

Artículos de reflexión

Redes integrales e integradas de salud mental de base digital: una propuesta de política para el sistema de salud colombiano

Digitally enabled integrated mental health networks: a policy proposal for the Colombian health system

Rodrigo Nel Córdoba Sastoque^{1*}, Luis H. Rojas², Angela J. Pereira Morales², Sebastián Gómez², Martha Patricia Saavedra G.^{1,3}

¹ Facultad de Medicina, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

² Science for Life – S4L SAS, Grupo de Investigación 10x, Bogotá, Colombia

³ Centro Rosarista de Salud Mental (CeRSaMe), Bogotá, Colombia

*Correspondencia: Rodrigo Nel Córdoba Sastoque — rodri9ro9@gmail.com

Resumen

Una proporción sustancial de las personas con trastornos mentales en Colombia no recibe tratamiento oportuno. La brecha de tratamiento supera el 70% y la oferta especializada se concentra en las grandes ciudades. Además, nos encontramos frente a la ausencia de un mecanismo que identifique tempranamente el riesgo, resuelva los casos de menor complejidad en la comunidad y la atención primaria, y priorice la capacidad especializada para quienes más la requieren. Este punto de vista propone las redes integrales e integradas de salud mental de base digital (RIISM). La RIISM se compone de una arquitectura de cuatro niveles funcionales fundamentada en la subsidiariedad clínica y en la evidencia sobre atención escalonada, estratificada y colaborativa, habilitada por un agente digital basado en inteligencia artificial, integrado a la ruta de atención y bajo supervisión humana, que administra instrumentos de tamizaje, interactúa conversacionalmente, apoya la clasificación preliminar del riesgo y realiza seguimiento, sin diagnosticar, prescribir ni reemplazar el juicio clínico. La propuesta traduce el marco normativo colombiano reciente en rutas y responsabilidades, hace explícita su teoría de cambio y sus riesgos, y subraya que tanto el modelo como su componente digital requieren validación local mediante un piloto territorial evaluado antes de escalar.

Palabras clave: Salud mental. Atención primaria de salud. Política de salud. Salud digital. Inteligencia artificial

Abstract

A substantial proportion of people with mental disorders in Colombia do not receive timely care. The treatment gap exceeds 70%, and specialized services are concentrated in large cities. Beyond this, the system lacks a mechanism to identify risk early, resolve lower-complexity cases in the community and primary care, and reserve specialized capacity for those who need it most. This viewpoint proposes digitally enabled integrated mental health networks (RIISM). The RIISM comprises a four-level functional architecture grounded in clinical subsidiarity and in the evidence on stepped, stratified, and collaborative care, enabled by an artificial-intelligence-based digital agent that is embedded in the care pathway and operates under human supervision, administering screening instruments, interacting conversationally, supporting preliminary risk classification, and performing follow-up, without diagnosing, prescribing, or replacing clinical

judgment. The proposal translates Colombia's recent regulatory framework into pathways and responsibilities, makes its theory of change and its risks explicit, and stresses that both the model and its digital component require local validation through a territorial pilot evaluated before scaling up.

Keywords: Mental health. Primary health care. Health policy. Digital health. Artificial intelligence

La pregunta de política

Este documento responde a una pregunta de decisión concreta que se refiere a ¿cómo ampliar la detección y la atención inicial en salud mental sin saturar la capacidad especializada ni ampliar las desigualdades territoriales? La respuesta no es una nueva institución ni una sustitución de la red existente, sino una arquitectura funcional para coordinar recursos ya disponibles, incorporar una capa comunitaria de detección y seguimiento y establecer reglas comunes de escalamiento. El marco normativo reciente orienta la salud mental hacia la atención primaria, las redes integradas, la prevención comunitaria y la respuesta inmediata ante la conducta suicida (**Tabla 1**), y demanda instrumentos operativos para su implementación. En esta arquitectura, la inteligencia artificial (IA) no constituye una ruta paralela de atención, sino una herramienta de apoyo a la detección, la priorización y la continuidad dentro de la red.

Tabla 1. Referentes normativos de la ventana de oportunidad.

Norma	Contenido
Ley 2460 de 2025	Reordena la salud mental bajo la estrategia de atención primaria y fija el primer nivel como puerta de entrada a la red.
Resolución 347 de 2026	Crea el Código Dorado, protocolo de atención inmediata de la conducta suicida.
Resolución 2100 de 2025	Adopta la política de atención del consumo de sustancias psicoactivas.
Resoluciones 3280 de 2018 y 202 de 2021	Rutas integrales de atención, detección temprana y reporte.

Colombia cuenta con nuevas disposiciones para organizar la salud mental desde la atención primaria, las redes integradas y la respuesta inmediata frente a la conducta suicida. Sin embargo, persisten barreras de acceso, fragmentación de la atención y una asignación de la capacidad especializada no

siempre ajustada al nivel de necesidad. Las RIISM proponen una red por niveles que combina acceso comunitario, tamizaje digital y no digital, manejo inicial en atención primaria y derivación priorizada según el riesgo: atender cada necesidad en el nivel menos intensivo con capacidad resolutive suficiente y reservar la capacidad especializada para los casos de mayor riesgo.

El problema en cifras

La distancia entre la necesidad y la atención en salud mental es amplia en la mayoría de los sistemas y mayor en los países de ingresos bajos y medianos^{1,2}. En Colombia se manifiesta en baja cobertura efectiva, desigualdad territorial y fragmentación entre detección, atención y seguimiento (**Tabla 2**).

En América Latina y el Caribe, la brecha de tratamiento de los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias, graves y moderados, se estima en 77,9%³. Los estudios nacionales son consistentes: en el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, entre 85,5% y 94,7% de las personas con algún trastorno mental no habían accedido a servicios de salud⁴, y la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 volvió a documentar que la mayoría de quienes presentan trastornos frecuentes no recibe atención oportuna ni completa⁵.

Por otro lado, Colombia dispone de alrededor de 2,5 psiquiatras por 100.000 habitantes (frente a más de 10 en países de ingresos altos), y cerca de la mitad ejerce en Bogotá; la psiquiatría infantil y los servicios de mediana complejidad son aún más escasos fuera de las capitales^{6,7}. Con lo anterior, la demanda difusa de la comunidad no encuentra un primer nivel resolutive cercano y el acceso queda condicionado por el lugar de residencia.

Con respecto a la fragmentación y discontinuidad, suelen operar como componentes separados la detección, la atención primaria, la atención especializada y el seguimiento, sin referencia y contrarreferencia efectivas y sin responsables definidos de la continuidad⁸. La presión resultante es visible en la vigilancia epidemiológica. En 2024 se notificaron al

Sivigila 37.968 intentos de suicidio (73,6 por 100.000 habitantes), con tendencia creciente desde 2021 y tasas máximas entre los 15 y los 24 años⁹.

El criterio contrafactual precisa el diagnóstico: sin un mecanismo de estratificación del riesgo y de seguimiento longitudinal, el aumento de la demanda ya observable en la vigilancia seguiría llegando de forma indiferenciada a urgencias y a la consulta especializada, con esperas crecientes para los casos graves y pérdida de continuidad para los demás.

Tabla 2. La brecha que la RIISM busca resolver.

Dimensión	Indicador	Fuente
Brecha de tratamiento	América Latina y el Caribe: 77,9% (trastornos afectivos, de ansiedad y por sustancias, graves y moderados).	3
Acceso (Colombia, 2003)	Entre 85,5% y 94,7% de las personas con algún trastorno mental sin acceso a servicios.	4
Talento humano	Cerca de 2,5 psiquiatras por 100.000 habitantes; alrededor de la mitad en Bogotá.	6,7
Conducta suicida (2024)	37.968 intentos notificados; 73,6 por 100.000; en aumento desde 2021; mayor en 15–24 años.	9
Continuidad	Contrarreferencia y seguimiento tras la remisión, sin responsables ni incentivos definidos.	8

Por qué las respuestas actuales son insuficientes

En el país actualmente existen líneas telefónicas de ayuda, programas de tamizaje, servicios de telepsicología y rutas de derivación, pero operan como iniciativas paralelas. Una línea contiene la crisis, pero rara vez verifica la cita posterior; un tamizaje identifica casos sin garantizar la ruta; la telepsicología amplía la consulta sin priorizar la demanda; y la derivación convencional carece de contrarreferencia sistemática. Ninguna pieza modifica por sí sola los tres planos del problema. La experiencia internacional con redes integradas indica que el valor no reside en los componentes aislados, sino en su articulación

bajo reglas comunes de escalamiento, información compartida y responsabilidades definidas^{8,10}; eso es lo que la RIISM se propone aportar.

¿Qué propone la RIISM?

Las RIISM organizan la atención en cuatro niveles funcionales —funciones dentro de la red, no necesariamente instituciones distintas— bajo el principio de subsidiariedad clínica, que se refiere a atender cada necesidad en el nivel menos intensivo con capacidad resolutoria suficiente y escalar sin demora cuando el riesgo lo exige (**Figura 1; Tabla 3**). El modelo combina la lógica escalonada para el riesgo bajo y moderado con la estratificación del riesgo en la entrada, de modo que los casos graves se derivan directamente a la capacidad que requieren, sin fallar primero en un escalón de baja intensidad; esto es coherente con la evidencia sobre atención escalonada y emparejamiento por severidad^{11,12} y con la atención balanceada entre servicios comunitarios y especializados¹³. La guía mhGAP opera como lenguaje clínico común de los niveles^{14,15} y un circuito de atención colaborativa (gestión de caso, medición de resultados y supervisión especializada) que sostiene el manejo en atención primaria¹⁶, en línea con la evidencia sobre reparto de tareas¹⁷.

En la denominación, integralidad e integración no son intercambiables; la integralidad designa la amplitud de la respuesta —promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y curso de vida—, mientras la integración se refiere a la coordinación efectiva entre actores, niveles e información^{8,10}.

¿Cómo funciona la ruta?

La persona entra por dos canales equivalentes: el agente digital o el canal no digital (agentes comunitarios, línea telefónica, consulta presencial). En la entrada se estratifica el riesgo: el bajo y moderado sigue la secuencia comunidad—atención primaria—prestadores según necesidad, y la señal de alto riesgo se deriva directamente a la atención especializada y activa el Código Dorado. El flujo descendente o contrarreferencia con plan de seguimiento devuelve a la persona al nivel menos intensivo con capacidad resolutoria suficiente, y la gestión de caso sostiene el seguimiento longitudinal.

Tabla 3. Conceptos que organizan la RIISM.

Concepto	Definición
Subsidiariedad clínica	Cada necesidad se atiende en el nivel menos intensivo capaz de dar una respuesta segura, efectiva y oportuna; no implica retener casos ni sustituir la atención especializada. Exige capacidad resolutive real, criterios explícitos de escalamiento (riesgo, severidad, deterioro o no respuesta) y reversibilidad para escalar o retornar según la evolución.
Atención escalonada	Se inicia con la intervención menos intensiva adecuada y la intensidad aumenta cuando no hay respuesta suficiente o cambia la necesidad ^{11,12} .
Atención estratificada	El nivel se asigna desde el inicio según severidad o riesgo; el alto riesgo no atraviesa escalones inferiores.
Atención colaborativa	La atención primaria, la gestión de caso y la supervisión especializada comparten información, resultados y decisiones ¹⁶ .
Atención basada en medición	La evolución se monitorea con medidas estandarizadas para decidir continuidad, ajuste o escalamiento ¹⁸ .

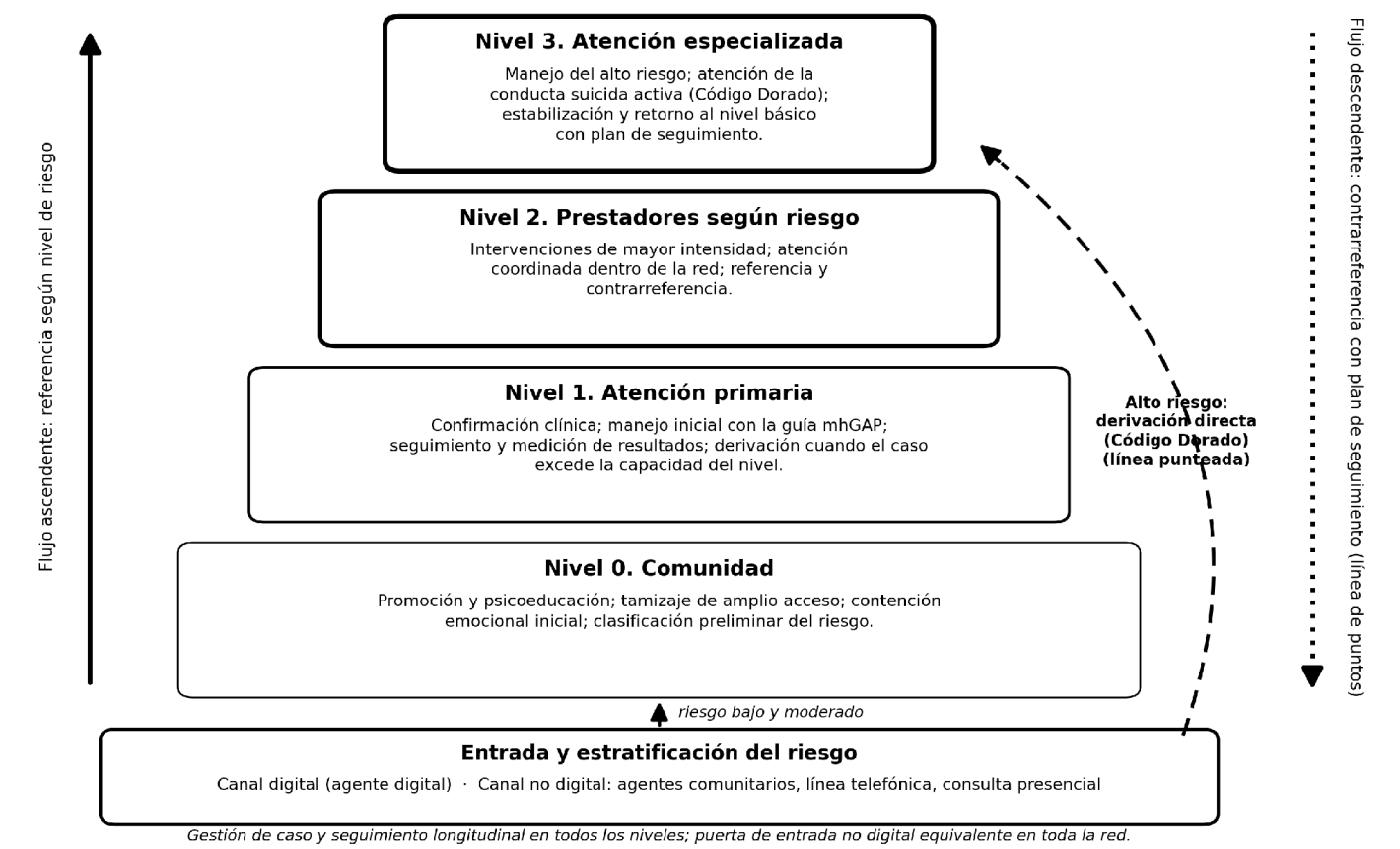


Figura 1. Arquitectura de la red por niveles funcionales, con entrada estratificada por riesgo, carril no digital equivalente, derivación directa del alto riesgo y contrarreferencia.

¿Qué aporta el agente digital basado en inteligencia artificial?

En este documento, agente digital, componente digital y capa digital designan lo mismo; en adelante se usa agente digital. El agente utiliza inteligencia artificial para sostener una interacción conversacional, adaptar la secuencia de preguntas, reconocer señales relevantes en el lenguaje del usuario, ofrecer respuestas de contención inicial y apoyar el seguimiento; en él conviven dos capas que deben mantenerse diferenciadas: una capa probabilística o generativa que sostiene la conversación, y una capa de reglas clínicas y de seguridad —puntajes de instrumentos estandarizados, umbrales de escala-

miento y reglas críticas— que debe permanecer explícita, auditable y clínicamente gobernada. El agente es una capa habilitadora de la red, no su centro, no diagnostica, no prescribe ni reemplaza el juicio clínico. Ante una señal de conducta suicida activa, transfiere el caso al circuito humano y activa la ruta correspondiente; su aporte en ese dominio es detección temprana, trazabilidad y seguimiento posterior, no manejo autónomo de la crisis. Contener inicialmente significa aquí dar una respuesta emocional breve y segura, orientada a conectar a la persona con recursos y atención, sin sustituir la intervención clínica. La **Tabla 4** delimita lo que la IA puede y no debe hacer en la red.

Tabla 4. Alcance de la inteligencia artificial en la RIISM.

La IA puede apoyar	La IA no debe
-Interacción conversacional -Identificación preliminar de señales en lenguaje natural -Administración adaptativa de preguntas -Contención emocional basada en la evidencia -Priorización preliminar -Recordatorios y seguimiento -Detección de cambios que requieren revisión humana	-Emitir diagnósticos -Prescribir tratamientos -Decidir por sí sola el cierre de un caso -Sustituir la evaluación clínica -Gestionar autónomamente una crisis -Modificar reglas críticas de escalamiento sin validación y aprobación

La evidencia que sustenta el componente digital debe leerse por dominios, porque cada función exige un tipo de prueba distinto.

- Acceso y alcance:** Los canales digitales pueden reducir barreras geográficas, horarias y de estigma^{19,20}.
- Efectividad clínica de intervenciones de baja intensidad:** Las intervenciones digitales estructuradas, sobre todo las que cuentan con apoyo humano, muestran eficacia para depresión y ansiedad leve a moderada²¹; su adherencia es baja cuando no son guiadas, por lo que se prevé un apoyo humano mínimo que sostenga el uso²².
- Tamizaje y clasificación de riesgo:** La validez demostrada corresponde a los instrumentos estandarizados que el agente administra; el modo conversacional en que los administra e interpreta requiere validación propia, local y desagregada por poblaciones. La subsidiariedad clínica se aplica también a la intensidad de la evaluación mediante un tamizaje en dos etapas: un filtro ultracorto validado y, cuando resulta positivo o hay señales de riesgo, un instrumento confirmatorio o una valoración clínica, PHQ-2 seguido de PHQ-9 para depresión^{23,24}; GAD-2 seguido de GAD-7 para ansiedad²⁵; AUDIT-C seguido de AUDIT o ASSIST para consumo de alcohol²⁶; e instrumentos breves validados en adolescentes cuando corresponda. En riesgo suicida, el filtro ultracorto solo cumple una función inicial; toda señal relevante debe activar una valoración más completa, consistente con estándares como la escala de Columbia²⁷, y el circuito humano definido.
- Gestión de caso y seguimiento:** Los recordatorios, el monitoreo de síntomas, el recontacto y la atención basada en medición cuentan con soporte en la literatura de atención colaborativa^{16,18}.
- Evidencia específica del agente:** Un instrumento validado en formato tradicional no queda validado por incorporarse a un agente de IA. Deben evaluarse por separado la validez del instrumento, la equivalencia de su administración conversacional y la lógica de interpretación y escalamiento del agente. Las escalas ultracortas tampoco son sin más “más eficientes”; pueden aumentar los falsos positivos y desempeñarse de forma distinta según edad, población y modo de administración. La literatura sobre agentes conversacionales y sobre el reporte de intervenciones clínicas basadas en IA respalda la factibilidad de algunas funciones^{28,29}, pero el desempeño clínico y la seguridad del agente específico

deben demostrarse en la población y la ruta donde será utilizado.

Las intervenciones digitales pueden contribuir a liberar capacidad clínica solo cuando resuelven necesidades de baja intensidad, mantienen una adherencia suficiente y están integradas a rutas asistenciales con capacidad de respuesta; esta es una hipótesis por evaluar, no una propiedad de la tecnología.

Resultados esperados y mecanismos

Los beneficios no derivan de la tecnología, sino de una cadena causal cuyos eslabones pueden fallar. Aspectos como falsos positivos y negativos, inasistencia a citas, falta de capacidad aguas abajo, pérdidas en la remisión, baja adherencia o interoperabilidad deficiente son algunos ejemplos. La **Tabla 5** re-

sume la teoría de cambio: cada mecanismo produce un resultado inmediato del que se espera un beneficio sujeto a una condición verificable. Los efectos sobre costos y eficiencia son hipótesis por evaluar, no hechos comprobados.

Riesgos y salvaguardas

La implementación debe vigilar efectos no deseados de dos tipos: los propios de cualquier herramienta digital y los específicos de un sistema de IA (**Tabla 6**).

Reconocer estos riesgos no debilita la propuesta, la fortalece, porque delimita cómo gestionarlos. La gobernanza se apoya en tres dimensiones complementarias.

Tabla 5. Teoría de cambio de la RIISM.

Mecanismo	Resultado inmediato	Beneficio esperado	Condición
Tamizaje y estratificación	Identificación y priorización de casos	Menor tiempo de atención para el alto riesgo	Capacidad de respuesta disponible
Intervenciones de baja intensidad	Resolución inicial de casos leves	Menos remisiones evitables	Adherencia y efectividad locales
Gestión de caso	Seguimiento y recontacto	Mayor continuidad asistencial	Supervisión humana suficiente
Datos trazables	Información sobre rutas y resultados	Mejor planeación territorial	Interoperabilidad efectiva
Referencia y contrarreferencia	Retorno al nivel adecuado	Mejor uso de la red	Responsables e incentivos definidos

Tabla 6. Efectos no deseados que la implementación debe vigilar.

Riesgos digitales generales	Riesgos específicos de la IA
Brecha de conectividad y exclusión digital	Respuestas incorrectas o no fundamentadas
Protección de datos	Variabilidad ante entradas equivalentes
Interoperabilidad deficiente	Degradación ante lenguaje ambiguo o adversarial
Dependencia de plataformas	Sesgos de desempeño entre poblaciones
Baja adherencia	Sobreconfianza del usuario o del personal
Demanda inducida sin capacidad de respuesta	Cambios de comportamiento entre versiones
Saturación de la atención primaria	Dificultad para reconstruir por qué se generó una respuesta
Medicalización de malestares leves	Clasificación incorrecta del riesgo

En primer lugar, la protección de datos exige una finalidad explícita, la minimización de la información recogida, el consentimiento informado y reglas claras de retención y control de acceso.

En segundo lugar, la gobernanza algorítmica requiere validar el agente localmente antes de desplegarlo y, una vez en operación, vigilar su desempeño, controlar los sesgos y gestionar las versiones. Esa evaluación debe desagregarse por edad, sexo, territorio, ruralidad, pertenencia étnica y, cuando sea factible, alfabetización digital, de modo que el de-

sempeño se examine en cada grupo y no solo en el promedio.

En tercer lugar, la seguridad clínica descansa en un escalamiento humano garantizado, en una responsabilidad definida ante el error y en la gestión de incidentes y la vigilancia posterior al despliegue. A estas tres dimensiones se suman tres condiciones operativas. Primera: no ampliar el tamizaje sin asegurar la atención posterior, porque el punto de corte que se elija determina cuántos casos positivos deberá absorber la red. Segunda: garantizar una transferencia

de información segura e interoperable hacia la atención primaria. Y tercera: mantener una puerta de entrada no digital equivalente, como garantía de equidad.

Recomendaciones de política

1. **Implementar un piloto territorial de la RIISM:** Seleccionar un territorio con participación de la Secretaría de Salud, las entidades promotoras, la atención primaria, un prestador especializado y actores comunitarios.
2. **Definir la capacidad antes de ampliar el tamizaje:** Estimar cuántos casos positivos generaría cada punto de corte y verificar que existan servicios disponibles para atenderlos.
3. **Adoptar una ruta común basada en la guía mhGAP y el Código Dorado:** Definir responsables, tiempos máximos y mecanismos de referencia, contrarreferencia y seguimiento; la contrarreferencia es el punto de falla histórico de las redes integradas y requiere incentivos explícitos⁸.
4. **Financiar la capa comunitaria como un bien de acceso territorial:** Evitar que el acceso al componente preventivo y de detección dependa exclusivamente de cada prestador o de la capacidad de pago del usuario.
5. **Evaluar el piloto antes de escalar:** Medir cobertura, falsos positivos y negativos, tiempos de atención, resolución por nivel, continuidad, equidad, seguridad y costos.

Diseño mínimo del piloto

El piloto responde, en secuencia, tres preguntas: ¿es factible?, ¿es seguro y aceptable?, ¿mejora resultados y eficiencia? Se propone que su duración sea de doce meses, permitiendo responder con solvencia las dos primeras y obtener señales preliminares de la tercera; la demostración de costoefectividad exigirá un horizonte mayor y no debe prometerse para esta fase.

El diseño mínimo evaluable incluye un territorio con secretaría de salud, aseguradores, atención primaria, un prestador especializado y actores comunitarios; una población objetivo definida; condiciones priorizadas (depresión, ansiedad, consumo de sustancias y riesgo suicida); un comparador —servicios sin la intervención o línea de base prospectiva—; un desenlace primario acordado, propuesto aquí como el tiempo hasta la atención según nivel de riesgo; desenlaces secundarios de cobertura, falsos positivos y

negativos, resolución por nivel, continuidad y equidad; indicadores de seguridad con umbrales de suspensión; y criterios predefinidos de expansión o cierre. Por tratarse de un agente basado en IA, el piloto debe medir, además de lo anterior, desempeño clínico-algorítmico (sensibilidad, especificidad, falsos negativos en alto riesgo, valor predictivo positivo, concordancia con la evaluación humana y consistencia ante casos equivalentes); seguridad de la interacción (proporción de respuestas inseguras, fallas de escalamiento, incidentes críticos, desempeño en pruebas adversariales y tiempo hasta la intervención humana); equidad (diferencias de desempeño por edad, sexo, territorio, ruralidad y otros grupos relevantes); experiencia humana (comprensión de que se interactúa con IA, confianza apropiada y no ciega, aceptación y carga para el personal); y monitoreo del modelo (versión utilizada, cambios realizados y trazabilidad de las respuestas).

Próximos pasos

Se recomienda conformar una mesa técnica territorial para diseñar el piloto, definiendo la población objetivo, mapeando la capacidad instalada, acordando la ruta de derivación y estableciendo el protocolo de evaluación antes de iniciar la operación.

Financiación

Los autores declaran que no se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Rodrigo Nel Córdoba Sastoque: Conceptualización, Metodología, Redacción – borrador original, Revisión y edición.

Luis H. Rojas: Metodología, Análisis formal, Curación de datos, Revisión y edición.

Angela J. Pereira Morales: Metodología, Análisis formal, Curación de datos, Revisión y edición.

Sebastián Gómez: Metodología, Análisis formal, Curación de datos, Revisión y edición.

Martha Patricia Saavedra: Metodología, Análisis formal, Curación de datos, Revisión y edición.

Todos los autores han leído y aceptado la versión final del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores pertenecen a las instituciones que desarrollarían y operarían componentes del modelo propuesto, incluido el agente digital.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción, análisis, interpretación o revisión de este artículo.

Referencias

1. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82(11):858-866.
2. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. Kohn R, Ali A, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e165.
4. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003 [Internet]. Bogotá: {Ministerio de la Protección Social}; 2005.
5. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo-Martínez N, Matallana D. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(Supl 1):2-8.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental: datos y cifras 2024-2025 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2025.
7. World Health Organization. Mental Health Atlas 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021.
8. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2010.
9. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento: intento de suicidio, Colombia, 2024 [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2025.
10. World Health Organization, World Organization of Family Doctors (Wonca). Integrating mental health into primary care: a global perspective [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008.
11. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness, and efficiency. *Br J Psychiatry*. 2005;186:11-17.
12. van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2015;45(2):231-246.
13. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*. 2013;43(4):849-863.
14. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings (version 2.0) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016.

Normativa citada

Ley 2460 de 2025; Ley 1616 de 2013; Resolución 347 de 2026 (Ministerio de Salud y Protección Social); Resolución 2100 de 2025; Resolución 3280 de 2018; Resolución 202 de 2021; Resolución 4886 de 2018; documento CONPES 3992 de 2020.

15. Keynejad R, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) intervention guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evidence Based Mental Health*. 2018;21(1):30-34.
16. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;2012(10). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006525.pub2>.
17. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-1598.
18. Fortney JC, Unützer J, Wrenn G, Pyne JM, Smith GR, Schoenbaum M, et al. A Tipping Point for Measurement-Based Care. *Psychiatric Services*. 2017;68(2):179-188. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500439>.
19. Andersson G, Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*. 2014;13(1):4-11.
20. Torous J, Bucci S, Bell IH, Kessing LV, Faurholt-Jepsen M, Whelan P, et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry*. 2021;20(3):318-335. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/wps.20883>.
21. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, Berman FMG, Furukawa TA, Cuijpers P. Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(4):361-371.
22. Baumeister A, Muench F, Edan S, Kane JM. Objective User Engagement With Mental Health Apps: Systematic Search and Panel-Based Usage Analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2019;21(9):e14567. Disponible en: <https://doi.org/10.2196/14567>.
23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16(9):606-613. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>.
24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care*. 2003;41(11):1284-1292. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000093487.78664.3c>.

25. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*. 2007;146(5):317-325.
Disponible en: : <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>.
26. Bush K, Kivlahan D, McDonell M, Fihn S, Bradley K. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*. 1998;158(16):1789-1795.
27. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(12):1266-1277.
Disponible en: : <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>.
28. Abd-Alrazaq A, Rababeh A, Alajlani M, Bewick B, Househ M. Effectiveness and safety of using chatbots to improve mental health: systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(7):e16021.
29. Liu X, Rivera SC, Moher D, Calvert MJ, Denniston AK. Reporting guidelines for clinical trial reports for interventions involving artificial intelligence: the CONSORT-AI Extension. *BMJ*. 2020:m3164.
Disponible en: : <https://doi.org/10.1136/bmj.m3164>.