado por Agudelo-Hernández y Rojas-Andrade (7), se señaló que Chocó cuenta con la menor cantidad de servicios de salud mental activos en Colombia, lo cual tiene una estrecha relación con los indicadores de pobreza multidimensional. Lo anterior hace que este territorio sea propicio para determinar los retos de aplicación de las prácticas basadas en la evidencia (12). En un contexto de alta demanda en salud mental, y tras una década de la implementación de procesos de capacitación en mhGAP en el territorio colombiano, el presente estudio se realizó por primera vez en Colombia para conocer, desde las percepciones de las partes interesadas en el sector de salud, las barreras que afectan la posibilidad de instaurar el Programa mhGAP en el departamento del Chocó.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Este estudio cualitativo se realizó de acuerdo con las pautas de los Criterios consolidados para informar investigaciones cualitativas (COREQ, por su sigla en inglés) (13) con un enfoque de análisis de contenido, para proporcionar una descripción detallada de los fenómenos. Este enfoque es adecuado para comprender un fenómeno particular, como es el proceso de implementación de un programa específico, desde la perspectiva de quienes experimentan su aplicación (14). Este estudio se utilizó para proporcionar una comprensión detallada de cómo las barreras pueden afectar la implementación del Programa mhGAP en un departamento con una necesidad significativa en el área de salud mental, como es Chocó.

### Escenario y muestra

La selección y la población incluida en la muestra se acogió a los marcos encontrados en la literatura, en la que se menciona que,

en los estudios cualitativos, se puede definir un número similar al empleado en esta investigación para hallar resultados válidos. La bibliografía señala que se pueden convocar entre 12 y 20 participantes en los estudios, número suficiente para lograr saturación de la información (15). Lo anterior aplica para la totalidad de las partes interesadas; sin embargo, al dividir a las personas entrevistadas entre profesionales clínicos y administrativos, se encuentra que el grupo de profesionales administrativos quedó conformado por seis personas. Se alcanzó la saturación de las categorías con entrevistas más prolongadas y una triangulación de la información con el equipo de investigación.

Es importante señalar que en los estudios cualitativos es imposible definir *a priori* el número adecuado de participantes de la muestra para llegar a una comprensión suficiente de lo que aún se desconoce, y hace necesario que el tamaño de la muestra no tenga una relevancia desproporcionada y opaque elementos esenciales dentro del proceso investigativo (16). Dado lo anterior, en este estudio no se definió una muestra *a priori*, y la finalización del proceso de entrevistas ocurrió cuando se alcanzó la saturación de la información que garantizaron la riqueza explicativa y de relaciones teóricas entre estas.

Este estudio se realizó en el ámbito geográfico del departamento del Chocó (Colombia), y se realizaron entrevistas a 21 personas, quienes en su totalidad aceptaron participar en el estudio de forma voluntaria. Se consideraron como criterios de inclusión que los participantes fueran profesionales vinculados al sector de salud y que estuvieran involucrados en la implementación del mhGAP en el departamento del Chocó. Con estos parámetros definidos no se plantearon criterios de exclusión. El proceso se realizó en el marco del seguimiento a la implementación del mhGAP, programado durante el 2023. La citación estuvo a cargo de la referente territorial de salud mental, quien involucró a los actores más relevantes a nivel clínico y administrativo para la implementación del proceso. Algunos referentes municipales de salud mental no pudieron asistir debido a las restricciones de movilidad impuestas en el territorio de forma autoritaria por grupos al margen de la ley.

Del total de 21 participantes, 15 pertenecían al área asistencial (cinco de medicina, siete de enfermería y tres de psicología) y los seis restantes trabajaban en el área administrativa de las secretarías de salud de algunos municipios de la jurisdicción del departamento; se debe recordar que el sector de salud es el que ha asumido la responsabilidad por la implementación del Programa mhGAP en los servicios de atención primaria. En cuanto al sexo, 38,09% de las personas participantes se identificaron como hombres. La totalidad del personal administrativo eran mujeres. La media de edad fue de 38,5 años para la muestra total.

Sólo tres personas trabajaban en prestadores privados, los demás profesionales clínicos participaron por parte de las empresas sociales del Estado. De igual forma, se consideró la perspectiva de la autoridad nacional, por lo que también se entrevistó a dos profesionales del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), encargados de brindar acompañamiento al proceso de implementación territorial del Programa mhGAP. Esto sirvió para la triangulación de los datos de los seis referentes del territorio.

## Recopilación de datos

Los datos se recopilaron a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a través de un cuestionario con preguntas

abiertas para explorar las experiencias con el proceso. Se utilizaron preguntas de sondeo como “¿Podría explicar más sobre esto?” o “¿Qué quiere decir con eso?” para comprender las narrativas de los participantes.

Las entrevistas se realizaron forma presencial por un investigador con formación en áreas de la salud y con experiencia en recopilación de datos cualitativos. Se realizaron pruebas piloto para verificar si los participantes comprendieron de manera cabal el guion propuesto y el de preguntas. No hubo necesidad de modificar el guion temático, toda vez que las preguntas fueron claras y precisas, por lo que los participantes pudieron describir las barreras. Los datos se recopilaron entre abril y noviembre del 2023. De igual forma, se realizó un grupo focal con los referentes de salud, donde participaron tres investigadores, lo que permitió la triangulación de los datos. En este último punto, se grabaron las entrevistas para que, más tarde, el resto del equipo de investigación las procesaran y lograran una saturación de las categorías, pese al bajo número de participantes en el componente de personal administrativo.

## Análisis de los datos

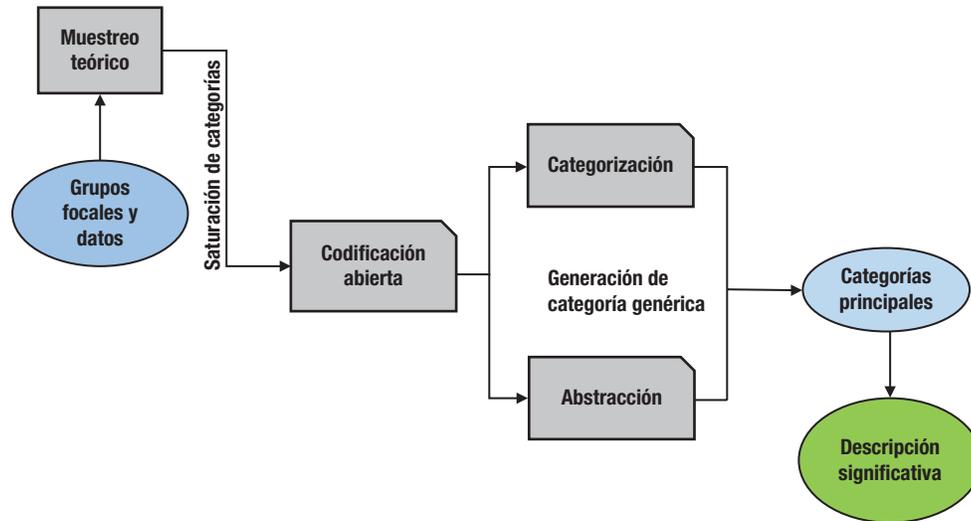
Los investigadores transcribieron la información de manera independiente. Las transcripciones se entregaron a los participantes para comparar los textos y verificar posibles discrepancias en los discursos transcritos, lo que contribuye a una mayor credibilidad y confiabilidad del estudio. Para el análisis de datos se utilizó el análisis de contenido con el enfoque descrito por Elo y Kyngas (17), que involucra tres fases principales. La primera fase es de preparación, organización y presentación de informes. Esta fase implica la familiarización con los datos mediante la lectura iterativa de ellos, lo cual fue realizado por los investigadores. En la segunda fase del análisis, los miembros del equipo de investigación realizaron la codificación abierta, la categorización y la abstracción. Esta fase comprende la interpretación por los investigadores sobre qué subcategorías pertenecen a la misma categoría genérica y, luego, generación de categorías principales que brindan una descripción significativa del fenómeno en cuestión.

La descripción gráfica del proceso metodológico realizado se describe en la figura 1. La credibilidad se estableció a través del diálogo entre los investigadores (18) con el apoyo de un experto cualitativo; de esta manera, se proporcionó un análisis complementario para arbitrar sobre cualquier variación en la interpretación y facilitar una mayor confirmación (19).

Este proceso resultó en la identificación de cuatro categorías temáticas diferentes, que representan la información analizada. Luego, se comunicaron los hallazgos en la fase de informe de datos. Para una mejor contextualización de los hallazgos, se presentan las citas de los participantes, identificados por una codificación con la letra “E”, referente a “entrevistado”, seguida de un número (p. ej., E1). La credibilidad se aseguró a través de transcripciones y análisis meticulosos de los datos, y mediante descripciones literales de las narrativas de los participantes que, como se mencionó, las recibieron para respaldar los hallazgos. Además, un investigador senior en métodos cualitativos realizó la evaluación de los códigos emergentes y las categorías finales para fortalecer la confiabilidad.

Este estudio cumplió con todos los requisitos para la investigación en salud en Colombia. Los participantes firmaron de manera voluntaria el consentimiento informado que autorizó el

FIGURA 1. Modelo propuesto análisis de contenido



Fuente: adaptado de Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107-15. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

uso de la información recopilada, después de conocer los objetivos del estudio. Se garantizó la privacidad y confidencialidad de la información a todos los participantes. A los datos que respaldan los hallazgos se aplican restricciones a su disponibilidad. Los datos se utilizaron bajo licencia para el estudio actual, por lo tanto, no están disponibles para el público.

## RESULTADOS

Este estudio ha permitido explorar en detalle la red discursiva de los actores del sector salud del departamento de Chocó (Colombia), de tal suerte que se identificaron los patrones narrativos de estos actores. Una mirada amplia de las barreras para la implementación del Programa mhGAP evidencia que están interconectadas entre ellas, y las diferentes barreras identificadas están relacionadas con la forma en que cada persona asume este proceso de acuerdo con el contexto particular en que desarrollan su actividad y con las expectativas que tienen con respecto al futuro de la salud pública del país.

El análisis de contenido de las diferentes barreras identificadas por los actores involucrados en la implementación del Programa mhGAP facilitó su organización en cuatro grandes categorías que proporcionan una mayor comprensión tanto de las barreras que afectan la implementación del Programa mhGAP, como de los elementos que facilitarían dicho proceso en un territorio tan particular como el departamento de Chocó. Estas categorías temáticas se toman como ordenadores en la presentación de los hallazgos de este estudio y constituyen los componentes esenciales del modelo teórico planteado para comprender este proceso (figura 2).

La primera categoría del modelo, “intersectorialidad”, evidencia que las dificultades de accesibilidad a los servicios de salud en el Chocó son tanto de carácter tangible como psicológico; entre ellas se destacan la conocida dispersión geográfica de los poblados que conforman el departamento de Chocó, la baja o limitada conectividad a internet que se presenta en la mayor parte del territorio, y las limitaciones de movilidad que el conflicto armado representan para la población general. Esto se evidencia en narrativas como las siguientes:

Es difícil reducir el estrés cuando hay dos opciones: el suicidio o meterse a un grupo armado. (E2).

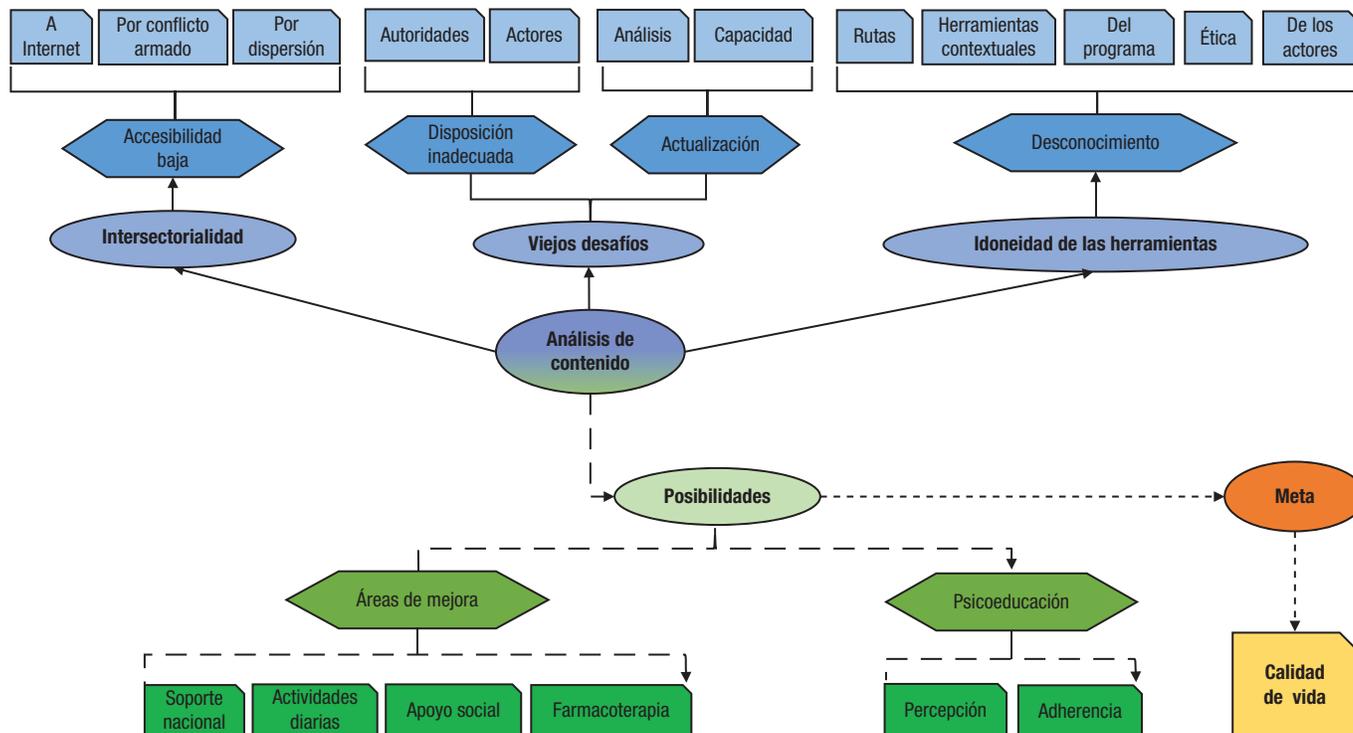
Ya estar mal se puede volver parte del paisaje, los invitamos a jugar al río, a mirar hacia el territorio y sus costumbres, pero a veces nos dicen cosas que nos dejan sin argumentos, como no puedo ir a caminar porque le tengo miedo a una mina queiebrapatas, o no voy al río porque por ahí bajan muertos. (E6).

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 mejor, mujeres, porque la vida de la mujer la respetan más. (E7).

La categoría “intersectorialidad” reúne las barreras relacionadas con las limitaciones de acceso asociadas al accionar de actores diferentes al sector salud, como son los de justicia, telecomunicaciones y transporte, cuyo quehacer afecta de manera directa el bienestar de las personas y, en particular, la posibilidad de prestar servicios accesibles en salud. Esta categoría destaca el papel de la realidad del contexto y la importancia de gestionar acciones tendientes a mejorar las condiciones psicosociales y de infraestructura en el territorio, de tal suerte que sirvan como facilitadores en lugar de representar barreras para el cuidado de la salud.

La segunda categoría, denominada “viejos desafíos”, agrupa barreras conocidas ampliamente, relacionadas con la capacidad del sistema y la disposición de sus actores. Se trata entonces de un grupo particular de barreras que representan obstáculos persistentes y difíciles de sortear cuando se implementan cambios, tanto en el sector salud como en otros sectores. Entre estas barreras se encuentran la disposición inadecuada de autoridades y actores del sistema, lo cual dificulta la cooperación interinstitucional y limita la capacidad de brindar acompañamiento sostenido a los procesos, y las acciones de actualización profesional centradas en la transmisión de información, que están muy lejos de resolver la necesidad real y sentida del personal asistencial de fortalecer sus competencias para brindar una atención eficiente. Las experiencias particulares de los actores involucrados evidencian con claridad cómo se comporta este grupo de barreras:

FIGURA 2. Modelo teórico de las barreras de implementación del mhGAP en Chocó, Colombia



Fuente: elaboración propia con base en la sistematización de los datos y el análisis de contenido.

Hay una débil cooperación interinstitucional en el abordaje de los temas de salud mental. (E5).

Pocos recursos humanos entrenados en intervenciones psicológicas breves, y poco respaldo de los especialistas. (E7).

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. (E9).

La categoría “viejos desafíos” revela una resistencia al cambio arraigada y dinámicas estructurales que perpetúan prácticas independientemente de su pertinencia y efectividad. Las narrativas de los participantes ponen en evidencia que estas barreras limitan la capacidad de soporte que se requiere tanto para atender las necesidades de atención en salud como para fortalecer las habilidades de los profesionales que conforman los equipos de atención primaria en salud, los cuales demandan capacitación y acompañamiento para lograr la capacidad de resolución que les demanda su quehacer, en particular cuando se trata de la implementación del programa de mhGAP.

En tercer lugar, como un componente esencial del modelo teórico, se encuentra la categoría llamada “idoneidad de herramientas”, la cual agrupa una serie de tópicos clave cuyo desconocimiento fue resaltado por los participantes como una barrera significativa en la implementación del programa mhGAP en Chocó. Los aspectos sobre los cuales se desarrollaron las narrativas de los participantes son eminentemente prácticos y destacan, en particular, la importancia de procurar la adaptación e integración cultural de los diversos recursos que implica la aplicación del programa, así se evidencia en las intervenciones de los participantes:

... Algunas veces no se sabe cómo acudir a los servicios, a quien llamar, a quien buscar (E3).

... Hay varios cursos, pero no se aplican en el territorio, solo nos dan medicamentos (E1).

... Tenemos mucha población indígena y afro, y no los saben tratar, las ofertas culturales por parte de las entidades gubernamentales son pocas. (E9).

Las narrativas de los participantes señalan que esta categoría en particular sobrepasa las barreras referidas del mero conocimiento o el dominio técnico sobre el programa en sí mismo, las rutas de atención de diversos sectores, las herramientas disponibles en el territorio, los actores involucrados en la atención integral o los principios éticos esenciales de la atención en salud. Esta categoría, en su conjunto, evidencia la importancia crítica de la adaptación e integración cultural del programa, desde una comprensión amplia y contextualizada de su funcionamiento.

Por último, la categoría “posibilidades” reúne un conjunto de elementos que emergieron en el discurso de los participantes, como áreas clave cuyo abordaje y fortalecimiento permitiría hacer frente a las barreras para la implementación efectiva del programa mhGAP en Chocó. En esta categoría se identifican con claridad áreas críticas de trabajo, a nivel nacional con respecto al soporte que se brinda al territorio, y a nivel territorial referidas tanto a la atención integral de las personas con problemas o trastornos MNS, como a las acciones colectivas de reducción del estigma y prevención; tal como se plasma en intervenciones como las siguientes:

Acá los trastornos mentales son vistos como debilidad, falta de voluntad, locura y peligro. (E11).

Los profesionales de salud le tienen miedo a la gente con diagnósticos psiquiátricos. (E13)

Redes de apoyo insuficientes. (E14)

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. (E15)

Esta categoría resalta el importante papel de la educación para la salud, como una herramienta fundamental para el cuidado integral. Se considera que, desde esta perspectiva, el punto de partida y la meta es la calidad de vida, lo cual implica el fortalecimiento de habilidades para el desarrollo de acciones individuales y colectivas que redunden en mejores resultados para la población general, así como para las personas con afectaciones MNS. De igual forma, este abordaje procura la creación de oportunidades para el desarrollo de actitudes en favor de la salud y el bienestar que permitirían promover una visión comprensiva y respetuosa de la salud mental, de tal suerte que se propicie la búsqueda y el acceso a los servicios de salud, y la inclusión efectiva de las personas con padecimientos MNS.

## DISCUSIÓN

El presente estudio trae por primera vez a Colombia, y como innovación investigativa, datos cualitativos que, en un modelo teórico, agrupa las barreras y oportunidades. Desde las percepciones descritas por las partes interesadas, estas barreras y oportunidades pueden afectar la posibilidad de implementación del Programa mhGAP en el departamento del Chocó. Se espera que los hallazgos ayuden a los formuladores de políticas y a los implementadores a tomar decisiones contextuales para la disminución de brechas en el abordaje integral de la salud mental. No obstante, a pesar de la importancia que tiene la aplicación del Programa mhGAP y la utilidad de conocer las percepciones que tienen las partes interesadas al respecto (18), no se encontraron estudios relacionados con modelos teóricos que faciliten la implementación del mhGAP en Chocó para tener un efecto positivo en la calidad de vida de las personas en la Región y en el país.

Las políticas públicas en salud mental presentan múltiples desafíos para su implementación territorial, lo cual puede guardar relación con la integración y comprensión de determinantes sociales contextuales, las realidades y necesidades locales (20). En Colombia, lo anterior es relevante dado que, en el contexto del Chocó, las actitudes y creencias culturales estigmatizantes hacia los trastornos mentales son fuertes; esto le otorga un papel preponderante a la necesidad de adecuar la prestación de servicios al contexto cultural dado que, de no realizarse, podría existir afectación en la interacción con los pacientes y en las opciones terapéuticas. Lo anterior implica el abordaje de herramientas idóneas que aporten a la disminución del desconocimiento sobre políticas públicas, ruta de atención, plan de beneficios, programas y actores involucrados, entre otros factores.

El departamento de Chocó se considera un contexto complejo de implementación, dadas las barreras geográficas, la pobreza multidimensional, el conflicto armado, la migración, la ruralidad dispersa y la baja disponibilidad de servicios de

salud, específicamente de salud mental (5,7). En estos contextos, es fundamental el trabajo articulado e intersectorial, dada la relación estrecha entre el contexto comunitario y la salud mental (21). De igual forma, es importante tener en cuenta, en el abordaje, la falta de proveedores de servicios de salud en las zonas rurales y la necesidad de aprovechar la telesalud de tal manera que se amplíe el alcance clínico de los escasos especialistas en la zona, lo que permitiría, a su vez, ampliar la atención a zonas geográficas dispersas o de difícil acceso por el conflicto armado (22).

Esta flexibilidad operativa podría apalancarse con la formación en mhGAP de gestores de proveedores y participantes de implementación del programa, para que, desde su función de gestión, aborden los viejos desafíos de desarticulación entre las autoridades y los actores clave sectoriales e intersectoriales, aseguren innovaciones, lideren y apoyen equipos de implementación, aporten a la construcción de capacidad instalada, faciliten la comunicación entre profesionales no especializados y especializados, y fomenten la educación a la población y capacitación a profesionales de la salud, entre otros. Todo lo anterior podría mejorar resultados en los entornos primarios y fidelizar actores, así como aportar a la sostenibilidad de la conexión entre la práctica y las políticas (3,5,8,10,21).

Por lo tanto, se hace indispensable evaluar y analizar la formulación, el diseño y la aplicación de políticas de salud pública desde una perspectiva crítica que incluya un enfoque adaptado al contexto local. Un ejemplo de lo anterior son las barreras de acceso a sistemas y servicios de salud mental que se encuentran en contextos latinoamericanos (23). Uno de los principales problemas relacionados con la salud es la falta de acceso a servicios sociales como educación, salud, empleo y seguridad social. En este sentido, las condiciones socioeconómicas se identifican como una de las principales barreras para que las personas accedan a los servicios sociales. Varios estudios han demostrado el impacto de las desigualdades sociales y económicas en la aparición de enfermedades, la morbilidad y mortalidad, y la esperanza de vida, entre otros factores (23,12). Esto aumenta la complejidad en el estudio de la implementación de políticas de salud pública. Por ello, como lo señala el presente estudio, se ha propuesto un enfoque interseccional para la comprensión de estas políticas.

De acuerdo con lo anterior, otros estudios han señalado barreras similares en contextos sin conflicto armado, migraciones o pobreza (8,21,22), incluso en niños, niñas y adolescentes (10). En estos estudios se señalan que se requiere un mayor acercamiento del gobierno nacional, una mejor comunicación entre los diferentes sectores y una financiación constante del programa para garantizar una mayor sostenibilidad de este (3,8,10,21). Esto coincide con el presente estudio, donde las áreas de mejora hablan de la necesidad de un fortalecimiento en la gobernanza. Lo anterior sugiere que, aunque es necesario construir las estrategias en salud mental basado en el abordaje de los determinantes sociales (12,23,24), mhGAP tiene componentes de aplicación definidos que deben movilizarse en todos los territorios para facilitar su funcionamiento.

De igual forma, según estos resultados, el respeto a la cultura y el contexto podrían garantizar la sostenibilidad. El reconocimiento de las ideas, necesidades e inquietudes de los participantes, así como la integración de estrategias locales en la adaptación, capacitación e implementación de programas, con adaptación cultural y contextual, son esenciales para la

sostenibilidad del programa (25). Aunado a lo anterior, la utilización de protocolos participativos tiene mayores posibilidades de permitir la acogida de la implementación y son bien valoradas por las partes interesadas, en tanto han sido consultadas y divulgados los resultados obtenidos (12). También es claro que, en no pocas ocasiones, las personas participantes se sienten defraudados al analizar el diseño y aplicación de programas, así como detectar que su participación fue solo una formalidad y no tuvo en cuenta las especificidades y consideraciones por ellas aportadas (5).

Esto es evidente a nivel nacional, donde se ha encontrado una baja implementación de la mayoría de los servicios de salud mental en territorios con altas tasas de pobreza multidimensional y pocos procesos de fortalecimiento comunitario (7). Lo anterior coincide con los dominios planteados para una aplicación correcta del programa (25); entre estos facilitadores del sistema para la implementación, se encuentran la accesibilidad de la estrategia, la adaptabilidad y aceptabilidad, y la capacitación en la estrategia y supervisión.

Otros estudios han determinado barreras de implementación del mhGAP en Chocó de forma exploratoria (5). En este estudio se encontró que la dispersión geográfica, el conflicto armado, el desconocimiento de las rutas de atención, la poca adaptación de las estrategias a la cultura, el bajo compromiso intersectorial, la mala distribución de los recursos económicos para la salud, la falta de seguimiento y el escaso conocimiento de la estrategia podrían ser las barreras de implementación. Sin embargo, no se propone un modelo que permita abordarlas de forma progresiva y sistemática. Esto permite señalar responsables directos y fases para las soluciones planteadas, además de las alianzas necesarias para superar cada barrera.

Dentro de las posibilidades, se precisa la necesidad de abordar áreas de mejora entre las que se encuentra el soporte desde el nivel central. Es fundamental la toma de decisiones con la atención centrada en la cultura y basada en la evidencia. Las actividades estratégicas deben incluir actores gubernamentales, la comunidad, el ámbito académico y los líderes y lideresas sociales, entre otros, que permitan, en su interacción, llegar a acuerdos que se apliquen en la práctica. Otra de las posibilidades descritas fue la psicoeducación. En este aspecto es importante el entrenamiento a la familia y el cuidador principal, para autocuidado y búsqueda de ayuda cuando lo requiera, con integración del enfoque educativo con el preventivo y psicológico, para fortalecer capacidades (26).

Como limitaciones del presente estudio se reconoce el número bajo de participantes. Sin embargo, para atenuar esta limitación se destaca que el personal administrativo tiene funciones de referentes de salud mental para sus territorios, lo que implica el conocimiento de las estrategias y su implementación en el territorio. Esto hace que estos actores sean fundamentales en la metodología planteada en esta investigación. Otra limitación consiste en no contar con personas de la comunidad, considerando que el mhGAP tiene un componente comunitario que hace prioritario asumir a la comunidad general como constructora de las recomendaciones (27). También se hace necesario identificar barreras y facilitadores en aquellos referentes que no asistieron a las entrevistas por el conflicto armado.

## Conclusión

Por último, y teniendo en cuenta las dificultades y fragmentación del actual sistema de atención en salud mental en Colombia, para muchos inaccesible y aislado del resto de los servicios, y para satisfacer las crecientes necesidades de atención en salud mental, se sugiere tener en cuenta los aspectos fundamentales de la percepción que las partes interesadas tienen al respecto. Estas se visualizan en el modelo integrado descrito, cuyo desarrollo conllevará a la prestación de servicios en salud mental escalables, flexibles y sostenibles, y a la mejora de la calidad de vida de las personas.

Para aplicar el modelo teórico propuesto, es importante tener en cuenta su fin último, que es mejorar la calidad de vida de las personas. Esto hace necesario vincular los factores que influyen en la salud de las personas con aspectos que median el bienestar, teniendo en cuenta que el contexto en el Chocó enfrenta condiciones de vida deficientes y desafíos en el acceso a servicios, lo que exacerba consecuencias negativas en la salud mental.

**Contribución de los autores.** FAH concibió y diseñó y realizó el planteo metodológico, recopilación de datos, escritura y revisión; LPC y HVB participaron en la concepción y diseño del estudio, análisis de datos, escritura y revisión; y LMSV y BMM participaron en la concepción del estudio, escritura y revisión.

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

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos. Washington D.C.: OPS; 2023. Disponible en: [9789275327715\\_spa.pdf](https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.138) (paho.org)
2. Organización Panamericana de la Salud. Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327265>
3. 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;21(1):30-34. Doi: 10.1136/eb-2017-102750
4. Gómez-Restrepo C. La Encuesta Nacional de Salud Mental - ENSM 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(S1):1. Doi: 10.1016/j.rcp.2016.09.006
5. Agudelo-Hernández F, García Cano JF, Salazar Vieira LM, Vergara Palacios W, Padilla M, Moreno Mayorga B. Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: barreras y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e138. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.138>
6. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596206>
7. Agudelo-Hernández F, Rojas-Andrade R. Mental health services in Colombia: a national implementation study. *Int J Soc Determinants Health Health Serv*. 2023;53(4):424-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/27551938231156023>
8. Sapag JC, Álvarez Huenchulaf C, Campos A, Corona F, Pereira M, Vélez 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. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.32>
9. Langlois EV, Mancuso A, Elias V, Reveiz L. Embedding implementation research to enhance health policy and systems: a multi-country analysis from ten settings in Latin America and the Caribbean. *Health Res Policy Syst*. 2019;17(1):85. Doi: 10.1186/s12961-019-0484-4
  10. 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;59(1):192-204. Doi: 10.1007/s10597-022-00981-3
  11. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Bogotá: MSPS; 2023. Disponible en: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion>
  12. Presseau J, Kasperavicius D, Rodrigues IB, et al. Selecting implementation models, theories, and frameworks in which to integrate intersectional approaches. *BMC Med Res Methodol*. 2022;22(1):212. Doi:10.1186/s12874-022-01682-x
  13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health C*. 2007;19(6):349-57.
  14. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013;15:398-405.
  15. Morse JM. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qual Health Res*. 2015;25(9):1212-22. Doi: 10.1177/1049732315588501
  16. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, Burroughs H, Jinks C. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52(4):1893-1907. Doi: 10.1007/s11135-017-0574-8
  17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):107-15. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
  18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
  19. Grove SK, Gray JR. *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Madrid: Elsevier Health Sciences; 2019.
  20. Leiva-Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e158. Doi: 10.26633/RPSP.2021.158
  21. Faregh N, Lencucha R, Ventevogel P, Dubale BW, Kirmayer LJ. Considering culture, context, and community in mhGAP implementation and training: challenges and recommendations from the field. *Int J Ment Health Syst*. 2019;13:58. Doi: 10.1186/s13033-019-0312-9
  22. Rada I, Ortiz MS, Cábieses B. Calidad de vida relacionada con la salud en chilenos de comunas vulnerables. *Gac Sanit*. 2023;37:102328. Doi: 10.1016/j.gaceta.2023.102328
  23. Bond Edmond M, Aletraris L, Roman PM. Rural substance use treatment centers in the United States: an assessment of treatment quality by location. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2015;41(5):449-57. Doi: 10.3109/00952990.2015.1059842
  24. 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
  25. Rojas-Andrade R, Agudelo-Hernández F. Validation of an instrument to guide the implementation of strategies for mental health care in Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2024;48:e10. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.10>
  26. Jordans MJD, Luitel NP, Garman E, Kohrt BA, Rathod SD, Shrestha P, et al. Effectiveness of psychological treatments for depression and alcohol use disorder delivered by community-based counsellors: two pragmatic randomised controlled trials within primary healthcare in Nepal. *Br J Psychiatry*. 2019;215(2):485-493. Doi: 10.1192/bjp.2018.300
  27. van Ginneken N, Chin WY, Lim YC, Ussif A, Singh R, Shahmalak U, et al. Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;8(8):CD009149. Doi: 10.1002/14651858.CD009149.pub3

---

Manuscrito recibido el 30 de enero del 2024. Aceptado, tras revisión, para su publicación, el 19 de marzo del 2024.

---

## Mental Health Gap Action Programme: a theoretical model of barriers to implementation by health personnel in Chocó, Colombia

### ABSTRACT

**Objectives.** Mental, neurological, and substance use (MNS) disorders have a high prevalence in Colombia and there is a treatment gap. The World Health Organization (WHO) Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) has various components. The mhGAP 2.0 Intervention Guide, aimed at improving primary health care, is a guide for the assessment and management of MNS disorders based on clinical decision-making protocols. The objective of this study was to determine the barriers that may hinder the program implementation process.

**Methods.** A qualitative study with content analysis was conducted in three phases: i) study preparation, organization, and presentation; ii) open coding, categorization, and abstraction of contents; and iii) information analysis. The study included semi-structured interviews with 21 people involved in the provision of mental health services in Chocó (Colombia): five medical doctors, seven nurses, and three psychologists, as well as six professionals working in the administrative area of the department's health secretariats. The perceptions of these stakeholders were explored. Open-ended questions were asked to explore experiences with the process, as well as the barriers identified in practice.

**Results.** Four different thematic categories were identified: intersectoral action, long-standing challenges, opportunities, and suitability of tools.

**Conclusions.** A theoretical model of barriers to implementation of the mhGAP program was constructed, based on stakeholder perceptions. Controlling barriers is perceived as a possible way to contribute significantly to population health.

### Keywords

Models, theoretical; barriers to access of health services; mental health; primary health care; Colombia.

---

---

## Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental: modelo teórico das barreiras de implementação por profissionais de saúde de Chocó, Colômbia

### RESUMO

**Objetivo.** Os transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias psicoativas são muito prevalentes, e há uma lacuna na atenção a esses transtornos na Colômbia. O Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP, na sigla em inglês) da Organização Mundial da Saúde (OMS) consta de vários componentes. Um deles é o *Manual de Intervenções mhGAP 2.0*, elaborado para aprimorar a atenção primária à saúde. O documento contém orientações para avaliação e manejo de transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias psicoativas e foi elaborado com base em protocolos para a tomada de decisões clínicas. O objetivo do estudo foi determinar as barreiras que podem surgir no processo de implementação do programa.

**Métodos.** Estudo qualitativo com enfoque de análise de conteúdo desenvolvido em três fases: i) preparação, organização e apresentação do estudo; ii) codificação aberta, categorização e abstração do conteúdo; e iii) análise das informações. O estudo incluiu entrevistas semiestruturadas com 21 pessoas envolvidas na prestação de serviços de saúde mental em Chocó (Colômbia): cinco profissionais da medicina, sete de enfermagem e três de psicologia, bem como seis profissionais que trabalham na área administrativa das secretarias de saúde do departamento. As percepções das partes interessadas, ou seja, do pessoal assistencial e administrativo do setor de saúde no departamento de Chocó, foram exploradas. Foram feitas perguntas abertas a fim de investigar suas experiências com o processo de atenção e as barreiras identificadas na prática.

**Resultados.** Foram identificadas quatro categorias temáticas: intersetorialidade, desafios de longa data, possibilidades e adequação das ferramentas.

**Conclusões.** Elaborou-se um modelo teórico sobre as barreiras de implementação do Programa mhGAP com base nas percepções das partes interessadas. O controle das barreiras é visto como uma possível forma de contribuir significativamente para a saúde da população.

### Palavras-chave

Modelos teóricos; barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; saúde mental; atenção primária à saúde; Colômbia.

---