

BORRADORES DE ECONOMÍA



Pandemia del Covid-19 y salud
mental en Colombia: un análisis
de riesgos competitivos

Por:

Ana María Iregui-Bohórquez
María Teresa Ramírez-Giraldo
Ligia Alba Melo-Becerra
Héctor M. Zárate-Solano

Núm. 1300
2025



Pandemia del Covid-19 y salud mental en Colombia: un análisis de riesgos competitivos [♦]

Las opiniones contenidas en el presente documento son responsabilidad exclusiva de las autoras y no comprometen al Banco de la República ni a su Junta Directiva

Ana María Iregui-Bohórquez*

Ligia Alba Melo-Becerra*

María Teresa Ramírez-Giraldo*

Héctor M. Zárate-Solano[♥]

Resumen

Este estudio estima los riesgos de incidencia de trastornos de salud mental en supervivientes de la fase aguda de la pandemia de COVID-19 en Colombia. La pandemia provocó un deterioro significativo en la salud mental, con un aumento principalmente en trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión. Factores como el confinamiento, el cierre de colegios, el estrés económico y la incertidumbre contribuyeron a este incremento, afectando especialmente a jóvenes y adultos mayores. Las mujeres también se vieron afectadas debido al aumento en la carga de trabajo no remunerado y de cuidado, que recae principalmente sobre ellas. Utilizando datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del Ministerio de Salud para el periodo 2019-2022, se construyeron dos cohortes: la primera de tratamiento, conformada por pacientes que sobrevivieron los primeros 30 días tras la infección por COVID-19, y una cohorte de control con pacientes sin evidencia de infección por COVID-19 durante el 2020. Ambas cohortes fueron seguidas longitudinalmente para evaluar el riesgo de diagnóstico de trastornos de salud mental, considerando factores sociodemográficos como la edad y el sexo. El análisis revela que el riesgo de desarrollar estos trastornos —incluyendo ansiedad, depresión, estrés, trastornos por consumo de sustancias, deterioro cognitivo y trastornos del sueño— es significativamente mayor en personas con antecedentes de COVID-19. Además, se observaron diferencias importantes en la incidencia según los grupos de edad.

Clasificación JEL: I10, I12, C41, C93.

Palabras clave: COVID-19, salud mental, análisis de riesgos competitivos, diseño observacional, Colombia.

[♦] Agradecemos especialmente a Christian Posso por sus comentarios y sugerencias a una versión anterior del documento, así como a los asistentes al seminario interno de investigación del Banco de la República. Extendemos nuestro agradecimiento al psicólogo Camilo Castillo por sus aportes y comentarios a la parte clínica del documento, y a Julián Andrés Beltrán, Andrés Felipe Chitan, Juan Camilo Parada, Juan José Rojas, Sofia Sequera, Daniela Vlasak y David Felipe Zabala, y por su asistencia en el desarrollo de esta investigación.

Correos electrónicos: airegubo@banrep.gov.co (AM Iregui-Bohórquez) (ORCID: 0000-0001-7527-8953), lmelobec@banrep.gov.co (LA Melo-Becerra; autor correspondiente) (ORCID: 0000-0003-0895-9753), mramirgi@banrep.gov.co (MT Ramírez-Giraldo). (ORCID: 0000-0002-6097-1605), y hzaratso@banrep.gov.co (H Zárate-Solano) (ORCID: 0000-0003-1568-5789).

* Unidad de Investigaciones, Banco de la República, Bogotá, Colombia.

* Unidad de Investigaciones, Banco de la República, Bogotá, Colombia.

* Unidad de Investigaciones, Banco de la República, Bogotá, Colombia.

[♥] Unidad de Econometría, Banco de la República, Bogotá, Colombia.

Covid-19 pandemic and mental health in Colombia: a competitive risk analysis[♦]

The opinions contained in this document are the sole responsibility of the authors and do not commit Banco de la República nor its Board of Directors

Ana María Iregui-Bohórquez*

Ligia Alba Melo-Becerra*

María Teresa Ramírez-Giraldo*

Héctor M. Zárate-Solano[♥]

Abstract

This study estimates the incidence risks of mental health disorders among survivors of the acute phase of the COVID-19 pandemic in Colombia. The pandemic led to a significant deterioration in mental health, with a notable increase in anxiety and depression disorders. Factors such as confinement, school closures, economic stress, and uncertainty contributed to this increase, particularly affecting young people and older adults. Women were also particularly impacted due to the increased burden of unpaid work and caregiving, which primarily falls on them. Using data from the Individual Service Provision Records (RIPS) of the Ministry of Health for the period 2019–2022, two cohorts were constructed: the first, a treatment cohort consisting of patients who survived the first 30 days following COVID-19 infection, and a control cohort consisting of patients with no evidence of COVID-19 infection during 2020. Both cohorts were followed longitudinally to assess the risk of being diagnosed with mental health disorders, considering sociodemographic factors such as age and sex. The analysis reveals that the risk of developing these disorders—including anxiety, depression, stress, substance use disorders, cognitive decline, and sleep disorders—is significantly higher in individuals with a history of COVID-19. Additionally, important differences in incidence were observed across age groups.

JEL Classification: I10, I12, C41, C93,

Keywords: COVID-19, mental health, competing risks, observational design, Colombia

[♦] We would like to thank Christian Posso for his comments and suggestions on an earlier version of this document, as well as to the participants of the internal research seminar at the Banco de la República. We also extend our thanks to psychologist Camilo Castillo for his insights and comments on the clinical aspects of the paper, and to Julián Andrés Beltrán, Andrés Felipe Chitan, Juan Camilo Parada, Juan José Rojas, Sofía Sequera, Daniela Vlasak and David Felipe Zabala for their assistance in the development of this research.

E-mail addresses: airegubo@banrep.gov.co (AM Iregui-Bohórquez) (ORCID: 0000-0001-7527-8953), lmelobec@banrep.gov.co (LA Melo-Becerra; corresponding author) (ORCID: 0000-0003-0895-9753), mramirgi@banrep.gov.co (MT Ramírez-Giraldo). (ORCID: 0000-0002-6097-1605), and hzaratso@banrep.gov.co (H Zárate-Solano) (ORCID: 0000-0003-1568-5789).

* Unidad de Investigaciones, Banco de la República, Bogotá, Colombia.

* Unidad de Investigaciones, Banco de la República, Bogotá, Colombia.

* Unidad de Investigaciones, Banco de la República, Bogotá, Colombia.

[♥] Unidad de Econometría, Banco de la República, Bogotá, Colombia.

I. Introducción

Este documento estima los riesgos de incidencia de los trastornos de salud mental en supervivientes de la fase aguda de la pandemia del COVID-19 en Colombia. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un trastorno mental es aquel caracterizado por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo (World Health Organization, 2022a). La salud mental es un derecho humano básico y es esencial para el bienestar general de la población, en la medida en que permite relacionarse mejor, funcionar adecuadamente, enfrentar desafíos y prosperar. Por el contrario, una mala salud mental obstaculiza el progreso al disminuir la productividad, perpetuar la pobreza y la desigualdad, con consecuencias económicas de magnitud considerable (World Health Organization, 2022b).

El impacto de los trastornos mentales ha aumentado en todo el mundo debido al incremento de la esperanza de vida, donde cada vez más individuos alcanzan edades en las que las enfermedades mentales son más prevalentes e incapacitantes. También, la violencia, en todas sus formas, exacerba la prevalencia y la carga de los trastornos mentales. Por último, las recesiones económicas, las guerras y conflictos, los desplazamientos forzados, los desastres naturales y las emergencias de salud pública, como la pandemia del COVID-19, incrementan principalmente los trastornos depresivos y de ansiedad en la población (Guzmán-Ruiz, 2023)¹.

De acuerdo con la OMS (World Health Organization, 2022b) los trastornos mentales y de comportamiento (TMC) cuentan con financiación insuficiente y poca disponibilidad de personal especializado para atender la demanda creciente. Es así como los países dedican menos del 2% de sus presupuestos de atención médica a la salud mental. En los países de ingresos medios, gran parte del gasto en salud mental todavía se destina a hospitales psiquiátricos. Además, cerca de la mitad de la población mundial vive en países donde hay un solo psiquiatra para atender a 200.000 o más personas y en los países de bajos ingresos, la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos esenciales asequibles es limitada.

Los TMC tienen costos directos e indirectos. Dentro de los primeros se encuentran los costos asociados al tratamiento, mientras que los segundos conllevan una menor productividad laboral y mayores tasas de desempleo, entre otros. Según la OMS (World Health Organization, 2022b), en 2010 los TMC le costaron

¹ Los trastornos podrían estar sub-reportados, debido a que existen varios factores que impiden que las personas busquen ayuda, como la mala calidad de los servicios, los bajos niveles de alfabetización sanitaria en salud mental, el estigma que tienen estas enfermedades y la discriminación (World Health Organization, 2022b).

a la economía mundial cerca de 2,5 billones de dólares (teniendo en cuenta una pérdida de productividad por 1,7 billones de dólares, así como los costos directos de la asistencia médica por 0,8 billones de dólares) y se prevé que el costo total se incremente a 6 billones de dólares en 2030. En particular, para los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) los costos económicos de los TMC equivalen a más del 4,2% del PIB; un tercio de los costos corresponden a pérdida de productividad y menores tasas de empleo (OECD, 2021). En el Reino Unido, McDaid y Park (2022) encontraron que los costos asociados a los problemas de salud mental representan aproximadamente el 5% del PIB. De este porcentaje, el 72% corresponde a la pérdida de productividad de las personas con problemas de salud mental y a los costos en los que incurren los cuidadores informales no remunerados. Por su parte, en Dinamarca los TMC ocasionan una pérdida anual de ingresos de 5.000 millones de euros y además un exceso de costos de salud de 1.000 millones de euros para personas con cualquier trastorno mental, en comparación con aquellas que no padecen estos trastornos (Christensen et al., 2022)².

En los Estados Unidos, Abramson, Boerma, y Tsyvinski (2024) estiman que los costos sociales asociados a las enfermedades mentales equivalen a 1,7% del consumo anual del país. Guzmán-Ruiz (2023) calcula que los países de América Latina y el Caribe pierden más de 30 mil millones de dólares anualmente debido a los trastornos mentales entre los jóvenes, especialmente por depresión y ansiedad. Por último, en las Filipinas se encontró que, en 2019, seis condiciones de salud mental (psicosis, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, dependencia del alcohol y epilepsia) generaron pérdidas para la economía de 1.310 millones de dólares, por capacidad productiva perdida, por muerte prematura, discapacidad y reducción de la productividad en el trabajo. Además, se estimó que la carga económica total de estas condiciones de salud mental fue de 1.370 millones de dólares, equivalentes al 0,41% del PIB en 2018 (World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2021).

El COVID-19 se convirtió en un factor desencadenante del deterioro de la salud mental en el mundo y todavía se desconoce la magnitud de sus secuelas en el largo plazo sobre los TMC, la economía y la sociedad. Se estima un aumento superior al 25% de los trastornos de ansiedad y depresión durante el primer año de la pandemia. Además, esta fomentó el incremento del consumo de alcohol, drogas ilegales, y tabaco, entre otros. Se han identificado factores puntuales que contribuyeron al aumento de estos casos. Por ejemplo, el estrés ocasionado por las medidas de salud pública y el distanciamiento social, dentro de las cuales se encuentra el confinamiento, la angustia generada por el efecto del coronavirus sobre la salud, el estrés económico y financiero y el pánico causado por la incertidumbre, así como el cambio de prioridades

² Las cifras en euros corresponden a euros de 2017.

de los gobiernos en su intento de controlar los brotes de COVID-19. Estos factores afectaron principalmente a los jóvenes, por el cierre de jardines, colegios y universidades, y a las mujeres, por sus responsabilidades de cuidado en el hogar y su desventaja económica (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021; World Health Organization, 2022b).

En Colombia, hasta el 28 de abril de 2024 se reportaron 6.4 millones de casos confirmados de COVID-19 (12.549 por cada 100.000 habitantes), de los cuales 143.000 fallecieron (281 por cada 100.000 habitantes), lo que trajo consigo problemas de salud mental en la población. De acuerdo con el DANE (2021), los resultados de la Encuesta de Pulso Social (EPS) aplicada en 23 ciudades entre julio de 2020 y junio de 2021, indican que en promedio el 40,1% de las personas reporta tener un sentimiento de “preocupación o nerviosismo”, y el 18,4% reporta “cansancio”. Además, las mujeres jefas de hogar presentan un mayor porcentaje de estos sentimientos (42,7%) que los hombres (37,4%). La encuesta de junio de 2021 revela que la población de 10 a 24 años es la que más se vio afectada durante la pandemia por sentimientos de “preocupación o nerviosismo” (41,2%). De otra parte, la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) de junio de 2021, muestra que la pandemia también causó en las mujeres un mayor sentimiento de soledad, estrés, preocupación o depresión (28,5%) que en los hombres (23,2%) (DANE, 2021).

Teniendo en cuenta lo anterior, en este artículo se estiman los riesgos de incidencia de los TMC en personas que sobrevivieron a la pandemia del COVID-19 en Colombia. Para esto, se evalúa el riesgo de ser diagnosticado con un TMC en pacientes que superaron la fase aguda del COVID-19. Estos trastornos pueden aparecer después de un tiempo y se relacionan con efectos a mediano y largo plazo. Utilizando información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de Ministerio de Salud para el período 2019-2022, se construye un grupo de tratamiento con la cohorte de pacientes que sobrevivieron los primeros 30 días a la infección por COVID-19. Además, se construye una cohorte del grupo de control contemporáneo con pacientes que no mostraron evidencia de COVID-19 durante el año 2020. Estas cohortes son seguidas longitudinalmente para estimar el riesgo de padecer un TMC, considerando factores sociodemográficos como la edad y el sexo. La metodología se basa en un análisis causal comparativo de los riesgos de incidencia de los TMC del grupo de tratamiento comparado con el grupo de control a través del análisis de la razón de las funciones Hazard y de las funciones de incidencia acumuladas, de los modelos de riesgos competitivos.

Los resultados indican que los riesgos de trastornos de salud mental incidentes son sustanciales en las personas con COVID-19 y abarcan varias categorías de trastornos, como ansiedad, depresión, estrés y trastornos de adaptación, trastornos por consumo de opioides y otras sustancias, deterioro cognitivo y

trastornos del sueño. Se observan diferencias importantes en la incidencia de los TMC por grupos de edad y sexo.

Este documento se compone de seis secciones, además de esta introducción. En la segunda sección, se presenta una revisión de la literatura que analiza la relación entre el COVID-19 y los TMC. La tercera sección ofrece comparaciones internacionales sobre el comportamiento de la pandemia de COVID-19 y los TMC. En la cuarta sección, se describen los datos utilizados en el análisis y se examina su comportamiento. La quinta sección introduce la estrategia empírica empleada, mientras que en la sexta se discuten los resultados. Finalmente, la séptima sección presenta las conclusiones.

II. Revisión de literatura

La literatura sobre la pandemia del COVID-19 y el desarrollo de los TMC es amplia y coincide en afirmar que se presentó un deterioro generalizado en la salud mental a nivel mundial debido al confinamiento y a los efectos de largo plazo del COVID-19. En efecto, como se mencionó, durante el primer año de la pandemia se registró un aumento del 25% en la ansiedad y la depresión alrededor del mundo. Este aumento se atribuye, entre otras razones, al estrés causado por el aislamiento social, las restricciones laborales, el temor a la infección, y las preocupaciones financieras (World Health Organization, 2022b). La OMS señala que la pandemia afectó en forma importante la salud mental de los jóvenes, aumentando su riesgo de comportamientos suicidas y autolesivos. Asimismo, las mujeres y los pacientes con condiciones de salud física preexistentes fueron más propensos a desarrollar síntomas de trastornos mentales. Además, se destaca que si bien los pacientes con trastornos mentales preexistentes no fueron particularmente vulnerables al COVID-19, tuvieron una mayor probabilidad de ser hospitalizados, de ser pacientes de alto riesgo y de fallecer en caso de contraer la enfermedad.

Investigaciones realizadas para algunos países respaldan la información de la OMS. Por ejemplo, Daly et al. (2022) identifican, a través de un estudio longitudinal en el Reino Unido, un incremento en la prevalencia de TMC entre 2017 y 2020, pasando de 24,7% a 37,4%. Además, encuentran evidencia de una mayor prevalencia en personas de 18 a 34 años (con un aumento del 31,5% al 50,8%), en las mujeres (aumentó de 27,1% a 41,7%), en personas con educación universitaria (de 23,1% al 39,3%) y en personas en el quintil más alto de ingreso (de 20,9% al 36,9%).

Robinson et al. (2022), realizaron un metaanálisis para 65 estudios que comparan la salud mental antes y durante la pandemia, en su mayoría con datos de adultos de países de Norte América y Europa, encuentran

un aumento sostenido en la aparición de nuevos casos de TMC con la declaración de la pandemia por parte de la OMS. La evidencia encontrada sugiere que, aunque los síntomas de TMC se agudizan durante los dos primeros meses de la pandemia (marzo – abril), también disminuyen rápidamente en los meses siguientes (mayo – julio). De esta forma, los resultados sugieren un efecto de corto plazo en los diagnósticos de salud mental, atribuido a la incertidumbre económica y al miedo a la infección y muerte por COVID-19. No obstante, el estudio revela que los síntomas de depresión y trastornos del estado de ánimo siguen siendo significativamente altos en mayo-julio, especialmente en los grupos de población con condiciones físicas de salud.

Para el caso de jóvenes y adolescentes, Kauhanen, Wan Mohd Yunus, Lempinen *et al.* (2023) realizan una revisión sistemática de 21 estudios longitudinales, los cuales evalúan si la salud mental de niños y jóvenes cambió durante la pandemia del COVID-19. Estos estudios evalúan la salud mental de 96.000 niños y jóvenes entre 3 y 24 años en 11 países. La mayoría de los estudios reportaron un deterioro en la salud mental de los adolescentes y los jóvenes, con un aumento de la depresión, la ansiedad y el estrés psicológico después del inicio de la pandemia. Los autores llaman la atención sobre la importancia de estudiar el impacto de largo plazo en el efecto negativo de la salud mental de los jóvenes y buscar alternativas a las cuarentenas y cierres de colegios en futuras pandemias.

En Colombia, la situación es similar al contexto internacional. Como se mencionó, entre julio de 2020 y junio de 2021, la Encuesta Pulso Social del DANE encontró que el 40,1% de las personas encuestadas reportaron sentimientos de preocupación y nerviosismo. En particular, las mujeres jefas de hogar son las que presentan un mayor porcentaje (42,7%) en el reporte de estos sentimientos en comparación con los hombres (37,4%). De otro lado, en marzo de 2021, el porcentaje de mujeres que reportaron haberse sentido sobrecargadas con las tareas domésticas y de cuidado como consecuencia de la pandemia alcanzó el 37% mientras que el de hombres fue de 16,7%. Por rango de edad, la población entre 10 y 24 años fue la más afectada por sentimientos de preocupación y nerviosismo durante este período. De acuerdo con el DANE (2021), la población desempleada fue la que más experimentó sentimientos de soledad, estrés, preocupación y depresión, en comparación con la población ocupada e inactiva, como resultado del Covid-19. En cuanto a la búsqueda de ayuda profesional (psicólogo o terapeuta), en junio de 2021, el 0,9% de los encuestados informó haber recurrido a este tipo de apoyo, siendo el porcentaje ligeramente mayor en las mujeres (1,0%) que en los hombres (0,7%).

Sanabria-Mazo et al. (2021) investigaron cómo la pandemia de COVID-19 afectó la salud mental de los colombianos, aplicando un modelo de determinantes sociales de la salud. El estudio se realizó mediante

formularios anónimos en línea en dos fases: la primera, del 20 de mayo al 20 de junio de 2020, durante un período de relajación parcial de las restricciones de movilidad, y la segunda, del 4 de agosto al 4 de septiembre de 2020. Los hallazgos indicaron que las mujeres mostraron una prevalencia mayor en estos trastornos en comparación con los hombres. Altas prevalencias también se observaron en personas con bajos ingresos, sin educación, residentes en áreas urbanas y en las regiones de Amazonía y Orinoquía, así como en adultos jóvenes, estudiantes y trabajadores no remunerados. Finalmente, las minorías étnicas también presentaron altas prevalencias.

Con respecto al impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los jóvenes, Gómez-Restrepo et al. (2023) evalúan el efecto de la pandemia en tres municipios del departamento del Tolima (Colombia), previamente considerados como zonas de conflicto armado. Los resultados indican que dos tercios de los estudiantes encuestados reportaron haber experimentado al menos un TMC como ansiedad, depresión o síndrome de estrés postraumático. De igual manera, Moya et al. (2021) analizan los efectos de la pandemia en la salud mental y estrés parental entre los cuidadores en poblaciones vulnerables afectadas por el conflicto armado en Tumaco (Colombia). Los autores encuentran que, aun teniendo en cuenta la vulnerabilidad y las condiciones de salud mental preexistentes de esta población, la salud mental materna empeoró significativamente durante las primeras etapas de la pandemia.

Por su parte, Aksunger, Vernot, Littman, Voors, Meriggi, Abajobir et al. (2023) evalúan la relación entre la pandemia del COVID-19 y la salud mental en 8 países de ingresos medios y bajos, incluyendo Colombia. Los autores encuentran que los síntomas de depresión aumentaron significativamente en los 4 meses posteriores al inicio de la pandemia y que, en las zonas rurales de Bangladesh y Colombia, la salud mental materna empeoró durante la pandemia.

Por último, en cuanto a la regulación colombiana reciente sobre salud mental, se destacan la Ley 1616 de 2013, también conocida como la “ley de salud mental” y el CONPES 3992 de 2020. En particular, la Ley plantea por primera vez el marco legal y la necesidad de mejorar el tratamiento, así como los esquemas de prevención relacionados a los trastornos mentales y de comportamiento. Posteriormente, en el año 2020, poco antes de la declaración de la emergencia sanitaria en Colombia, fue aprobado el documento CONPES 3992, el cual buscaba apoyar a la ley 1616 de 2013 con las garantías hacia la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales a partir de esquemas de coordinación intersectorial, fortalecimiento de los entornos sociales y una mejora en la atención a la salud mental. Además, el Plan Nacional de Desarrollo

para el periodo 2022 – 2026 señala el compromiso por parte del gobierno colombiano en cuanto a la promoción, prevención y atención integral de la salud mental³.

III. Contexto internacional

En el Cuadro 1 se presentan el número de casos reportados y las muertes acumuladas por COVID-19 para una muestra de 50 países hasta finales de abril de 2024. Como se observa, Colombia presenta uno de los menores números de casos confirmados por 100.000 habitantes dentro de la muestra, superada por Bolivia, Paraguay, Ecuador y México en América del Sur. No obstante, las muertes por 100.000 habitantes en Colombia se ubican por encima del promedio de la muestra (244 fallecimientos) y solo es inferior a las registradas por Argentina, Chile, Brasil, Estados Unidos y Perú en el continente americano. Se destaca el caso de Perú con 670 fallecidos por 100.000 habitantes, el mayor de la muestra.

Cuadro 1
COVID-19: Número de casos y fallecimientos acumulados reportados a la OMS
(por 100.000 habitantes)

País	Casos confirmados	Fallecimientos	País	Casos confirmados	Fallecimientos
Alemania	46.218	210	Islandia	57.651	51
Argentina	22.417	290	Israel	55.936	147
Australia	46.437	101	Italia	44.801	330
Austria	68.333	253	Japón	26.727	59
Bélgica	42.191	298	Letonia	51.251	391
Bolivia	10.384	192	Lituania	48.896	351
Brasil	17.652	330	Luxemburgo	62.500	160
Canadá	12.692	144	México	5.980	260
Chile	28.247	328	Mongolia	30.853	65
Colombia	12.549	281	Namibia	6.785	162
Corea	67.432	70	Noruega	28.085	107
Costa Rica	24.158	184	Nueva Zelanda	53.609	82
Dinamarca	58.993	166	Países Bajos	49.611	132
Ecuador	6.099	204	Panamá	24.204	202
Eslovaquia	34.404	389	Paraguay	10.316	279
Eslovenia	64.693	480	Perú	13.726	670
España	29.536	257	Polonia	17.552	318
Estados Unidos	31.250	358	Portugal	54.812	273
Finlandia	27.143	208	Reino Unido	36.709	342
Francia	59.960	258	Sudáfrica	6.867	173
Grecia	52.554	364	Suecia	26.644	264
Hungría	22.830	502	Suiza	51.459	164
Irlanda	34.965	193	Uruguay	29.878	220

Fuente: OMS (<https://data.who.int/dashboards/COVID19/cases?n=c>). Acumulado al 28 de abril de 2024.

³ Véase Anexo 1 para más detalles sobre la evolución de la normatividad en Colombia sobre salud mental.

En cuanto a los trastornos mentales, un estudio de la OECD (2023) encontró que durante la pandemia del COVID-19 se incrementó la prevalencia de depresión y ansiedad, especialmente durante los períodos de altas tasas de infección y mortalidad y/o durante los períodos de confinamiento. Por ejemplo, Grecia, Estados Unidos, Corea, Austria y México presentaron una prevalencia superior al 20%, en 2020. Además, los mayores incrementos en la depresión se registraron en Grecia (20pp), Estados Unidos (20pp), Corea (16pp), Austria (15pp), España (14pp), Italia (13pp) y México (10pp). Respecto al trastorno de ansiedad, México es el país que presentó la mayor prevalencia en 2020 (50%), seguido de los Estados Unidos (33%), Reino Unido (24%) y Bélgica (20%). Los datos de 2022 muestran algunas reducciones en la prevalencia de depresión y ansiedad en comparación con el 2020, aunque siguen siendo más altas que durante la prepandemia. De otra parte, antes de la pandemia las muertes por suicidio presentaban una tendencia decreciente, la cual disminuyó, en promedio, 28,4% entre 2000 y 2019 en los países miembros de esta organización. Con la pandemia, en el Cuadro 2, se observa que entre 2019 y 2020 las muertes por suicidio se incrementaron en Islandia, México, Estonia, España, Japón, Letonia, República Checa y Alemania.

De acuerdo con un estudio de Sapiens Lab (2023), que compara la salud mental entre generaciones jóvenes (18-24 años) y generaciones mayores (55-64 años) en 64 países en 2022, el bienestar mental de los jóvenes es considerablemente más bajo que el de los mayores en todos los países, especialmente en América Latina, y no observan mejoras respecto a los niveles prepandémicos. Como se observa en el Cuadro 3, Perú encabeza la lista con más del 46% de jóvenes de 18 a 24 años que experimentan angustia o problemas de salud mental, en comparación con la población mayor entre 55 y 64 años. Le siguen en la región, con más del 40%, Bolivia (42,8%), El Salvador (41,9%), Colombia (41,6%), Guatemala (40,7%), México (40,6%) y Ecuador (40,2%).

Cuadro 2
Salud mental en los países de la OECD: Suicidio, depresión y ansiedad

País	Suicidio (Muertes por 100 000 habitantes)			Depresión (% de la población)			Ansiedad (% de la población)		
	2000	2019	2020	2019	2020	2022	2019	2020	2022
Alemania	13,2	9,6	9,7	10,9	10,7	16,9	4,8	6,3	
Australia	12,7	13,5	12,4						
Austria	20,1	11,4	10,8	5,6	21,0	28,0		19,0	16,0
Bélgica	20,9	15,2		9,5	17,8	15,3	11,2	20,0	17,7
Canadá	11,6	10,5		6,7	15,0	23,0		13,0	14,0
Chile	11,3	10,1	8,4						
Colombia	6,8	5,9	5,6						
Corea	17,5	25,4	24,1	3,2	19,6	17,7		29,5	
Costa Rica	7,5	7,8	7,0						
Dinamarca	13,9	9,9	9,6						
Eslovaquia	14,6	6,6							
Eslovenia	30,4	17,2	15,7						
España	8,3	7,1	7,5	4,8	18,7			21,6	
Estados Unidos	11,0	14,7	14,1	6,5	26,3	22,9	8,1	32,8	28,8
Estonia	27,5	14,1	15,2						
Finlandia	22,4	13,4	12,9						
Francia	18,8	12,3		10,8	15,6	16,7	13,5	18,5	24,4
Grecia	3,5	4,6	3,9	2,6	22,8				
Hungría	34,1	14,8							
Irlanda	12,3	9,4							
Islandia	18,1	11,2	12,7						
Israel	7,5	5,7	5,7						
Italia	6,9	5,8		4,2	17,3			20,8	
Japón	23,0	14,6	15,4	7,9	17,3			10,9	
Letonia	33,8	14,4	14,9						
Lituania	49,3	22,2	20,3						
Luxemburgo	15,0	10,9	9,4						
México	4,4	5,7	6,3	13,6	23,3	16,7	15,0	50,0	
Noruega	12,4	11,8							
Nueva Zelanda	12,3	12,1					6,1	15,6	
Países Bajos	9,6	10,0	10,0						
Polonia	15,8	11,6	11,5						
Portugal	5,2	8,4							
Reino Unido	7,1	8,6	8,4	9,7	19,2	16,0	20,8	24,3	23,2
República Checa	16,5	10,7	10,9	4,0	11,8		7,8	12,8	
Suecia	12,7	12,4							
Suiza	19,2	11,1	10,6						

Fuente: OECD (2023) Cuadros 3.19, 3.20 y 3.21, p. 81.

Cuadro 3

Diferencia en problemas de salud mental entre los más jóvenes (18-24 años) y las generaciones mayores (55-64 años) por país (%) en 2022

País	Diferencia (%)	País	Diferencia (%)
Perú	46,2	Trinidad y Tobago	29,8
India	43,1	Iraq	29,7
Bolivia	42,8	Portugal	29,3
El Salvador	41,9	República Dominicana	29,0
Colombia	41,6	Filipinas	28,9
Guatemala	40,7	Nigeria	28,4
México	40,6	Malasia	28,0
Ecuador	40,2	Jordania	26,8
Brasil	39,0	Canadá	26,7
Honduras	38,0	Angola	26,2
Chile	37,6	Alemania	26,0
Costa Rica	35,6	Argelia	25,6
Francia	35,6	Túnez	24,6
Argentina	34,9	Mozambique	24,5
Pakistán	34,5	Bélgica	24,2
Arabia Saudita	34,2	Zimbabue	23,4
Singapur	34,0	Costa de Marfil	22,3
Panamá	33,5	Sri Lanka	22,1
España	33,2	Yemen	21,3
Sur África	33,1	Estados Unidos	21,2
Venezuela	33,0	Marruecos	20,9
Paraguay	33,0	Australia	20,0
Nicaragua	32,7	Kenia	19,7
Irlanda	32,2	Reino Unido	19,2
Emiratos Árabes Unidos	32,2	Camerún	18,8
Egipto	32,1	Congo	16,9
Nueva Zelandia	31,7	Puerto Rico	16,4
Uruguay	31,3	Tanzania	16,1
Bangladesh	30,9		

Fuente: Sapiens Lab (2023).

Con respecto al talento humano en salud mental, el Cuadro 4 presenta el número de psiquiatras por 100.000 habitantes. Como se aprecia, en América Latina, con excepción de Argentina y Uruguay, el número de psiquiatras no supera los 8 por 100.000 habitantes. Los países con ingresos más bajos son los que tienen menos especialistas en salud mental. Además, los especialistas se concentran en las principales ciudades y en instituciones grandes, aumentando la brecha en el acceso a la atención en salud mental (World Health Organization, 2022b).

Cuadro 4
Psiquiatras trabajando en el sector de salud mental (por 100.000 habitantes)

País	2015	2016	2017	País	2015	2016	2017
Alemania	13,2		27,0	India		0,3	
Argentina		21,7		Irlanda			18,0
Australia	13,5			Islandia			24,0
Austria			19,0	Israel		9,9	
Bélgica			17,0	Italia	6,0		17,0
Bolivia		1,1		Japón		11,9	
Brasil		3,2		Letonia	10,0		15,0
Canadá			14,7	Lituania		18,5	24,0
Chile		7,0		Luxemburgo	17,8		21,0
Colombia	1,6	1,8	2,2	México		0,2	
Corea		5,8		Nueva Zelanda		28,5	
Costa Rica		3,9		Noruega		48,0	
Dinamarca		19,0		Países Bajos	20,9		23,0
Ecuador		0,5		Perú		2,9	
Eslovenia		12,0	14,0	Portugal			13,0
España*	9,7		11,0	Reino Unido			18,0
Estados Unidos		10,5		República Checa	12,4		
Estonia		16,2	18,0	Sudáfrica		1,5	
Finlandia	23,6			Suecia		23,0	
Francia			23,0	Suiza	44,0		52,0
Grecia		5,8	25,0	Uruguay		14,1	
Hungría		11,1	15,0	Zimbabue		0,1	

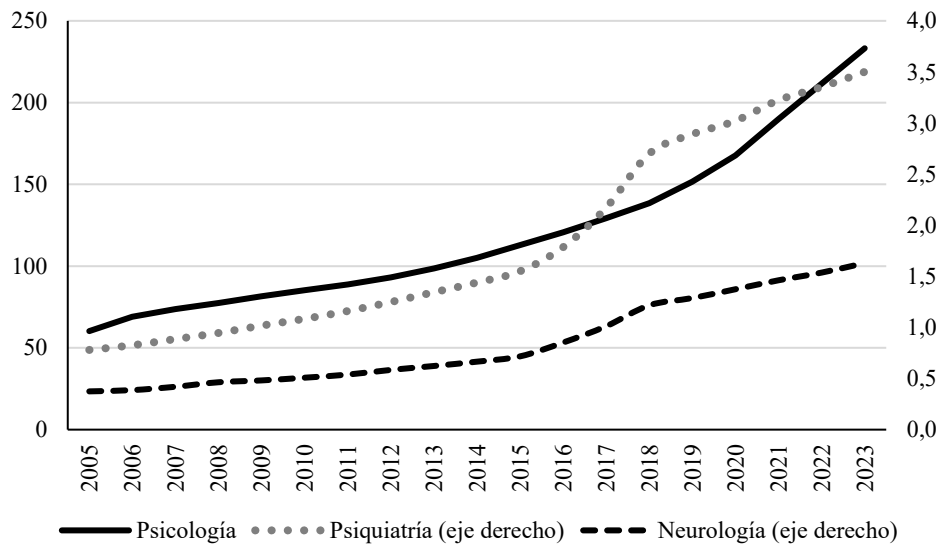
* Solo incluye psiquiatras trabajando en hospitales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/psychiatrists-working-in-mental-health-sector-\(per-100-000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/psychiatrists-working-in-mental-health-sector-(per-100-000))), EUROSTAT (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200506-1>) y ReTHUS para Colombia.

El Gráfico 1 presenta la evolución de los especialistas (psicólogos, psiquiatras y neurólogos) para la atención de los TMC en Colombia. Las tasas por 100.000 habitantes de los tres grupos de profesionales han aumentado, aunque si las comparamos con las de otros países, continúan siendo bajas. En 2023, el número de psicólogos por cada 100.000 habitantes era de 233, de psiquiatras 3,5 y de neurólogos 1,6.

Gráfico 1

Talento humano para atención de TMC en Colombia (tasas por 100.000 habitantes)



Nota: Psiquiatría incluye: psiquiatría, psiquiatría de enlace y psiquiatría pediátrica. Neurología incluye: Neurología y neurología pediátrica.

Fuente: Cálculos de los autores con base en ReTHUS - Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Consultado el 10 de mayo de 2024) y proyecciones de población del DANE.

IV. Datos

Para caracterizar los TMC, en este estudio se utiliza información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del Ministerio de Salud, diligenciada por profesionales de la salud. Estos registros proveen información sobre asistencia al servicio de salud como consultas, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones, y además permiten identificar el sexo, edad, lugar y fecha de consulta, empresa promotora de salud (EPS), institución prestadora de servicios de salud (IPS), finalidad de la consulta, y diagnóstico, entre otros. A la fecha de realizar esta investigación, la información de los RIPS estaba disponible hasta junio de 2022.

En el análisis se incluyeron aquellos individuos con diagnóstico principal correspondiente a TMC, de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades (CIE- 10), que comprende los diagnósticos de F0 a F9 (Cuadro 5). Estos registros individuales también se utilizaron para obtener información de los pacientes diagnosticados con COVID-19. En este caso se utilizaron los códigos U071 y U072, que son códigos que se emplean en caso de emergencia, como lo fue la pandemia. Además, el ejercicio empírico considera la información de los pacientes contenida en los RIPS.

Cuadro 5

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Trastornos mentales y del comportamiento

Código	Definición
F0	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F00–F09)
F1	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10–F19)
F2	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20–F29)
F3	Trastornos del humor [afectivos] (F30–F39)
F4	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40–F48)
F5	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50–F59)
F6	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60–F69)
F7	Retraso mental (F70–F79)
F8	Trastornos del desarrollo psicológico (F80–F89)
F9	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (F90–F98)

Nota: El Anexo 2 presenta los trastornos mentales y del comportamiento a dos dígitos F00–F99.

Fuente: Catálogo de patologías CIE-10, capítulo 5, actualizado el 08/02/2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Incluye: trastornos del desarrollo psicológico. Excluye: síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00–R99) Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=catalogo%20cie&ss=Todos>.

Para garantizar la identificación causal, en el análisis empírico se utilizaron modelos de elección discreta en los cuales se incluyeron además el sexo de los pacientes, y a nivel departamental, la población, el número de homicidios, casos de violencia interna, número de episodios de conflicto armado, e indicadores de pobreza y desigualdad.

A. Evolución de consultas, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones asociados con TMC

En esta sección se analiza la evolución de las consultas, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones por TMC. En particular, se tiene en cuenta el número de atenciones totales y el número de personas atendidas. A partir de esta información se analiza el uso promedio del sistema durante el período 2010-2021.

1. Evolución del número de atenciones totales: diagnóstico principal es un TMC

De acuerdo con la OMS los TMC más comunes para hombres y mujeres son los trastornos de ansiedad y los depresivos. En efecto, en 2019, 301 millones de personas en todo el mundo vivían con trastornos de ansiedad y 280 millones con trastornos depresivos. Como resultado de la pandemia, en 2020, estos

trastornos aumentaron significativamente (World Health Organization, 2022b). En el caso de Colombia los trastornos de ansiedad y depresión son también los más frecuentes. Entre 2010 y 2021, en promedio, el 22% de las consultas correspondió a trastornos del humor (F3) y el 24% a trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F4).

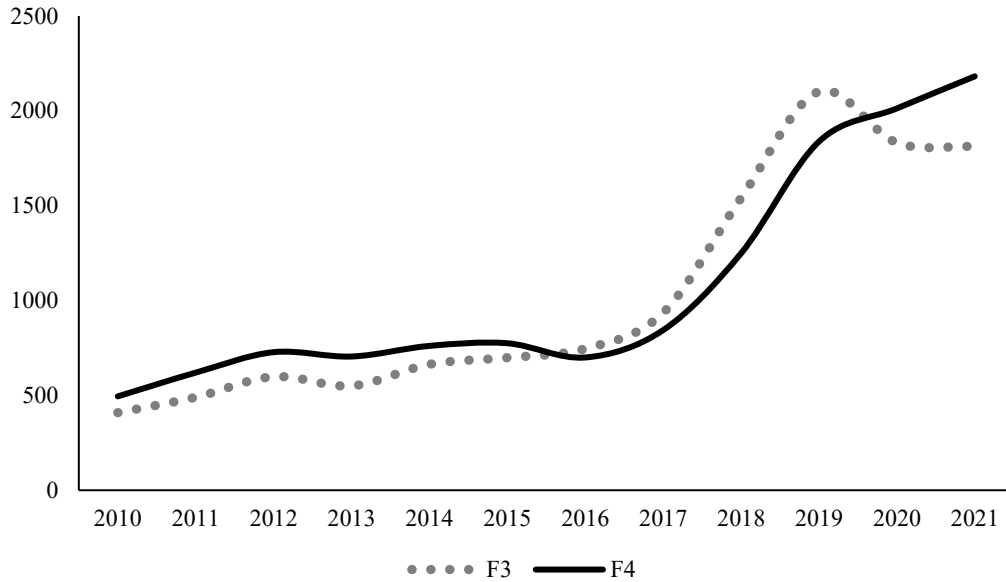
a. Consultas y procedimientos

En el Gráfico 2 se observa que el número de atenciones en consultas, expresadas en tasas por 100.000 habitantes, aumentó durante el período en la mayoría de los TMC, siendo las mayores tasas las de F3 (Trastornos del humor, dentro de los cuales se encuentra la depresión) y F4 (Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, dentro de los cuáles se encuentra la ansiedad) (Panel A). En el año 2020 cuando se inició la pandemia, en general, las consultas se redujeron con excepción de las de los grupos F1 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas) y F4, que continuaron aumentando. Este comportamiento se debe a que la prioridad en ese momento era la atención de las personas afectadas por COVID-19. Sin embargo, a partir de 2021, la atención de estos TMC retoma su tendencia creciente.

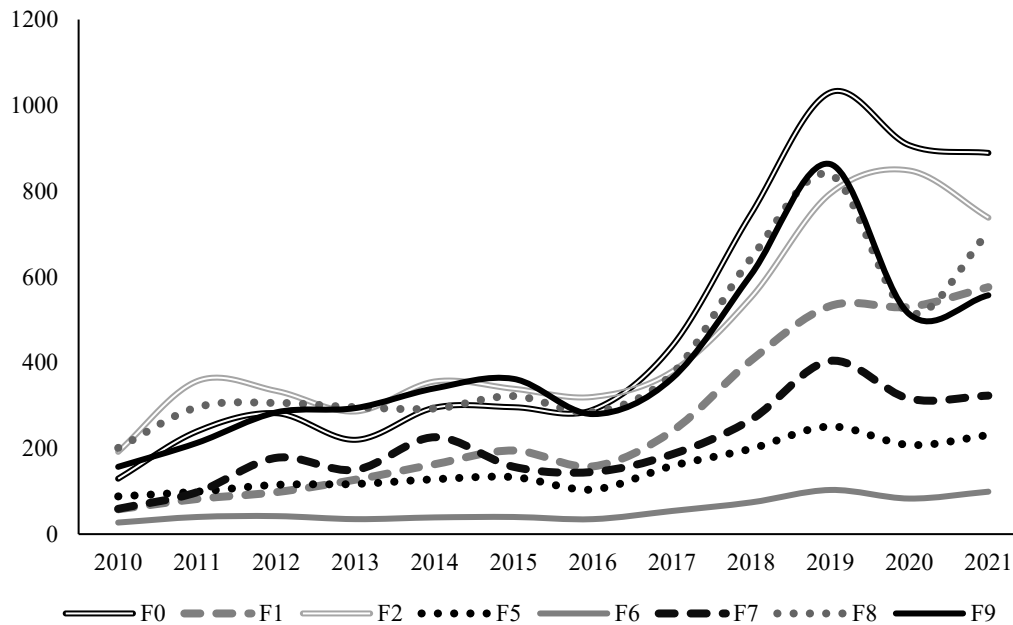
La prevalencia de los TMC varía con el sexo y la edad. Al calcular el número de atenciones totales en consulta por sexo, se encuentra que, en promedio, entre 2010 y 2021, el 55% de las consultas corresponden a mujeres y el 45% a hombres. Es importante destacar que, en promedio, el 69% de las atenciones totales por F3 y F4 son para mujeres, mientras que, en promedio, el 78% de las atenciones por F1 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas) son para hombres (Anexo 3). En cuanto a la edad, los trastornos más prevalentes como F3 y F4 presentan, durante el período, un patrón de U invertida con la edad; el mayor porcentaje de consultas lo realizan, los grupos entre 30 y 60 años. Por su parte, el mayor porcentaje de consultas a las que asisten los mayores de 70 años están asociadas con diagnósticos por trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F0) mientras que los menores de 10 años asisten en mayor medida a consultas por trastornos del desarrollo psicológico (F8) (Anexo 4).

Gráfico 2
Trastornos mentales y del comportamiento: Consultas totales, 2010-2021
(tasa por 100.000 habitantes)

Panel A



Panel B



Nota: F0: trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; F1: trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas; F2: esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; F3: trastornos del humor; F4: trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; F5: síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos; F6: trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos; F7: retraso mental; F8: trastornos del desarrollo psicológico; F9: trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud y DANE.

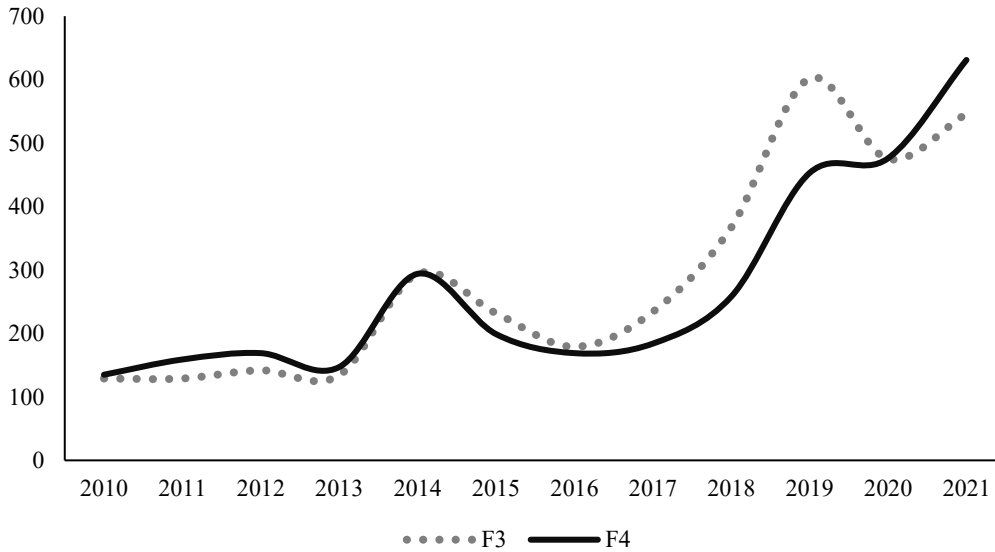
Los procedimientos presentan un comportamiento similar al de las consultas (Gráfico 3), destacándose la caída en el 2020, con excepción de los TMC relacionados con el F4 (trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos) que continuaron aumentando. Como se observa en el Panel B del Gráfico 3, el mayor número de procedimientos por 100.000 habitantes corresponde a trastornos del desarrollo psicológico (F8) y trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (F9), que a su vez fueron los que presentaron el mayor porcentaje de aumento en 2021, 62% y 51%, respectivamente, cuando se relajaron las medidas de confinamiento introducidas por la pandemia del COVID-19, lo que podría explicarse por el retorno de los pacientes a los procedimientos.

Por sexo, el 52% de los procedimientos, en promedio durante 2010-2021, fue realizado a hombres, y el 48% restante a mujeres. Se destaca que el 74% de los procedimientos para tratar los TMC debidos al uso de sustancias psicoactivas (F1) y el 68% de los trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y en la adolescencia (F9) fueron realizados a hombres. Por su parte, el 66% de los procedimientos para tratar trastornos del humor (F3) y trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F4) fueron practicados a mujeres (Anexo 3).

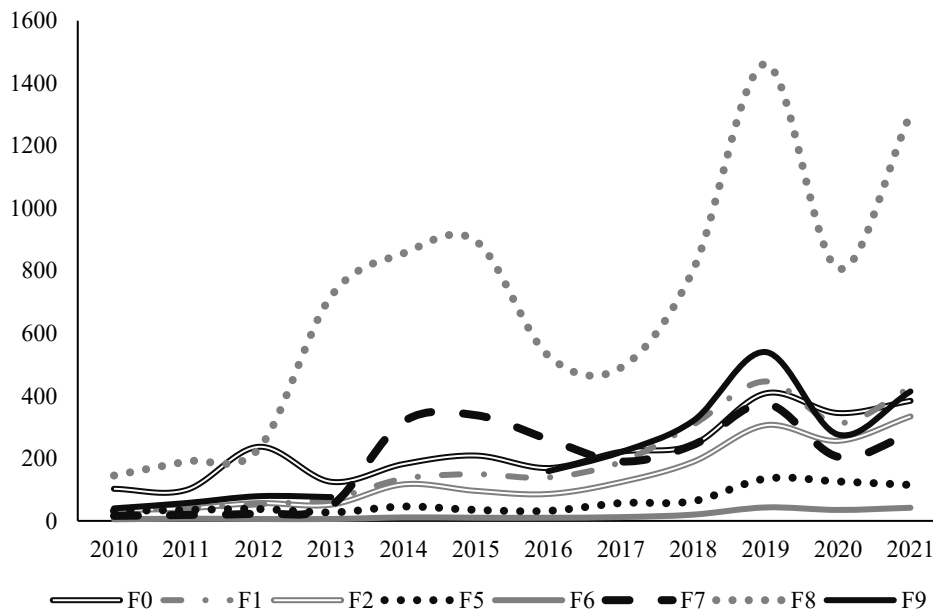
En cuanto a la edad, los procedimientos realizados para tratar los trastornos más prevalentes, F3 y F4, aumentan con la edad hasta los 69 años y luego descienden. Los niños y adolescentes reciben más tratamientos por TMC relacionados con trastornos del desarrollo psicológico – F8 (71% para niños entre 0-9 años y 30% para el grupo entre 10-19 años). Por su parte, el mayor porcentaje de procedimientos relacionados con F1 (uso de sustancias psicoactivas) fue realizado a jóvenes entre 20 y 29 años. Por último, el 57% de los procedimientos realizados a adultos mayores de 70 años corresponde a aquellos relacionados con trastornos mentales orgánicos - F0 (Anexo 4).

A nivel territorial se observa una gran heterogeneidad entre departamentos tanto en consultas como en procedimientos (mapas 1 y 2). Por ejemplo, en 2021, los departamentos donde se realiza el mayor número de consultas por 100.00 habitantes son Santander y los departamentos del eje cafetero. Por su parte, el mayor número de procedimientos, por 100.000 habitantes, son la Guajira, Atlántico, Bolívar, Huila, Nariño y Putumayo.

Gráfico 3
Trastornos mentales y del comportamiento: Procedimientos totales, 2009-2021
 (tasa por 100.000 habitantes)
 Panel A



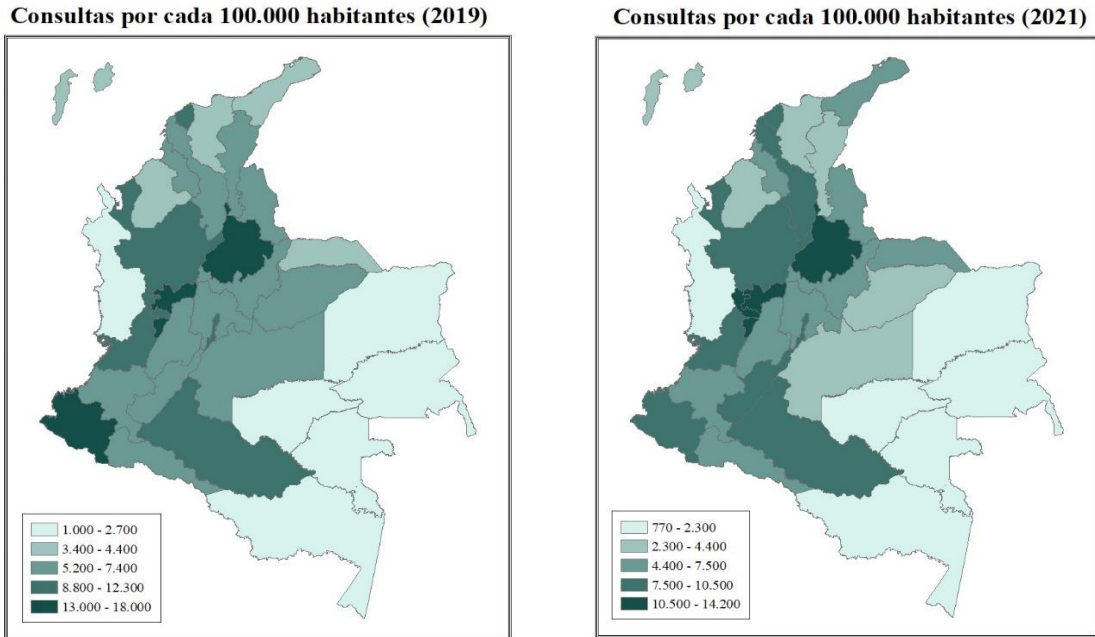
Panel B



Nota: F0: trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; F1: trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas; F2: esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; F3: trastornos del humor; F4: trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; F5: síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos; F6: trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos; F7: retraso mental; F8: trastornos del desarrollo psicológico; F9: trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia. En 2014 y 2015 las tasas de F9 no se incluyen porque exhiben un comportamiento atípico.

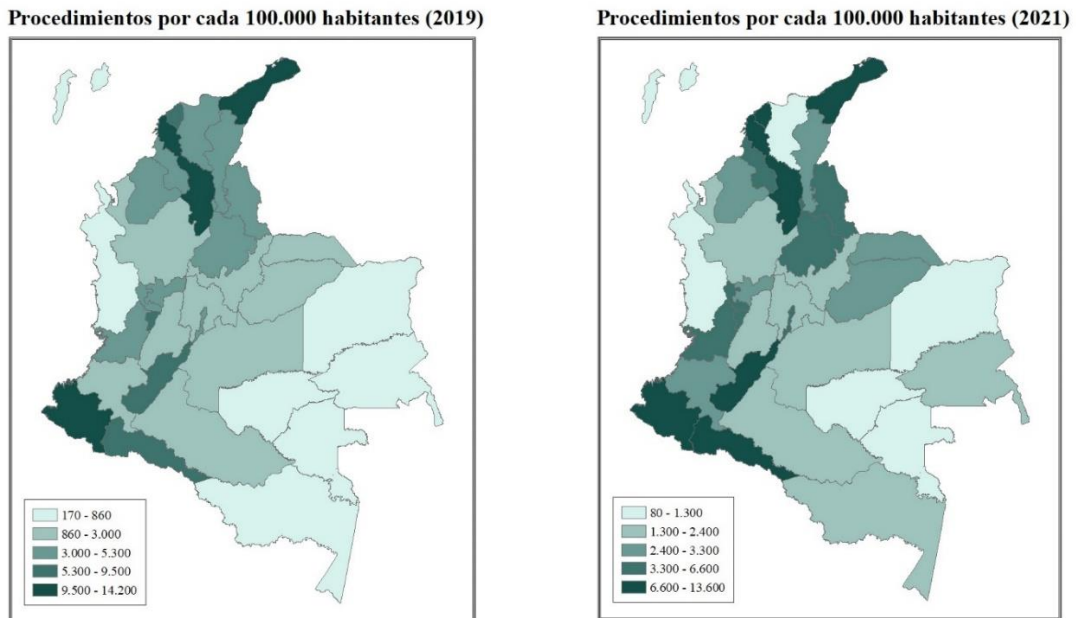
Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud y DANE.

Mapa 1
Trastornos mentales y del comportamiento: consultas por departamento
(tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud y DANE.

Mapa 2
Trastornos mentales y del comportamiento: procedimientos por departamento
(tasas por 100.000 habitantes)



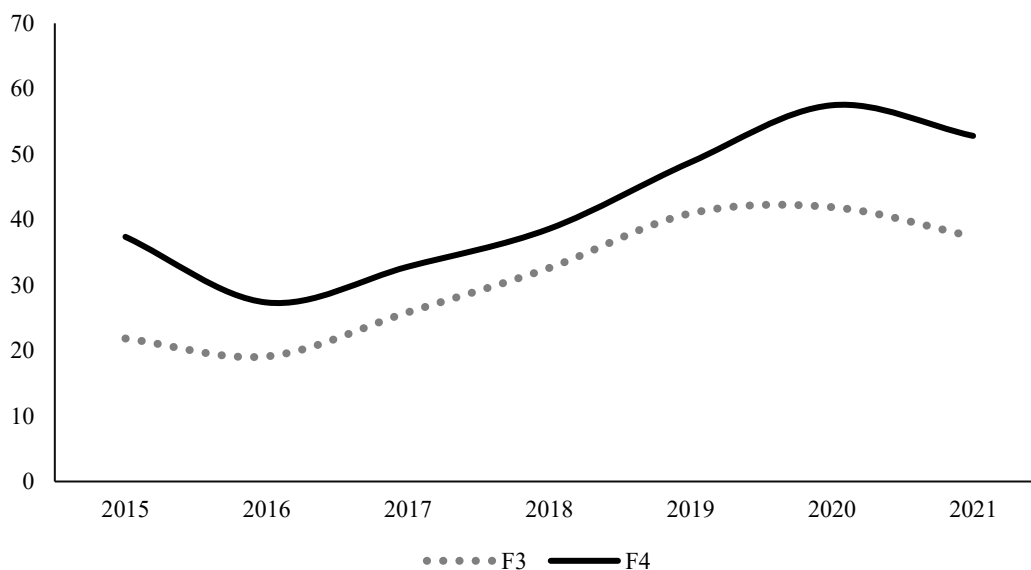
Fuente: Elaboración propia con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud y DANE.

b. Urgencias y hospitalizaciones

Las tasas de atenciones por urgencias y hospitalizaciones, por 100.000 habitantes, en general son bajas, destacándose los casos de TMC debidos al uso de sustancias psicoactivas (F1), esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F2), trastornos del humor (F3) y trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F4). Como en los casos anteriores, las hospitalizaciones se redujeron durante la pandemia (Gráficos 4 y 5), debido a la atención prioritaria por Covid-19 y a las cuarentenas⁴.

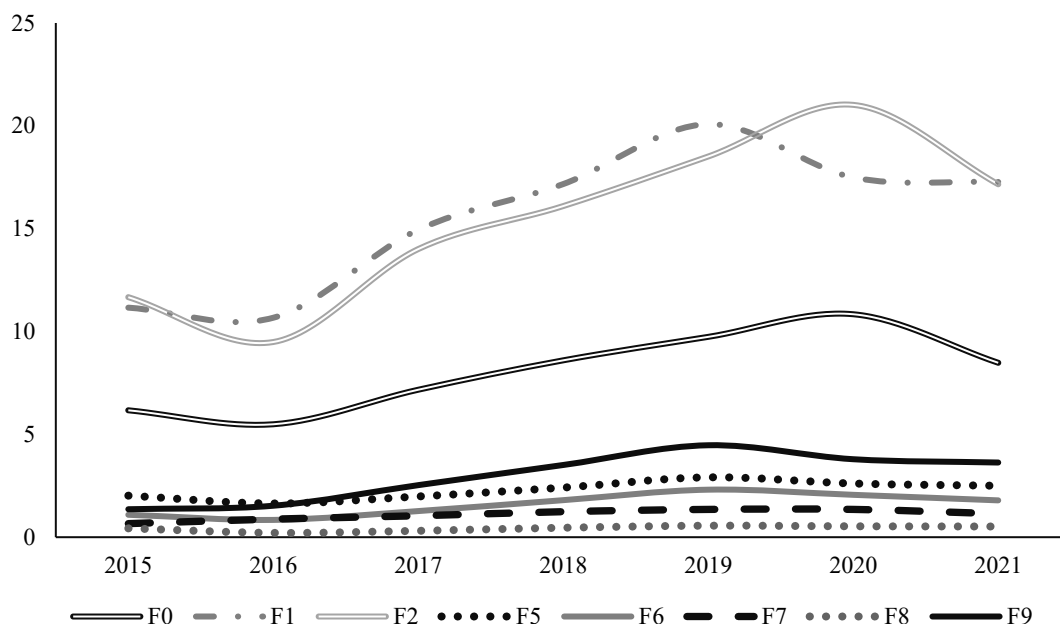
Los servicios de urgencias por TMC atienden en mayor porcentaje a las mujeres (56% del total de urgencias), mientras que las hospitalizaciones son más frecuentes en el caso de los hombres (52% del total de hospitalizaciones). También sobresale el alto porcentaje de hombres atendidos por el uso de sustancias psicoactivas (F1) y por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F2) y de mujeres atendidas por trastornos del humor (F3) y por trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F4) (Anexo 3).

Gráfico 4
Trastornos mentales y del comportamiento: urgencias
(tasas por 100.000 habitantes)
Panel A



⁴ Es importante mencionar, que la información anterior a 2015 arroja tasas por 100.000 habitantes cercanas a cero, lo que podría indicar problemas de registro, por lo cual no se consideran en el análisis.

Panel B



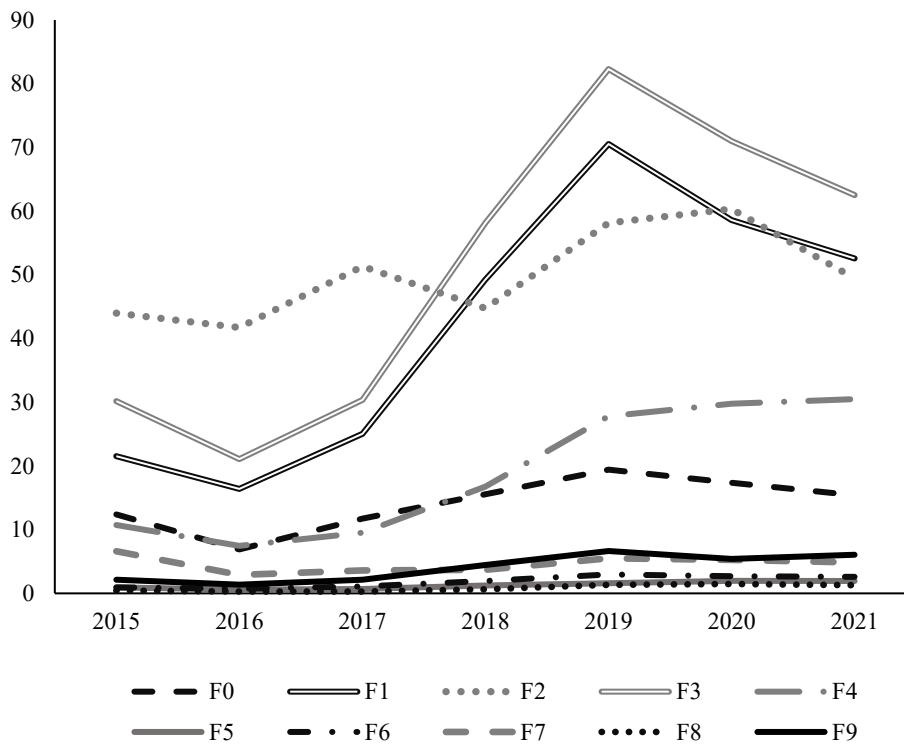
Nota: F0: trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; F1: trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas; F2: esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; F3: trastornos del humor; F4: trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; F5: síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos; F6: trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos; F7: retraso mental; F8: trastornos del desarrollo psicológico; F9: trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud y DANE.

De otro lado, en todos los grupos etarios, con excepción de los mayores de 70 años, el mayor porcentaje de visitas a urgencias se relaciona con los TMC asociados a F4 y F3, que son los trastornos más prevalentes y que podrían requerir atención de emergencia con mayor frecuencia. Los adultos de 70 años o más, acuden principalmente a urgencias por complicaciones asociadas a trastornos mentales orgánicos – F0 (por ejemplo, demencia y Alzheimer) (Anexo 4).

Las hospitalizaciones, son más frecuentes para los TMC relacionados con esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F2) en los mayores de 20 años. También se destacan los trastornos relacionados con trastornos del humor (F3) en personas entre 10 y 69 años. Las hospitalizaciones por el uso de sustancias psicoactivas (F1) son más comunes entre los adolescentes y adultos jóvenes. Por su parte, las hospitalizaciones en niños obedecen a trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfo (F4) y trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (F9). Al igual que en las urgencias, los adultos mayores de 70 años son hospitalizados por trastornos asociados a F0 (Anexo 4)

Gráfico 5
Trastornos mentales y del comportamiento: Hospitalizaciones
 (tasas por 100.000 habitantes)

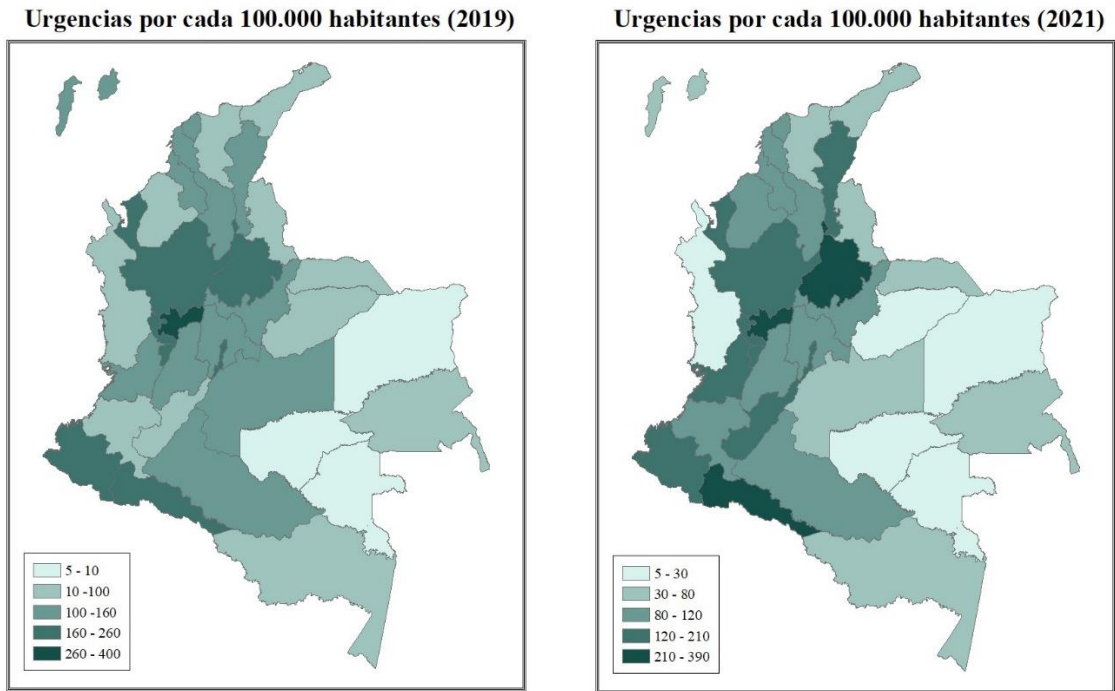


Nota: F0: trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos; F1: trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas; F2: esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes; F3: trastornos del humor; F4: trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos; F5: síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos; F6: trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos; F7: retraso mental; F8: trastornos del desarrollo psicológico; F9: trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud y DANE.

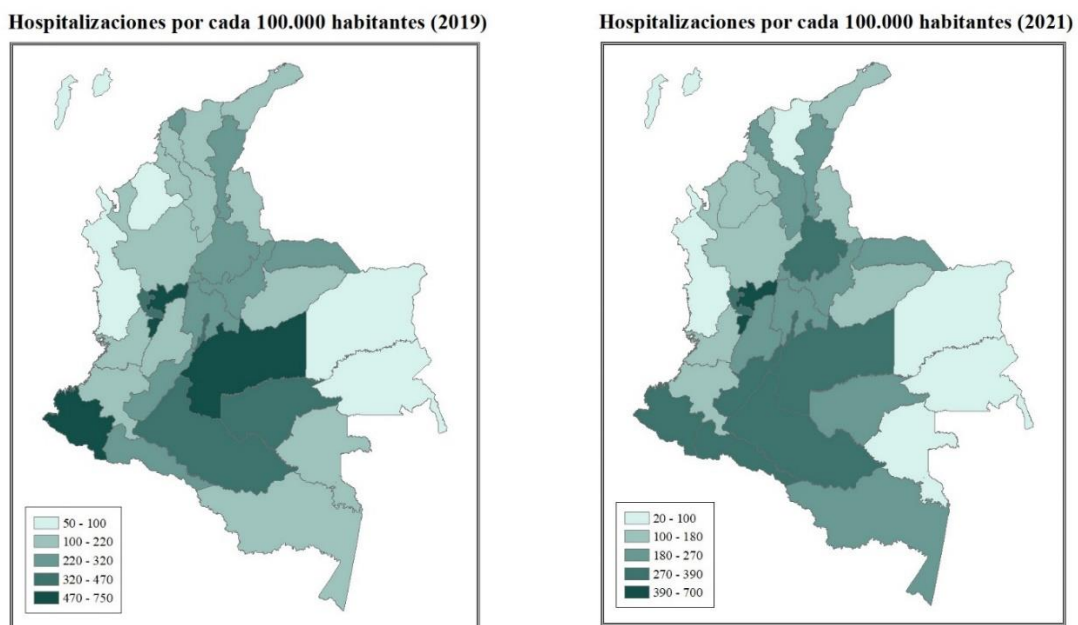
A nivel territorial (mapas 3 y 4), las urgencias y hospitalizaciones por departamento presentan gran heterogeneidad. En 2021, las mayores tasas, por 100.000 habitantes, de atención de urgencias se presentaron en Santander, Caldas y Putumayo. En hospitalizaciones, Caldas y Quindío tuvieron las tasas más altas.

Mapa 3
Trastornos mentales y del comportamiento: urgencias por departamento
(tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud y DANE

Mapa 4
Trastornos mentales y del comportamiento: hospitalizaciones por departamento
(tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud y DANE.

c. Uso del sistema por persona: diagnóstico principal un TMC

El uso del sistema por persona es un indicador de demanda y corresponde a las consultas, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones por cada paciente. En el Cuadro 6 se observa un incremento en las consultas por cada persona atendida entre 2015 y 2021, especialmente en las consultas relacionadas con TMC asociados al uso de sustancias psicoactivas (F1), al pasar de 2,9 citas en 2015 a 5,1 consultas en 2021. Durante la pandemia, entre 2019 y 2020 las consultas por este tipo de trastorno fueron las que más aumentaron, pasando de 3,4 a 4,6 consultas por persona. Por el lado de los procedimientos, los asociados a F7 (Retraso mental) y F8 (Trastornos del desarrollo psicológico) fueron los que más aumentaron por persona atendida durante el periodo de la pandemia. En cuanto a las urgencias y hospitalizaciones, el número de visitas por persona se mantiene relativamente estable para todos los TMC.

Cuadro 6
Trastornos mentales y del comportamiento: Uso del sistema por persona atendida 2015-2021

	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Total
	Consultas										
2015	2,58	2,87	2,98	2,18	1,75	1,52	1,55	2,29	1,81	1,82	2,05
2016	2,42	2,54	2,95	2,17	1,00	1,29	1,42	2,26	1,77	1,70	1,67
2017	2,64	3,02	2,90	2,14	1,62	1,46	1,76	2,48	1,86	1,65	2,01
2018	3,38	3,65	3,34	2,49	1,79	1,41	1,78	2,75	2,24	1,89	2,33
2019	3,44	3,39	3,65	2,60	1,85	1,41	1,61	3,06	2,15	1,91	2,37
2020	3,47	4,59	3,90	2,71	2,00	1,41	1,76	3,20	2,29	1,93	2,54
2021	3,21	5,12	3,70	2,64	1,94	1,43	1,83	3,17	2,49	1,94	2,47
Promedio	3,02	3,60	3,34	2,42	1,71	1,42	1,67	2,74	2,09	1,83	2,21
	Procedimientos										
2015	7,56	10,01	6,44	4,28	3,00	3,13	3,06	4,48	4,76	3,02	3,90
2016	6,99	9,52	6,17	3,75	2,92	2,65	3,48	5,09	5,12	4,38	4,76
2017	4,28	10,18	7,17	3,88	3,00	2,63	3,61	5,06	5,62	4,24	4,69
2018	5,45	11,27	6,94	4,49	3,07	2,42	3,72	7,10	7,81	5,34	5,73
2019	5,51	8,59	7,22	4,95	3,34	3,53	2,87	11,17	9,55	5,70	6,27
2020	6,65	9,53	7,45	5,72	4,08	4,84	3,45	10,43	10,27	6,07	6,66
2021	6,24	13,94	8,64	5,82	4,00	4,57	5,05	11,88	11,17	6,65	7,24
Promedio	6,10	10,43	7,15	4,70	3,34	3,40	3,61	7,89	7,76	5,06	5,61

Cuadro 6
Trastornos mentales y del comportamiento: Uso del sistema por persona atendida 2015-2021
(Continuación)

	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	Total
Urgencias											
2015	1,15	1,13	1,27	1,26	1,15	1,07	1,09	1,20	1,18	1,11	1,18
2016	1,07	1,10	1,20	1,18	1,10	1,06	1,07	1,19	1,11	1,11	1,13
2017	1,09	1,10	1,21	1,19	1,09	1,04	1,05	1,22	1,07	1,11	1,13
2018	1,08	1,11	1,20	1,18	1,10	1,03	1,05	1,18	1,06	1,10	1,13
2019	1,07	1,09	1,20	1,16	1,09	1,03	1,04	1,18	1,07	1,10	1,12
2020	1,08	1,11	1,22	1,20	1,12	1,04	1,07	1,20	1,10	1,11	1,15
2021	1,07	1,12	1,20	1,16	1,10	1,03	1,05	1,18	1,12	1,09	1,12
Promedio	1,09	1,11	1,21	1,19	1,11	1,04	1,06	1,19	1,10	1,10	1,14
Hospitalizaciones											
2015	1,83	1,52	2,18	1,38	1,15	1,09	1,18	1,76	1,36	1,19	1,63
2016	1,42	1,50	2,82	1,33	1,12	1,09	1,20	2,07	1,18	1,13	1,74
2017	1,52	1,55	2,64	1,35	1,15	1,13	1,15	2,32	1,17	1,14	1,71
2018	1,34	1,65	1,54	1,38	1,15	1,08	1,12	1,76	1,39	1,16	1,44
2019	1,33	1,77	1,65	1,43	1,16	1,08	1,13	1,90	1,32	1,18	1,49
2020	1,38	1,89	1,87	1,51	1,20	1,09	1,20	2,19	2,07	1,31	1,60
2021	1,33	1,70	1,68	1,44	1,19	1,12	1,19	1,85	1,60	1,36	1,49
Promedio	1,45	1,66	2,05	1,40	1,16	1,10	1,17	1,98	1,44	1,21	1,58

Nota: Para definiciones de F0 a F9, véase Cuadro 1.

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

d. Estadísticas de COVID-19

El Cuadro 7 presenta el número total de consultas, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones por COVID-19, durante el periodo 2020-2022, y el Cuadro 8 las tasas por 100.000 habitantes durante el mismo período. En este tiempo se atendieron 9.693.040 consultas por COVID-19, 6.882.909 procedimientos, 458.537 urgencias y 255.217 hospitalizaciones. En todos los casos, el mayor número se registró en el año 2021. Las consultas, procedimientos y urgencias fueron mayores en el caso de las mujeres, mientras que los hombres tuvieron más hospitalizaciones. De acuerdo con Iregui, Melo, Pinilla y Ramirez (2023), los hombres, al querer ser percibidos como individuos fuertes, minimizan o incluso niegan dolor o malestar, y asisten menos a consultas médicas.

Por rangos de edad, el mayor número de consultas por cada 100.000 habitantes se registró en personas mayores de 50 años, mientras que el mayor número de procedimientos se realizó en personas mayores de 70 años. Las consultas por urgencias fueron más frecuentes en personas de entre 30 y 39 años y en mayores de 70 años, mientras que las hospitalizaciones más numerosas correspondieron a pacientes mayores de 60 años (Anexo 5).

Cuadro 7
Consultas, Procedimientos, Urgencias y hospitalizaciones por COVID 19: 2020-2022*

Consultas			
Año	Hombre	Mujer	Total
2020	1.478.572	1.704.835	3.183.407
2021	2.317.186	2.795.873	5.113.059
2022	584.731	811.843	1.396.574
Total	4.380.489	5.312.551	9.693.040
Procedimientos			
Año	Hombre	Mujer	Total
2020	999.414	957.032	1.956.446
2021	2.080.408	2.244.780	4.325.188
2022	259.733	341.542	601.275
Total	3.339.555	3.543.354	6.882.909
Urgencias			
Año	Hombre	Mujer	Total
2020	84.215	79.701	163.916
2021	113.309	121.961	235.270
2022	25.847	33.504	59.351
Total	223.371	235.166	458.537
Hospitalizaciones			
Año	Hombre	Mujer	Total
2020	43.341	34.096	77.437
2021	75.997	67.499	143.496
2022	15.790	18.494	34.284
Total	135.128	120.089	255.217

Nota: *Las consultas, procedimientos, urgencias hospitalizaciones por COVID 19 están disponible hasta junio de 2022

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A nivel regional, se observa una gran heterogeneidad en el número de casos y atenciones por COVID-19. Por ejemplo, en cuanto a consultas por cada 100.000 habitantes, Bogotá, Santander, Atlántico y Antioquia concentraron los mayores casos. Los procedimientos fueron más numerosos en Huila, Putumayo y Atlántico, mientras que Santander registró el mayor número de atenciones por urgencias. Por su parte, Bogotá y Huila reportaron las cifras más altas de hospitalizaciones (Anexo 6).

Cuadro 8

Consultas, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones, por cada 100.000 habitantes por COVID 19: 2020-2022*

Consultas por cada 100.000 habitantes			
Año	Hombre	Mujer	Total
2020	6.004	6.613	6.315
2021	9.282	10.690	10.003
2022	2.318	3.069	2.702

Procedimientos por cada 100.000 habitantes			
Año	Hombre	Mujer	Total
2020	4.058	3.712	3.881
2021	8.334	8.583	8.461
2022	1.029	1.291	1.163

Urgencias por cada 100.000 habitantes			
Año	Hombre	Mujer	Total
2020	342	309	325
2021	454	466	460
2022	102	127	115

Hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes			
Año	Hombre	Mujer	Total
2020	176	132	154
2021	304	258	281
2022	63	70	66

Nota: *Las hospitalizaciones, consultas, procedimientos y hospitalizaciones por COVID 19 están disponible hasta junio de 2022

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

V. Estrategia empírica

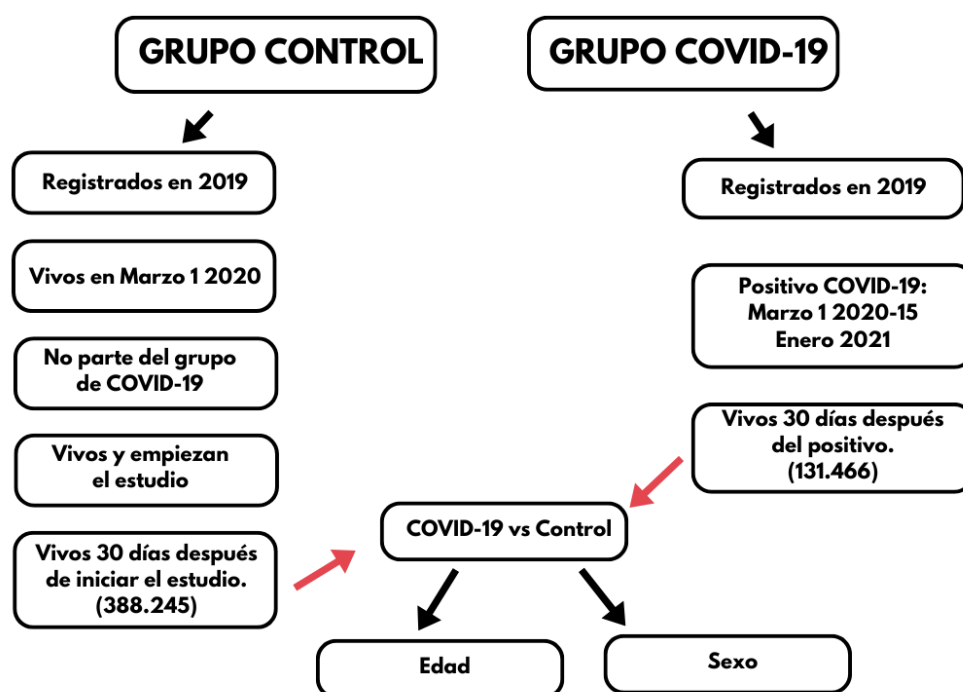
En esta sección se describe la metodología para estimar el riesgo de la incidencia de los trastornos mentales en pacientes que sobrevivieron la fase aguda del COVID-19, en la cual los individuos están en un mayor riesgo de desarrollar o profundizar los desórdenes de salud mental. Las manifestaciones de estas enfermedades se reflejan transcurrido un periodo de tiempo y se relaciona con efectos de mediano y largo plazo. Utilizando información de los RIPS de Ministerio de Salud para el período 2019-2022, se implementó un diseño experimental basado en la comparación de dos cohortes observadas a través del tiempo. La primera corresponde al grupo de tratamiento conformada por personas sobrevivientes durante los primeros 30 días después de ser infectados por COVID-19 y la segunda relacionada con el grupo control, que corresponde a un grupo contemporáneo sin contagio por COVID-19. La metodología se basa en un análisis causal comparativo basado en los modelos de riesgos competitivos, los cuales utilizan la razón de las funciones Hazard y la función de incidencia acumulada que permiten estimar y comparar el

efecto del COVID-19 sobre la prevalencia de los TMC en las cohortes del grupo tratamiento y del grupo control. Adicionalmente, el análisis se extiende para estimar el riesgo de diferentes trastornos teniendo en cuenta factores sociodemográficos de los individuos como la edad y el sexo.

En el Diagrama 1 se describe la selección de las cohortes de estudio y el flujo de actividades para conformar los grupos de control y tratamiento en el análisis del efecto del COVID-19 sobre la prevalencia de los TMC. El tiempo de inicio se define con la primera fecha del seguimiento a los usuarios que corresponde al 1 de marzo de 2020 y la fecha de finalización es junio de 2022. La cohorte del grupo de tratamiento corresponde a los usuarios que utilizaron el servicio de salud y registraron al menos una prueba positiva de COVID-19 entre el periodo de 1 marzo 2020 al 15 enero 2021, y que sobrevivieron 30 días después de la prueba y que además durante el periodo de estudio (hasta junio de 2022) realizaron consultas por algún trastorno mental. Esta cohorte quedó conformada por 131.446 usuarios. Posteriormente, se construyó la cohorte del grupo de control contemporáneo con aquellos usuarios que fueron clasificados en el grupo de no-infectados entre el periodo de 1 marzo 2020 y el 15 enero de 2021 y que consultaron por algún trastorno mental (388.245 pacientes).

Diagrama 1

Experimento para comparar el efecto del COVID-19 sobre las cohortes de tratamiento y control contemporáneo



Fuente: Elaboración propia.

Balance de la comparación.

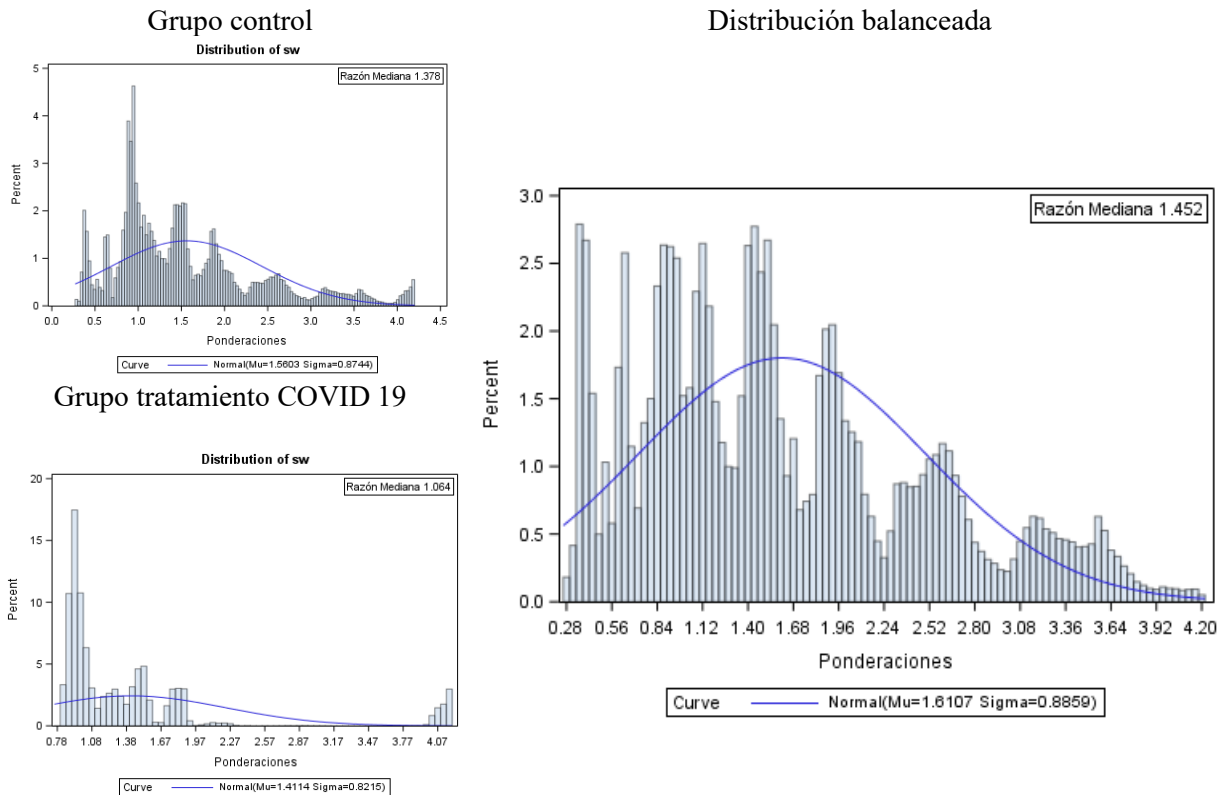
El análisis de riesgo entre las cohortes y sub-cohortes requiere la inclusión de variables predefinidas, con las cuales se obtienen ponderaciones que permiten efectuar una comparación balanceada entre los grupos de COVID-19 y control. Estas variables incluyen, sexo de los pacientes, y a nivel departamental: población, homicidios, violencia interna, conflicto armado, indicadores de pobreza y desigualdad.

El balance se obtiene generando una pseudo-población que mantiene el tamaño original, pero ajusta la distribución de covariables dentro de cada estrato del grupo de exposición, aumentando y disminuyendo el peso de las personas para que coincida con la distribución general de las variables. De acuerdo con el ajuste de las variables observadas y la función del “propensity score”, se calcula la probabilidad de pertenecer al grupo de tratamiento, lo cual permite tener una ponderación relativa (IPTW) utilizada para aproximar la asignación del tratamiento del estudio observacional en un experimento cuasi aleatorio.

La inclusión del sistema de ponderaciones IPTW permite estimar el efecto promedio del tratamiento (EPT) en la población de estudio observada, asegurando una distribución de variables similar tanto para los expuestos como para los no expuestos al COVID-19. Esto posibilita modelar el contrafactual completo, es decir, estimar el efecto si toda la población hubiera estado expuesta versus si toda la población no hubiera estado expuesta. En el panel izquierdo del Gráfico 6 se presentan las distribuciones observadas para el grupo control y el grupo de COVID-19, mientras que en el panel derecho se muestra la distribución conjunta balanceada del sistema de ponderaciones en la población de estudio.

Gráfico 6

Distribución de las ponderaciones de los pacientes de las cohortes del grupo control, tratamiento y la distribución balanceada.



Nota: En cada sub-cohorte, se implementan regresiones logísticas para estimar la ponderación de cada grupo (covid-19, control contemporáneo) que hacen parte de la población objetivo de usuarios reportados en los RIPS teniendo en cuenta variables predefinidas que están disponibles. Finalmente, se calculan las probabilidades inversas de cada participante como la razón entre la probabilidad de pertenecer a la población objetivo y la probabilidad de estar en la población observada.

A. Modelos de riesgos competitivos y funciones básicas

El propósito de los modelos de riesgo competitivo es estimar el riesgo absoluto de la ocurrencia de un evento relacionado con la presencia de algún trastorno mental. Estos modelos se utilizan para analizar cómo diferentes factores, como la presencia de COVID-19, pueden afectar la probabilidad de que un usuario consulte por síntomas de trastornos mentales. Una descripción metodológica de los modelos de riesgos competitivos con énfasis en las aplicaciones empíricas se encuentra en Pintilie (2007). y Kleibaum & Klein (2005).

En la implementación de estos modelos, se definen variables observables utilizando la información de los RIPS. Se considera el tiempo en días desde que se percibe una TMC (denotado como T).

Además, se utiliza una variable binaria (φ) que indica si el usuario contrajo COVID-19 durante el periodo de referencia. La fecha inicial para el seguimiento de los participantes del grupo control se asignó aleatoriamente teniendo en cuenta la distribución de las fechas observadas en el grupo COVID-19. Posteriormente, para comparar la influencia del COVID-19 entre las sub-cohortes del grupo tratamiento y control se calcula la razón de las funciones de riesgo (Hazard). Esta razón representa la probabilidad instantánea condicional de que un usuario consulte por síntomas de algún TMC en el tiempo t dado que antes aparecía sin consulta por este motivo. La expresión analítica se resume de la siguiente manera:

$$h_k(t) = \lim_{\Delta t > 0} \frac{P(t < T < t + \Delta t, \varphi = k \mid T \geq t)}{\Delta t}$$

Donde el grupo de riesgo se compone de los pacientes que en el tiempo t no han experimentado ningún trastorno. Por su parte, la razón de las funciones Hazard entre el grupo tratamiento del COVID-19 y el grupo control indica el efecto del COVID-19 sobre los TMC. Si el valor de la razón de las funciones de riesgo es mayor que 1, se predice que el grupo con COVID-19 tiene mayores probabilidades de causar una TMC en comparación con el grupo de control. Si la razón de las funciones de riesgo se aproxima a cero, esto sugiere que los TMC son independientes de si el individuo contrajo o no el virus del COVID-19. La razón se determina como:

$$\text{Razón} = \frac{\text{Hazard del grupo COVID-19}}{\text{Hazard del grupo control}}$$

De otra parte, la estrategia empírica estima la función de incidencia acumulada (FIA), la cual mide el riesgo de padecer un TMC y se define como la probabilidad de que un evento de este tipo ocurra entre el tiempo de referencia y el tiempo de finalización de la cohorte. La probabilidad se estima como la razón entre el número de pacientes que experimentaron el diagnóstico de un TMC hasta la finalización con respecto al número de pacientes que permanecen en la cohorte. La interpretación de la FIA se basa en que, a medida que aumenta el tiempo t , la FIA también se incrementa. Inicialmente, cuando no hay reportes de trastorno mental, la FIA comienza en cero. A medida que más pacientes en la cohorte experimentan el trastorno, la FIA refleja esta acumulación hasta alcanzar el total de la cohorte que ha reportado el trastorno.

La función de incidencia acumulada, descrita por $F_k(t)$, mide la probabilidad de tener un TMC por haber contraído el COVID-19. Esta función se calcula de la siguiente forma:

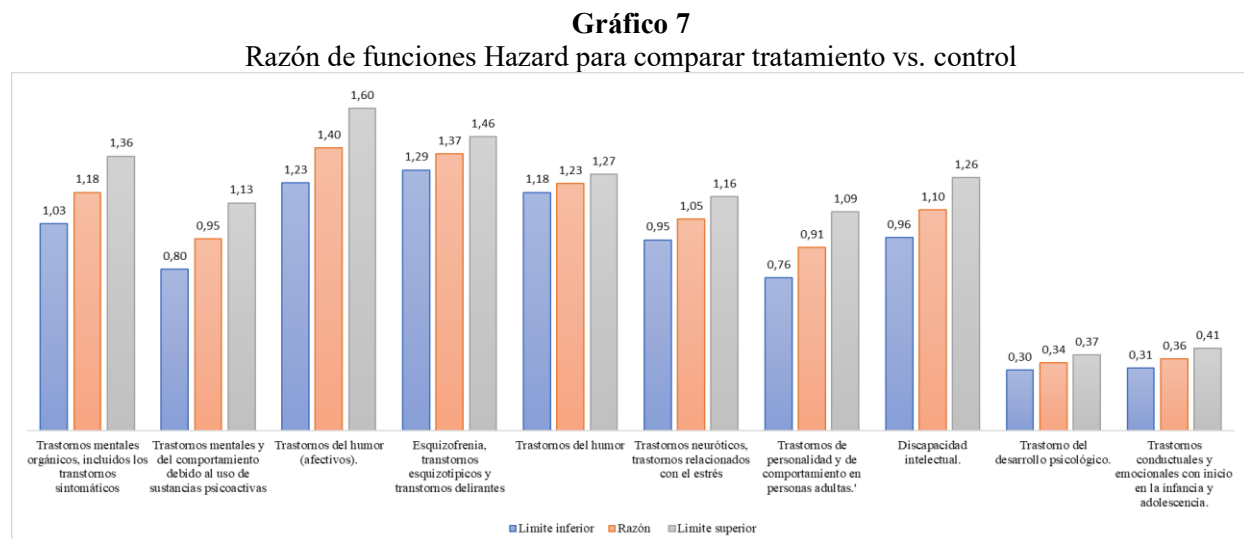
$$F_k(t) = P(T \geq t, \varphi = k), \quad k = \text{tratamiento, control}$$

VI. Resultados

Como se mencionó, el análisis empírico se realiza utilizando la razón de las funciones Hazard y las funciones de probabilidad acumulada de incidencia, las cuales son apropiadas para evaluar el comportamiento de los TMC en aquellos pacientes que fueron diagnosticados con COVID-19.

A. Funciones de la razón Hazard

El Gráfico 7 presenta la razón de las funciones Hazard para las cohortes agregadas que comparan la probabilidad de ser diagnosticado con un TMC entre el grupo de tratamiento, que corresponde a las personas que tuvieron al menos una prueba positiva de COVID-19 durante al año 2020, y el grupo de control, que corresponde a las personas que no fueron diagnosticadas con COVID-19 durante el mismo periodo.



Fuente: Cálculos propios.

Por su parte el Cuadro 9 presenta las razones de las funciones Hazard con los correspondientes intervalos de confianza y la diferencia en puntos porcentuales de la posibilidad de ser diagnosticado con algún TMC,

calculada entre el grupo COVID-19 y el grupo control, tanto para las cohortes agregadas como para las sub-cohortes construidas de acuerdo con la edad de los pacientes para cada trastorno mental. Para el total de la muestra, la probabilidad de que un paciente del grupo de tratamiento haya sido diagnosticado con un TMC es 1,9 veces mayor en comparación con un paciente del grupo de control. Este resultado puede explicarse por el impacto significativo en la vida de las personas infectadas, debido al aislamiento y la falta de contacto físico con seres queridos y amigos, así como por el temor a ser socialmente excluidas debido al estigma y la discriminación asociados con el COVID-19. Este estigma afecta no solo a las personas infectadas, sino también a sus familiares, generando incertidumbre sobre el futuro.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022c), la pandemia aumentó la incidencia de las enfermedades mentales debido, entre otras razones, al temor de perder el empleo y el sustento económico por los despidos laborales, además de la sensación de desamparo, soledad y depresión causada por el aislamiento y las cuarentenas. El cierre de las escuelas tuvo efectos significativos especialmente en las mujeres, quienes proporcionan la mayor parte del cuidado informal dentro de la familia, limitando su capacidad para trabajar y sus oportunidades económicas, así como aumentando su carga de trabajo. La información insuficiente sobre la exposición a largo plazo a personas infectadas por el COVID-19, el aumento de la violencia familiar y de pareja fueron otros factores relevantes, que afectaron la salud mental de las personas. Estas preocupaciones y sentimientos son más fuertes en las personas contagiadas, como efectivamente revelan los resultados del ejercicio empírico.

Por tipo de diagnóstico, las mayores razones de la función Hazard se registraron en los trastornos del humor (afectivos), con un valor de 1,40, lo cual representa un aumento de 16,71 p.p. en la probabilidad de tener un diagnóstico de TMC en el grupo de tratamiento frente al control, y en la esquizofrenia y trastornos esquizotípicos, con una razón de 1,37 y un incremento de 15,72 p.p. Les siguen los trastornos del humor y los trastornos orgánicos, con incrementos de 10,14 p.p. y 8,32 p.p., respectivamente. Sin embargo, las probabilidades de ser diagnosticado con algún TMC fueron menores para los trastornos conductuales de la infancia y los trastornos del desarrollo psicológico de la infancia, con respecto al grupo control, con reducciones de 47,53p.p. y 47,90 p.p., respectivamente. Esto se explica por el aislamiento y la falta de contacto de toda la población en general.

Cuadro 9

Razón de funciones Hazard para comparar tratamiento vs. control por rango de edad

	Limite Inferior	Razón Hazard	Limite superior	Posibilidad COVID-19 con TM	Diferencia Posibilidades p.p
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1,03	1,18	1,36	54,16	8,32
Pre-juvenil (1-18 años)	0,92	1,10	1,32	52,48	4,96
Jovenes (19-40 años)	1,12	1,21	1,31	54,84	9,68
Adultos (41-60 años)	1,29	1,37	1,46	57,81	15,63
Senior (Más de 60 años)	1,34	1,37	1,40	57,82	15,64
Trastornos mentales y del comportamiento por uso de sustancias psicoactivas	0,80	0,95	1,13	48,76	-2,49
Pre-juvenil (1-18 años)	0,93	1,05	1,18	51,21	2,42
Jovenes (19-40 años)	1,15	1,21	1,27	54,74	9,49
Adultos (41-60 años)	1,02	1,11	1,21	52,64	5,29
Senior (Más de 60 años)	1,23	1,39	1,56	58,13	16,25
Trastornos del humor (afectivos).	1,23	1,40	1,60	58,35	16,71
Pre-juvenil (1-18 años)	0,83	1,03	1,26	50,63	1,26
Jovenes (19-40 años)	1,41	1,48	1,56	59,72	19,45
Adultos (41-60 años)	1,46	1,54	1,62	60,60	21,21
Senior (Más de 60 años)	1,51	1,59	1,67	61,34	22,67
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1,29	1,37	1,46	57,86	15,72
Pre-juvenil (1-18 años)	0,87	0,92	0,98	47,98	-4,03
Jovenes (19-40 años)	1,30	1,32	1,35	56,97	13,93
Adultos (41-60 años)	1,55	1,59	1,63	61,32	22,65
Senior (Más de 60 años)	1,71	1,75	1,80	63,69	27,39
Trastornos del humor	1,18	1,23	1,27	55,07	10,14
Pre-juvenil (1-18 años)	0,92	0,96	0,99	48,87	-2,26
Jovenes (19-40 años)	1,20	1,22	1,23	54,86	9,71
Adultos (41-60 años)	1,39	1,41	1,43	58,53	17,05
Senior (Más de 60 años)	1,55	1,58	1,61	61,25	22,51
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés	0,95	1,05	1,16	51,18	2,35
Pre-juvenil (1-18 años)	0,91	1,00	1,11	50,11	0,21
Jovenes (19-40 años)	0,96	1,00	1,04	50,04	0,08
Adultos (41-60 años)	1,13	1,17	1,22	53,98	7,96
Senior (Más de 60 años)	1,45	1,50	1,56	60,06	20,11
Trastornos de personalidad y de comportamiento en personas adultas.	0,76	0,91	1,09	47,58	-4,84
Pre-juvenil (1-18 años)	0,89	1,01	1,14	50,16	0,32
Jovenes (19-40 años)	1,21	1,27	1,34	56,03	12,05
Adultos (41-60 años)	1,31	1,43	1,56	58,88	17,77
Senior (Más de 60 años)	1,19	1,33	1,48	57,09	14,17
Discapacidad intelectual.	0,96	1,10	1,26	52,29	4,57
Pre-juvenil (1-18 años)	1,09	1,18	1,27	54,07	8,13
Jovenes (19-40 años)	1,21	1,28	1,35	56,11	12,21
Adultos (41-60 años)	1,27	1,36	1,45	57,55	15,10
Senior (Más de 60 años)	1,37	1,48	1,61	59,74	19,49
Trastorno del desarrollo psicológico.	0,30	0,34	0,37	25,15	-49,70
Pre-juvenil (1-18 años)	1,14	1,18	1,22	54,12	8,24
Jovenes (19-40 años)	1,31	1,42	1,53	58,61	17,22
Adultos (41-60 años)	0,98	1,10	1,24	52,48	4,95
Senior (Más de 60 años)	1,20	1,37	1,55	57,74	15,47
Trastornos conductuales y emocionales con inicio en la infancia y adolescencia.	0,31	0,36	0,41	26,24	-47,53
Pre-juvenil (1-18 años)	1,16	1,18	1,21	54,22	8,43
Jovenes (19-40 años)	1,06	1,14	1,23	53,32	6,63
Adultos (41-60 años)	0,99	1,11	1,24	52,52	5,04
Senior (Más de 60 años)	0,95	1,07	1,21	51,69	3,39

Fuente: Elaboración Propia.

Por rango de edad, la mayor vulnerabilidad se estima para los mayores de 60 años, con mayores probabilidades de diagnóstico de TMC en esquizofrenia, trastornos neuróticos, del humor y afectivos. Les siguen las personas adultas, afectadas principalmente por los trastornos de personalidad y de comportamiento con 17,66 p.p., y los trastornos del humor con 17,05 p.p. Los adultos mayores infectados

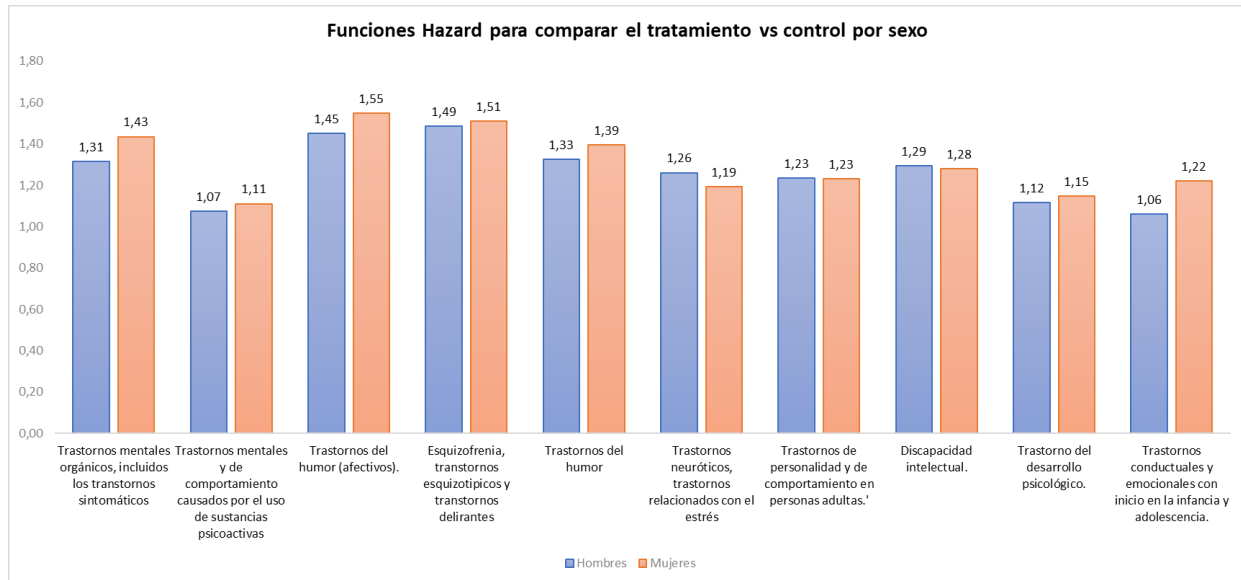
se vieron particularmente afectados por el aislamiento, lo que pudo incrementar su ansiedad, estrés y desconfianza. Esta vulnerabilidad se agrava por la soledad, las condiciones socioeconómicas desfavorables y las comorbilidades, aumentando el riesgo de deterioro de la salud mental. Esta combinación de factores contribuyó a un panorama de mayor riesgo y deterioro de la salud mental en la población mayor durante la pandemia (Organización Mundial de la Salud, 2022b y DANE, 2021).

Para los pacientes entre 18 y 40 años, la prevalencia de trastornos del humor (afectivos) aumentó en 19,45 p.p., seguido de los trastornos de desarrollo psicológico en 17,22 p.p., y los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas. En estos grupos de la población, la percepción sobre el futuro se vio negativamente afectada debido a la incertidumbre del sustento económico. La interrupción de la educación, el trabajo y las interacciones sociales pudo contribuir al aumento del consumo de sustancias psicoactivas y de los trastornos de personalidad, lo cual pudo intensificarse por los temores relacionados con el contagio. Por su parte, los menores de 18 años presentaron trastornos conductuales y emocionales, y trastornos del desarrollo psicológico con incrementos de 8,43 p.p. y 8,24 p.p., respectivamente. Durante la pandemia, debido al cierre de las instituciones educativas, los niños y adolescentes enfrentaron dificultades para mantener sus rutinas y cronogramas habituales, así como problemas para relacionarse con sus pares y una incertidumbre general sobre lo que estaba ocurriendo. Con la pandemia, y sobre todo en aquellos niños y adolescentes infectados, estas dificultades pudieron exacerbarse.

En el Gráfico 8 y el Cuadro 10 se presenta la comparación de las razones Hazard y sus respectivos crecimientos, según el sexo de los pacientes. Se encontró que, tanto en hombres como en mujeres, la probabilidad de un diagnóstico de TMC aumentó después de dar positivo para COVID-19 en cada uno de los diagnósticos de TMCs. Se destaca el incremento en los trastornos del humor y la esquizofrenia. Sin embargo, la probabilidad de que las mujeres con COVID-19 enfrentaran un TMC fue mayor que la encontrada en los hombres, principalmente en los trastornos del humor afectivos (21,57 p.p.), esquizofrenia y trastornos esquizotípicos (20,32 p.p.), y trastornos mentales orgánicos incluidos los trastornos sintomáticos (17,70 p.p.). Los mayores incrementos en la probabilidad de estos TMCs se podrían explicar por la mayor carga emocional y de cuidado que la pandemia tuvo sobre las mujeres.

Gráfico 8

Razón de funciones Hazard para comparar tratamiento vs. Control de acuerdo con el sexo



Fuente: elaboración propia.

Cuadro 10

Razón de funciones Hazard y diferencia en p.p. para comparar tratamiento vs. control por sexo

	Hazard ratio		COVID-19 con TM		Diferencia (p.p)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1.31	1.43	56.71	58.85	13.42	17.70
Trastornos mentales y de comportamiento causados por el uso de sustancias psicoactivas	1.07	1.11	51.69	52.61	3.38	5.21
Trastornos del humor (afectivos).	1.45	1.55	59.18	60.78	18.37	21.57
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	1.49	1.51	59.84	60.16	19.68	20.32
Trastornos del humor	1.33	1.39	57.08	58.16	14.16	16.32
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés	1.26	1.19	55.75	54.34	11.50	8.68
Trastornos de personalidad y de comportamiento en personas adultas.†	1.23	1.23	55.16	55.16	10.31	10.31
Discapacidad intelectual.	1.29	1.28	56.33	56.14	12.66	12.28
Trastorno del desarrollo psicológico.	1.12	1.15	52.83	53.49	5.66	6.98
Trastornos conductuales y emocionales con inicio en la infancia y adolescencia.	1.06	1.22	51.46	54.95	2.91	9.91

Fuente: Elaboración Propia

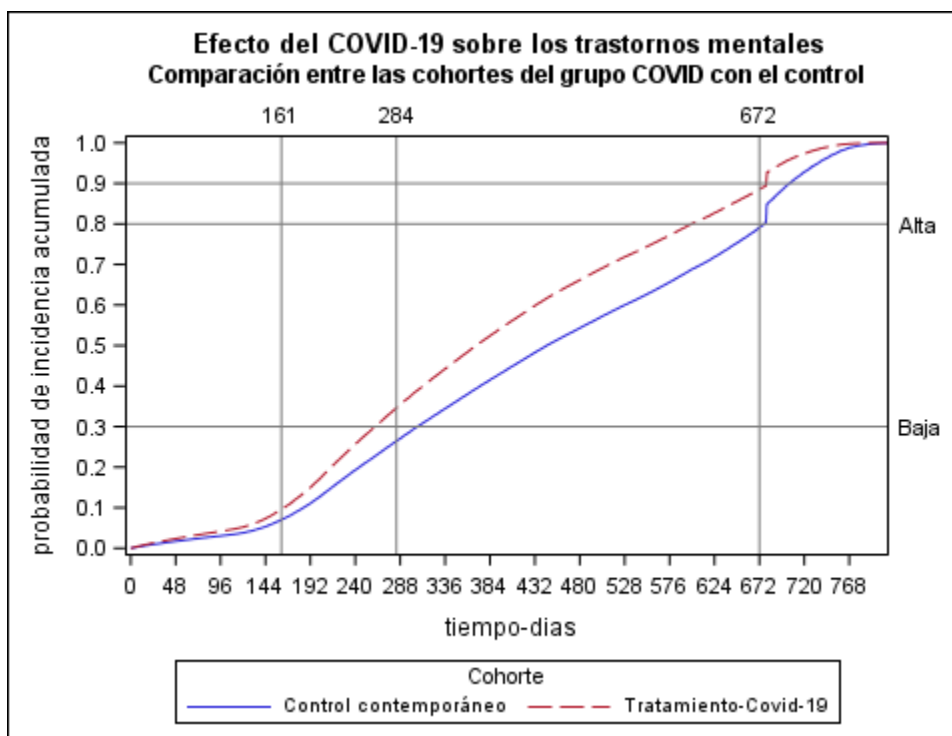
B. Funciones de incidencia

La función de incidencia ilustra cómo cambia con el tiempo la proporción de pacientes que han experimentado un TMC, mostrando la probabilidad de que un individuo sea diagnosticado con un TMC a lo largo del tiempo. Teniendo en cuenta que el estudio es longitudinal, cada cohorte de los grupos de

tratamiento y control se sigue a través del tiempo, desde el momento del diagnóstico hasta junio de 2022. Cada cohorte se analiza desde el momento en que fue diagnosticada con COVID-19.

El Gráfico 9 describe la evolución de las predicciones de las probabilidades de incidencia para cada grupo de comparación a lo largo del periodo de estudio. De acuerdo con el gráfico, en la cohorte de tratamiento, la velocidad de consultas por TMC es mayor que en el grupo de control. La diferencia en la probabilidad de incidencia acumulada se registra en el periodo comprendido entre 284 y 672 días, en el cual se observa un valor mayor de 10 p.p. en el grupo de tratamiento. Durante este periodo, las personas contagiadas con COVID-19 probablemente demoraron las consultas por un TMC debido a las cuarentenas por la pandemia, lo que podría explicar la mayor incidencia en el diagnóstico por COVID-19.

Gráfico 9
Función de incidencia para las cohortes de COVID-19 y grupo de control



Fuente: Elaboración propia

El Gráfico 10 muestra la evolución de las funciones de incidencia acumulada para la cohorte del grupo de tratamiento, de acuerdo con la edad y el tipo de diagnóstico. Se destaca que, en los jóvenes menores de 18 años diagnosticados con COVID-19, predominan los diagnósticos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, esquizofrenia y trastornos esquizotípicos. Lo anterior pudo haber sido originado por cambios en los calendarios escolares y la incertidumbre generada

en la pandemia. Los jóvenes entre 19 y 40 años experimentaron un aumento, principalmente en los trastornos emocionales después de un año de la prueba positiva de COVID-19. Por su parte, los adultos entre 41 y 60 años presentaron un aumento en los trastornos de personalidad y comportamiento, mientras que en los adultos mayores de 60 años predominan los trastornos de desarrollo psicológico y se incrementaron los diagnósticos asociados a la discapacidad intelectual. Además, se puede destacar que, en general, la velocidad de la probabilidad de incidencia del diagnóstico de un TMC se incrementa cinco meses después de la prueba positiva de COVID-19.

De otro lado, cabe destacar que la función de probabilidad de incidencia acumulada para diferentes TMC para el grupo tratamiento aumenta después de los 160 días del diagnóstico positivo de COVID-19, tanto en hombres como en mujeres. Este incremento podría explicarse por el período de aislamiento necesario y la afectación de las consultas debido a las cuarentenas. En general, no se observan grandes diferencias en la evolución de las funciones de incidencia en los TMC de acuerdo con el sexo.

Gráfico 10
Funciones de incidencia acumulada para la cohorte del grupo tratamiento de acuerdo con la edad para cada TMC

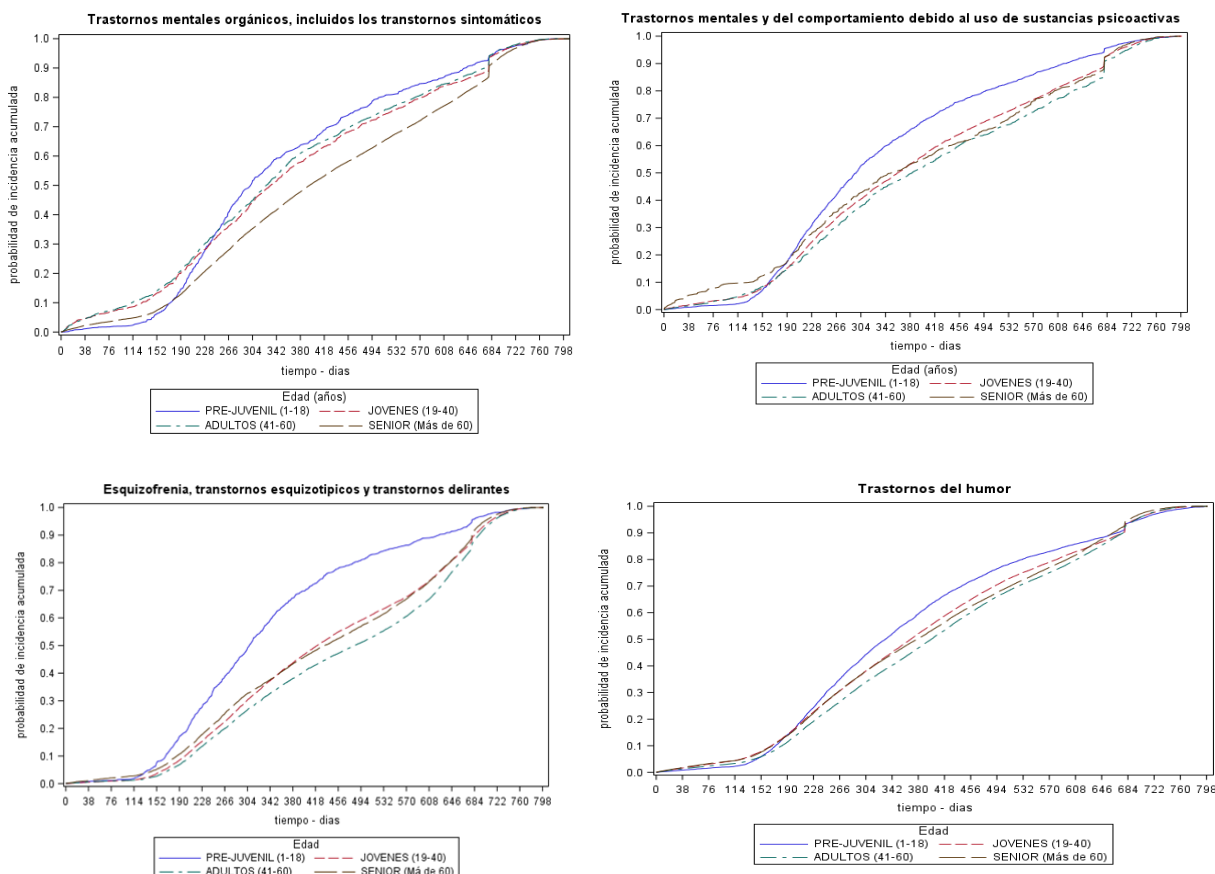
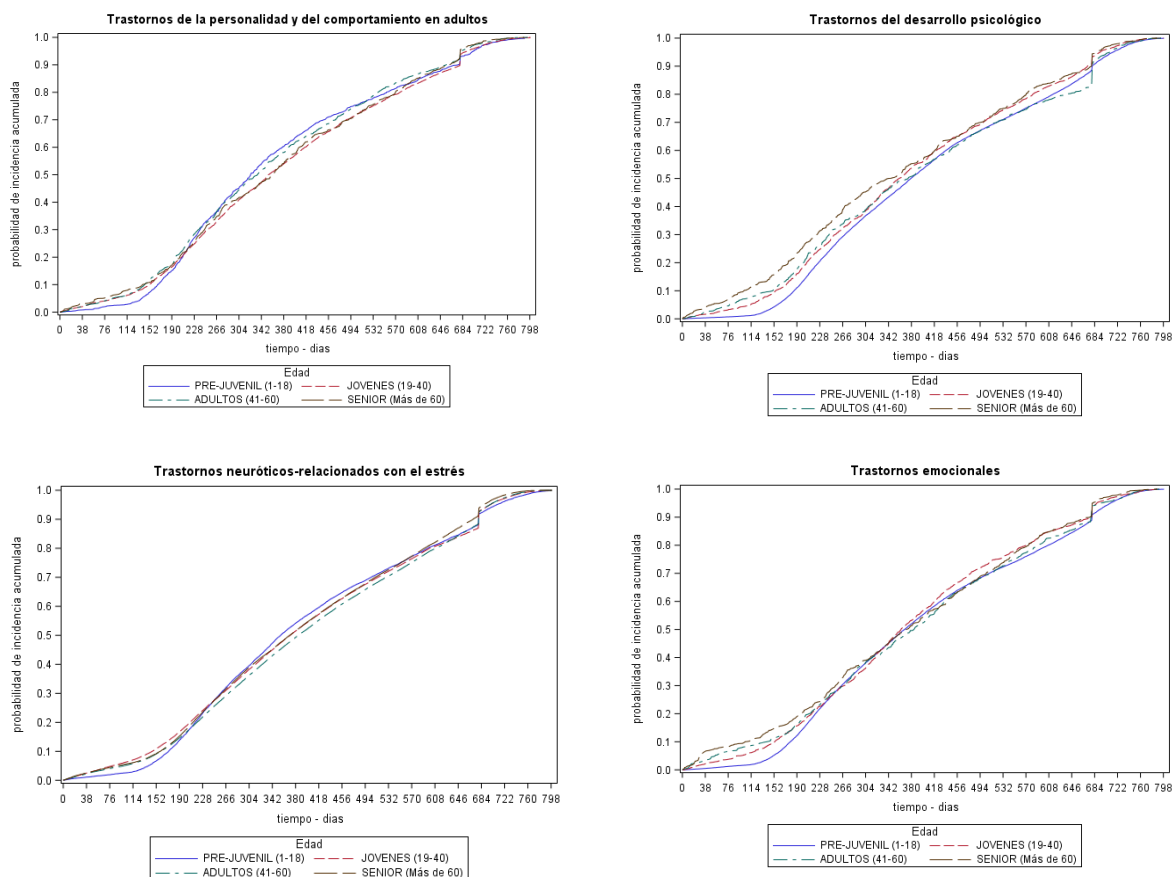


Gráfico 10 (Cont.)

Funciones de incidencia acumulada para la cohorte del grupo tratamiento de acuerdo con la edad



Fuente: Elaboración propia

Los resultados presentados sugieren la importancia de reconocer y abordar los efectos a largo plazo de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de los individuos. La infección por COVID-19 tuvo consecuencias en el bienestar mental, aumentando el riesgo de desarrollar diversos trastornos mentales en los diferentes grupos de la población analizados, por lo que es crucial que las políticas de salud pública proporcionen apoyo a la población, especialmente a los grupos más vulnerables, como los jóvenes y los adultos mayores. Los hallazgos destacan la necesidad de estrategias de intervención temprana y programas de apoyo psicológico que mitiguen los impactos en el bienestar mental.

VII. Conclusiones

Este estudio examina los riesgos de incidencia de *trastornos de salud mental (TMC)* en los sobrevivientes de la fase aguda de la pandemia del COVID-19 en Colombia. La pandemia tuvo un impacto significativo

en la salud mental de los individuos, con un aumento principalmente en los trastornos de ansiedad y depresión. Factores como los confinamientos, el cierre de las instituciones educativas, el estrés económico, la incertidumbre y la desinformación contribuyeron a este aumento, afectando particularmente a los jóvenes y a los adultos mayores. Las mujeres también se vieron afectadas por la mayor carga de trabajo doméstico no remunerado y del cuidado, que recayó principalmente sobre ellas.

Para el análisis empírico, se utilizaron datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del Ministerio de Salud durante el periodo 2019-2022. Se construyeron dos cohortes. La primera un grupo de tratamiento con pacientes que sobrevivieron los primeros 30 días después de la infección por COVID-19, y la otra de control con pacientes sin evidencia de COVID-19 durante 2020. Estas cohortes se siguieron longitudinalmente para evaluar el riesgo de diagnóstico de un TMC, considerando factores sociodemográficos como la edad y el sexo. Los resultados revelan que los riesgos de los TMC son sustanciales en personas contagiadas con COVID-19.

De acuerdo con los resultados, la probabilidad de sufrir TMC es significativamente mayor en los pacientes diagnosticados con COVID-19 en comparación con aquellos no diagnosticados. La mayor probabilidad se puede explicar por el impacto en la vida de los infectados debido al aislamiento y a la falta de contacto físico, así como al temor a la exclusión social por el estigma asociado al virus, generando incertidumbre sobre su futuro.

Por grupo de edad se observaron diferencias significativas en la incidencia de TMC en personas con pruebas positivas para COVID-19. Los trastornos mentales orgánicos y del humor son más prevalentes en niños y jóvenes menores de 18 años, mientras que en personas de 41 a 60 años se destacan los trastornos de personalidad y comportamiento y la discapacidad intelectual. En el grupo de 18 a 40 años, los trastornos mentales orgánicos y del comportamiento por sustancias psicoactivas son más comunes, intensificados por la incertidumbre económica. A su vez, en mayores de 60 años, la prevalencia de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos, delirantes, neuróticos y relacionados con el estrés es mayor, agravada por el aislamiento, la soledad y las comorbilidades. El estudio muestra que la mayor incidencia de TMC ocurre 5 meses después del diagnóstico de COVID-19, en ambos sexos, explicado por el aislamiento y la afectación de las consultas médicas.

Estos resultados subrayan la importancia de reconocer y abordar los efectos a largo plazo de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas. La infección por COVID-19 tuvo consecuencias en el bienestar mental, aumentando el riesgo de desarrollar diversos trastornos mentales en diferentes grupos de

la población. Es crucial que las políticas de salud pública proporcionen apoyo a la población, especialmente a los grupos más vulnerables, como los jóvenes y adultos mayores. Los hallazgos destacan la necesidad de estrategias de intervención temprana y programas de apoyo psicológico que mitiguen los impactos en el bienestar mental.

Referencias

- Abramson, B.; Boerma, J. y Tsyvinski, A. (2024). Macroeconomics of mental health. National Bureau of Economic Research Working Paper 32354. <http://www.nber.org/papers/w32354>.
- Aksunger N, Vernot C, Littman R, Voors M, Meriggi NF, Abajobir A, et al. (2023) COVID-19 and mental health in 8 low- and middle-income countries: A prospective cohort study. *PLoS Med* 20(4): e1004081. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004081>
- Ardón-Centeno, N. y Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp11-23.smmd>
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. Nov 6;398(10312):1700-1712. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7. Epub 2021 Oct 8. PMID: 34634250; PMCID: PMC8500697.
- Christensen, M.K.; McGrath, J.J.; Momen, N.C.; Whiteford, H.A.; Weyerer, N.; Agerbo, E.; Pedersen, C.B.; Mortensen, P.B.; Plana-Ripoll, O.; y Iburg, K.M. (2022) The cost of mental disorders in Denmark: a register-based study. *Npj Ment Health Res*. 1(1):1. doi: 10.1038/s44184-022-00001-y. PMID: 38609539; PMCID: PMC10938857.
- Daly, M.; Sutin, A.R.; Robinson, E. (2022). Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Psychological Medicine*, 2(13):2549-2558. doi:10.1017/S0033291720004432
- DANE (2021). Salud mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia. Nota estadística, agosto. Tomado de: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf>. Consultado el 14 de mayo de 2024.
- Departamento Nacional de Planeación (2019, 14 de abril). *Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*. Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Bogotá, D.C., Colombia: DNP.
- Departamento Nacional de Planeación (2020, 14 de abril). *Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia* (Documento CONPES 3992). Bogotá, D.C., Colombia: DNP.
- Departamento Nacional de Planeación (2023). *Colombia, potencia mundial de la vida*. Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. Bogotá, D.C., Colombia: DNP. Tomado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Publicaciones/plan-nacional-de-desarrollo-2022-2026-colombia-potencia-mundial-de-la-vida.pdf>.
- Gómez-Restrepo, C., Sarmiento-Suárez, M. J., Alba-Saavedra, M., Calvo-Valderrama, M. G., Rincón-Rodríguez, C. J., González-Ballesteros, L. M., Bird, V., Priebe, S., y van Loggerenberg, F. (2023). Mental health problems and resilience in adolescents during the COVID-19 pandemic in a post-armed conflict area in Colombia. *Scientific Reports*, 13(1), Artículo 9743. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-35789-y>
- Guzman-Ruiz, Yenny (2023). A Neglected Challenge of Mental Health: Latin American and Caribbean countries rank among the world's happiest, but mental health remains an undiscussed issue. *Think*

Global Health, July 5. <https://www.thinkglobalhealth.org/article/neglected-challenge-mental-health>.

- Iregui-Bohórquez, A., Melo-Becerra, L., Pinilla-Alarcón, E., y Ramírez-Giraldo, M. T. (2023). Evolución y carga financiera de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Colombia: 2010-2021, *Borradores de Economía* 1234, Banco de la República de Colombia.
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W., Lempinen, L. et al. (2023). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 32, 995–1013. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02060-0>
- Kleinbaum, D., Klein M. *Survival Analysis: A self-learning text*(2005). Springer-Verlag. Pag 391-461.
- McDaid, D. y Park, A-La (2022). The economic case for investing in the prevention of mental health conditions in the UK. Care Policy and Evaluation Centre, Department of Health Policy, London School of Economics and Political Science and Mental Health Foundation. [MHF-Investing-in-Prevention-Full-Report.pdf \(mentalhealth.org.uk\)](https://www.mentalhealth.org.uk/publications/mhf-investing-in-prevention-full-report) (10 de mayo de 2024)
- Moya, A.; Serneels, P.; Desrosiers, A.; Reyes, V.; Torres, M.J.; y Lieberman, A. (2021). The COVID-19 pandemic and maternal mental health in a fragile and conflict-affected setting in Tumaco, Colombia: a cohort study. *The Lancet Global Health*, 9(8), pp. e1068-e1076. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00217-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00217-5)
- OECD (2021), A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.
- OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Pintilie, M (2007). *Competing risks: a practical perspective*. Jhon Wiley and Sons, Ltd. ISBN:-13 978-0-87068-6.
- Robinson, E.; Sutin, A.R.; Daly, M.; and Jones, A. (2022). A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. *Journal of Affective Disorders*, 296, pp. 567-576. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.098>
- Rojas Bernal, L.A.; Castaño Pérez, G.A.; y Restrepo Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina*, 32(2), 129–140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
- Sanabria-Mazo, J. P., Useche-Aldana, B., Ochoa, P. P., Rojas-Gualdrón, D. F. y Sanz, A. (2021). *Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia*. Editorial CES.
- Sapiens Labs (2023). “The Mental State of the World in 2022” A publication of the Mental Health Million Project, March 1. sapienlabs.org/mental-health-million-project
- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific (2021). Prevention and management of mental health conditions in the Philippines. The case for investment. Manila. [file:///Z:/Patrones morbilidad NCD/Salud%20Mental/Documento/Referencias/MENTAL-HEALTH-PHILIPPINES-REPORT%202021.pdf](https://www.wpro.who.int/publications/m/item/prevention-and-management-of-mental-health-conditions-in-the-philippines-the-case-for-investment) (10 de mayo de 2024)

- World Health Organization (2022a, June 8). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- World Health Organization (2022b). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization (2022c). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief, 2 March. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1

Anexo 1

Normatividad de la salud mental en Colombia

La política de salud mental en Colombia ha logrado avances, tanto normativos como conceptuales desde la década del sesenta del siglo pasado. En efecto, Ardón-Centeno y Cubillos-Novella (2012) identifican dos momentos históricos de los referentes normativos de la salud mental en Colombia. El primero, en el período comprendido entre 1960 y 1993 y el segundo entre 1993 y 2012. Estos períodos están separados por la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la Ley 100 de 1993, que es cuando, de acuerdo con los autores se da una transformación del modelo de salud, del sistema de salud colombiano y, por ende, de lo relacionado con la salud mental⁵.

En el primer período, 1960-1993, el modelo de salud mental se basa en los trastornos mentales y su atención, por medio de la ampliación y diversificación de la oferta de servicios, e intentando desplazar los servicios prestados en los hospitales psiquiátricos, hacia prestaciones de tipo ambulatorio en unidades de hospitales generales, centros comunitarios y en modalidades de hospitalización parcial. Es importante mencionar, que la introducción de los psicofármacos en los años cincuenta, implicó un cambio radical, del modelo de atención del hospital psiquiátrico y de caridad a un modelo médico, con estancias de internación breves y con una finalidad de rehabilitación del individuo, trayendo consigo que otro tipo de intervenciones cayeran en desuso constituye un gran avance de la medicina en el siglo XX (Ardón-Centeno y Cubillos-Novella, 2012).

En 1973 se realizó el primer macrodiagnóstico de salud mental, con el cual se "... inició el proceso de liberación de la salud mental de su proscripción de los temas de salud, estando anteriormente relegada a la institución del asilo" (Parales-Quenza, Urrego-Mendoza y Herazo-Acevedo, 2018, p. 5). Además, los macrodiagnósticos de salud mental de 1981 y de 1986-1987 realizaron una descripción del sector en términos de capacidad instalada y otros recursos disponibles, considerando además el refuerzo de alternativas de atención diferentes al hospital psiquiátrico. En ese entonces, la salud mental se entendía desde la postura convencional de la distinción entre normalidad y anormalidad (Documento CONPES 3992, 2020, p. 12).

⁵ Para una presentación detallada del marco normativo de la salud mental en Colombia, en diferentes períodos, véase, por ejemplo, Ardón-Centeno y Cubillos-Novella (2012), Urrego-Mendoza (2007) y Parales-Quenza, Urrego-Mendoza y Herazo-Acevedo (2018). Además, el Anexo 1 de Ardón Centeno y Cubillos Novella (2012) presenta un recuento de leyes, decretos, resoluciones y acuerdos que regularon la salud mental en el ámbito nacional colombiano entre 1970 y 2012.

En la Constitución Política de 1991 quedó consignada la protección por parte del Estado a aquellas personas que por su condición mental se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta. Así mismo, en 1992 se adoptaron los derechos las personas con trastorno mental (Resolución 002417).

En la década de los noventa, la política de salud mental experimentó un cambio significativo. La Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), reorganizando la prestación de servicios de salud. En el ámbito de la salud mental, el SGSSS se propuso brindar protección integral en todos los niveles, desde la promoción de la salud mental hasta la atención de problemas y trastornos mentales, incluyendo diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación. Además, se produjo un cambio en la conceptualización de la salud mental, integrándose el enfoque de salud mental positiva a la política pública. Esto permitió abordar la salud mental más allá de la enfermedad, interviniendo en los determinantes sociales que afectan el bienestar de la población (CONPES 3992, 2020, p. 12).

Un avance importante en salud mental fue la creación de la primera Política Nacional de Salud Mental (PNSM) en 1998 (resolución 2358 de 1998 del Ministerio de Salud). Esta política, que incluyó directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre atención primaria y promoción de la salud emocional, vinculó por primera vez la salud mental con la adicción a sustancias psicoactivas y la violencia, incluida la del conflicto armado y la violencia intrafamiliar. Sin embargo, su implementación tuvo dificultades debido a que fue aprobada en medio de un cambio de gobierno nacional. En respuesta a estos problemas, el Ministerio de la Protección Social reformuló la política en 2005 mediante el documento "Lineamientos de políticas de salud mental para Colombia", que tenía como objetivo "promover la salud mental, prevenir los impactos negativos de los problemas psicosociales y reducir el impacto negativo de los trastornos mentales" (Ardón-Centeno y Cubillos-Novella, 2012, p. 18).

Posteriormente, para avanzar en la organización institucional necesaria para desarrollar la política de salud mental, la Ley 1122 de 2007 (artículo 33) estableció que el Plan Nacional de Desarrollo de cada gobierno debe definir el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio. Este plan debe incluir acciones para promover la salud mental, tratar los trastornos más comunes, y prevenir la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. Estos lineamientos se integraron en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010⁶ posicionando la salud mental como una prioridad nacional, fomentando su inclusión en los planes territoriales de salud (PTS) y asignando a las EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales e IPS la responsabilidad de la promoción, especialmente en el ámbito familiar. Estos lineamientos también se

⁶ Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

retomaron en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012- 2021, que incluyó la salud mental y la convivencia social como una de sus ocho dimensiones prioritarias⁷, resaltando la necesidad de un trabajo articulado entre diferentes sectores del gobierno para abordar los determinantes sociales relacionados con la salud mental. Además, en 2009 se promulgó la Ley 1306 de 2009⁸, que determinó la protección general e inclusión social de las personas con discapacidad mental.

A pesar de los avances normativos, la salud mental seguía siendo tratada desde una perspectiva de enfermedad, con acciones de promoción limitadas al sector salud. La Ley 1616 de 2013, o Ley de Salud Mental, estableció el derecho pleno a la salud mental en los ámbitos de promoción, prevención y atención, basándose en los principios de la atención primaria en salud. Además, ordenó la actualización e implementación de la PNSM de 1998 según los criterios de la ley. La PNSM debía reformularse con una definición positiva de salud mental, centrada en derechos, siguiendo estrategias de atención primaria, con énfasis en la participación y considerando acciones intra e intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud mental (Parales-Quenza, Urrego-Mendoza y Herazo-Acevedo, 2018, p.8).

En un estudio sobre la salud mental en Colombia, Rojas-Bernal et al. (2018) señalan que, cinco años después de la promulgación de la Ley 1616, la inequidad en salud mental persiste y la normativa no ha cumplido sus objetivos, resultando en una atención deficiente. Además, mencionan que la igualación de servicios entre los regímenes contributivo y subsidiado (resolución 5521 de 2013) no mejoró la salud de los pacientes con enfermedades mentales, sino que redujo las posibilidades de beneficio en salud mental para ambos regímenes, perjudicando especialmente a los más pobres.

También, en virtud de lo manifestado por la Ley 1616 de 2013, en 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social profirió la Política Nacional de Salud Mental⁹, enfocada en promover la salud mental, reducir los riesgos asociados con trastornos mentales, el suicidio, violencias y epilepsia, y asegurar una atención integral e inclusión social. El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” propuso avanzar en la expedición del documento CONPES de salud mental, el cual abordaría de manera intersectorial la gestión integral para la salud mental de la población colombiana (véase DNP, 2019). En efecto, en abril de 2020 se aprobó el CONPES 3992 (*Estrategia para la promoción*

⁷ El PDSP 2012-2021 define ocho dimensiones prioritarias para implementación de acciones en salud pública en el país, las cuales son: salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres, vida saludable y condiciones no transmisibles y salud y ámbito laboral.

⁸ Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados.

⁹ Resolución 4886 de 2018, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

de la salud mental en Colombia), que apoyaba la ley 1616 de 2013 mediante la coordinación intersectorial, el fortalecimiento de entornos sociales y la mejora en la atención a la salud mental. No obstante, el mismo CONPES señalaba que los efectos de esta reorganización se verían a partir de 2023. Asimismo, el Plan Nacional de Desarrollo para el periodo 2022-2026 “Colombia, potencia mundial de la vida” reafirma el compromiso del gobierno con la promoción, prevención y atención integral de la salud mental (véase DNP, 2023).

Por último, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (resolución 1035 de 2022) busca el desarrollo humano y social sostenible, promoviendo oportunidades y capacidades para que personas, familias y comunidades cuiden su salud mental, establezcan relaciones significativas y afronten desafíos en todas las etapas de la vida. Incluye el desarrollo de habilidades emocionales y psicosociales, el fortalecimiento de redes de apoyo y la integración de prácticas culturales para el cuidado de la salud mental. Fomenta actividades lúdicas y artísticas, la sana convivencia, y el uso creativo del tiempo libre. Además, promueve una vida libre de violencias y prácticas de crianza respetuosa, así como programas de aprendizaje socioemocional en escuelas y el fortalecimiento del tejido social. El plan también busca reducir el estigma y la discriminación social, garantizando una atención integral y de calidad en salud mental a través de redes de servicios integrados en áreas urbanas y rurales, continuando los avances del PDSP 2012-2021 según la normativa vigente.

Anexo 2

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99)

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F00–F09)	
F00	Demencia en la enfermedad de Alzheimer
F01	Demencia vascular
F02	Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte
F03	Demencia, no especificada
F04	Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
F05	Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
F06	Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física
F07	Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral
F09	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F10–F19)	
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos
F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20–F29)	
F20	Esquizofrenia
F21	Trastorno esquizotípico
F22	Trastornos delirantes persistentes
F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios
F24	Trastorno delirante inducido
F25	Trastornos esquizoafectivos
F28	Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico
F29	Psicosis de origen no orgánico, no especificada

Anexo 2 (Cont.)

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99)

Trastornos del humor [afectivos] (F30–F39)	
F30	Episodio maníaco
F31	Trastorno afectivo bipolar
F32	Episodio depresivo
F33	Trastorno depresivo recurrente
F34	Trastornos del humor [afectivos] persistentes
F38	Otros trastornos del humor [afectivos]
F39	Trastorno del humor [afectivo], no especificado
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40–F48)	
F40	Trastornos fóbicos de ansiedad
F41	Otros trastornos de ansiedad
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo
F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación
F44	Trastornos disociativos [de conversión]
F45	Trastornos somatomorfos
F48	Otros trastornos neuróticos
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50–F59)	
F50	Trastornos de la ingestión de alimentos
F51	Trastornos no orgánicos del sueño
F52	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos
F53	Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte
F54	Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte
F55	Abuso de sustancias que no producen dependencia
F59	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60–F69)	
F60	Trastornos específicos de la personalidad
F61	Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
F62	Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral
F63	Trastornos de los hábitos y de los impulsos
F64	Trastornos de la identidad de género
F65	Trastornos de la preferencia sexual
F66	Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales
F68	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
F69	Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado

Anexo 2 (Cont.)

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Trastornos mentales y del comportamiento (F00–F99)

Retraso mental (F70–F79)	
F70	Retraso mental leve
F71	Retraso mental moderado
F72	Retraso mental grave
F73	Retraso mental profundo
F78	Otros tipos de retraso mental
F79	Retraso mental, no especificado

Trastornos del desarrollo psicológico (F80–F89)	
F80	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
F81	Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares
F82	Trastorno específico del desarrollo de la función motriz
F83	Trastornos específicos mixtos del desarrollo
F84	Trastornos generalizados del desarrollo
F88	Otros trastornos del desarrollo psicológico
F89	Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado

Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (F90–F98)	
F90	Trastornos hipercinéticos
F91	Trastornos de la conducta
F92	Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones
F93	Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez
F94	Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia
F95	Trastornos por tics
F98	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia
F99	Trastorno mental no especificado

Fuente: Catálogo de patologías CIE-10, capítulo 5, actualizado el 08/02/2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Incluye: trastornos del desarrollo psicológico. Excluye: síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00–R99) Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=catalogo%20cie&ss=Todos>

Anexo 3
TMC por sexo: consultas, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones

A.3.1 Consultas

	Total	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Porcentaje de mujeres											
2010	55,9%	57,0%	27,8%	42,7%	69,8%	70,9%	48,0%	46,1%	45,1%	35,2%	34,9%
2011	54,0%	57,9%	25,7%	42,0%	70,0%	70,2%	45,6%	45,6%	44,3%	33,5%	34,5%
2012	55,1%	60,5%	21,2%	42,7%	69,3%	69,7%	44,9%	46,9%	59,9%	32,7%	35,1%
2013	54,2%	58,7%	19,1%	42,6%	70,5%	69,9%	46,4%	49,8%	56,0%	32,5%	34,1%
2014	53,9%	60,3%	20,4%	42,2%	69,7%	69,2%	46,1%	48,8%	50,0%	33,7%	34,7%
2015	52,8%	60,7%	21,3%	40,6%	69,2%	68,4%	44,9%	49,4%	40,9%	33,4%	35,4%
2016	55,8%	65,2%	22,8%	42,3%	70,9%	70,8%	45,3%	51,3%	44,6%	35,3%	33,4%
2017	59,5%	74,0%	28,2%	49,0%	73,6%	72,5%	53,3%	46,2%	49,7%	38,2%	38,5%
2018	57,1%	73,5%	21,8%	45,3%	70,8%	69,5%	50,0%	48,4%	50,4%	37,0%	38,0%
2019	53,0%	63,4%	21,3%	40,2%	67,0%	66,4%	43,7%	50,9%	45,9%	32,6%	35,2%
2020	53,6%	63,0%	18,9%	38,1%	65,6%	66,2%	45,5%	51,1%	43,3%	32,2%	37,1%
2021	53,9%	63,4%	18,8%	37,7%	66,7%	67,6%	45,2%	51,5%	43,5%	31,6%	40,2%
Promedio	55%	63%	22%	42%	69%	69%	47%	49%	48%	34%	36%
Porcentaje de hombres											
2010	44,1%	43,0%	72,2%	57,3%	30,2%	29,1%	52,0%	53,9%	54,9%	64,8%	65,1%
2011	46,0%	42,1%	74,3%	58,0%	30,0%	29,8%	54,4%	54,4%	55,7%	66,5%	65,5%
2012	44,9%	39,5%	78,8%	57,3%	30,7%	30,3%	55,1%	53,1%	40,1%	67,3%	64,9%
2013	45,8%	41,3%	80,9%	57,4%	29,5%	30,1%	53,6%	50,2%	44,0%	67,5%	65,9%
2014	46,1%	39,7%	79,6%	57,8%	30,3%	30,8%	53,9%	51,2%	50,0%	66,3%	65,3%
2015	47,2%	39,3%	78,7%	59,4%	30,8%	31,6%	55,1%	50,6%	59,1%	66,6%	64,6%
2016	44,2%	34,8%	77,2%	57,7%	29,1%	29,2%	54,7%	48,7%	55,4%	64,7%	66,6%
2017	40,5%	26,0%	71,8%	51,0%	26,4%	27,5%	46,7%	53,8%	50,3%	61,8%	61,5%
2018	42,9%	26,5%	78,2%	54,7%	29,2%	30,5%	50,0%	51,6%	49,6%	63,0%	62,0%
2019	47,0%	36,6%	78,7%	59,8%	33,0%	33,6%	56,3%	49,1%	54,1%	67,4%	64,8%
2020	46,4%	37,0%	81,1%	61,9%	34,4%	33,8%	54,5%	48,9%	56,7%	67,8%	62,9%
2021	46,1%	36,6%	81,2%	62,3%	33,3%	32,4%	54,8%	48,5%	56,5%	68,4%	59,8%
Promedio	45%	37%	78%	58%	31%	31%	53%	51%	52%	66%	64%

Nota: Para definiciones de F0 a F9, véase Cuadro 1.

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.3.2 Procedimientos

	Total	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Porcentaje de mujeres											
2010	53,4%	58,7%	37,6%	45,5%	67,3%	72,7%	41,7%	55,5%	41,7%	34,1%	35,0%
2011	51,6%	58,0%	37,0%	45,3%	67,3%	70,4%	38,6%	58,1%	44,6%	34,4%	34,3%
2012	51,9%	61,5%	29,9%	46,0%	70,7%	70,5%	43,2%	52,5%	43,8%	32,1%	33,1%
2013	51,4%	58,0%	28,5%	46,1%	69,3%	69,0%	43,3%	45,5%	48,8%	48,8%	29,1%
2014	47,5%	60,5%	23,2%	44,0%	67,1%	49,4%	44,4%	51,1%	53,9%	36,5%	
2015	52,3%	59,9%	22,9%	44,7%	67,3%	67,6%	43,0%	50,7%	50,2%	40,6%	
2016	45,8%	53,2%	23,0%	49,2%	68,9%	69,3%	46,6%	52,3%	49,3%	36,1%	31,1%
2017	47,7%	61,5%	22,7%	49,1%	68,7%	69,6%	56,3%	53,8%	52,3%	35,9%	35,2%
2018	43,7%	62,0%	20,0%	42,4%	67,3%	67,4%	53,1%	49,1%	45,8%	33,9%	30,1%
2019	40,9%	55,7%	20,1%	38,5%	60,9%	64,9%	46,4%	53,4%	43,1%	30,8%	29,1%
2020	42,5%	53,5%	21,9%	37,6%	59,4%	62,9%	38,7%	53,4%	42,0%	29,9%	30,4%
2021	41,9%	53,7%	19,8%	37,3%	63,1%	64,3%	46,2%	49,1%	40,4%	30,1%	31,7%
Promedio	47,6%	58,0%	25,5%	43,8%	66,4%	66,5%	45,1%	52,0%	46,3%	35,3%	31,9%
Porcentaje de hombres											
2010	46,6%	41,3%	62,4%	54,5%	32,7%	27,3%	58,3%	44,5%	58,3%	65,9%	65,0%
2011	48,4%	42,0%	63,0%	54,7%	32,7%	29,6%	61,4%	41,9%	55,4%	65,6%	65,7%
2012	48,1%	38,5%	70,1%	54,0%	29,3%	29,5%	56,8%	47,5%	56,2%	67,9%	66,9%
2013	48,6%	42,0%	71,5%	53,9%	30,7%	31,0%	56,7%	54,5%	51,2%	51,2%	70,9%
2014	52,5%	39,5%	76,8%	56,0%	32,9%	50,6%	55,6%	48,9%	46,1%	63,5%	
2015	47,7%	40,1%	77,1%	55,3%	32,7%	32,4%	57,0%	49,3%	49,8%	59,4%	
2016	54,2%	46,8%	77,0%	50,8%	31,1%	30,7%	53,4%	47,7%	50,7%	63,9%	68,9%
2017	52,3%	38,5%	77,3%	50,9%	31,3%	30,4%	43,7%	46,2%	47,7%	64,1%	64,8%
2018	56,3%	38,0%	80,0%	57,6%	32,7%	32,6%	46,9%	50,9%	54,2%	66,1%	69,9%
2019	59,1%	44,3%	79,9%	61,5%	39,1%	35,1%	53,6%	46,6%	56,9%	69,2%	70,9%
2020	57,5%	46,5%	78,1%	62,4%	40,6%	37,1%	61,3%	46,6%	58,0%	70,1%	69,6%
2021	58,1%	46,3%	80,2%	62,7%	36,9%	35,7%	53,8%	50,9%	59,6%	69,9%	68,3%
Promedio	52,4%	42,0%	74,5%	56,2%	33,6%	33,5%	54,9%	48,0%	53,7%	64,7%	68,1%

Nota: Para definiciones de F0 a F9, véase Cuadro 1. En 2014 y 2015 las tasas de F9 no se incluyen porque exhiben un comportamiento atípico.

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.3.3 Urgencias

	Total	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Porcentaje de mujeres											
2015	57,6%	53,5%	31,3%	41,4%	65,3%	67,3%	57,4%	54,0%	39,3%	45,7%	53,9%
2016	57,7%	57,8%	31,3%	42,1%	66,2%	68,8%	58,1%	56,6%	43,7%	50,0%	46,4%
2017	59,0%	65,3%	33,4%	44,9%	67,4%	69,4%	61,3%	60,8%	49,6%	43,5%	51,4%
2018	54,2%	59,4%	30,8%	38,6%	63,5%	63,1%	50,3%	54,4%	45,0%	40,0%	49,9%
2019	54,0%	56,6%	30,1%	38,4%	62,5%	63,2%	51,6%	54,5%	39,0%	35,4%	49,4%
2020	52,6%	52,5%	26,9%	35,7%	59,5%	62,6%	50,5%	50,7%	36,3%	35,6%	48,5%
2021	53,8%	52,5%	25,5%	37,1%	62,4%	63,2%	53,8%	52,1%	37,5%	33,0%	53,1%
Promedio	55,5%	56,8%	29,9%	39,8%	63,8%	65,4%	54,7%	54,7%	41,5%	40,4%	50,4%
Porcentaje de hombres											
2015	42,4%	46,5%	68,7%	58,6%	34,7%	32,7%	42,6%	46,0%	60,7%	54,3%	46,1%
2016	42,3%	42,2%	68,7%	57,9%	33,8%	31,2%	41,9%	43,4%	56,3%	50,0%	53,6%
2017	41,0%	34,7%	66,6%	55,1%	32,6%	30,6%	38,7%	39,2%	50,4%	56,5%	48,6%
2018	45,8%	40,6%	69,2%	61,4%	36,5%	36,9%	49,7%	45,6%	55,0%	60,0%	50,1%
2019	46,0%	43,4%	69,9%	61,6%	37,5%	36,8%	48,4%	45,5%	61,0%	64,6%	50,6%
2020	47,4%	47,5%	73,1%	64,3%	40,5%	37,4%	49,5%	49,3%	63,7%	64,4%	51,5%
2021	46,2%	47,5%	74,5%	62,9%	37,6%	36,8%	46,2%	47,9%	62,5%	67,0%	46,9%
Promedio	44,5%	43,2%	70,1%	60,2%	36,2%	34,6%	45,3%	45,3%	58,5%	59,6%	49,6%

Nota: Para definiciones de F0 a F9, véase Cuadro 1.

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.3.4 Hospitalizaciones

	Total	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Porcentaje de mujeres											
2015	49,6%	57,2%	21,0%	40,1%	62,2%	63,3%	58,3%	44,2%	50,6%	41,4%	44,5%
2016	51,3%	58,6%	21,3%	45,3%	62,4%	63,4%	58,1%	40,3%	37,7%	38,2%	49,2%
2017	51,5%	65,4%	23,8%	45,5%	62,6%	64,8%	62,3%	52,5%	39,7%	45,3%	51,1%
2018	49,4%	63,1%	21,9%	40,6%	64,2%	63,7%	63,1%	55,2%	45,6%	33,7%	54,6%
2019	44,7%	53,6%	20,0%	35,9%	59,9%	60,5%	57,2%	51,8%	37,0%	28,5%	49,7%
2020	43,5%	51,4%	20,5%	33,3%	58,1%	58,9%	48,0%	47,0%	38,0%	23,6%	46,3%
2021	45,0%	48,4%	18,9%	34,3%	61,0%	60,5%	52,3%	53,4%	40,6%	26,4%	50,0%
Promedio	47,9%	56,8%	21,1%	39,3%	61,5%	62,2%	57,1%	49,2%	41,3%	33,9%	49,3%
Porcentaje de hombres											
2015	50,4%	42,8%	79,0%	59,9%	37,8%	36,7%	41,7%	55,8%	49,4%	58,6%	55,5%
2016	48,7%	41,4%	78,7%	54,7%	37,6%	36,6%	41,9%	59,7%	62,3%	61,8%	50,8%
2017	48,5%	34,6%	76,2%	54,5%	37,4%	35,2%	37,7%	47,5%	60,3%	54,7%	48,9%
2018	50,6%	36,9%	78,1%	59,4%	35,8%	36,3%	36,9%	44,8%	54,4%	66,3%	45,4%
2019	55,3%	46,4%	80,0%	64,1%	40,1%	39,5%	42,8%	48,2%	63,0%	71,5%	50,3%
2020	56,5%	48,6%	79,5%	66,7%	41,9%	41,1%	52,0%	53,0%	62,0%	76,4%	53,7%
2021	55,0%	51,6%	81,1%	65,7%	39,0%	39,5%	47,7%	46,6%	59,4%	73,6%	50,0%
Promedio	52,1%	43,2%	78,9%	60,7%	38,5%	37,8%	42,9%	50,8%	58,7%	66,1%	50,7%

Nota: Para definiciones de F0 a F9, véase Cuadro 1.

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

Anexo 4

TMC por rangos de edad: consultas, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones

A.4.1 Consultas

Grupo etario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F0)													
0 a 09 años	0,8%	0,7%	0,8%	0,8%	1,0%	1,0%	1,2%	0,7%	0,5%	0,8%	0,6%	0,6%	0,8%
10 a 19 años	2,2%	2,1%	1,9%	1,9%	2,0%	1,9%	2,1%	2,0%	1,7%	1,9%	1,5%	1,7%	1,9%
20 a 29 años	3,8%	5,1%	4,0%	2,9%	3,3%	3,2%	2,4%	2,2%	2,0%	2,4%	2,1%	2,1%	3,0%
30 a 39 años	4,1%	6,0%	4,2%	3,3%	3,1%	2,8%	2,5%	2,6%	2,5%	2,6%	2,3%	2,7%	3,2%
40 a 49 años	5,0%	6,8%	4,6%	3,7%	3,6%	3,3%	2,9%	3,1%	2,8%	3,3%	3,0%	3,6%	3,8%
50 a 59 años	6,0%	8,6%	6,8%	5,2%	5,2%	5,2%	5,1%	5,5%	5,0%	5,2%	4,9%	6,2%	5,8%
60 a 69 años	10,0%	11,4%	11,5%	11,3%	11,5%	13,0%	11,7%	13,2%	13,0%	13,4%	12,8%	16,5%	12,4%
70 años o más	38,8%	44,5%	48,9%	47,1%	50,1%	53,9%	52,7%	55,4%	59,3%	57,6%	54,8%	57,5%	51,7%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F1)													
0 a 09 años	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%	0,3%	0,7%	0,3%
10 a 19 años	6,0%	5,7%	6,1%	8,0%	9,2%	10,5%	10,2%	13,4%	13,3%	11,3%	13,9%	12,6%	10,0%
20 a 29 años	7,8%	9,6%	9,8%	12,6%	13,5%	14,8%	12,5%	13,9%	17,1%	14,8%	15,7%	15,4%	13,1%
30 a 39 años	3,3%	3,9%	4,5%	6,5%	7,3%	8,3%	7,6%	9,4%	9,8%	9,0%	9,3%	9,7%	7,4%
40 a 49 años	2,3%	2,3%	2,1%	2,8%	2,9%	3,5%	3,6%	3,7%	3,8%	4,3%	4,4%	5,1%	3,4%
50 a 59 años	1,9%	1,8%	1,9%	2,5%	2,5%	3,3%	2,8%	2,6%	2,9%	2,8%	2,7%	2,9%	2,5%
60 a 69 años	1,8%	1,6%	1,3%	1,4%	1,6%	1,9%	1,9%	2,0%	2,1%	2,4%	2,1%	2,0%	1,8%
70 años o más	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	0,7%	0,6%	0,5%	0,7%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F2)													
0 a 09 años	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,5%	0,5%	0,1%	1,2%	0,9%	1,1%	1,1%	1,7%	0,7%
10 a 19 años	3,1%	3,3%	3,5%	3,6%	4,5%	4,7%	4,7%	4,1%	4,0%	3,7%	4,9%	4,3%	4,0%
20 a 29 años	13,8%	18,1%	16,1%	16,1%	17,6%	16,8%	16,7%	15,4%	14,4%	14,6%	15,6%	13,7%	15,7%
30 a 39 años	16,2%	21,2%	18,1%	17,0%	18,5%	17,0%	17,2%	15,4%	14,6%	14,9%	17,0%	14,6%	16,8%
40 a 49 años	16,7%	24,8%	18,1%	15,8%	16,2%	15,8%	15,2%	15,2%	14,5%	14,1%	16,1%	13,4%	16,3%
50 a 59 años	15,2%	20,3%	17,8%	15,4%	15,6%	14,5%	14,5%	14,6%	13,0%	13,0%	14,8%	12,8%	15,1%
60 a 69 años	13,0%	16,3%	12,9%	12,2%	12,4%	12,2%	13,9%	12,9%	12,3%	12,8%	13,3%	11,1%	12,9%
70 años o más	7,5%	8,5%	6,3%	6,1%	5,8%	5,4%	6,1%	5,3%	4,5%	5,4%	5,3%	4,3%	5,9%
Trastornos del humor [afectivos] (F3)													
0 a 09 años	2,0%	1,6%	2,1%	1,7%	1,9%	1,6%	2,1%	2,9%	2,4%	2,5%	2,6%	3,3%	2,2%
10 a 19 años	14,6%	12,1%	13,1%	12,3%	12,8%	13,3%	16,0%	15,5%	15,8%	16,2%	17,5%	19,7%	14,9%
20 a 29 años	25,0%	21,4%	23,5%	22,8%	22,1%	22,8%	26,4%	26,8%	27,3%	28,1%	26,0%	25,7%	24,8%
30 a 39 años	27,2%	23,2%	25,7%	25,9%	25,7%	27,2%	30,2%	30,0%	32,0%	31,6%	28,4%	27,7%	27,9%
40 a 49 años	31,0%	26,1%	28,9%	29,3%	30,0%	32,8%	35,6%	35,4%	38,0%	36,2%	32,4%	30,8%	32,2%
50 a 59 años	33,2%	29,3%	30,6%	31,0%	32,2%	34,8%	38,5%	38,1%	41,5%	39,4%	34,7%	32,7%	34,7%
60 a 69 años	32,2%	28,7%	27,9%	28,1%	29,8%	32,3%	36,0%	35,5%	38,4%	35,5%	31,5%	29,0%	32,1%
70 años o más	21,1%	17,0%	15,4%	15,6%	16,0%	16,4%	19,7%	18,4%	18,5%	17,1%	16,0%	14,1%	17,1%

A.4.1 Consultas (Continuación)

Grupo etario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F4)													
0 a 09 años	6,1%	5,5%	5,8%	5,8%	5,8%	5,7%	4,8%	1,3%	1,0%	1,0%	1,1%	1,2%	3,8%
10 a 19 años	19,7%	19,5%	19,0%	17,1%	16,8%	16,1%	16,5%	15,0%	13,6%	14,0%	17,3%	19,6%	17,0%
20 a 29 años	32,4%	27,0%	28,3%	29,0%	26,4%	26,5%	27,3%	26,0%	24,5%	25,5%	28,1%	30,8%	27,7%
30 a 39 años	36,0%	30,9%	31,9%	33,1%	30,6%	32,5%	31,4%	30,2%	29,8%	30,0%	33,2%	35,4%	32,1%
40 a 49 años	35,8%	31,3%	33,0%	36,2%	33,4%	35,0%	33,6%	33,1%	31,5%	32,6%	36,4%	39,0%	34,3%
50 a 59 años	35,2%	32,3%	32,9%	36,1%	32,6%	33,7%	31,7%	30,3%	29,5%	30,9%	35,8%	38,2%	33,3%
60 a 69 años	33,9%	32,3%	32,4%	34,2%	30,5%	31,7%	28,9%	27,5%	26,4%	27,9%	33,7%	34,5%	31,2%
70 años o más	23,1%	21,0%	18,9%	20,3%	16,9%	16,1%	15,5%	14,0%	12,2%	14,1%	18,6%	18,7%	17,5%
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F5)													
0 a 09 años	2,7%	2,1%	2,3%	2,6%	2,4%	2,2%	2,0%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	1,5%
10 a 19 años	4,0%	3,3%	3,1%	3,1%	2,8%	2,6%	2,3%	2,4%	1,9%	1,7%	1,7%	1,8%	2,6%
20 a 29 años	6,3%	4,7%	4,8%	4,9%	4,4%	4,3%	3,6%	4,6%	3,2%	2,8%	2,2%	2,4%	4,0%
30 a 39 años	6,0%	4,7%	4,9%	5,3%	4,6%	4,7%	4,2%	5,0%	3,9%	3,5%	2,8%	3,1%	4,4%
40 a 49 años	5,0%	4,0%	4,2%	4,8%	4,6%	4,8%	4,3%	4,8%	4,1%	3,8%	3,2%	3,6%	4,3%
50 a 59 años	4,8%	4,0%	4,0%	4,5%	4,4%	4,4%	3,8%	4,9%	4,1%	3,8%	3,3%	3,7%	4,1%
60 a 69 años	5,7%	4,8%	4,5%	5,3%	4,7%	5,1%	4,4%	5,5%	4,6%	4,0%	3,7%	4,1%	4,7%
70 años o más	5,5%	4,4%	3,8%	4,6%	4,4%	5,7%	3,5%	4,3%	3,3%	2,9%	2,9%	3,2%	4,0%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F6)													
0 a 09 años	0,9%	0,6%	0,8%	0,7%	0,8%	0,7%	0,4%	3,0%	2,3%	2,1%	2,1%	2,3%	1,4%
10 a 19 años	2,0%	2,0%	2,2%	1,9%	2,1%	2,0%	2,1%	2,5%	1,9%	1,8%	1,7%	1,9%	2,0%
20 a 29 años	2,3%	2,7%	2,7%	2,0%	2,0%	2,1%	2,1%	2,8%	2,8%	2,4%	2,2%	2,4%	2,4%
30 a 39 años	2,1%	2,9%	1,7%	1,5%	1,4%	1,4%	1,3%	1,8%	1,6%	1,6%	1,4%	1,5%	1,7%
40 a 49 años	1,2%	1,2%	1,2%	1,1%	1,0%	1,0%	1,0%	1,2%	1,1%	1,2%	0,9%	1,0%	1,1%
50 a 59 años	1,3%	1,3%	1,1%	0,9%	0,7%	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%	0,8%	0,7%	0,7%	0,9%
60 a 69 años	0,8%	1,1%	1,0%	1,1%	0,7%	0,6%	0,6%	0,7%	0,5%	0,6%	0,5%	0,6%	0,7%
70 años o más	0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,4%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%

A.4.1 Consultas (Continuación)

Grupo etario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Retraso mental (F7)													
0 a 09 años	3,4%	3,0%	3,5%	4,1%	5,3%	5,8%	4,3%	35,7%	38,9%	40,2%	49,9%	39,4%	19,5%
10 a 19 años	7,4%	8,0%	8,5%	9,0%	10,3%	10,5%	10,4%	9,8%	8,8%	8,7%	8,9%	8,6%	9,1%
20 a 29 años	4,8%	6,6%	6,8%	6,1%	7,3%	6,2%	7,6%	7,1%	6,3%	6,7%	5,7%	5,2%	6,4%
30 a 39 años	3,3%	5,4%	7,4%	5,2%	7,0%	3,7%	4,9%	4,8%	4,5%	5,2%	4,2%	3,9%	5,0%
40 a 49 años	1,7%	2,4%	6,7%	5,1%	6,9%	2,3%	3,0%	2,9%	3,3%	3,5%	2,9%	2,6%	3,6%
50 a 59 años	1,3%	1,2%	3,9%	3,2%	5,4%	1,9%	2,4%	2,7%	2,6%	3,3%	2,5%	2,1%	2,7%
60 a 69 años	1,6%	2,1%	7,5%	5,3%	7,8%	1,9%	2,1%	2,2%	2,0%	2,5%	1,8%	1,5%	3,2%
70 años o más	1,1%	1,6%	4,4%	3,9%	4,7%	0,5%	0,6%	1,0%	0,8%	1,3%	1,0%	0,7%	1,8%
Trastornos del desarrollo psicológico (F8)													
0 a 09 años	52,7%	56,4%	49,5%	46,5%	44,1%	45,4%	50,0%	32,6%	32,0%	30,1%	25,2%	33,4%	41,5%
10 a 19 años	16,7%	18,7%	15,9%	17,2%	13,2%	13,0%	11,4%	11,1%	13,5%	14,3%	11,3%	10,7%	13,9%
20 a 29 años	2,7%	3,3%	2,9%	2,2%	2,1%	2,0%	0,9%	0,8%	1,7%	1,9%	1,7%	1,5%	2,0%
30 a 39 años	0,9%	0,9%	0,9%	1,2%	0,8%	0,9%	0,5%	0,5%	1,0%	1,0%	0,8%	0,9%	0,8%
40 a 49 años	0,5%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,4%	0,5%	0,4%
50 a 59 años	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%
60 a 69 años	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%
70 años o más	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%	0,4%	0,4%	0,3%	0,5%
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y en la adolescencia (F9)													
0 a 09 años	30,7%	29,6%	34,7%	37,0%	38,1%	36,9%	35,0%	22,0%	21,6%	21,9%	17,0%	17,0%	28,5%
10 a 19 años	24,3%	25,3%	26,8%	25,8%	26,3%	25,4%	24,3%	24,2%	25,4%	26,5%	21,2%	19,1%	24,5%
20 a 29 años	1,2%	1,5%	1,3%	1,3%	1,4%	1,3%	0,5%	0,4%	0,7%	0,9%	0,8%	0,8%	1,0%
30 a 39 años	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%	1,2%	1,5%	0,3%	0,3%	0,4%	0,6%	0,5%	0,5%	0,7%
40 a 49 años	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%	1,0%	1,3%	0,3%	0,2%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,6%
50 a 59 años	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%	1,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,6%
60 a 69 años	0,6%	1,1%	0,7%	0,7%	0,7%	0,8%	0,2%	0,1%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%
70 años o más	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,4%	0,4%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.4.2 Procedimientos

Grupo etario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F0)													
0 a 09 años	0,7%	0,7%	7,8%	0,5%	0,6%	1,8%	3,9%	3,0%	1,3%	1,5%	2,0%	1,4%	2,1%
10 a 19 años	4,4%	2,5%	9,4%	1,9%	1,7%	3,2%	8,2%	4,9%	3,3%	3,0%	3,0%	3,4%	4,1%
20 a 29 años	3,7%	3,7%	20,9%	3,0%	2,6%	1,7%	4,0%	6,7%	2,5%	2,5%	2,4%	2,8%	4,7%
30 a 39 años	5,2%	4,8%	22,3%	4,1%	2,5%	1,6%	3,4%	7,2%	3,2%	3,8%	3,6%	3,4%	5,4%
40 a 49 años	5,5%	6,2%	21,8%	4,6%	3,4%	2,1%	5,0%	8,9%	4,4%	4,4%	5,9%	5,0%	6,4%
50 a 59 años	10,0%	10,5%	22,9%	7,2%	5,1%	3,8%	9,3%	13,2%	8,8%	8,8%	9,5%	10,2%	9,9%
60 a 69 años	25,8%	26,6%	34,2%	16,9%	13,4%	8,0%	16,8%	25,3%	21,8%	20,9%	18,7%	21,9%	20,9%
70 años o más	67,7%	65,1%	69,9%	43,7%	46,1%	33,6%	52,8%	61,2%	62,7%	59,0%	54,0%	62,4%	56,5%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F1)													
0 a 09 años	0,4%	0,5%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
10 a 19 años	10,7%	9,1%	9,8%	9,7%	7,6%	7,9%	11,8%	14,8%	14,3%	11,6%	14,1%	12,3%	11,1%
20 a 29 años	15,3%	16,3%	14,9%	16,5%	16,9%	14,3%	24,5%	26,5%	30,4%	26,8%	25,5%	26,6%	21,2%
30 a 39 años	8,9%	9,5%	7,9%	8,8%	11,1%	7,4%	21,2%	22,4%	25,6%	20,8%	18,2%	19,2%	15,1%
40 a 49 años	5,2%	5,2%	4,7%	4,2%	4,9%	3,7%	9,6%	10,2%	13,1%	12,9%	9,9%	10,9%	7,9%
50 a 59 años	3,4%	4,5%	4,0%	4,4%	4,1%	2,8%	7,0%	7,2%	9,7%	9,0%	5,6%	7,0%	5,7%
60 a 69 años	2,6%	2,8%	3,7%	2,2%	1,7%	1,1%	3,1%	3,5%	5,5%	5,9%	4,4%	4,2%	3,4%
70 años o más	0,9%	1,6%	0,8%	1,4%	0,5%	0,4%	1,0%	1,0%	1,2%	1,7%	1,2%	0,7%	1,0%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F2)													
0 a 09 años	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,1%
10 a 19 años	2,5%	3,2%	3,2%	2,5%	2,6%	1,8%	1,9%	3,2%	2,7%	2,5%	3,4%	3,3%	2,7%
20 a 29 años	7,7%	10,1%	11,3%	8,2%	10,0%	6,4%	11,7%	13,3%	15,8%	15,9%	16,5%	16,1%	11,9%
30 a 39 años	8,1%	9,6%	9,6%	6,7%	9,2%	5,1%	11,4%	14,1%	16,0%	17,1%	17,6%	17,7%	11,8%
40 a 49 años	9,1%	8,3%	8,9%	6,2%	7,9%	4,3%	11,2%	14,2%	16,6%	16,3%	16,0%	17,4%	11,4%
50 a 59 años	9,0%	8,9%	8,8%	6,1%	7,1%	3,7%	10,9%	14,1%	14,5%	13,9%	13,3%	15,1%	10,5%
60 a 69 años	8,3%	6,9%	8,1%	5,0%	5,7%	3,2%	10,2%	11,8%	11,2%	11,4%	11,1%	11,9%	8,7%
70 años o más	2,6%	3,8%	3,5%	2,4%	3,4%	2,2%	7,8%	5,4%	4,8%	4,2%	4,3%	4,5%	4,1%
Trastornos del humor [afectivos] (F3)													
0 a 09 años	0,5%	0,6%	0,3%	0,5%	1,1%	0,6%	0,4%	0,4%	0,3%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
10 a 19 años	12,5%	9,5%	8,2%	6,5%	6,5%	5,4%	5,3%	6,9%	7,0%	7,5%	9,1%	9,9%	7,9%
20 a 29 años	30,0%	26,7%	19,9%	15,2%	18,5%	10,8%	17,7%	19,5%	21,1%	23,0%	22,9%	20,7%	20,5%
30 a 39 años	29,5%	27,6%	23,5%	16,1%	19,1%	11,0%	21,4%	21,2%	24,0%	25,7%	25,2%	22,0%	22,2%
40 a 49 años	33,1%	31,8%	25,0%	18,9%	21,8%	11,0%	25,8%	25,5%	30,3%	29,8%	28,1%	25,2%	25,5%
50 a 59 años	34,6%	31,6%	27,0%	16,6%	21,2%	11,0%	26,5%	28,1%	33,8%	32,7%	29,4%	25,2%	26,5%
60 a 69 años	27,6%	25,5%	21,5%	13,9%	18,3%	8,5%	25,2%	24,9%	30,6%	28,6%	24,7%	21,7%	22,6%
70 años o más	10,9%	10,6%	9,7%	7,3%	9,4%	5,0%	11,9%	12,4%	13,9%	11,6%	11,5%	10,2%	10,4%

A.4.2 Procedimientos (Continuación)

Grupo etario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F4)													
0 a 09 años	2,5%	4,3%	2,3%	1,8%	1,3%	1,3%	1,3%	1,5%	1,3%	1,4%	2,0%	1,7%	1,9%
10 a 19 años	13,4%	14,7%	12,6%	8,0%	5,5%	4,3%	5,2%	5,7%	5,4%	5,4%	7,0%	8,6%	8,0%
20 a 29 años	27,7%	27,2%	21,2%	14,7%	11,9%	8,0%	15,7%	13,4%	13,6%	13,8%	18,3%	20,4%	17,2%
30 a 39 años	33,2%	34,3%	25,9%	17,4%	14,4%	9,2%	21,1%	17,3%	18,6%	19,5%	23,4%	26,8%	21,7%
40 a 49 años	35,1%	36,1%	30,1%	18,1%	16,1%	9,6%	26,2%	23,2%	21,8%	23,1%	29,0%	30,7%	24,9%
50 a 59 años	33,7%	34,8%	28,6%	17,9%	14,9%	9,2%	23,7%	19,7%	20,9%	22,9%	29,5%	31,1%	23,9%
60 a 69 años	26,8%	29,7%	25,2%	14,5%	12,7%	7,0%	19,3%	16,2%	18,4%	20,8%	27,6%	28,8%	20,6%
70 años o más	12,2%	12,9%	10,6%	8,8%	7,2%	5,0%	9,8%	9,3%	8,4%	11,5%	16,6%	15,8%	10,7%
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F5)													
0 a 09 años	1,2%	1,4%	1,1%	1,1%	1,1%	0,4%	0,7%	0,6%	0,4%	0,5%	0,6%	0,5%	0,8%
10 a 19 años	4,2%	3,5%	2,5%	1,7%	1,4%	0,8%	0,9%	1,3%	0,9%	0,8%	0,8%	1,1%	1,7%
20 a 29 años	7,5%	7,6%	4,9%	2,3%	2,1%	1,4%	2,6%	3,4%	2,3%	2,3%	2,6%	2,4%	3,5%
30 a 39 años	9,2%	8,7%	6,5%	3,1%	2,6%	1,6%	3,6%	5,4%	3,6%	4,1%	4,6%	3,5%	4,7%
40 a 49 años	7,9%	7,9%	6,1%	3,0%	2,9%	1,5%	4,5%	6,9%	5,3%	6,8%	5,2%	5,6%	5,3%
50 a 59 años	5,5%	5,8%	5,4%	2,3%	2,4%	1,2%	3,6%	6,1%	4,7%	6,8%	7,6%	7,4%	4,9%
60 a 69 años	5,3%	4,6%	4,0%	1,7%	1,5%	1,0%	3,2%	6,0%	5,1%	7,6%	9,8%	8,0%	4,8%
70 años o más	2,1%	1,9%	3,2%	1,8%	1,3%	1,0%	2,4%	4,3%	5,0%	9,0%	10,2%	4,2%	3,9%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F6)													
0 a 09 años	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
10 a 19 años	1,3%	1,2%	0,9%	0,7%	0,7%	0,5%	0,6%	0,7%	0,6%	0,8%	0,9%	1,0%	0,8%
20 a 29 años	1,5%	1,7%	1,3%	0,8%	0,8%	0,7%	1,5%	1,6%	2,0%	2,1%	2,5%	2,3%	1,6%
30 a 39 años	1,3%	1,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,4%	1,1%	1,1%	1,4%	1,8%	2,0%	1,9%	1,2%
40 a 49 años	1,0%	1,2%	0,7%	0,6%	0,5%	0,3%	1,2%	0,9%	1,1%	1,7%	1,4%	1,2%	1,0%
50 a 59 años	0,7%	0,8%	0,5%	0,4%	0,4%	0,2%	0,7%	0,4%	0,8%	1,3%	1,4%	0,9%	0,7%
60 a 69 años	0,8%	0,6%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,6%	0,4%	0,7%	1,1%	0,9%	0,6%	0,6%
70 años o más	0,4%	0,4%	0,2%	0,4%	0,3%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%	0,8%	0,7%	0,5%	0,4%

A.4.2 Procedimientos (Continuación)

Grupo etario	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Retraso mental (F7)													
0 a 09 años	2,7%	2,9%	2,6%	3,1%	6,6%	7,0%	8,0%	6,7%	6,4%	5,2%	5,2%	4,2%	5,1%
10 a 19 años	7,9%	7,9%	7,2%	10,1%	17,7%	22,1%	26,8%	19,0%	19,8%	18,1%	15,5%	15,3%	15,6%
20 a 29 años	3,4%	2,6%	2,5%	4,2%	13,5%	10,2%	16,3%	12,0%	7,9%	7,6%	5,6%	5,7%	7,6%
30 a 39 años	2,2%	1,4%	1,4%	2,7%	13,3%	7,3%	12,6%	9,0%	5,2%	3,7%	3,1%	3,2%	5,4%
40 a 49 años	1,3%	0,9%	0,9%	1,9%	13,1%	7,0%	12,9%	8,6%	4,6%	2,5%	2,2%	2,1%	4,8%
50 a 59 años	1,0%	0,6%	0,6%	1,6%	13,8%	7,1%	14,5%	10,1%	4,5%	2,3%	2,0%	1,4%	5,0%
60 a 69 años	0,6%	0,5%	0,4%	1,5%	13,9%	7,2%	17,0%	10,5%	4,4%	1,2%	1,1%	1,0%	5,0%
70 años o más	0,1%	0,2%	0,2%	1,3%	9,2%	5,5%	10,0%	5,0%	2,0%	0,7%	0,4%	0,3%	2,9%
Trastornos del desarrollo psicológico (F8)													
0 a 09 años	75,6%	73,2%	68,7%	81,1%	71,1%	62,7%	70,6%	65,6%	68,1%	69,8%	69,8%	73,0%	70,8%
10 a 19 años	28,8%	31,7%	27,3%	46,0%	36,3%	26,3%	22,5%	22,5%	28,0%	32,3%	31,2%	29,6%	30,2%
20 a 29 años	2,2%	2,6%	2,0%	33,5%	8,3%	9,7%	5,5%	2,9%	3,7%	5,2%	3,1%	2,6%	6,8%
30 a 39 años	1,5%	1,2%	1,1%	39,9%	8,0%	9,6%	3,7%	1,9%	2,0%	2,8%	1,7%	1,7%	6,3%
40 a 49 años	1,2%	1,4%	0,9%	41,7%	8,4%	10,3%	3,2%	1,4%	2,0%	1,6%	1,3%	1,1%	6,2%
50 a 59 años	1,1%	1,4%	1,3%	42,8%	8,5%	10,2%	3,6%	0,8%	1,7%	1,5%	1,3%	1,1%	6,3%
60 a 69 años	1,2%	1,6%	1,1%	43,8%	9,2%	10,6%	4,4%	1,1%	1,7%	1,8%	1,1%	1,3%	6,6%
70 años o más	1,8%	1,1%	0,9%	31,5%	6,4%	8,4%	3,8%	0,9%	1,1%	1,1%	0,7%	0,7%	4,9%
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y en la adolescencia (F9)													
0 a 09 años	16,0%	16,1%	16,6%	11,4%			15,1%	21,8%	21,9%	20,8%	19,4%	18,0%	18,4%
10 a 19 años	14,3%	16,8%	18,9%	12,9%			16,8%	20,9%	18,1%	18,0%	14,9%	15,5%	17,9%
20 a 29 años	1,1%	1,5%	1,0%	1,5%			0,5%	0,4%	0,8%	0,9%	0,6%	0,5%	5,1%
30 a 39 años	0,9%	1,1%	1,1%	0,4%			0,4%	0,3%	0,4%	0,7%	0,7%	0,6%	6,1%
40 a 49 años	0,7%	1,1%	0,8%	0,8%			0,4%	0,3%	0,6%	0,8%	0,9%	0,7%	6,5%
50 a 59 años	0,9%	1,1%	0,9%	0,6%			0,2%	0,3%	0,4%	0,8%	0,5%	0,5%	6,6%
60 a 69 años	1,1%	1,1%	1,4%	0,3%			0,2%	0,2%	0,6%	0,8%	0,5%	0,5%	6,9%
70 años o más	1,2%	2,3%	1,1%	1,3%			0,3%	0,2%	0,5%	0,5%	0,4%	0,6%	5,3%

Nota: En 2014 y 2015 las tasas de F9 no se incluyen porque exhiben un comportamiento atípico.

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.4.3 Urgencias

Grupo etario	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F0)								
0 a 09 años	1,6%	1,9%	1,2%	1,9%	2,0%	1,3%	1,7%	1,6%
10 a 19 años	2,0%	1,9%	1,4%	1,3%	1,5%	1,5%	1,3%	1,5%
20 a 29 años	2,2%	2,2%	2,1%	1,8%	1,8%	1,6%	1,5%	1,9%
30 a 39 años	2,4%	2,1%	2,5%	2,1%	2,0%	1,9%	2,0%	2,2%
40 a 49 años	2,8%	2,9%	2,9%	2,7%	2,4%	2,5%	2,4%	2,7%
50 a 59 años	4,2%	4,6%	5,0%	4,4%	4,4%	4,3%	4,0%	4,4%
60 a 69 años	11,3%	11,0%	10,3%	11,3%	10,1%	10,6%	10,7%	10,8%
70 años o más	44,0%	49,9%	48,2%	50,0%	50,0%	46,8%	46,7%	48,0%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F1)								
0 a 09 años	9,8%	8,0%	8,2%	7,4%	7,3%	7,8%	8,8%	8,2%
10 a 19 años	19,0%	21,8%	22,5%	22,3%	19,2%	17,7%	14,6%	19,6%
20 a 29 años	18,3%	20,6%	22,5%	19,6%	19,2%	16,8%	18,3%	19,3%
30 a 39 años	11,8%	14,7%	15,3%	14,8%	13,8%	11,9%	13,6%	13,7%
40 a 49 años	7,6%	9,1%	8,7%	10,0%	9,5%	6,8%	9,3%	8,7%
50 a 59 años	6,7%	7,3%	8,0%	7,1%	6,4%	4,7%	6,0%	6,6%
60 a 69 años	4,0%	4,4%	4,7%	4,9%	6,3%	3,5%	4,6%	4,6%
70 años o más	2,0%	1,9%	2,3%	2,0%	2,8%	1,6%	1,6%	2,0%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F2)								
0 a 09 años	1,0%	1,2%	1,7%	1,2%	2,9%	2,3%	2,1%	1,8%
10 a 19 años	8,9%	8,1%	9,1%	8,3%	7,2%	8,6%	7,4%	8,2%
20 a 29 años	14,7%	15,5%	17,8%	16,6%	15,5%	16,4%	14,5%	15,9%
30 a 39 años	13,9%	15,3%	15,7%	14,9%	14,6%	15,2%	13,6%	14,8%
40 a 49 años	14,6%	12,9%	16,0%	15,3%	15,1%	15,2%	13,3%	14,6%
50 a 59 años	13,9%	13,5%	15,8%	15,9%	14,7%	14,1%	13,6%	14,5%
60 a 69 años	13,0%	12,9%	13,7%	14,5%	13,0%	13,7%	14,3%	13,6%
70 años o más	7,0%	5,7%	6,4%	6,2%	5,9%	6,9%	7,2%	6,5%
Trastornos del humor [afectivos] (F3)								
0 a 09 años	4,1%	9,1%	10,7%	9,9%	9,4%	10,3%	10,1%	9,1%
10 a 19 años	21,0%	22,9%	24,2%	24,9%	27,7%	26,8%	29,1%	25,2%
20 a 29 años	22,5%	22,8%	23,7%	26,1%	28,0%	26,6%	25,9%	25,1%
30 a 39 años	25,1%	25,6%	25,6%	27,3%	27,9%	27,2%	25,7%	26,3%
40 a 49 años	26,9%	29,9%	29,7%	30,3%	30,2%	29,2%	27,7%	29,1%
50 a 59 años	29,9%	31,4%	31,4%	33,8%	33,4%	30,8%	30,5%	31,6%
60 a 69 años	26,7%	31,0%	32,8%	33,2%	31,5%	28,6%	29,3%	30,5%
70 años o más	13,1%	14,1%	16,0%	15,6%	13,9%	15,2%	14,5%	14,6%

A.4.3 Urgencias (Continuación)

Grupo etario	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F4)								
0 a 09 años	47,8%	36,9%	35,8%	30,1%	30,5%	34,1%	32,1%	35,3%
10 a 19 años	36,8%	30,6%	27,0%	26,2%	27,6%	30,1%	32,3%	30,1%
20 a 29 años	37,7%	34,5%	29,7%	30,7%	30,4%	34,0%	35,5%	33,2%
30 a 39 años	43,5%	38,9%	36,8%	36,4%	37,8%	39,8%	41,5%	39,3%
40 a 49 años	45,0%	41,9%	39,3%	38,0%	39,4%	43,2%	44,1%	41,6%
50 a 59 años	42,2%	39,9%	36,6%	35,3%	37,6%	43,0%	42,8%	39,6%
60 a 69 años	41,2%	36,3%	34,8%	32,5%	35,1%	40,0%	37,3%	36,7%
70 años o más	29,1%	23,5%	22,7%	21,2%	22,5%	25,0%	25,3%	24,2%
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos(F5)								
0 a 09 años	15,2%	20,8%	15,7%	13,4%	13,5%	10,6%	12,8%	14,6%
10 a 19 años	2,5%	2,2%	1,7%	1,9%	1,7%	1,5%	1,7%	1,9%
20 a 29 años	1,6%	1,4%	1,3%	1,3%	1,5%	1,1%	1,2%	1,4%
30 a 39 años	1,5%	1,2%	1,3%	1,6%	1,3%	1,3%	1,2%	1,3%
40 a 49 años	1,4%	1,3%	1,6%	1,5%	1,4%	1,2%	1,2%	1,4%
50 a 59 años	1,5%	1,8%	1,3%	1,7%	1,6%	1,5%	1,8%	1,6%
60 a 69 años	2,3%	2,1%	2,2%	1,9%	2,3%	2,0%	2,1%	2,1%
70 años o más	3,1%	3,1%	3,0%	3,1%	2,9%	2,6%	3,2%	3,0%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adulto(F6)								
0 a 09 años	0,6%	0,4%	0,7%	0,2%	0,7%	1,0%	1,4%	0,7%
10 a 19 años	2,3%	2,0%	2,0%	2,4%	2,4%	2,2%	2,0%	2,2%
20 a 29 años	1,5%	1,4%	1,7%	1,9%	1,9%	1,6%	1,6%	1,6%
30 a 39 años	0,6%	0,7%	1,2%	1,4%	1,4%	1,2%	1,0%	1,1%
40 a 49 años	1,0%	0,8%	0,8%	1,0%	1,1%	0,8%	1,0%	0,9%
50 a 59 años	0,6%	0,5%	0,6%	0,8%	0,8%	0,7%	0,6%	0,7%
60 a 69 años	0,6%	0,7%	0,5%	0,8%	0,8%	0,7%	0,6%	0,7%
70 años o más	0,7%	0,9%	0,7%	0,9%	1,0%	0,9%	0,7%	0,8%

A.4.3 Urgencias (Continuación)

Grupo etario	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Retraso mental (F7)								
0 a 09 años	2,4%	2,8%	2,0%	1,9%	1,6%	1,8%	2,3%	2,1%
10 a 19 años	1,4%	2,1%	1,7%	1,6%	1,4%	1,4%	1,5%	1,6%
20 a 29 años	0,8%	1,2%	1,0%	1,4%	1,1%	1,1%	0,8%	1,0%
30 a 39 años	0,6%	1,1%	1,2%	1,1%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%
40 a 49 años	0,3%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%
50 a 59 años	0,5%	0,7%	0,9%	0,6%	0,5%	0,5%	0,3%	0,6%
60 a 69 años	0,4%	1,0%	0,5%	0,3%	0,6%	0,3%	0,5%	0,5%
70 años o más	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%
Trastornos del desarrollo psicológico (F8)								
0 a 09 años	9,5%	7,8%	5,8%	8,9%	7,1%	5,9%	7,1%	7,4%
10 a 19 años	0,6%	0,3%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,7%	0,5%
20 a 29 años	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
30 a 39 años	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
40 a 49 años	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
50 a 59 años	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
60 a 69 años	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%
70 años o más	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y en la adolescencia (F9)								
0 a 09 años	8,1%	11,1%	18,2%	25,2%	25,0%	24,9%	21,7%	19,2%
10 a 19 años	5,5%	8,2%	9,7%	10,7%	10,7%	9,5%	9,5%	9,1%
20 a 29 años	0,4%	0,3%	0,3%	0,5%	0,4%	0,6%	0,6%	0,4%
30 a 39 años	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%
40 a 49 años	0,4%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
50 a 59 años	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
60 a 69 años	0,5%	0,5%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
70 años o más	0,6%	0,5%	0,4%	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.4.4 Hospitalizaciones

Grupo etario	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F0)								
0 a 09 años	3,4%	4,6%	3,5%	2,6%	2,3%	3,4%	2,3%	3,2%
10 a 19 años	1,7%	1,7%	1,2%	0,9%	0,8%	0,9%	1,3%	1,2%
20 a 29 años	2,5%	2,2%	2,1%	1,3%	1,3%	1,1%	1,7%	1,7%
30 a 39 años	2,6%	2,7%	2,9%	2,3%	2,0%	2,0%	2,8%	2,5%
40 a 49 años	4,2%	2,8%	3,5%	2,9%	2,9%	2,6%	4,3%	3,3%
50 a 59 años	7,6%	4,8%	4,8%	4,9%	4,9%	5,8%	6,9%	5,7%
60 a 69 años	10,6%	6,7%	8,8%	14,0%	14,0%	12,8%	15,2%	11,7%
70 años o más	51,4%	35,1%	43,6%	62,7%	60,1%	54,1%	53,3%	51,5%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (F1)								
0 a 09 años	10,3%	8,8%	6,6%	7,7%	7,2%	10,8%	8,4%	8,6%
10 a 19 años	37,4%	40,8%	43,0%	44,4%	40,1%	38,9%	30,1%	39,3%
20 a 29 años	26,3%	26,1%	30,0%	33,0%	34,5%	32,6%	33,0%	30,8%
30 a 39 años	16,5%	17,7%	18,7%	25,3%	25,4%	23,6%	27,0%	22,0%
40 a 49 años	7,8%	7,5%	8,1%	13,2%	15,3%	13,8%	16,2%	11,7%
50 a 59 años	6,5%	6,8%	6,2%	9,7%	10,5%	8,9%	10,1%	8,4%
60 a 69 años	2,9%	2,0%	3,3%	6,1%	7,5%	6,3%	7,2%	5,0%
70 años o más	0,9%	0,7%	0,9%	1,5%	2,1%	1,6%	1,6%	1,3%
Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F2)								
0 a 09 años	10,0%	7,6%	1,2%	3,7%	4,1%	3,5%	3,1%	4,7%
10 a 19 años	16,2%	13,7%	12,3%	11,7%	10,5%	12,0%	10,5%	12,4%
20 a 29 años	33,0%	33,1%	31,7%	26,8%	24,2%	26,8%	25,6%	28,8%
30 a 39 años	37,4%	42,8%	39,9%	28,0%	26,3%	29,5%	26,1%	32,9%
40 a 49 años	44,1%	53,5%	52,0%	30,9%	29,6%	31,8%	27,5%	38,5%
50 a 59 años	41,2%	52,7%	51,2%	29,1%	28,5%	29,9%	28,2%	37,3%
60 a 69 años	48,6%	64,8%	58,0%	28,1%	25,7%	28,1%	26,2%	39,9%
70 años o más	28,4%	52,1%	40,9%	11,3%	9,6%	11,6%	12,6%	23,8%
Trastornos del humor [afectivos] (F3)								
0 a 09 años	10,3%	17,4%	13,2%	10,3%	9,2%	11,8%	8,1%	11,5%
10 a 19 años	21,9%	21,6%	23,0%	22,7%	26,3%	24,1%	29,3%	24,1%
20 a 29 años	24,4%	24,2%	24,2%	27,3%	27,3%	25,2%	24,2%	25,3%
30 a 39 años	28,0%	23,5%	25,1%	31,1%	31,1%	29,2%	27,4%	27,9%
40 a 49 años	29,1%	25,5%	25,5%	39,5%	37,1%	34,7%	32,5%	32,0%
50 a 59 años	29,4%	25,4%	27,8%	44,3%	42,0%	38,4%	35,1%	34,6%
60 a 69 años	20,4%	18,2%	21,6%	39,9%	38,5%	35,6%	32,8%	29,6%
70 años o más	7,0%	6,2%	8,8%	15,4%	16,5%	16,2%	15,1%	12,2%

A.4.4 Urgencias (Continuación)

Grupo etario	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F4)								
0 a 09 años	29,4%	22,5%	24,5%	23,6%	25,4%	23,3%	25,3%	24,9%
10 a 19 años	10,3%	9,2%	7,9%	7,8%	9,4%	11,1%	13,6%	9,9%
20 a 29 años	8,4%	8,9%	7,6%	7,4%	8,5%	9,8%	11,7%	8,9%
30 a 39 años	9,1%	8,0%	7,5%	9,0%	10,8%	11,4%	12,6%	9,8%
40 a 49 años	7,7%	7,3%	7,4%	10,6%	11,7%	13,5%	15,1%	10,5%
50 a 59 años	7,5%	7,0%	6,9%	9,1%	11,1%	13,6%	15,8%	10,1%
60 a 69 años	6,2%	4,9%	5,5%	9,4%	11,2%	13,6%	14,2%	9,3%
70 años o más	4,3%	3,7%	4,0%	6,6%	8,3%	11,2%	11,5%	7,1%
Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F5)								
0 a 09 años	4,2%	6,6%	7,3%	6,9%	5,0%	2,4%	3,0%	5,0%
10 a 19 años	0,9%	1,0%	0,7%	0,7%	0,6%	0,5%	0,6%	0,7%
20 a 29 años	0,7%	0,5%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
30 a 39 años	0,7%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
40 a 49 años	0,5%	0,4%	0,3%	0,5%	0,4%	0,6%	0,6%	0,5%
50 a 59 años	0,3%	0,4%	0,3%	0,6%	0,5%	0,9%	1,0%	0,6%
60 a 69 años	0,5%	0,4%	0,3%	0,6%	0,6%	1,3%	1,6%	0,8%
70 años o más	0,9%	0,6%	0,7%	1,2%	1,5%	2,9%	3,4%	1,6%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F6)								
0 a 09 años	0,6%	0,3%	1,6%	0,6%	0,5%	0,9%	0,8%	0,7%
10 a 19 años	1,3%	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%	1,7%	1,7%	1,5%
20 a 29 años	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,4%	1,5%	1,4%	1,3%
30 a 39 años	0,4%	0,6%	0,8%	1,0%	1,0%	0,9%	0,9%	0,8%
40 a 49 años	0,4%	0,3%	0,5%	0,6%	0,8%	0,6%	0,8%	0,6%
50 a 59 años	0,4%	0,5%	0,4%	0,6%	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%
60 a 69 años	0,7%	0,4%	0,2%	0,5%	0,5%	0,5%	0,9%	0,5%
70 años o más	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%	0,7%	0,7%	0,5%

A.4.4 Hospitalizaciones (Continuación)

Grupo etario	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	promedio
Retraso mental (F7)								
0 a 09 años	4,5%	6,1%	6,3%	4,6%	2,9%	3,5%	4,7%	4,7%
10 a 19 años	2,7%	3,4%	2,8%	2,1%	2,1%	2,2%	2,8%	2,6%
20 a 29 años	2,9%	3,4%	2,7%	2,2%	2,0%	2,1%	1,7%	2,4%
30 a 39 años	4,9%	4,3%	4,6%	2,6%	2,7%	2,4%	2,1%	3,4%
40 a 49 años	6,1%	2,6%	2,4%	1,5%	2,0%	2,2%	2,6%	2,8%
50 a 59 años	6,8%	2,2%	2,4%	1,6%	1,8%	1,7%	1,9%	2,6%
60 a 69 años	9,7%	2,2%	2,2%	1,2%	1,6%	1,6%	1,6%	2,9%
70 años o más	6,3%	1,0%	0,6%	0,3%	0,8%	1,1%	1,3%	1,6%
Trastornos del desarrollo psicológico (F8)								
0 a 09 años	11,0%	14,0%	18,3%	15,0%	18,4%	20,3%	19,0%	16,6%
10 a 19 años	0,8%	0,3%	0,2%	0,4%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%
20 a 29 años	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
30 a 39 años	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%
40 a 49 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
50 a 59 años	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%
60 a 69 años	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
70 años o más	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en la niñez y en la adolescencia (F9)								
0 a 09 años	16,2%	12,2%	17,6%	25,1%	25,0%	20,1%	25,2%	20,2%
10 a 19 años	6,8%	6,8%	7,3%	7,9%	8,1%	7,9%	9,5%	7,8%
20 a 29 años	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%
30 a 39 años	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%
40 a 49 años	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
50 a 59 años	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%
60 a 69 años	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
70 años o más	0,3%	0,2%	0,2%	0,5%	0,4%	0,5%	0,5%	0,4%

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

Anexo 5

COVID 19 por rangos de edad: consultas, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones

A.5.1 Consultas

Total consultas									
	(0-9)	(10-19)	(20-29)	(30-39)	(40-49)	(50-59)	(60-69)	(+70)	Total
2020	130.269	196.010	676.315	628.655	457.707	428.164	335.026	331.261	3.183.407
2021	218.574	343.829	1.091.082	981.192	806.824	722.972	518.856	429.730	5.113.059
2022*	86.969	63.845	279.070	290.077	208.622	154.794	130.320	182.877	1.396.574
Total	435.812	603.684	2.046.467	1.899.924	1.473.153	1.305.930	984.202	943.868	9.693.040

Consultas por cada 100.000 habitantes									
	(0-9)	(10-19)	(20-29)	(30-39)	(40-49)	(50-59)	(60-69)	(+70)	Total
2020	1.678	2.426	7.861	8.388	7.434	7.846	8.787	10.906	6.315
2021	2.818	4.269	12.535	12.795	12.804	13.071	13.099	13.680	10.003
2022*	1.128	796	3.190	3.706	3.236	2.773	3.178	5.642	2.702

Nota: *Las consultas por COVID 19 están disponible hasta junio de 2022

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.5.2 Procedimientos

Total procedimientos									
	(0-9)	(10-19)	(20-29)	(30-39)	(40-49)	(50-59)	(60-69)	(+70)	Total
2020	78.331	95.151	228.291	253.882	245.622	323.262	332.549	399.358	1.956.446
2021	185.750	215.318	574.903	630.397	664.240	763.064	650.310	641.206	4.325.188
2022*	49.015	25.852	74.035	69.985	63.106	74.188	89.853	155.241	601.275
Total	313.096	336.321	877.229	954.264	972.968	1.160.514	1.072.712	1.195.805	6.882.909

Procedimientos por cada 100.000 habitantes									
	(0-9)	(10-19)	(20-29)	(30-39)	(40-49)	(50-59)	(60-69)	(+70)	Total
2020	1.009	1.178	2.653	3.388	3.990	5.924	8.722	13.148	3.881
2021	2.395	2.674	6.605	8.221	10.541	13.796	16.418	20.413	8.461
2022*	636	322	846	894	979	1.329	2.191	4.789	1.163

Nota: *Los procedimientos por COVID 19 están disponible hasta junio de 2022

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.5.3 Urgencias (Continuación)

Total urgencias									
Año	(0-9)	(10-19)	(20-29)	(30-39)	(40-49)	(50-59)	(60-69)	(+70)	Total
2020	5.844	6.682	40.110	42.054	24.233	18.765	12.432	13.796	163.916
2021	18.189	12.740	45.751	49.484	36.392	31.412	21.331	19.971	235.270
2022*	7.601	2.770	11.516	10.829	7.407	5.741	5.095	8.392	59.351
Total	31.634	22.192	97.377	102.367	68.032	55.918	38.858	42.159	458.537

Urgencias por cada 100.000 habitantes									
Año	(0-9)	(10-19)	(20-29)	(30-39)	(40-49)	(50-59)	(60-69)	(+70)	Total
2020	75	83	466	561	394	344	326	454	325
2021	234	158	526	645	578	568	539	636	460
2022*	99	35	132	138	115	103	124	259	115

Nota: *Las urgencias por COVID 19 están disponible hasta junio de 2022

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.5.4 Hospitalizaciones

Total hospitalizaciones									
Año	(0-9)	(10-19)	(20-29)	(30-39)	(40-49)	(50-59)	(60-69)	(+70)	Total
2020	3.645	1.664	5.057	7.503	9.044	13.278	15.041	22.205	77.437
2021	9.547	3.010	9.712	16.334	21.763	27.296	25.606	30.228	143.496
2022*	5.492	1.293	3.455	3.956	3.299	3.250	3.850	9.689	34.284
Total	18.684	5.967	18.224	27.793	34.106	43.824	44.497	62.122	255.217

Hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes									
Año	(0-9)	(10-19)	(20-29)	(30-39)	(40-49)	(50-59)	(60-69)	(+70)	Total
2020	47	21	59	100	147	243	394	731	154
2021	123	37	112	213	345	494	646	962	281
2022*	71	16	39	51	51	58	94	299	66

Nota: *Las hospitalizaciones por COVID 19 están disponible hasta junio de 2022

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

Anexo 6
COVID 19 por departamentos: consultas, procedimientos, urgencias y hospitalizaciones

A.6.1 Consultas por cada 100.000 habitantes

	2020	2021	2022*
Antioquia	7.180	11.247	2.002
Atlántico	7.956	13.088	3.369
Bogotá, D.C.	9.161	15.055	5.137
Bolívar	5.706	10.162	1.736
Boyacá	5.265	7.535	1.982
Caldas	7.376	8.694	1.888
Caquetá	4.533	4.394	559
Cauca	3.187	6.207	2.188
Cesar	4.955	6.024	1.168
Córdoba	3.622	8.994	863
Cundinamarca	4.836	9.922	2.492
Chocó	1.046	1.086	235
Huila	6.444	7.715	1.764
La Guajira	3.536	5.658	1.339
Magdalena	4.401	7.188	1.006
Meta	6.143	6.912	1.872
Nariño	4.010	4.596	690
Norte de Santander	5.334	7.687	2.061
Quindío	6.181	9.708	2.641
Risaralda	7.718	8.518	1.679
Santander	9.754	13.790	4.624
Sucre	3.715	6.826	1.344
Tolima	5.464	8.060	1.747
Valle del Cauca	6.232	10.788	4.748
Arauca	1.556	2.558	811
Casanare	4.289	5.013	1.175
Putumayo	3.550	6.789	1.122
San Andrés y Providencia	3.895	4.505	811
Amazonas	1.934	1.855	409
Guainía	1.225	1.605	960
Guaviare	4.066	2.521	817
Vaupés	1.862	1.158	178
Vichada	1.054	1.063	227
Total	6.315	10.003	2.702

Nota: *Las consultas por COVID 19 están disponible hasta junio de 2022

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.6.2 Procedimientos por cada 100.000 habitantes (Continuación)

	2020	2021	2022*
Antioquia	3.079	4.789	236
Atlántico	6.540	14.317	1.876
Bogotá, D.C.	3.873	9.823	2.082
Bolívar	3.099	7.765	1.016
Boyacá	3.010	7.014	1.094
Caldas	863	3.263	813
Caquetá	7.455	6.344	836
Cauca	2.659	5.412	840
Cesar	3.820	8.952	2.327
Córdoba	3.105	10.471	939
Cundinamarca	3.361	8.669	1.312
Chocó	526	1.474	331
Huila	11.452	24.052	3.322
La Guajira	1.398	3.726	559
Magdalena	3.566	8.581	800
Meta	1.395	3.575	418
Nariño	5.072	10.919	289
Norte de Santander	2.822	6.162	800
Quindío	447	1.582	766
Risaralda	3.001	4.648	871
Santander	3.928	8.352	926
Sucre	3.821	11.863	1.722
Tolima	1.986	4.217	423
Valle del Cauca	6.936	11.870	1.533
Arauca	671	1.904	160
Casanare	829	5.056	365
Putumayo	6.752	19.307	595
San Andrés y Providencia	170	396	970
Amazonas	844	3.819	266
Guainía	3.461	3.531	374
Guaviare	1.180	705	219
Vaupés	535	1.471	158
Vichada	74	58	98
Total	3.881	8.461	1.163

Nota: *Los procedimientos por COVID 19 están disponible hasta junio de 2022

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.6.3 Urgencias por cada 100.000 habitantes (Continuación)

	2020	2021	2022
Antioquia	381	344	39
Atlántico	525	565	57
Bogotá, D.C.	559	527	259
Bolívar	615	686	66
Boyacá	177	235	82
Caldas	380	328	36
Caquetá	237	259	51
Cauca	65	156	42
Cesar	479	928	90
Córdoba	132	362	63
Cundinamarca	399	451	153
Chocó	44	104	18
Huila	315	526	129
La Guajira	249	593	191
Magdalena	57	179	33
Meta	20	58	20
Nariño	356	685	69
Norte de Santander	64	67	32
Quindío	194	250	42
Risaralda	65	129	41
Santander	321	1.698	494
Sucre	153	305	77
Tolima	120	133	39
Valle del Cauca	224	353	64
Arauca	80	186	56
Casanare	31	80	32
Putumayo	296	994	165
San Andrés y Providencia	158	880	37
Amazonas	483	307	57
Guainía	31	54	38
Guaviare	11	21	12
Vaupés	37	18	0
Vichada	45	57	10
Total	325	460	115

Nota: *Las urgencias por COVID 19 están disponible hasta junio de 2022

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud

A.6.4 Hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes (Continuación)

	2020	2021	2022
Antioquia	198	328	23
Atlántico	212	295	24
Bogotá, D.C.	173	406	182
Bolívar	103	135	13
Boyacá	76	236	71
Caldas	130	213	35
Caquetá	327	321	45
Cauca	92	211	46
Cesar	59	131	23
Córdoba	283	282	42
Cundinamarca	115	216	69
Chocó	30	40	10
Huila	289	692	128
La Guajira	109	251	43
Magdalena	56	119	10
Meta	64	153	39
Nariño	110	226	14
Norte de Santander	82	174	31
Quindío	93	198	36
Risaralda	188	273	41
Santander	140	271	77
Sucre	107	163	25
Tolima	101	180	30
Valle del Cauca	223	366	101
Arauca	47	117	32
Casanare	21	244	107
Putumayo	130	332	18
San Andrés y Providencia	92	354	32
Amazonas	167	192	32
Guainía	42	60	9
Guaviare	26	76	31
Vaupés	95	38	11
Vichada	28	37	17
Total	154	281	66

Nota: *Las hospitalizaciones por COVID 19 están disponible hasta junio de 2022

Fuente: Cálculos propios con base en información de los RIPS del Ministerio de Salud