República de Colombia

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA JURÍDICA
Revisó
Aprobó

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NÚMERO 0729 **DE 2025**

(**25 JUN 2025**

Por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de las facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 166 de la Ley 2294 de 2023, en desarrollo de la Ley 1616 de 2013, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia consagra la atención de la salud como un servicio público a cargo del Estado, el cual debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que existen antecedentes sobre instrumentos de política pública enfocados en mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud mental, entre los cuales se destacan: la Resolución 2358 de 1998 la cual adoptó la primera Política Nacional de Salud Mental; los lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia del año 2005; y el *documento "Política Pública del Campo de la Salud Mental"*, del año 2007 que estableció disposiciones para una gestión integral de la salud mental y los aspectos relacionados con el enfoque de determinantes sociales de la salud, entre otros.

Que la Ley 1616 de 2013 contiene disposiciones para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mujeres, población LGTBIQ+, personas mayores, personas cuidadoras, víctimas de violencia, personas con discapacidad, población campesina y pueblos étnicos mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental, y la rehabilitación integral en consonancia con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991. En cumplimiento del artículo 31 de la precitada ley, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política Nacional de Salud Mental mediante la Resolución 4886 de 2018.

Que el artículo 2° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable, tanto en el ámbito individual como colectivo. Este derecho comprende el acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios de salud, con el propósito de preservar, mejorar y promover la salud. Asimismo, señala que el Estado deberá adoptar políticas orientadas a garantizar la igualdad de trato y de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Que el literal c) del artículo 5° de la precitada ley señala que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, a través de "*Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales*".

Que el Documento CONPES 3992 de 2020 - Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia -, resaltó la necesidad de una coordinación intersectorial y el fortalecimiento de entornos sociales para proteger a las poblaciones más vulnerables; identificando dentro de los problemas que limitan la promoción de la salud mental en la población colombiana: i) la baja coordinación intersectorial, ii) la fragmentación y limitado uso de la información sobre salud mental, iii) las barreras en diferentes entornos y en las competencias individuales para afrontar situaciones adversas, iv) el bajo desarrollo de competencias socioemocionales, v) las limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas de consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y trastornos mentales y, vi) la baja disponibilidad de Talento Humano en Salud (THS) y limitaciones en su formación para la atención integral de problemas y trastornos mentales; aspectos que han sido incluidos en el proceso de actualización de la Política.

Que, la Resolución 1035 de 2022 modificada por la Resolución 2367 de 2023, que adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales, estableció como un eje estratégico la Gestión de la Atención Primaria Integral en Salud dentro del cual presenta como elemento orientador, la construcción de modos, condiciones y estilos favorables a la vida y la salud, y como estrategia para la promoción y protección de la salud mental.

Que, no obstante la amplia regulación existente en materia de salud mental en el territorio colombiano, se requiere la adopción de políticas que respondan a las múltiples y graves problemáticas que se vienen presentando, por cuanto se ve afectada por diversos determinantes sociales, entre los que se encuentran las características estructurales del sistema de salud que deja sin cobertura en salud mental a gran parte de la población, la pobreza, la desigualdad e inequidad social, las múltiples expresiones de violencia, incluidas las asociadas al conflicto armado como el desplazamiento forzado, la desaparición de personas, y el reclutamiento ilícito de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ), y las violencias de género en todos los entornos, así como el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA), la sobrecarga laboral de los cuidadores de personas con trastornos mentales y/o discapacidades, la falta de talento humano calificado en salud disponible en todo el territorio nacional, la débil articulación entre los sectores, los territorios y la ciudadanía, entre otros factores.

Que, estas circunstancias han propiciado escenarios posibles donde el sujeto puede presentar diferentes manifestaciones del sufrimiento psíquico, tales como la depresión, los trastornos de ansiedad, las esquizofrenias y los trastornos de la conducta, desenlaces no deseados como el suicidio y manifestaciones sociales como la exclusión de las personas con problemas de salud mental, deteriorando el tejido social y las posibilidades de desarrollo en todos los entornos. En razón de lo expuesto, es necesario dar respuesta a los desafíos persistentes en materia de salud mental, como es el estigma, la insuficiencia de recursos y las barreras de acceso en el ámbito de la salud mental, que resaltan la necesidad de una colaboración continua entre el Gobierno, la sociedad civil y las organizaciones internacionales para asegurar que

todas las personas, especialmente las más vulnerables, tengan acceso equitativo a servicios de salud mental de calidad. De ahí la necesidad de actualizar la política pública de salud mental como parte de la garantía y protección del derecho fundamental a la salud.

Que, para brindar solución a esta problemática, la Ley 2294 de 2023 "*Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022- 2026 'Colombia Potencia Mundial de la Vida"*, establece en su artículo 166 que el Gobierno Nacional, bajo la coordinación técnica del Ministerio de Salud y Protección Social, y con la participación del Consejo Nacional de Salud Mental debe actualizar la Política Nacional de Salud Mental y ordena la creación de la Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental. Esta norma dispone que la actualización de la Política Nacional de Salud Mental debe ser un instrumento fundamental para garantizar el derecho a la salud mental de la población, mediante estrategias transectoriales de mediano y largo plazo, con enfoque interseccional, diferencial y territorial, priorizando la eliminación del estigma y la discriminación, asociados a la salud mental.

Que, en consonancia con lo anterior, la actualización de la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034 fortalece la integración de la salud mental dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, con criterios de equidad, interculturalidad y sostenibilidad, en cumplimiento de los principios fundamentales del derecho a la salud.

Que la Política Nacional de Salud Mental debe atender lo dispuesto por la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014, en la que reconoce que la organización del sistema de salud a través de Redes de Servicios de Salud está en concordancia con el ordenamiento constitucional, al evitar la fragmentación del servicio, optimizar su calidad y garantizar el acceso efectivo a los servicios de promoción, protección y recuperación en salud, en cumplimiento del artículo 49 de la Constitución Política de Colombia.

Que, en la misma providencia, la Corte Constitucional precisó la diferencia entre Redes Integrales y Redes Integradas, señalando que las primeras cuentan con instituciones y tecnologías especializadas para ofrecer una cobertura global de las necesidades en salud, mientras que las segundas operan como sistemas interinstitucionales organizados funcionalmente, sin requerir la disposición de todos los servicios en un solo ente. En este sentido, aquella Corporación enfatizó que el concepto de *"Red Integral"* responde a la obligación de las entidades del sistema de salud de garantizar la prestación de servicios a sus usuarios, en cambio el concepto de *"Red Integrada"* se refiere a la forma en que dichas entidades se organizan para cumplir con esta labor. En coherencia con esta interpretación, la actualización de la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034 establece la necesidad de consolidar redes integradas e integrales en salud mental con enfoque territorial, promoviendo la articulación efectiva entre los distintos niveles de atención, asegurando la continuidad del cuidado y fortaleciendo la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para mejorar el acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud mental en el país.

Que, en el marco del proceso de actualización de la Política, se convocaron actores de las regiones Pacífica, Amazonía, Andina, Caribe, Orinoquía, Centro y Bogotá, a través de una metodología participativa, con el fin de promover el aprendizaje colaborativo, la priorización de problemas locales y el diálogo entre el conocimiento científico y los saberes propios. Para tal efecto, se llevaron a cabo grupos focales

presenciales y virtuales con la participación de miembros del Consejo Nacional de Salud Mental, entidades territoriales y organizaciones civiles. Adicionalmente, se desplegaron actividades con representantes del sector, entidades gubernamentales, organizaciones sociales y civiles, orientadores escolares, gremios de la salud y profesionales. Igualmente, se realizó un proceso de consulta pública con el objetivo de incorporar las observaciones pertinentes, contribuyendo así a la integración de diversas perspectivas en el proceso de construcción del documento técnico.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

Artículo 1. Adiciónese el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, así:

TÍTULO 15

Actualización de la Política Nacional de Salud Mental

Artículo 2.8.15.1. *Objeto.* Este título tiene por objeto adoptar la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034, contenida en el anexo técnico que lleva el mismo nombre y que hace parte integral del presente decreto.

Artículo 2.8.15.2. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones contenidas en el presente título se aplicarán en todo el territorio nacional y serán de obligatorio cumplimiento para todos los actores del sistema de salud y los demás sectores que, en el marco de sus competencias, incidan en los determinantes sociales de la salud mental.

Artículo 2.8.15.3. *Ejes estratégicos de la Política Nacional de Salud Mental.* De conformidad con lo expuesto en el artículo 166 del Plan Nacional de Desarrollo, la Política Nacional de Salud Mental se estructura con los siguientes ejes:

Eje 1: Promoción de la salud mental.
Eje 2: Prevención de problemas, trastornos de la salud mental y epilepsia.
Eje 3. Atención integral de los problemas y trastornos mentales.
Eje 4: Rehabilitación integral e inclusión social.
Eje 5. Gestión, articulación y coordinación sectorial y transectorial: Gobernanza en salud mental.

Artículo 2.8.15.4. *Enfoques de la Política Nacional de Salud Mental.* La Política Nacional de Salud Mental integra los enfoques que se enuncian a continuación, los cuales son universales, territorializados, permanentes, sistemáticos, resolutivos y se alinean con los principios consagrados en el artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que define la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad como elementos esenciales e interrelacionados del derecho fundamental a la salud:

- Derechos humanos.
- Curso de vida, con especial énfasis:
  - Niños, niñas y adolescentes.
  - Jóvenes.
  - Adultos.
  - Personas mayores.

- Poblacional, con especial énfasis en:
  - Pueblos étnicos (pueblos indígenas, negros, afrocolombianos, raizales, palenqueros y Rrom).
  - Población campesina.
  - Personas trabajadoras (personal en salud, docentes, personas que ejercen actividades sexuales pagas, trabajadores no formales).
  - Interculturalidad.
  - Miembros de las Fuerzas Armadas y Policía.
- Mujeres, género y diversidad.
- Diferencial por situación y condición, con especial énfasis en:
  - Personas con discapacidad.
  - Personas con habitabilidad en calle.
  - Personas privadas de la libertad.
  - Personas migrantes.
  - Personas víctimas del conflicto armado.
- Territorial.
- Interseccional.
- Psicosocial.
- Ambiental.

Artículo 2.8.15.5. ***Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental.*** Créese la Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental como instancia de gobernanza para apoyar la implementación de la Política Nacional de Salud Mental, fortaleciendo la articulación, coordinación y participación de los actores sectoriales, intersectoriales y de la sociedad civil, incluyendo organizaciones públicas, privadas y comunitarias, responsables de la salud mental.

Parágrafo 1. Esta instancia estará conformada por actores clave del ámbito nacional y territorial, dentro de un marco transectorial e intersectorial, que incluirá:

- Organizaciones No Gubernamentales (ONG);
- Universidades y centros de investigación;
- Sector privado;
- Organizaciones internacionales;
- Comunidades locales y líderes comunitarios que aportan a los temas de bienestar mental;
- Entidades Territoriales;
- Entidades prestadoras de servicios de salud y cuidado;
- Colegios y asociaciones de profesionales de disciplinas relacionadas con la atención integral de la salud mental;
- Delegaciones y representantes de plataformas nacionales y juveniles.

El Consejo Nacional de Salud Mental, con el apoyo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá el organigrama funcional de la Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental y definirá las responsabilidades de sus integrantes, los criterios para la toma de decisiones, así como los procedimientos de evaluación y seguimiento de sus actividades, entre otros.

Parágrafo 2. La Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental operará de manera articulada en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, integrando esfuerzos transectoriales e intersectoriales. No asumirá responsabilidades relacionadas con la prestación de servicios, sino que se encargará de orientar las

acciones para mejorar la atención integral, integrada y continua en salud mental, promover la inclusión social, garantizar la eliminación del estigma y la discriminación en la promoción de la salud mental y afectar positivamente los determinantes sociales de la salud mental.

Artículo 2.8.15.6. ***Adopción, implementación y evaluación de la política de salud mental.*** El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá y coordinará la adopción, difusión, implementación, monitoreo y evaluación de la política de salud mental en todo el territorio nacional. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal establecerán mecanismos para adoptar, difundir, implementar, monitorear y evaluar la política de salud mental en el ámbito de su jurisdicción y estructurarán dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición del presente Decreto, planes de salud mental departamentales, distritales y municipales que se operativicen a través de las instancias conformadas para el cuidado de la salud mental en los territorios.

Artículo 2.8.15.7. ***Atención Primaria en Salud (APS) y salud mental.*** El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, las entidades promotoras de salud o la entidad que haga sus veces y demás actores del sector de salud, abordarán la salud mental desde el enfoque y la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Para tal efecto integrarán acciones para el cuidado de la salud mental a través de: i. la organización de los servicios de salud mental a través de la Red Nacional de Salud Mental como parte de las Redes Integrales e Integradas en Salud con enfoque territorial; ii. la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud mental y iii. el ejercicio de la participación social como derecho conforme a las necesidades de las personas, familias y comunidades en los territorios.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal gestionarán el abordaje intersectorial y transectorial de los determinantes sociales de la salud mental con las entidades y los sectores que de acuerdo con sus competencias deban concurrir a este fin y con las organizaciones de la sociedad civil, en consonancia con la política de participación social en salud.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá el componente en salud mental, dentro de las disposiciones relacionadas con la conformación y operación de las redes integrales e integradas en salud con enfoque territorial, incluyendo la operación de los Equipos Básicos en Salud o Equipos de Salud Territoriales.

Artículo 2.8.15.8. ***Organización de los servicios de salud mental en red con enfoque territorial.*** El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, las entidades promotoras de salud o la entidad que haga sus veces y demás actores del sector de salud, organizarán los servicios de salud mental a través de la Red Nacional de Salud Mental que operará de manera transversal en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial, de conformidad con la normatividad vigente.

El funcionamiento de la Red Nacional de Salud Mental se basará en la articulación y coordinación de todos los actores del sistema para asegurar la atención integral, integrada y continua en salud mental a las personas, familias y comunidades en lo correspondiente a los procesos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, garantizando un acceso sin barreras, oportuno y en condiciones de equidad.

La Red Nacional de Salud Mental estará organizada de manera funcional en tres niveles: un Centro Nacional de Referencia, Centros Regionales de Referencia y prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos que operen en el nivel local.

a. El Centro Nacional de Referencia en Salud Mental, como institución de carácter público, tendrá las siguientes funciones:

   - Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la implementación, seguimiento y actualización de la Política Pública en Salud Mental.
   - Prestar servicios integrales e integrados en salud mental.
   - Diseñar e implementar estrategias de investigación, desarrollo e innovación en Salud Mental.
   - Desarrollar y promover acciones de formación y capacitación en salud mental al personal de salud.
   - Prestar asistencia técnica en salud mental a los Centros Regionales de Referencia, y a los demás actores articulados a las Redes Integrales e Integradas de salud con enfoque territorial.

b. Los Centros Regionales de Referencia, como instituciones de carácter público, tendrán las funciones previamente descritas, las cuales ejercerán en los territorios que hagan parte de la respectiva Red Integral e Integrada de salud. Estos Centros liderarán el fortalecimiento de la atención en salud mental a lo largo del continuo de la atención a nivel territorial, brindando asistencia técnica en los municipios de la región correspondiente.

c. Los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, prestarán los servicios en salud mental a nivel municipal o subregional, e integrarán sus acciones con los equipos de salud territoriales, así como con los planes, programas y estrategias para la respuesta a eventos o condiciones de interés en salud mental individual y comunitaria.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no superior a los seis (6) meses siguientes a la publicación del presente Decreto, reglamentará la operación de la Red Nacional de Salud Mental.

Artículo 2.8.15.9. ***Formación del talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud que concurren en la atención integral, integrada y continua de la salud mental.*** El Ministerio de Salud y Protección Social gestionará ante el Ministerio de Educación el desarrollo de programas de formación para los niveles de auxiliares, técnicos profesionales, tecnólogos, profesionales y de nivel posgradual del sector salud y otros trabajadores del sector salud, que concurren en la atención integral, integrada y continua de la salud mental, en conjunto con las entidades competentes. Estos programas deberán incorporar contenidos pertinentes en salud mental y adaptados a las necesidades poblacionales y territoriales, con el objetivo de garantizar el cuidado integral de la salud mental.

Para fortalecer este proceso el Ministerio de Salud y Protección Social gestionará en el nivel territorial la generación de alianzas con el conjunto de actores que integran el sistema de salud, el sector educación y otros sectores para que se creen y amplíen los programas de formación mencionados anteriormente en función del análisis situacional de salud y de las brechas del talento humano para la atención integral de la salud mental.

Artículo 2.8.15.10. ***Fortalecimiento de competencias del talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud que concurren en la atención integral, integrada y continua de la salud mental con énfasis en APS.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces y demás actores del sector de salud, implementarán mecanismos y estrategias para el fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud en primeros auxilios psicológicos, promoción de la salud mental, prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias y aquellos asociados a diferentes formas de violencias, con enfoque diferencial poblacional y territorial. Se fortalecerán las capacidades de los equipos básicos de salud – equipos de salud territoriales para el cuidado integral de la salud mental.

Artículo 2.8.15.11. ***Distribución suficiente y equitativa del talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud para la atención integral, integrada y continua de la salud mental.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces y demás actores del sector de salud; promoverá y desarrollará mecanismos para avanzar en la distribución equitativa y suficiente del talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud que concurren en la atención integral, integrada y continua de la salud mental en todo el territorio nacional, con énfasis en las zonas rurales, rurales dispersas y de difícil acceso; asegurando la disponibilidad suficiente y equitativa.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social gestionará ante el Ministerio de Educación Nacional y los integrantes del sistema de salud y el sector educativo, acciones para el aumento gradual y progresivo de escenarios de práctica para la formación de talento humano en salud que participa en la atención integral, integrada y continua en salud mental.

Artículo 2.8.15.12. ***Mecanismos para garantizar el trabajo digno y decente del talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud que concurren en la atención integral, integrada y continua de la salud mental.*** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces y demás actores del sector de salud, promoverá mecanismos para garantizar el trabajo digno al talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud que concurren en la atención integral, integrada y continua de la salud mental. Asimismo, se gestionará ante el Ministerio de Trabajo, la creación de lineamientos para la reducción de la sobrecarga laboral, el respeto a los derechos laborales y el fortalecimiento de

los mecanismos de prevención del agotamiento profesional (burnout), garantizando ambientes de trabajo seguros y adecuados para la prestación de los servicios de salud mental en todo el país.

Artículo 2.8.15.13. ***Instauración del Servicio Social Obligatorio (SSO) para los programas de pregrado en psicología.*** El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará los lineamientos y la reglamentación para que, progresivamente, se habiliten plazas de SSO para estudiantes de los programas de pregrado en psicología, según la normativa especializada que rige la materia.

Artículo 2.8.15.14. ***Plan de Acción Nacional para la implementación de la Política Nacional de Salud Mental.*** El Ministerio de Salud y Protección Social liderará la construcción del plan de acción nacional sectorial e intersectorial para la implementación de la Política Nacional de Salud Mental dentro de los cinco (5) meses siguientes a la expedición del presente decreto; el cual contendrá como mínimo los siguientes aspectos: objetivo general, objetivos específicos, los ejes, las acciones, hitos, indicadores, metas, responsables y presupuesto, entre otros.

Artículo 2.8.15.15. ***Seguimiento y monitoreo a la implementación de la Política Nacional de Salud Mental.*** El Ministerio de Salud y Protección Social en cabeza de la Dirección de Promoción y Prevención o quien haga sus veces, liderará con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, el seguimiento y monitoreo anual de los indicadores que se establezcan en el Plan de Acción de la presente política, en cumplimiento al proceso de gestión de políticas públicas que se encuentra en el Sistema Integrado de Gestión de la entidad.

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal en el marco de sus competencias generarán planes y estrategias de monitoreo y seguimiento a la implementación de la Política Nacional de Salud Mental en el ámbito de su jurisdicción, a través de diferentes mecanismos incluyendo el análisis de metas e indicadores en salud mental.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a seis (6) meses contados a partir de la expedición del presente decreto, expedirá los criterios y lineamientos para el seguimiento y monitoreo de la Política Nacional de Salud Mental por parte de las entidades territoriales, en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud. Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal deberán remitir al Ministerio de Salud y Protección Social de manera semestral los informes de monitoreo y seguimiento a la implementación de la Política Nacional de Salud Mental en el ámbito de su jurisdicción.

Artículo 2.8.15.16. ***Evaluación de la implementación de la Política Nacional de Salud Mental.*** El Ministerio se Salud y Protección Social con el liderazgo de la Dirección de Promoción y Prevención y el apoyo metodológico de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales o quienes hagan sus veces, realizará una evaluación a los cinco (5) años de expedido este decreto, y al finalizar la implementación de la Política Nacional de Salud Mental, adoptando el procedimiento de Elaboración de Estudios Sectoriales y Política Pública del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2.8.15.17. ***Conmemoración del Día Nacional de la salud mental.*** El 10 de octubre de cada anualidad se conmemorará el Día Nacional de la Salud Mental. Para

tal sentido, el Gobierno Nacional convocará distintos sectores públicos y privados con el fin de articular acciones que reconozcan la importancia de la salud mental.

Artículo 2.8.15.18. *Vigencia.* El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación, adiciona el Titulo 15 de la Parte 8 del libro 2 del Decreto 780 de 2016 y deroga la Resolución 4886 de 2018 *"Por la cual se Adopta la Política Nacional de Salud Mental".*

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

25 JUN 2025

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Política Nacional de Salud Mental 2025-2034

Ministerio de Salud y Protección Social

2025

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Secretario General

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

YENNY PILAR TORRES CASTRO
Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

GRUPO DE GESTIÓN INTEGRADA PARA LA SALUD MENTAL

Aldemar Parra
Danna Lorena Murcia Ruiz
Nelly Yulisa Rivas
Diana Carolina Fonseca Fonseca
Mauricio Orlando Olarte Torres
Liana Milena Baquero Hernández

Coordinadora del Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental
Nathalia Carolina Rodríguez Martínez.

EQUIPO TÉCNICO

Ana Carolina Amaya Arias
Andrea Ríos
Andrés León Prieto
Carlos Enrique Garavito Ariza
Carmenza Osorio Gómez
Custodio Rosales Bohada
Daniel Zamora Quiroga
David Felipe Sánchez Mora
Diana Carolina Ramírez Merchán
Fernando José Tovar Ramírez
Iván Alejandro Navarrete Hernández
Jennifer Paola Cardona Malaver
Julián Andrés Gutiérrez Marín
Laura Cristina López Franco
Lina Paola Rondón Daza
Luis Jorge Osuna Bermúdez
Margarita Rosa González Rangel
María Camila Aldana Giraldo
Marie Paz Rodríguez Mier
Martha Cecilia Ruiz Riaño
Nelly Alexandra Toro Garnica
Pilar Ceballos Medina
Tomás Guzmán Sánchez
Yeiny Carolina Torres Bocachica
Wilfredy Victoria Rodríguez

En reconocimiento a todas las personas que aportaron a este proceso.

EQUIPO DE APOYO METODOLÓGICO OAPES

Eliana Esmeralda Zambrano Becerra
Sonia Milena Torres Rojas

© Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 # 32-76. Bogotá, D.C., Colombia
Atención telefónica a través del centro de contacto
en Bogotá: (60-1) 330 5043. Resto del país: 01 8000 960 020

Contenido

Introducción 6

1. Marco referencial 9

2.1 Marco normativo y de política 9

2.2 Marco conceptual 15

2.3 Principios 22

2.4 Enfoques 26

2. Diseño metodológico 38

3. Diagnóstico situacional 40

4.1 Panorama en regiones 41

4.2 Poblaciones diferenciales 46

4.3 Barreras de acceso a los servicios de salud 59

4.4 Análisis de la situación en salud 65

5. Marco estratégico 70

5.1 Objetivos 70

5.2 Ejes estratégicos 71

5.2.1 Eje 1. Promoción de la salud mental 73

5.2.2 Eje 2. Prevención de problemas, trastornos de la salud mental y epilepsia 78

5.2.3 Eje 3. Atención integral de los problemas y trastornos mentales 85

5.2.4 Eje 4. Rehabilitación integral e inclusión social 88

5.2.5 Eje 5. Gestión, articulación y coordinación sectorial y transectorial: en salud mental. 92

5.3 Estrategias transversales 95

5.3.1 Estrategia transversal 1. Organización de los servicios de salud mental en red con enfoque territorial. 95

5.3.2 Estrategia transversal 2. Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres 99

5.3.3 Estrategia transversal 3. Observatorio de Salud Mental 100

5.3.4 Estrategia transversal 4. Fortalecimiento del talento humano 101

5.3.5 Estrategia transversal 5. Mitigación de la conducta suicida 103

5.3.6 Estrategia transversal 6. Prevención de problemas en salud mental asociados a violencias, violaciones a derechos humanos y construcción de paz 104

5.3.7 Estrategia transversal 7. Atención Primaria en Salud y Salud Mental. 106

5.4 Seguimiento y monitoreo de la implementación de la Política Nacional de Salud Mental 115

6. Impacto fiscal de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033. 118

7. Referencias 122

Introducción

La salud mental es un componente esencial del bienestar integral de las personas y las comunidades; esta se vincula a factores contextuales, sociales y culturales que posibilitan el desarrollo humano y la realización de proyectos de vida, tanto individuales como colectivos. En este contexto, el sentido de la vida y de la salud depende en gran medida de la efectividad de los mecanismos de promoción, prevención, rehabilitación y la colaboración interinstitucional, diseñados e implementados por los gobiernos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) estimó que, en 2019, alrededor de 970 millones de personas padecían trastornos mentales, siendo la ansiedad y la depresión los más comunes, cuyas tasas aumentaron un 26 % y un 28 %, respectivamente, durante el primer año de la pandemia por covid-19. Asimismo, proyectó que uno de cada cuatro individuos enfrentará problemas de salud mental en su vida, lo cual subraya la urgente necesidad de abordar estos fenómenos desde un enfoque integral y multidimensional.

En Colombia, la **Ley 1616 de 2013** contiene disposiciones para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, en consonancia con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991, modificado por al A.L 2 de 2009. Por su parte, la **Ley 1751 de 2015**, Estatutaria de Salud, establece en su artículo 5° que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a través de formular y adoptar políticas que propendan a la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

En los últimos años, a través de la **Resolución 4886 de 2018**, que adoptó la Política Nacional de Salud Mental, se hizo un mayor énfasis en la salud mental positiva y no en la enfermedad. Con el **Conpes 3992 de 2020 y su evaluación en el 2023**, que promovió la Estrategia para la Promoción de la Salud Mental, se ha destacado la necesidad de promover un enfoque integral de salud mental, con un énfasis en la coordinación intersectorial, el fortalecimiento de los entornos sociales y la inclusión de personas con trastornos mentales (Departamento Nacional de Planeación, 2024).

A pesar de los avances alcanzados, la salud mental en Colombia sigue siendo una prioridad crítica. Condiciones persistentes como la pobreza, la violencia y el conflicto armado, han exacerbado profundas desigualdades en el acceso a servicios de salud mental de calidad, a lo cual, se suma los efectos de la pandemia por COVID-19, que aumentó las prevalencias de trastornos mentales en grupos históricamente marginados y discriminados, como mujeres, niños y niñas, adolescentes, personas mayores, pueblos indígenas y personas de los sectores LGBTIQ+. Esta situación multifactorial exige una respuesta urgente y coordinada, que vaya más allá de la simple ampliación de cobertura. Se requieren políticas públicas integrales e interseccionales que aborden las causas estructurales de estas desigualdades, promuevan la salud mental desde una perspectiva comunitaria y diferencial, y garanticen el acceso a servicios oportunos, culturalmente apropiados y basados en derechos humanos para todas las personas.

Adicionalmente, el diagnóstico situacional de la salud mental[1] ha revelado varias brechas, entre ellas la falta de coordinación intersectorial, la fragmentación de los servicios, el uso limitado de la información, las barreras en los entornos, las habilidades para enfrentar adversidades, el desarrollo insuficiente de competencias socioemocionales, limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas y trastornos mentales, así como la escasez de profesionales capacitados en salud mental con perspectiva diferencial.

En cumplimiento del **artículo 166 de la Ley 2294 de 2023, que establece el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026: "Colombia, potencia mundial de la vida"**, el Gobierno Nacional, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), presenta la actualización de la **Política Nacional de Salud Mental (PNSM)**, orientada a garantizar la salud mental individual y comunitaria, a través de ejes estratégicos que abordan los determinantes sociales de la salud mental en diversos entornos de desarrollo y a lo largo del curso de la vida, reconociendo enfoques que integran las diversas realidades de la población.

---

[1] Que se detalla en el numeral 4 de este documento, así como en el anexo "Análisis de situación en salud: salud mental con énfasis en desigualdades".

Esta actualización se alinea con el **Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031** y desarrolla sus ejes mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), abarcando los siguientes aspectos: i) promoción de la salud mental; ii) prevención de problemas y trastornos mentales; iii) atención integral de los problemas y trastornos mentales; iv) rehabilitación integral e inclusión social, y v) gestión, articulación y coordinación sectorial y transectorial. Si bien se mantienen los ejes de la política anterior, debe precisarse que se incorporan nuevos aspectos basados en las lecciones aprendidas y las necesidades identificadas, con el fin de lograr una atención integral, integrada, continua e inclusiva, con enfoque diferencial y reconociendo la salud mental como un derecho.

En el marco del PDSP, se subraya la importancia de la inclusión de todas las personas, independientemente de sus condiciones de vida o salud. La salud mental es un ámbito en el que convergen varios actores a lo largo del curso de la vida (Tangcharoensathien et al., 2020), los cuales interactúan de manera dinámica con múltiples contextos, como el desarrollo humano, el hogar, la familia, las escuelas, la comunidad, los lugares de trabajo, los servicios de atención y los entornos ambientales (OPS, 2023). Reconocer estos contextos, articulados con el curso de vida y los enfoques de la política, permite identificar los riesgos fundamentales, los factores de protección que influyen en cada etapa de la vida y los entornos en los que las intervenciones deben implementarse para promover, proteger y restaurar la salud mental (OMS, 2021).

Para fortalecer la implementación de la PNSM y generar respuestas para abordar los desafíos emergentes en salud mental, se contempla la creación de la **Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental**, como mecanismo estratégico de **gobernanza, articulación y participación**, caracterizado por su enfoque integral, inclusivo y ajustado a las particularidades territoriales, cuyo funcionamiento será organizado por el **Consejo Nacional de Salud Mental**, en apoyo del **MSPS**

El presente documento se ha construido a partir de la recopilación de datos, experiencias, saberes, acciones y esfuerzos de numerosas personas comprometidas con el cuidado de quienes más lo necesitan. Desde su estructura, se organiza en secciones[2], iniciando con un marco referencial que integra los antecedentes

[2] Siguiendo el Procedimiento de Formulación de las Políticas Públicas del Sector Salud y Protección Social (GPPP01).

normativos y de política, el marco teórico y conceptual, los principios que sustentan la política y los enfoques que guían su implementación. A continuación, se presenta el diseño metodológico, que describe en detalle el proceso; el diagnóstico situacional, que expone los principales problemas y oportunidades identificados, así como el marco estratégico, que define los objetivos, ejes estratégicos y estrategias transversales. Finalmente, se incluyen los mecanismos de seguimiento y evaluación, fundamentales para asegurar la sostenibilidad y efectividad de la política.

1. Marco referencial

En este apartado se revisan los antecedentes normativos y de política que han orientado el abordaje de la salud mental en Colombia, con el objetivo de proporcionar un contexto claro sobre los antecedentes y los compromisos asumidos para garantizar su reconocimiento y atención integral. A continuación, se presenta un marco conceptual que no solo define la salud mental en el contexto actual, sino que también integra las perspectivas aportadas mediante un proceso participativo, que resalta las voces de diversos actores involucrados. Por último, se detallan los enfoques que, al integrar las múltiples realidades de la población, guían la formulación de acciones en los distintos ejes de intervención.

2.1 Marco normativo y de política

Colombia ha experimentado un desarrollo significativo en su marco normativo y político en salud mental, lo que refleja un compromiso continuo con la garantía de los derechos humanos y el bienestar integral de su población. Este proceso ha evolucionado desde un modelo netamente biomédico, pasando a modelos biopsicosociales integradores, y fortaleciéndose con marcos más comprensivos, como el del campo de la salud mental, al expandir la comprensión e intervención de esta en las políticas públicas, más allá de la enfermedad y del sector sanitario, para atender las crecientes necesidades de salud mental de la población.

En el ámbito internacional, la salud mental fue reconocida como un derecho en la Constitución de la OMS en 1948. Posteriormente, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata en 1978, se reafirmó la

necesidad de integrar la salud mental en los servicios de atención primaria, reconociendo su impacto tanto individual como comunitario.

En diversos marcos se ha reforzado la necesidad de adoptar enfoques integrales en la atención en salud mental. En 1991, la Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció los **"Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental"**, que Colombia adoptó ese mismo año. En 2019, la Resolución CD49.17 de la OPS/OMS instó a los países a priorizar la salud mental en sus políticas e hizo énfasis en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

El Informe de Desarrollo Humano 2016, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), especialmente el ODS 3: Salud y bienestar, reafirmaron la salud mental como parte integral del bienestar y desarrollo humano.

Específicamente, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por su sigla en inglés) de 1979 y la Plataforma de Acción de Beijing de 1995 reconocieron el derecho de las mujeres a acceder a un estado óptimo de salud física y mental, con especial énfasis en la eliminación de la discriminación en el ámbito de la atención sanitaria.

De manera similar, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006** (ratificada por Colombia con la Ley 1346 de 2009) tiene el propósito de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

En el ámbito nacional, Colombia ha adoptado un enfoque progresista para abordar las necesidades de salud mental de su población. Desde la década de los setenta, el país ha implementado políticas respaldadas en normas internacionales, enfocándose en la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos y el acceso equitativo a servicios de calidad.

La Constitución de 1991, como resultado de la modernización del Estado y de una amplia participación ciudadana, en la que se declara a Colombia como un Estado social de derecho, se consagró el derecho irrenunciable a la seguridad social, transformando el concepto de asistencia pública y garantizando una protección especial para grupos en condiciones de vulnerabilidad, como las

mujeres, la niñez, la adolescencia, las personas mayores y las personas con discapacidad.

Posteriormente, se promulgaron las Leyes 60 y 100 de 1993 dando origen al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud.

La Ley 152 de 1994 estableció el marco normativo para la planificación del desarrollo en Colombia, definiendo los procedimientos para la creación, seguimiento y control de los planes de desarrollo. Por su parte, la Resolución 5165 de 1994 fijó los criterios y procedimientos metodológicos para los planes sectoriales, orientados a mejorar la salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, abordando los factores condicionantes de la salud en cada jurisdicción.

La distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones y las competencias de las entidades territoriales en sectores como educación y salud se regularon en la Ley 715 de 2001, modificando la Ley 60 de 1993, con los ajustes realizados en el A.L 1 de 2011 a la participación en los ingreso corrientes de la Nación, en la que se establece la obligación [para la nación y las entidades territoriales] de desarrollar un Plan de Atención Básica (PAB)[3] con participación comunitaria y la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS). Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 introdujo modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de mejorar los servicios de salud, fortalecer la evaluación por resultados y fomentar la participación comunitaria en la toma de decisiones en salud.

La Ley 1438 de 2011 contempló la actualización de los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS), y pretendió, infructuosamente, el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) mediante la conformación de los Equipos Básicos de Salud (EBS) para reducir las disparidades en la atención en salud, siendo primordial que, en su artículo 65, se estableciera que las acciones de salud deberían incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas.

Paralelamente, se implementaron políticas específicas para mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud mental. Colombia adoptó su primera Política

---

[3] El artículo 33 de la Ley 1122 del 2007 establece que el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas remplazará el Plan de Atención Básica.

Nacional de Salud Mental a través de la Resolución 2358 de 1998, estableciendo las bases para futuras reformas. La Política Pública del Campo de la Salud Mental de 2007 continuó esta línea, con un énfasis particular en los determinantes sociales de la salud. Después, la Propuesta de Ajuste a la Política Pública de Salud Mental de 2014 y su Plan de Acción 2014-2021 introdujeron un enfoque transectorial que incluyó aspectos de protección, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación integral.

Un hito en la protección de los derechos de salud mental fue la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, que ordenó garantizar el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud mental. Posteriormente, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 consolidó este enfoque integral de salud, y cambió el paradigma existente al reconocer que la salud es un derecho fundamental, estableciendo la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, promoviendo la igualdad de trato y oportunidades para toda la población. Para ello, el Estado debe formular y adoptar políticas de salud que aseguren una coordinación armónica entre todos los agentes del sistema de salud y promuevan la salud mediante acciones de prevención, atención de enfermedades y rehabilitación.

Posteriormente, la **Ley 1616 de 2013** estableció directrices integrales para la atención de salud mental en niños, niñas y adolescentes, priorizando la prevención y promoción del bienestar psicológico desde edades tempranas. Por su parte, la mencionada Ley Estatutaria 1751 del 2015 amplió estos derechos con un enfoque integral de salud, abarcando la promoción, prevención, atención y rehabilitación en el ámbito mental. De manera complementaria, **la Ley Estatutaria 1618 de 2013 tiene por objetivo garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad**, mediante la adopción de medidas de inclusión, de acciones afirmativas, de ajustes razonables y de la eliminación de toda forma de discriminación por razón de discapacidad.

En lo que respecta a la población privada de la libertad (PPL), la Ley 1709 de 2014 establece que deben tener acceso a todos los servicios del sistema general de salud, sin discriminación por su condición jurídica, con garantía de recibir acciones de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de todas las patologías físicas y mentales, basadas en el respeto de la dignidad humana.

Por su parte, el artículo 24 de la Ley 65 de 1993, modificado por el artículo 16 de la Ley 1709 de 2014, garantiza el derecho a la rehabilitación y al tratamiento en centros especializados para las personas declaradas inimputables debido a un trastorno mental, así como para aquellas que padecen un trastorno mental sobreviniente. Adicionalmente, en el Decreto 040 de 2017 se dictan disposiciones para la atención en establecimientos de reclusión destinados a personas inimputables con trastornos mentales permanentes o transitorios de origen patológico, así como para quienes presentan trastornos mentales sobrevinientes.

Más recientemente, la **Resolución 4886 de 2018** adoptó la Política Nacional de Salud Mental, destacando el derecho a la salud mental y promoviendo el bienestar integral, mientras que el Conpes 3992 de 2020, *Estrategia para la promoción de la salud mental*, destacó la necesidad de una coordinación intersectorial y el fortalecimiento de competencias socioemocionales, la atención integral y la inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales.

El Conpes 4080 de 2022, *Política pública de equidad de género para las mujeres: hacia el desarrollo sostenible del país*, resalta la importancia de proponer estrategias orientadas a implementar intervenciones públicas que favorezcan la mejora de la salud física y mental de las mujeres, integrando un enfoque de género. Estas estrategias reconocen los impactos diferenciados que el género tiene sobre la salud mental. Uno de sus objetivos es "generar intervenciones públicas que mejoren la salud física y mental de las mujeres, con el fin de brindarles una mejor calidad de vida".

Posteriormente, en la Resolución 2138 de 2023 se establecen los lineamientos para integrar el enfoque de género en el sector de la salud, con el objetivo de reducir las brechas relacionadas con el sexo, género, identidad de género y orientación sexual, garantizando así el acceso y el ejercicio del derecho fundamental a la salud. Ese mismo año, la Corte Constitucional establece, mediante la sentencia T-321 de 2023, que el derecho a la salud de las personas trans estaba consagrado como un derecho fundamental bajo el artículo 49 de la Constitución, modificado por el A.L 2 de 2009, y debía ser garantizado de manera integral. Este derecho no se limitaba únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que abarcaba el acceso a todos los recursos y servicios necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud física y mental. La prestación de estos servicios se debe regir por criterios de calidad,

eficacia y oportunidad, con énfasis en principios como la accesibilidad, disponibilidad, continuidad e integralidad.

Ahora bien, el sector de la salud en Colombia ha liderado iniciativas claves para abordar los determinantes sociales de la salud, conforme a la Ley 1438 de 2011, incluida la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, reglamentado por la Resolución 1841 de 2013.

En el PDSP 2022-2031 se incorpora un enfoque de derechos humanos, equidad e interseccionalidad en siete ejes estratégicos que priorizan la atención primaria y la valoración de prácticas ancestrales de pueblos étnicos, al tiempo que se abordan las brechas sociales, culturales y económicas para impulsar un desarrollo humano sostenible y equitativo.

En cuanto a los objetivos de Gobierno, la Ley 2294 de 2023, mediante la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026: "Colombia, potencia mundial de la vida", insta en su artículo 166 a la actualización de la Política Nacional de Salud Mental con acciones transectoriales a mediano y largo plazo, distinguiendo los enfoques poblacional, interseccional y territorial, haciendo un énfasis claro en la eliminación del estigma y la discriminación asociados a la salud mental. Además, propone estrategias para abordar los determinantes sociales de la salud mental y promover la inclusión social de personas afectadas por problemas mentales, consumo de sustancias psicoactivas y violencias.

En el contexto colombiano, marcado por décadas de conflicto armado, es fundamental reconocer los hitos normativos que han permitido visibilizar a las víctimas, atender sus necesidades y asumir la responsabilidad del Estado en la garantía de sus derechos. La Ley 975 de 2005 (Ley de Justicia y Paz), enfocada en la desmovilización y el enjuiciamiento de grupos armados ilegales, y la Ley 1448 de 2011 (Ley de Víctimas y Restitución de Tierras), que amplió las medidas de reparación mediante la asistencia humanitaria, la restitución de tierras y la rehabilitación integral, representaron avances significativos en la construcción de un marco de justicia transicional., antes de la firma del acuerdo de paz entre el Gobierno y las FARC en 2016, permitiendo reconocer que la salud mental es crucial para proteger a las víctimas del conflicto y asegurarles una rehabilitación integral.

A pesar de estos importantes avances, Colombia enfrenta desafíos persistentes, como la estigmatización, la insuficiencia de recursos y las barreras de acceso en el

ámbito de la salud mental, que evidencian la necesidad de una colaboración continua entre el Gobierno, la sociedad civil y las organizaciones internacionales para garantizar que todas las personas, especialmente, las que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad, tengan acceso equitativo a servicios de salud mental de calidad.

2.2 Marco conceptual

Salud mental

La Ley 1616 de 2013[4] define la salud mental como "un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La salud mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas"[5].

En el proceso de actualización de la PNSM, se implementó una estrategia de participación que amplió la comprensión de este concepto, integrando las perspectivas de diversos sectores, incluidos los entes territoriales, la ciudadanía, el Consejo Nacional de Salud Mental y otros grupos de interés. La definición resultante no pretende sustituir la establecida en la mencionada ley, sino complementarla, enriqueciéndola con una visión inclusiva que reconoce la diversidad de realidades y necesidades sociales, especialmente de las poblaciones más vulnerables.

---

[4] Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

[5] Ley 1616 de 2013, artículo 3.°. Salud mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La salud mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Según lo consensuado en los espacios de participación durante el proceso de actualización de la Política Nacional de Salud Mental, la definición de salud mental se complementa de la siguiente manera:

> *Es un derecho fundamental, una capacidad y responsabilidad personal, familiar, colectiva (grupos, instituciones y sociedad en general) y del Estado; relativa, observable, interdependiente, funcional, física, social, ambiental, productiva, contextual y diferencial. Promueve los medios adecuados para el disfrute pleno de la salud, el bienestar integral y psicosocial a lo largo del curso y trayectoria de vida. Incluye experiencias afectivas, emocionales, cognitivas, conductuales y espirituales de cada persona, en su tránsito por su proyecto, plan de vida o existencia.*
>
> *La salud mental es más que la ausencia de problemas y trastornos mentales, neurológicos y del comportamiento; es la búsqueda de la dignidad y del sentido positivo de la vida, la construcción del bienestar propio, familiar y comunitario, condición indispensable para la salud integral, el desarrollo social y el buen vivir.*

Es relevante precisar que la responsabilidad en la promoción y mantenimiento de la salud mental es compartida; no depende exclusivamente del individuo o de una entidad, sino que implica el compromiso activo de toda la sociedad en alcanzar este objetivo común.

Otros conceptos fundamentales

Para iniciar la aproximación conceptual, **soberanía sanitaria** implica la capacidad de un país para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, promoviendo tanto la salud física como el bienestar psicosocial. La salud mental es esencial en este proceso, y su promoción es crucial para lograr una distribución justa de los recursos en salud, especialmente tras la pandemia de la covid-19 (Gómez y Arias, 2022; Minciencias, 2023). La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha hecho un llamado a los estados para que garanticen el acceso a los servicios de salud mental, combatan la estigmatización asociada a estos servicios y adopten un enfoque integral que tenga en cuenta los determinantes sociales de la salud (Basile, 2020; 2023).

En este marco, los **determinantes sociales de la salud mental** son factores complejos y entrelazados, organizados en intermedios y estructurales. Las condiciones adversas, como la pobreza, la violencia y la desigualdad, incrementan el riesgo de trastornos mentales, especialmente durante los periodos más vulnerables de la vida, como la primera infancia. Particularmente, en áreas urbanas, la falta de actividad física y las malas condiciones ambientales también impactan negativamente la salud mental (Leiva-Peña, 2021).

En Colombia, la falta de acceso a servicios de salud mental de calidad y la estigmatización dificultan la búsqueda de ayuda, agravado por desigualdades en educación y economía. Adicionalmente, el esquema adoptado a través de la Ley 100 de 1993 no propicia un acceso a dichos servicios y a las medidas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Factores como la crisis económica y la polarización social afectan el bienestar psicológico. Sin embargo, desarrollar habilidades emocionales, fomentar entornos seguros y promover redes de apoyo son estrategias que pueden fortalecer la resiliencia, haciendo necesaria una intervención intersectorial para abordar esta complejidad.

El modelo propuesto en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 reconoce que los determinantes sociales varían según las características de cada país y subraya la importancia de la equidad, la paz y la justicia social, orientados por los derechos humanos, resaltando la necesidad de políticas públicas para mejorar la salud general y reducir las condiciones que favorecen las inequidades y violencias (MSPS, 2022).

Desde la perspectiva de la **determinación social de la salud** se reconoce que los modos y condiciones de vida se configuran a partir de la historia social de las comunidades y sus territorios; los procesos sociales resultantes moldean los comportamientos, producto de las interacciones entre las personas y la sociedad dentro de un marco cultural determinado. Así, los límites entre lo biológico y lo social se atenúan, permitiendo garantizar la vida y el bienestar de las personas y comunidades mediante una comprensión dinámica de las relaciones sociales, económicas, políticas, ambientales y culturales porque producen condiciones de vida, y estas determinan la salud, enfermedad o muerte fuera de una lógica de estas como objeto del mercado (Breilh, 2013).

Como parte de un proceso de transición hacia democracias más inclusivas, es fundamental avanzar hacia un modelo de salud mental integral que reconozca el derecho a la salud y la vida. Este enfoque se fortalece a través de la intersectorialidad, promoviendo la creación y el mantenimiento de vínculos dentro y fuera del sistema de salud, abarcando sectores como empleo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana (OPS/OMS, 2007).

En consonancia con lo mencionado, el **desarrollo humano social** se centra en mejorar la calidad de vida y contribuir al crecimiento económico mediante la eliminación de privaciones fundamentales como la pobreza y la falta de oportunidades (Sen, 1999). La visión integradora del desarrollo humano debe transformar la estructura de poder y reconocer el papel de la democracia y la multiculturalidad en la construcción de una nación con soberanía sanitaria (Breilh, 2020).

La **Atención Primaria en Salud (APS)** como estrategia tiene un papel fundamental en la promoción de la salud mental y prevención de problemas y trastornos mentales, y en la facilitación del acceso a servicios especializados cuando sea necesario. Además, hace énfasis en la participación social, la organización de servicios de salud y la recuperación de las personas en sus entornos comunitarios. Entre sus propuestas más ambiciosas está la transición desde la reclusión de personas con problemas mentales en hospitales psiquiátricos hacia una atención digna y de calidad en la comunidad. Esta orientación hacia la recuperación empodera a las personas para que tomen control de su propia vida, apoyando a individuos, familias y comunidades a la hora de construir esperanza, autoestima, resiliencia, relaciones saludables, recuperar independencia y tener una vida significativa (OPS, 2023).

La **salud mental comunitaria** aborda los problemas de salud mental de una manera integral, colocando en el centro de su atención las condiciones emocionales y sociales en las que se encuentran las personas, familias y comunidades. Desde allí, se plantean propuestas de intervención que se orienten a la recuperación y fortalecimiento de las relaciones sociales que se identifican como fragmentadas, fomentando la participación universal de la comunidad en la construcción de espacios y relaciones de bienestar (Proyecto AMARES, 2006). Este modelo

promueve la mejora continua de las condiciones de vida comunal y de la salud mental, mediante actividades de protección y promoción, prevención de malestares psicosociales, y reparación de los vínculos dañados por la pobreza, la inequidad y los efectos del conflicto armado; todo esto con la comprensión, el acuerdo y la participación activa de la comunidad (Ministerio de salud y Protección Social, 2016). Implica la descentralización de los servicios de salud, la participación comunitaria, el trabajo colaborativo con lideresas y líderes comunitarios y la provisión de servicios complementarios de APS en la comunidad. Es importante señalar también, la participación de las asociaciones de familiares y personas con discapacidad psicosocial, asociaciones que deben participar como protagonistas en la planificación de servicios según sus necesidades (Rosa-Dávila et al., 2020).

Por otro lado, el **bienestar psicosocial** se refiere al equilibrio y la armonía en la vida de una persona, donde se experimenta satisfacción en aspectos psicológicos, emocionales, sociales y espirituales. Es un estado en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad (OMS, 2004).

Es un componente esencial de la salud mental y se comprende como un estado dinámico que abarca múltiples dimensiones de la vida. En este sentido, el modelo teórico de Carol Ryff propone seis dimensiones fundamentales del bienestar: autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal, relaciones positivas, propósito en la vida y autoaceptación (Ryff, 1989). Estas dimensiones permiten una comprensión integral del bienestar psicológico, vinculándolo con la capacidad de las personas para afrontar desafíos, establecer relaciones significativas y desarrollar su potencial en diversos contextos.

Resulta de especial importancia señalar que la **salud mental es un espectro** y no una dicotomía entre "sano" y "enfermo". Existen diferencias sutiles entre los términos utilizados para referirse a las alteraciones de la salud mental, y con frecuencia se emplean de manera intercambiable en el lenguaje cotidiano. Por ejemplo, las afecciones de la salud mental, o problemas de salud mental, se refieren a un término amplio que abarca a las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales no patológicos asociados a malestar psicológico o angustia significativa; el término también

engloba a las personas con discapacidad funcional o en riesgo de conducta autolesiva (OMS, 2023).

En este documento, se utilizará el término "**problema de salud mental**" para referirse a cualquier situación que afecte la salud mental de una persona, usualmente de intensidad leve o moderada, secundaria a un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia de adaptación situacional o una situación de estrés familiar o interpersonal, o una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Se empleará el término más específico de "**trastornos mentales**" para referirse a las condiciones clínicas que afectan el pensamiento, el estado de ánimo, el comportamiento y la capacidad de una persona para funcionar en su vida diaria; los trastornos mentales pueden variar en su gravedad y afectar diferentes áreas de la vida de una persona, pueden ser temporales o crónicos y el término es equivalente al de enfermedad mental. Se entiende así que los problemas mentales se diferencian de los trastornos mentales en la gravedad de la sintomatología y en el grado de la disfuncionalidad psicosocial que originan.

Ahora bien, también es necesario distinguir entre **trastornos neurológicos, neuropsiquiátricos y del neurodesarrollo**. Los trastornos neurológicos son enfermedades que afectan el sistema nervioso central o periférico, que pueden manifestarse en problemas motores, sensoriales o cognitivos. Es común que muchos trastornos neurológicos puedan tener manifestaciones psiquiátricas (por ejemplo, demencia, epilepsia, enfermedad de Parkinson). Se estima que entre el 20 y 30 % de las personas con epilepsia experimentan algún trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida, favoreciendo mala adherencia y disminuyendo bienestar.

Por su parte, los trastornos neuropsiquiátricos son enfermedades médicas que comprometen al sistema nervioso y también generan alteraciones de la salud mental al presentar simultáneamente síntomas cognitivos, afectivos o conductuales. Estas condiciones pueden tener diversas causas, incluyendo la genética, desbalances químicos, trauma cerebral y enfermedades del sistema nervioso.

En cuanto a los trastornos del neurodesarrollo, son variaciones biológicas de los circuitos cerebrales que pueden generar funcionamientos distintos, los cuales configuran un espectro de individuos que pueden estar entre "la normalidad" y la disfunción severa, llegando a configurar en algunos casos un trastorno. Se manifiestan generalmente desde la infancia y suelen acompañar a la persona a lo largo de su vida, como ocurre con el autismo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y las discapacidades del aprendizaje.

Finalmente, la actualización de la PNSM hace especial énfasis en la prevención del suicidio. El comportamiento suicida se entiende como un espectro de conductas, desde el intento de suicidio y las conductas preparatorias hasta el suicidio completo, definidos en la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Scheidman (1971) y Heeringen (2011) (citados por MSPS, 2021) plantean que el propósito común del suicidio es buscar una solución; por tanto, el suicidio no es un acto al azar, y no se realiza sin sentido o propósito. Así mismo, según Guiluz, Córdova y Rosales (2010, citados por MSPS, 2021), las conductas que forman parte del proceso suicida son influenciadas por la interacción con el medio, por lo que la principal explicación de la conducta suicida es la predisposición o vulnerabilidad, en interacción con factores estresantes.

Se resalta en la política el problema del estigma, entendido como aquellas situaciones que inhabilitan a personas, familias y comunidades para la plena aceptación social y desarrollo de sus derechos. El estigma es una construcción cultural negativa con base en estereotipos y prejuicios, los cuales pueden llegar a generar conductas discriminatorias hacia personas y grupos específicos. Uno de los más resistentes al cambio, lo constituye el estigma asociado a los problemas y trastornos mentales, por parte del personal de salud y los entornos sanitarios, ámbito en los que, idealmente, no debería existir ningún prejuicio o discriminación por ninguna razón. El estigma constituye una barrera significativa para que las personas busquen oportunamente atención médica, se adhirieran a tratamientos y participen plenamente en la sociedad. Adicionalmente se presentan situaciones de auto estigma, lo cual hace que las personas eviten buscar ayuda por miedo al rechazo y no querer ser etiquetadas.

2.3 Principios

La Política Nacional de Salud Mental (PNSM) se sustenta en un conjunto de principios orientadores que garantizan su implementación coherente, inclusiva y efectiva:

- **Universalidad:** Establece que toda persona y toda comunidad tiene derecho al disfrute de la salud mental como derecho fundamental, sin discriminación alguna.
- **Solidaridad:** Promueve la acción conjunta entre ciudadanía, organizaciones e instituciones para el desarrollo individual y colectivo, priorizando a quienes enfrentan desventajas en el ejercicio de este derecho a la salud mental.
- **Interdependencia:** Reconoce la necesidad de cuidado mutuo y equitativo entre seres humanos, otros seres vivos y el entorno, resaltando la conexión con la naturaleza y el bienestar colectivo.
- **Interculturalidad:** Garantiza el respeto por la diversidad cultural del país, integrando saberes y prácticas tradicionales en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.
- **Pensamientos propios y armonías:** Valora los saberes ancestrales de los pueblos y comunidades éticas, orientando sus acciones hacia la restauración de la armonía y el equilibrio entre territorio, comunidad y prácticas culturales.
- **Participación:** Fomenta la intervención activa de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para la identificación de problemas, definición de prioridades y formulación de propuestas para fortalecer la salud mental.
- **Igualdad y no discriminación:** Asegura que todas las personas sean tratadas con respeto y dignidad, garantizando el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones[6].
- **Progresividad y no regresividad:** Propicia la expansión gradual y continua de servicios, tecnologías y capacidades en salud mental, reduciendo las brechas existentes y protegiendo los logros alcanzados.

---

[6] Según el artículo 13 de la Constitución Política de Colombia, "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos".

- **Corresponsabilidad:** Establece el deber compartido entre individuos, comunidades y el Estado para cuidar la salud mental (desde el cuidado propio y el cuidado colectivo) y promover un entorno sano y sostenible.
- **Concurrencia:** Facilita la coordinación y articulación entre instituciones públicas y privadas, así como actores sociales, para el diseño e implementación de acciones en salud mental.
- **Integralidad:** Concibe la salud mental como un proceso multifactorial que integra las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, destacando que no hay salud sin salud mental.
- **Promoción de la autonomía:** Defiende la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud mental, respetando sus valores y preferencias. Entraña el derecho de autodeterminación y de actuar de acuerdo con valores, creencias y preferencias propios.
- **Subsidiariedad:** Permite la intervención temporal de entidades públicas o comunitarias para garantizar la prestación de servicios cuando las entidades responsables no puedan hacerlo.
- **Equidad:** Impulsa acciones dirigidas a reducir desigualdades evitables, asegurando que todos tengan acceso equitativo a la salud mental, con especial atención a los grupos vulnerables y de personas de especial protección.
- **Continuidad:** Garantiza que los servicios de salud mental se brinden de manera continua, protegiendo a las personas de interrupciones por motivos administrativos o económicos.
- **Oportunidad:** Exige la prestación oportuna de servicios y tecnologías de salud mental, respondiendo sin dilaciones a las necesidades de la población.
- **Libre elección**: Respeta la libertad de las personas para elegir sus prestadores de servicios de salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación.
- **Sostenibilidad**: Asegura la disponibilidad de recursos suficientes para garantizar progresivamente el derecho a la salud mental, conforme a los principios de sostenibilidad fiscal.

- **Eficiencia**: El sistema de salud debe velar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles, para garantizar el derecho a la salud mental de toda la población.
- **Dignidad humana:** Derecho que poseen todas las personas de poder vivir con reconocimiento y seguridad, de verse libres de explotaciones, violencias y malos tratos, y de abogar por la humanización en la atención en salud, la calidad de los servicios y de los tratamientos mediante recursos accesibles y personal calificado para brindar la atención en salud mental.
- **Intersectorialidad:** Impulsa la colaboración entre distintos sectores institucionales para abordar de manera integral y coordinada los problemas de salud mental. Reconoce que estos desafíos son multifacéticos y requieren la articulación de políticas y acciones conjuntas que consideren factores económicos, sociales y culturales, con el fin de generar un impacto estructural y sostenible en el bienestar mental.
- **Transectorialidad:** Fomenta una integración flexible y participativa que trasciende las estructuras sectoriales tradicionales, involucrando activamente a comunidades, territorios y actores diversos. Destaca la importancia de incluir y valorar los saberes locales y las prácticas comunitarias en la formulación e implementación de estrategias, ofreciendo respuestas contextualizadas y holísticas a problemas complejos como el suicidio, la violencia, las adicciones y otros trastornos mentales.

Figura 1. Principios de la Política Nacional de Salud Mental



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

2.4 Enfoques

La salud mental se concibe mediante la integración de diversos enfoques que permiten construir una visión integral del bienestar, así como establecer las formas de cuidado y protección adecuadas para las poblaciones. Para lograrlo, es necesario incorporar perspectivas sociales, culturales, estatales, demográficas, psicológicas y estructurales, necesarias para garantizar una atención efectiva, particularmente para los grupos en mayor condición de vulnerabilidad.

En cumplimiento del artículo 166 de la Ley 2294 de 2023, la Política Nacional de Salud Mental amplía y profundiza estos enfoques con el propósito de responder a las realidades de las distintas poblaciones, como se detalla a continuación:

Derechos humanos

Este enfoque fundamenta la acción en salud pública al centrarse en el reconocimiento de los sujetos titulares de derechos, así como en la garantía de la promoción, respeto y protección de dicha titularidad y contenidos (obligaciones) en cabeza del Estado. Acoge los postulados de universalidad, indivisibilidad, interdependencia, igualdad y no discriminación, progresividad y no regresividad, dignidad humana e integridad que configuran los derechos humanos.

El enfoque diferencial de derechos es un aporte del Derecho Internacional de los Derechos Humanos a la implementación de políticas públicas, promoviendo que el centro de la intervención social está dado por las características del sujeto social y el contexto geográfico y sociocultural donde desarrolla su cotidianidad. (MSPS, 2021, p. 12.)

La PNSM está orientada, entre otros grupos, a personas que enfrentan trastornos mentales, discapacidad, sufrimiento emocional y a las víctimas de diversas formas de violencia, incluidas las basadas en género, la sociopolítica y en entornos educativos; en ese sentido, la adopción de este enfoque exige tratar a estas personas con compasión, reconociendo su dolor y respetando su dignidad (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2020).

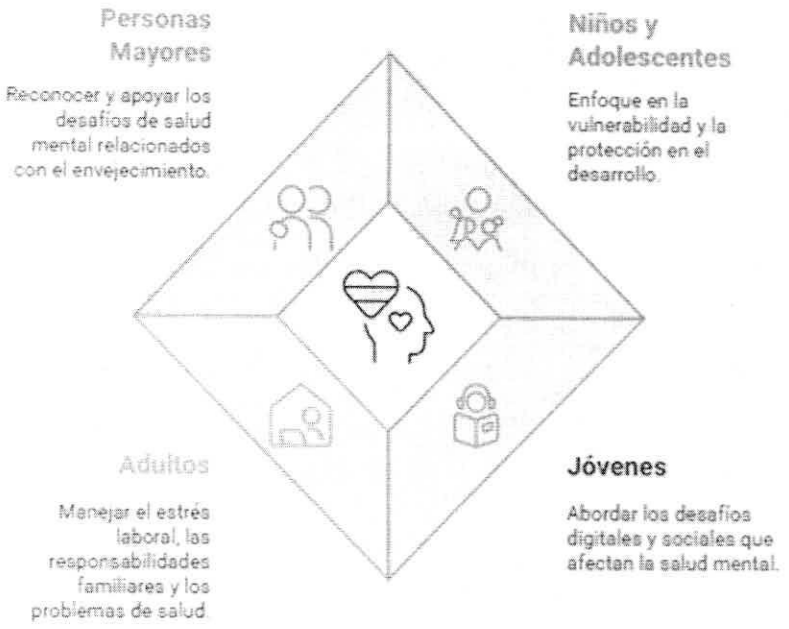
Curso de vida

Reconoce que la salud mental se desarrolla y cambia a lo largo de las etapas de la vida, considerando los factores sociales, culturales, familiares y ambientales que influyen en el bienestar de las personas y reconoce que las etapas de la vida y sus necesidades en salud mental se experimentan y comprenden de manera diferencial según los marcos culturales propios de cada pueblo y comunidad étnica, lo cual debe considerarse en el diseño e implementación de las intervenciones. "Destaca que las intervenciones tempranas no solo benefician el desarrollo a largo plazo, sino que también previenen problemas en generaciones futuras, ya que el mayor beneficio en un momento vital proviene de intervenciones realizadas en etapas previas (MSPS, 2015).

Reconoce a los sujetos colectivos (familias y comunidades) e individuales (personas) a lo largo de la trayectoria vital, como centro de la atención integral en salud mental. Comprende el trascurso de toda la vida, como un proceso continuo, permanente y dinámico, de la gestación a la muerte. Se interesa por la manera en que las personas cambian a lo largo de la vida, por la comprensión del cambio como un fenómeno intrínsecamente vinculado a contextos en constante transformación. Considera las trayectorias de vida y los estados de salud como producto de la convergencia de condiciones de vida y de efectos acumulativos de experiencias, sucesos, transiciones, interacciones y decisiones que se dan a lo largo de la vida de las personas, las poblaciones y las generaciones, trascendiendo el reconocimiento de la edad o las etapas de la vida como único criterio de explicación. Reconoce los recursos y la capacidad propia de los sujetos para reflexionar acerca de su propia existencia, de las relaciones y el contexto social al que pertenece (MSPS, 2015).

También busca atender a las necesidades diferenciadas de algunos grupos de especial protección en función del curso de vida, tales como niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas mayores.

Figura 2. Etapas del curso de vida



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

Niños, niñas y adolescentes: Los niños, las niñas y los/as adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental, de conformidad con él Código de la Infancia y la Adolescencia, ley 1098 de 2006, en modalidad específica y garante de la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad. Esto porque la población de niños, niñas y adolescentes presenta una alta vulnerabilidad en materia de salud mental, por la etapa del neurodesarrollo en la que se encuentran y por lo que se encuentran expuestos en mayor medida a problemas de salud pública como las conductas autolesivas y el consumo de sustancias psicoactivas.

Jóvenes: La población joven está expuesta a problemáticas de autolesión, trastorno mental, uso de sustancias psicoactivas, violencias, desigualdad social, pobreza y diversas condiciones ambientales de vulnerabilidad que limitan una adecuada salud mental. Esta es una población que se desenvuelve ampliamente en ambientes digitales en donde se requiere un ejercicio de la protección integral y el uso seguro y saludable, porque a través de estos se ve expuesta al estigma, discriminación, violencias, inducción al suicidio, trastornos de salud mental y otros riesgos.

Adultos: La población adulta, presenta con mayor frecuencia problemas de salud mental como ansiedad y depresión, que suelen estar relacionadas con el estrés laboral, las responsabilidades familiares y las dificultades económicas. También es común el agotamiento o burnout, especialmente en quienes enfrentan altas exigencias en el trabajo. Otros problemas incluyen el abuso de sustancias, que puede surgir como mecanismo de afrontamiento, y los trastornos adaptativos, que se presentan ante cambios significativos en la vida, como divorcios, pérdidas o transiciones profesionales.

Personas mayores: Este es un grupo poblacional en el que se suelen infravalorar los padecimientos de salud mental. Así mismo, es una población sobre la que recae la estigmatización asociada a alteraciones derivadas del proceso de envejecimiento, también la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad, siendo particularmente un grupo vulnerable debido a las transiciones y desafíos relacionados con la estabilidad laboral, la salud (mayor prevalencia de enfermedades crónicas y demencias), las responsabilidades familiares, aislamiento social y la soledad. Lo que hace a esta población susceptible de altas tasas de mortalidad por suicidio, ansiedad y depresión, trastornos y desenlaces que se pueden transformar bajo un enfoque de envejecimiento saludable y estrategias de Rehabilitación Basada en Comunidad, grupos de apoyo y programas de ayuda mutua y empoderamiento de las personas mayores, las familias y personas cuidadoras.

Poblacional

Es una perspectiva que orienta la comprensión y atención integral de las personas y comunidades, con una mirada integral e interseccional, reconociendo sus características individuales y comunitarias en relación con su contexto social, cultural, económico y territorial. Este enfoque identifica inequidades y particularidades de diversos grupos poblacionales, como la edad, la pertenencia étnica, la procedencia, la situación social, entre otras, para diseñar acciones que promuevan el bienestar, la salud mental, el desarrollo humano y la garantía de derechos.

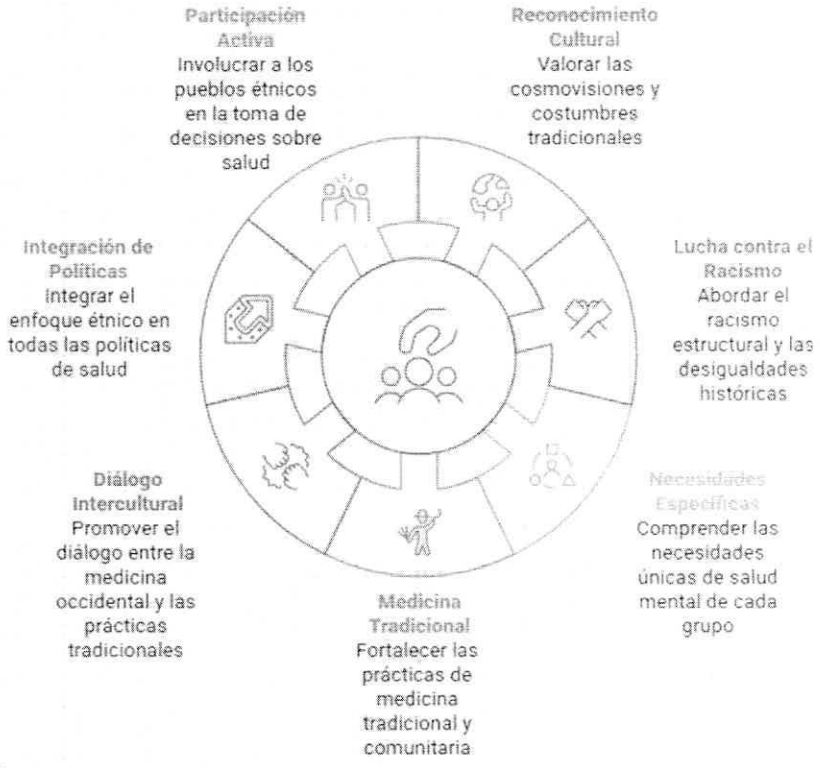
Busca establecer políticas públicas equitativas y efectivas que respondan a las demandas de salud mental de diferentes poblaciones, considerando sus modos de

vida, creencias y realidades, y fortaleciendo su bienestar integral en un marco de justicia social:

Étnico: De acuerdo con el Plan Decenal de Salud 2022-2031, valora la diversidad étnica y cultural de Colombia, reconociendo las identidades colectivas e individuales, así como las cosmovisiones y prácticas tradicionales de las comunidades étnicas. Rechaza las doctrinas y prácticas que promueven la superioridad de ciertos grupos por razones de origen, raza, religión o cultura, calificándolas como racistas y socialmente injustas (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, 2018).

El racismo, tanto explícito como implícito, afecta gravemente el bienestar psicosocial, generando estrés crónico, lo que incrementa el riesgo de trastornos mentales y otras enfermedades no transmisibles. La internalización de estereotipos negativos reduce la autoestima y aumenta la incidencia de depresión y riesgo suicida, mientras que la discriminación y el aislamiento debilitan redes de apoyo esenciales para la salud mental (Williams et al., 2019). Además, la pérdida de referentes territoriales y culturales, derivada de actividades extractivas, la falta de oportunidades y servicios básicos, el conflicto armado y la marginalización, profundizan el estrés y el malestar mental en las comunidades étnicas (Guzmán et al., 2022). Este enfoque busca superar las desigualdades históricas y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud mental para pueblos indígenas, afrocolombianos, raizales, palenqueros y Rrom, mediante:

Figura 3. Enfoque étnico de la Política Nacional de Salud Mental



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

Población campesina: Corresponde a la población que vive en las zonas rurales del país y que por la brecha entre lo urbano y lo rural, por el acceso geográfico en zonas rurales y dispersas del país o incluso por escenarios de discriminación y/o marginación económica, presenta barreras de acceso a la oferta de servicios de salud mental. De esta manera, al focalizar acciones en esta población se busca implementar estrategias intersectoriales para garantizar el acceso a los servicios de salud mental, la adecuación de la atención de acuerdo con los entornos y optimizar la distribución de medicamentos psiquiátricos y neurológicos en zonas rurales, en consonancia con el Plan Nacional de Salud Rural.

Mujeres, género y diversidad

Analiza los impactos de diversas dinámicas socioculturales derivadas del sexo asignado al nacer y los constructos sociales asociados al género, que afectan

múltiples aspectos de la vida de las personas en ámbitos económico, político, psicológico, cultural y jurídico, identificando brechas y patrones de discriminación.

La transversalización de este enfoque es esencial para comprender y abordar las inequidades de manera integral. En particular, las mujeres enfrentan desigualdades estructurales que impactan su bienestar y salud mental, como la sobrecarga de labores de cuidado no remuneradas, la brecha salarial y las múltiples formas de violencia de género. Las normas de género socialmente interiorizadas perpetúan estereotipos y roles tradicionales que influyen en las experiencias y los comportamientos de las personas, lo que justifica la necesidad de adoptar políticas públicas orientadas a la equidad.

El objetivo central es transformar las estructuras que perpetúan desigualdades de género y promover sociedades más equitativas. En este sentido, es crucial analizar cómo las relaciones en el sistema sexo - género afectan la salud mental, especialmente en las mujeres, quienes reportan mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión debido a factores como la violencia de pareja, el acoso y la precarización laboral.

También, es crucial analizar cómo estas dinámicas afectan la salud mental en personas de sectores LGBTIQ+, quienes enfrentan condiciones particulares de violencias por prejuicio, discriminación y exclusión.

Por otro lado, los hombres pueden experimentar problemas de salud mental relacionados con la represión emocional promovida por los modelos de masculinidad hegemónica, lo que también requiere ser abordado en las estrategias de salud mental con perspectiva de género.

La atención en salud mental desde un enfoque de género debe identificar estos riesgos psicosociales particulares y generar estrategias que permitan el cierre de brechas y el cuidado oportuno de la salud mental, garantizando respuestas diferenciadas que reconozcan las necesidades específicas de las personas en su diversidad.

Diferencial por situación y condición

Permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares, facilitando la implementación de acciones orientadas al cuidado de la salud según el nivel y tipo de vulnerabilidad de cada grupo, tanto en la modalidad intramural como extramural, y en los ámbitos familiar y comunitario. Su ejecución se basa en acciones afirmativas, la adecuación de la oferta institucional, la lucha contra el estigma y la discriminación, así como el reconocimiento de las diferencias entre los grupos:

Personas con discapacidad y discapacidad psicosocial: Implica el reconocimiento de los factores individuales, ambientales, situacionales, políticos y sociales que rodean a las personas con discapacidad, primordialmente la discapacidad psicosocial, sus familias y personas cuidadoras, los cuales son esenciales para contribuir a la garantía de sus derechos, en especial al derecho a vivir dignamente. Las personas con discapacidad y las personas que cuidan de ellas son un grupo altamente vulnerable al desarrollo de alteraciones en la salud mental (Tough et al., 2017). En este contexto, resulta fundamental asegurar que se adopten acciones adaptadas a las características específicas de estas personas, garantizando el ejercicio efectivo de sus derechos y respetando sus necesidades y posibilidades particulares. El objetivo es promover la máxima autonomía e independencia en su capacidad física, mental y vocacional, así como su inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud y los determinantes sociales, se busca implementar acciones que aborden las vulnerabilidades específicas de la población con discapacidad, analizando sus necesidades y generando ajustes razonables para garantizar respuestas oportunas y adecuadas. Estas acciones tienen como objetivo mejorar tanto la salud como el bienestar psicosocial de las personas con discapacidad, esencialmente con discapacidad psicosocial, ampliando sus posibilidades de interacción con sectores que puedan influir positivamente en su vida y en la de sus familias. Esto se logra a través de las estrategias de los distintos ejes, promoviendo además la superación del estigma y el autoestigma relacionados con la discapacidad en general y con la discapacidad psicosocial en particular.

Personas habitantes de calle: Se refiere a la condición de vida en la que las personas, por diversas circunstancias sociales, económicas, familiares, culturales o

de salud mental, desarrollan su cotidianidad en el espacio público de manera permanente o temporal. Este fenómeno está relacionado con la vulneración de derechos fundamentales y la exposición a múltiples riesgos y barreras, incluyendo el acceso limitado a servicios básicos, la estigmatización social y la afectación del bienestar físico y mental.

En el contexto de la salud mental, la habitanza en calle exige un abordaje interseccional e intersectorial que reconozca las particularidades de las personas en esta situación, incorporando enfoques de derechos humanos, género, diferencial y poblacional. Esto implica la implementación de estrategias que promuevan la inclusión social, el fortalecimiento de las redes de apoyo y el acceso a servicios de salud mental que atiendan las necesidades específicas de esta población, garantizando su dignidad, bienestar y desarrollo humano.

Personas privadas de la libertad: Se refiere a las personas que, por decisiones judiciales, se encuentran bajo custodia en establecimientos penitenciarios o carcelarios a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) o bajo otras modalidades de privación de la libertad como prisión domiciliaria, detención en el lugar de residencia o bajo un sistema de vigilancia electrónica por parte del INPEC. Este grupo enfrenta condiciones particulares que afectan su salud mental, derivadas de factores como el aislamiento, la separación de sus redes sociales y familiares, el hacinamiento, las dinámicas propias de los entornos de reclusión y el acceso limitado a servicios de salud integrales.

En este sentido, esta población requiere un abordaje diferenciado que garantice la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental, reconociendo sus derechos fundamentales y considerando las desigualdades estructurales que pueden agravar sus condiciones de vulnerabilidad. Este enfoque busca generar estrategias intersectoriales para la atención integral, la reducción del impacto psicosocial negativo de la privación de la libertad y la promoción del bienestar, la reintegración social y la dignidad de las personas privadas de la libertad.

Personas migrantes: Son aquellas personas que se desplazan de su lugar de residencia habitual a otro país, por razones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales o de seguridad. Este proceso de movilidad, voluntario o forzado, puede implicar desafíos significativos para su salud mental debido a factores como la separación de sus redes familiares y comunitarias, la

incertidumbre, la discriminación, el acceso limitado a servicios básicos, y las experiencias de exclusión social y cultural.

A partir de lo anterior, las personas migrantes son reconocidas como una población con necesidades específicas que requieren un enfoque diferencial, basado en derechos humanos y en el respeto por la diversidad cultural. Este enfoque busca promover la salud mental de las personas migrantes afiliadas al sistema de salud, mediante estrategias integrales e intersectoriales que aborden sus necesidades psicosociales, fortalezcan su inclusión social y garanticen el acceso equitativo a servicios de atención en salud mental, respetando su dignidad y fomentando su bienestar integral en el proceso de integración a las comunidades de acogida.

Víctimas del conflicto armado: Según la Ley 2421 de 2024, se consideran víctimas aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño a sus derechos por hechos ocurridos a partir del 1.° de enero de 1985 con ocasión del conflicto armado interno. Este reconocimiento se lleva a cabo por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, así como por las entidades del Sistema Integral para la Paz (Jurisdicción Especial para la Paz (JEP) y la Unidad de Búsqueda de personas Dadas por Desaparecidas (UBPD)).

En el artículo 137 de la misma ley citada, en materia de salud integral, el Ministerio de Salud y la Protección Social es responsable de establecer una Política Pública Nacional de Atención Psicosocial y en Salud para la Reparación Integral, de manera conjunta y participativa con las víctimas cumpliendo los criterios de reparación en materia de rehabilitación ordenados por la Corte Interamericana de Derechas Humanos y la Corte Constitucional de Colombia.

Personas trabajadoras: La población trabajadora incluye a todas las personas empleadas en los sectores público y privado, tanto dependientes como independientes, bajo cualquier modalidad de contrato, así como a las personas del sector informal, las y los estudiantes afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, las y los trabajadores en misión y el personal civil de la Fuerza Pública, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 2764 de 2022. Se presta especial atención al talento humano que desempeña labores en el ámbito de la salud, incluida la salud mental, incluso en sectores distintos al de la salud.

Territorial

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece que el enfoque territorial es el lugar donde ocurre el proceso social de la salud. Para materializar las acciones relacionadas con el derecho a la salud, se deben considerar tres aspectos claves: i) articular con los campos de conocimiento para abordar la complejidad territorial; ii) incorporar saberes y prácticas colectivas y comunitarias, orientadas a preservar o atender las necesidades en salud; iii) actuar de manera intersectorial y transectorial para superar las inequidades sanitarias (Resolución 2367 de 2023, p. 137).

El Ministerio de Igualdad y Equidad (2024) lo conceptualiza como "una unidad de acción transectorial y como un ecosistema social, geográfico, político y cultural, que comparte relaciones de identidad territorial desde la multiculturalidad y en interconexión con otros territorios". Este enfoque se sustenta en el reconocimiento de las particularidades de los territorios desde una perspectiva sistémica, holística e integral, mediada por las condiciones históricas, sociales, culturales y ambientales. Además, se identifican los espacios de los actores, sus dinámicas y su relación con la institucionalidad, lo que motiva la participación activa de todos los actores como sujetos sociales en los procesos de salud mental.

Interseccional

Tiene como objetivo reconocer las desigualdades estructurales derivadas de la interacción entre factores como género, diversidad sexual, etnia, nivel socioeconómico, condiciones laborales, ubicación geográfica y edad, y cómo estas intersecciones incrementan las barreras de acceso a derechos. Este enfoque exige un análisis integral de las experiencias individuales, reconociendo la diversidad y complejidad de estas para desarrollar políticas inclusivas y efectivas. En el ámbito de la salud mental, un enfoque interseccional implica diseñar estrategias que reconozcan cómo estas variables y sus intersecciones afectan el bienestar emocional y psicológico. De esta manera, se busca ofrecer una atención integral y equitativa, considerando las múltiples dimensiones de la identidad y las experiencias únicas de cada persona.

Psicosocial

Destaca la interacción entre la persona y su entorno, reconociendo que el bienestar psicológico está profundamente influenciado por las condiciones sociales en las que se vive. Se articula con el enfoque de los "determinantes sociales de la salud mental", que sostiene que las condiciones sociales, económicas y políticas tienen un impacto significativo en la salud mental. Así mismo, promueve la validación de las experiencias emocionales y psicológicas, reconociendo su legitimidad y buscando soluciones que aborden tanto los aspectos individuales como los contextuales en los que se origina el malestar emocional.

En este enfoque, se toma en cuenta la relación dialéctica de la persona en lo referente al modelo económico, político, social y cultural, así como su impacto en la salud mental en los ámbitos individual, familiar y colectivo. La perspectiva psicosocial, fundamentada en los derechos humanos, rescata la necesidad de intervenir en el contexto que vulnera y no concentrarse únicamente en los individuos vulnerados.

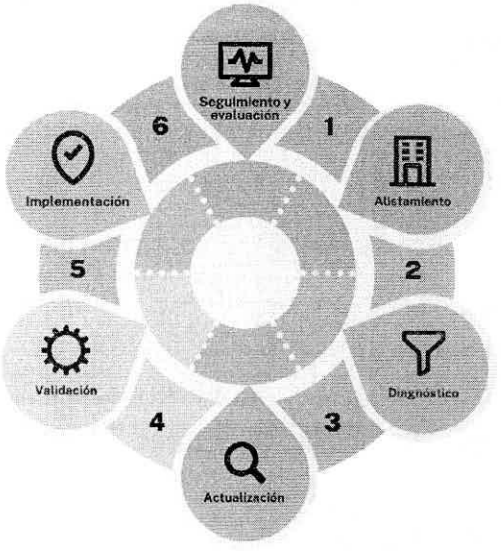
Ambiental

En concordancia con las políticas de salud ambiental y la consideración de los determinantes ambientales de salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la PNSM define este enfoque como el reconocimiento de la interdependencia entre las condiciones ambientales que hacen parte del entorno vital y la salud mental. El medioambiente involucra tanto a los seres humanos como a otros seres vivos, los territorios y los elementos fundamentales para la vida, todos los cuales constituyen los ecosistemas. Este enfoque aborda las necesidades derivadas de la afectación del ambiente, tales como la reducción de riesgos de desastres naturales, y facilita la articulación de planes, programas y proyectos territoriales contra el cambio climático, la pérdida de la biodiversidad, la deforestación y demás factores que afectan los ecosistemas, así como promover acciones en pro de la conservación y preservación del entorno natural como elemento clave para favorecer la salud mental

2. Diseño metodológico

La actualización de la PNSM se desarrolló en el marco del ciclo de la política pública, sustentado en un marco lógico que permitió abordar de manera estructurada las necesidades de las diversas poblaciones. Las fases de alistamiento y participación fueron adaptadas a las realidades de los territorios mediante procesos de diálogo y cocreación con distintos actores, lo cual facilitó la identificación de estrategias que respondieran de forma efectiva a las necesidades específicas de cada grupo poblacional.

Figura 4. *Fases de actualización de la PNSM*



Fuente: Elaboración propia MSPS (2024).

Para la construcción de la propuesta, se incorporó una metodología que favoreció la participación de los diferentes sectores en cada fase del proceso, promoviendo el aprendizaje colaborativo y el diseño, ejecución y evaluación de acciones para resolver los problemas locales desde la perspectiva de la población, permitiendo que los actores contribuyan con sus saberes, prácticas y experiencias en la construcción y validación de los contenidos propuestos.

La participación acogió el mandato del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026, incorporando el elemento simbólico del "tejido", que representó el esfuerzo colectivo por entrelazar las experiencias, saberes y prácticas de los actores para mejorar la salud mental en los territorios.

Fases de la actualización de la política

El proceso de actualización de la PNSM se estructuró en varias fases, cada una diseñada para garantizar el desarrollo y ajuste continuo de la política, las cuales se detallan a continuación:

- **Alistamiento:** En esta fase se sentaron las bases del proceso, consolidando el compromiso institucional y desarrollando la hoja de ruta y el cronograma de actividades. Se realizó un mapeo de actores claves de los sectores de la salud, educación y pueblos étnicos, y se diseñaron estrategias y herramientas para garantizar la participación territorial. Los encuentros de participación, tanto presenciales como virtuales, se apoyaron en la metodología "Tejiendo salud mental", y se crearon herramientas para la recolección y análisis de información.
- **Diagnóstico:** Esta fase abarcó diversas actividades, como la revisión de la normativa vigente y el análisis de la información territorial, las cuales fueron presentadas a actores claves. Se incorporó una metodología que favoreció la participación para identificar los elementos esenciales de la actualización, promoviendo un enfoque transectorial. Además, se revisaron datos sobre salud mental a nivel territorial, utilizando fuentes como el Sispro y estudios previos. La fase también incluyó la presentación de la hoja de ruta ante el Consejo Nacional de Salud Mental y la realización de un primer encuentro con actores estratégicos.
- **Actualización:** Durante esta fase se revisó y ajustó el documento de política, integrando los insumos recolectados e incorporando perspectivas regionales y sectoriales. Las actividades incluyeron la revisión de propuestas, mapeo de actores, diseño de estrategias y herramientas para garantizar la participación territorial, encuentros participativos, y la sistematización de insumos. Paralelamente, se actualizó el documento de la PNSM, con un enfoque centrado en la participación y la inclusión, integrando diversas perspectivas en el marco estratégico, los principios orientadores y las estrategias de inclusión social.
- **Validación**: En esta fase, se convocaron actores estratégicos de distintos sectores para contrastar el contenido de la política con las necesidades específicas de cada actor, incorporando sus aportes para enriquecer la

política. Las actividades de validación incluyeron la revisión de elementos claves para la actualización, encuentros con el Consejo Nacional de Salud Mental, reuniones con organismos de cooperación internacional, consultas con hospitales psiquiátricos, talleres nacionales "Tejiendo actualización de la Política Nacional de Salud Mental", participación en los espacios de "Diálogos en salud", encuentros territoriales y una revisión interministerial. También se llevaron a cabo grupos focales presenciales y virtuales, se definieron la línea gráfica y la identidad visual, y se realizaron ajustes finales tras recibir retroalimentación.

- **Implementación**: La implementación se formaliza mediante un acto administrativo en concordancia con los términos del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, promulgando la Política Nacional de Salud Mental 2024–2033 con efectos en todo el país.
- **Seguimiento y evaluación**: El Sistema de Seguimiento y Evaluación de la PNSM se constituye en un instrumento de gestión pública diseñado para monitorear de manera continua la ejecución y el cumplimiento de los objetivos y metas. Por medio de la recolección y análisis sistemático de datos, se proporcionará información clave para la toma de decisiones, que permitirá ajustar estrategias durante la implementación y asegurar el cumplimiento de los objetivos; así mismo, se facilitará la orientación y el acompañamiento a los actores involucrados.

3. Diagnóstico situacional

El diagnóstico situacional para la actualización de la PNSM se basó en un análisis multimétodo que incluyó un estudio observacional analítico y un estudio ecológico, con un enfoque central en los determinantes sociales de la salud. Los datos que se presentan a continuación corresponden a este estudio y se encuentran detallados en el documento completo del *Análisis de la situación de salud en salud mental con énfasis en determinantes sociales, Colombia 2023*. Los datos no contenidos en dicho documento se referencian de manera independiente

Este diagnóstico identifica los elementos estratégicos necesarios para formular una política transectorial que aborde las desigualdades estructurales y las barreras de acceso que afectan a diversas poblaciones en el país. A través de los enfoques

territorial e interseccional, se examina cómo las dinámicas sociales, económicas y culturales impactan de forma diferenciada a las regiones y grupos poblacionales, visibilizando problemáticas como la distribución desigual de recursos, la estigmatización y la desarticulación intersectorial.

En este contexto, se reconoce que múltiples dimensiones sociales (como la etnicidad, género, la clase social, la sexualidad, la geografía, la edad, la discapacidad y el estatus migratorio) interactúan en un marco de estructuras de poder que influyen en el bienestar emocional y psicológico.

Este análisis proporciona, por tanto, una comprensión contextualizada para generar respuestas inclusivas y adaptadas a las diversas realidades del país, promoviendo un acceso equitativo a la atención de salud mental, que respete las diferencias y necesidades de cada población.

En Colombia, la salud mental está influenciada por determinantes sociales que generan desigualdades significativas entre regiones y grupos poblacionales. Entre los factores que impactan con mayor intensidad, se destacan la pobreza multidimensional, la limitada disponibilidad de servicios de salud mental, las violencias interpersonales, intrafamiliares y de género, el desempleo de larga duración y los trastornos por consumo de alcohol y cannabis.

4.1 Panorama en regiones

Para facilitar la visualización y contribuir a los procesos de priorización de acciones en las regiones del país, se realizó una semaforización de los determinantes sociales que tienen un mayor impacto, junto con los principales eventos y resultados en salud mental.

En este ejercicio, se categorizaron las tasas del año 2023 de los determinantes sociales y los eventos de salud mental en cuartiles. Los territorios ubicados en el cuartil más alto, es decir, aquellos con los peores indicadores, fueron marcados en rojo. Esta metodología permite identificar de manera clara las áreas que requieren una atención prioritaria y la implementación de intervenciones específicas para mejorar la atención en salud mental en estas regiones. Los resultados se presentan a continuación.

La **región Amazonia** enfrenta elevados niveles de pobreza multidimensional y registra en algunos de sus departamentos las tasas más altas de violencia sexual,

intrafamiliar, de pareja e interpersonal, particularmente en los departamentos de Amazonas, Vaupés y Guainía. La limitada disponibilidad de servicios de salud mental agrava los desafíos en la región. Los departamentos de Amazonas y Caquetá registran algunas de las tasas más altas de trastornos por consumo de alcohol y cannabis; además, las tasas de intento de suicidio y suicidio son alarmantemente altas en varios territorios.

Tabla 1. *Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región de la Amazonia. Colombia, 2023*

	Determinantes Sociales									Resultados en Salud	
	Porcentaje pobreza multidimensional	Disponibilidad servicios salud mental	Tasa violencia interpersonal	Tasa violencia intrafamiliar	Tasa violencia pareja	Tasa violencia sexual	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa trastornos alcohol	Tasa trastornos cannabis	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
	AMAZONÍA										
Amazonas	25,4	2,6	216,3	94,1	142,3	232,0	11,6	32,9	91,7	85,8	13,3
Caquetá	7,4	14,7	142,7	24,7	44,9	89,0	17,7	28,5	48,6	124,0	10,5
Guainía	7,6	77,2	345,8	56,7	124,1	76,0	2,3	17,5	18,7	68,8	4,6
Putumayo	20,5	46,2	122,4	27,5	51,9	47,0	10,7	16,7	23,3	60,1	7,5
Vaupés	55,7	0,6	213,8	34,2	79,1	77,0	52,8	21,4	4,3	198,8	50,7

Fuente: Tomado del *Análisis de la situación de salud en salud mental, con énfasis en determinantes sociales.* MSPS, 2024. *Tasas por 100.000 habitantes.

La **región Orinoquia,** por su parte, enfrenta altos porcentajes de pobreza multidimensional y es la segunda con menor disponibilidad de servicios de salud mental en el país, lo que dificulta el acceso a la atención necesaria. Tres (3) de sus departamentos se encuentran en el cuartil más alto de analfabetismo, y las tasas de violencia intrafamiliar, de pareja y sexual son especialmente elevadas en los departamentos de Arauca y Guaviare. Además, dos (2) departamentos presentan tasas en el cuartil más alto de trastorno afectivo bipolar y suicidio, lo que evidencia la necesidad de desarrollar estrategias de prevención específicas para abordar estos problemas.

Tabla 2. *Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región de la Orinoquia. Colombia, 2023*

	Determinantes Sociales							Resultados en Salud		
	Porcentaje pobreza multidimensional	Porcentaje Analfabetismo	Disponibilidad servicios salud mental	Tasa violencia intrafamiliar	Tasa violencia pareja	Tasa violencia sexual	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa depresión	Tasa TAB	Tasa suicidio
	ORINOQUÍA									
Arauca	22,8	9,4	14,8	49,2	130,9	75,0	13,7	377,8	97,4	9,4
Casanare	17,2	9,0	14,7	30,8	93,4	102,0	13,4	246,8	240,2	10,1
Guaviare	52,1	17,4	1,2	61,9	122,0	122,0	10,7	203,4	26,5	2,0
Meta	21,4	14,1	82,2	34,0	80,5	48,0	10,7	216,6	323,2	3,3
Vichada	65,4	27,9	1,4	4,9	13,8	84,0	24,3	39,7	17,0	4,6

Fuente: Tomado del *Análisis de la situación de salud en salud mental, con énfasis en determinantes sociales*. MSPS, 2024. *Tasas por 100.000 habitantes.

En la **región Centro**, dos (2) departamentos presentan altos porcentajes de analfabetismo, mientras que la pobreza multidimensional se encuentra en niveles intermedios. El departamento de Santander destaca por sus altas tasas de violencia interpersonal y consumo de alcohol y cannabis. En salud mental, el departamento de Santander igualmente registra tasas elevadas de depresión, ansiedad, trastorno afectivo bipolar (TAB), epilepsia y demencia. Por su parte, Norte de Santander se encuentra en el cuartil más alto de intento de suicidio y suicidio.

Tabla 3. *Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Centro. Colombia, 2023*

	Determinantes Sociales				Resultados en Salud						
	Porcentaje pobreza multidimensional	Porcentaje Analfabetismo	Tasa trastornos alcohol	Tasa trastornos cannabis	Tasa depresión	Tasa ansiedad	Tasa TAB	Tasa epilepsia	Tasa demencia	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
					CENTRO						
Boyacá	18,4	12,7	12,1	19,3	315,6	794,1	139,6	524,9	184,0	50,6	4,6
Cundinarca	21,4	16,0	7,7	11,0	250,2	713,3	98,9	282,2	141,6	57,2	4,5
Santander	9,8	6,3	29,7	30,3	823,0	1397,4	537,0	476,2	292,8	71,7	4,7
Norte de Santander	16,6	10,2	21,7	15,4	228,7	455,5	33,4	214,9	48,4	84,8	8,2

Fuente: Tomado del *Análisis de la situación de salud en salud mental, con énfasis en determinantes sociales*. MSPS, 2024. *Tasas por 100.000 habitantes.

En la **región Caribe**, los departamentos de Córdoba, Magdalena y Sucre registran altos porcentajes de analfabetismo y pobreza multidimensional. Los departamentos de Atlántico y Bolívar se encuentran en el cuartil más alto de violencia interpersonal, intrafamiliar y de pareja y, adicionalmente, Bolívar también presenta altos niveles de desempleo de larga duración, violencia sexual y trastornos por consumo de alcohol. En salud mental, los departamentos de Bolívar, San Andrés y Sucre presentan tasas elevadas de depresión, ansiedad, trastorno afectivo bipolar (TAB), epilepsia y demencia, mientras que el Archipiélago de San Andrés registra altas tasas de intento de suicidio y suicidio.

Tabla 4. *Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Caribe. Colombia, 2023*

	Determinantes Sociales									Resultados en Salud						
	Porcentaje pobreza multidimensional	Porcentaje Analfabetismo	Disponibilidad servicios salud mental	Tasa violencia interpersonal	Tasa violencia intrafamiliar	Tasa violencia pareja	Tasa violencia sexual	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa trastornos alcohol	Tasa depresión	Tasa ansiedad	Tasa TAB	Tasa epilepsia	Tasa demencia	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
	CARIBE															
Atlántico	5.0	1.4	2.3	477.0	86.7	147.7	71.0	10.8	16.1	287.0	680.1	189.5	289.1	141.3	53.0	1.8
Bolívar	3.6	1.9	211.1	281.1	62.2	117.6	133.0	14.7	24.5	692.9	1534.4	219.2	529.0	266.6	73.3	6.2
César	15.6	11.2	42.9	96.4	25.1	55.7	71.0	14.6	19.1	253.3	750.6	53.5	288.4	92.6	56.2	6.2
Córdoba	37.4	23.3	21.0	70.7	11.1	30.9	28.0	6.7	8.7	90.9	906.8	45.7	120.1	30.2	16.3	4.0
La Guajira	11.9	7.1	34.6	214.4	43.5	88.7	102.0	12.3	7.2	277.8	600.0	93.0	389.0	180.7	81.0	6.6
Magdalena	42.6	22.1	59.7	78.0	17.4	38.2	37.0	2.3	157.6	329.6	870.2	187.5	252.6	85.5	26.1	4.0
San Andrés	11.8	6.9	29.3	130.0	28.8	76.3	136.0	17.7	16.9	780.6	1876.6	374.7	472.5	251.0	133.3	8.4
Sucre	23.1	19.5	55.7	102.4	29.0	53.0	44.0	12.4	13.8	390.1	1180.7	108.0	523.5	190.5	58.1	6.9

Fuente: Tomado del *Análisis de la situación de salud en salud mental, con énfasis en determinantes sociales*. MSPS, 2024. *Tasas por 100.000 habitantes.

En la **región Pacífico**, los departamentos de Cauca y Nariño presentan altas tasas de violencia interpersonal, intrafamiliar y de pareja, mientras que el departamento de Chocó registra un alto porcentaje de analfabetismo. La disponibilidad de servicios de salud mental es limitada en el departamento de Cauca, lo que podría generar un subregistro de los eventos. El departamento con las tasas más altas de eventos en salud mental en la región es el Valle del Cauca.

Tabla 5. *Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Pacífico. Colombia, 2023*

	Determinantes Sociales							Resultados en Salud				
	Porcentaje Analfabetismo	Disponibilidad servicios salud mental	Tasa violencia interpersonal	Tasa violencia intrafamiliar	Tasa violencia pareja	Tasa violencia sexual	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa depresión	Tasa ansiedad	Tasa demencia	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
	PACÍFICO											
Cauca	6,1	21,5	244,8	72,0	203,1	62,0	10,0	146,7	414,7	27,6	60,5	7,7
Chocó	12,5	66,0	128,9	27,4	62,7	40,0	12,1	267,8	731,1	96,6	41,7	7,2
Nariño	5,4	45,3	229,1	53,2	119,9	78,0	11,9	253,4	767,0	138,9	60,2	6,2
Valle del Cauca	5,1	149,0	115,2	30,0	75,5	79,0	13,9	459,4	1309,4	270,1	72,8	5,7

Fuente: Tomado del *Análisis de la situación de salud en salud mental, con énfasis en determinantes sociales*. MSPS, 2024. *Tasas por 100.000 habitantes.

En la **región Andina**, tres (3) departamentos presentan altas tasas de violencia sexual, mientras que otras formas de violencia se encuentran en niveles intermedios a altos. Las tasas de trastornos por consumo de alcohol y cannabis son elevadas en casi todos los departamentos. La disponibilidad de servicios de salud mental es baja en los departamentos de Huila, Quindío y Risaralda, que también se encuentran en el cuartil más alto de intento de suicidio y suicidio. En general, esta región presenta los peores indicadores de salud mental del país, con las tasas más altas en varios eventos y departamentos.

Tabla 6. *Determinantes sociales y resultados en salud mental en la región Andina. Colombia, 2023*

	Determinantes Sociales									Resultados en Salud					
	Disponibilidad servicios salud mental	Tasa violencia interpersonal	Tasa violencia intrafamiliar	Tasa violencia pareja	Tasa violencia sexual	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa trastornos alcohol	Tasa trastornos cannabis	Tasa depresión	Tasa ansiedad	Tasa TAB	Tasa epilepsia	Tasa demencia	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
ANDINA															
Antioquia	176,9	142,2	44,7	65,6	91,0	15,1	48,4	46,7	713,5	1541,1	317,3	420,3	213,6	86,5	7,4
Caldas	51,9	252,9	61,3	90,7	54,0	15,7	32,8	13,0	456,2	1219,4	155,2	456,7	127,6	92,3	8,2
Huila	4,9	195,7	41,0	118,8	65,9	8,9	8,2	10,2	237,7	889,7	62,5	296,1	60,4	91,2	8,1
Quindío	12,5	104,7	42,0	97,4	108,9	13,2	17,5	24,8	195,0	394,5	35,5	129,5	27,9	78,1	6,0
Risaralda	19,0	175,6	43,7	82,0	101,9	17,3	27,9	60,6	914,8	1651,6	308,7	576,1	241,2	92,7	6,0
Tolima	42,5	303,9	64,4	144,6	63,0	16,1	12,5	23,2	397,1	1049,7	168,9	361,3	206,9	85,3	8,5

Fuente: Tomado del *Análisis de la situación de salud en salud mental, con énfasis en análisis de desigualdades*. MSPS, 2024. *Tasas por 100.000 habitantes.

En **Bogotá**, se registran tasas medio-altas y altas de depresión, ansiedad, trastorno afectivo bipolar (TAB), epilepsia y demencia, reflejando una carga significativa de trastornos mentales. Estos indicadores están relacionados también con una mayor oferta de servicios de salud mental, lo que facilita el acceso y diagnóstico. Por otro lado, las tasas de intentos de suicidio son moderadas y las de suicidio consumado son bajas en comparación con otros indicadores, lo que podría reflejar la efectividad de algunas estrategias de prevención e intervención implementadas.

Tabla 7. *Determinantes sociales y resultados en salud mental en Bogotá, D.C. Colombia, 2023*

Determinantes Sociales					Resultados en Salud						
Tasa violencia interpersonal	Tasa violencia intrafamiliar	Porcentaje desempleo larga duración	Tasa trastornos alcohol	Tasa trastornos cannabis	Tasa depresión	Tasa ansiedad	Tasa TAB	Tasa epilepsia	Tasa demencia	Tasa intento de suicidio	Tasa suicidio
141,7	35,5	11,7	9,8	13,7	369,2	977,5	163,6	373,9	228,3	71,6	3,4

Fuente: Tomado del *Análisis de la situación de salud en salud mental, con énfasis en determinantes sociales*. MSPS, 2024. *Tasas por 100.000 habitantes.

Como se evidencia, la salud mental en Colombia presenta una marcada heterogeneidad territorial, influenciada por determinantes sociales que varían considerablemente entre las diferentes regiones. Esta realidad demanda una responsabilidad tanto intersectorial como transectorial, para abordar la salud mental no solo como la ausencia de enfermedad, sino como un proceso integral de promoción del bienestar personal, familiar y comunitario.

4.2 Poblaciones diferenciales

Las poblaciones diferenciales son aquellas que requieren especial protección por parte del Estado debido a su condición de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o debilidad manifiesta. La investigación científica ha documentado una fuerte asociación entre las desventajas sociales y el deterioro de la salud mental. Factores como la pobreza, la exposición a violencias desde edades tempranas, la discriminación y las dificultades en el acceso a sistemas de salud aumentan el riesgo de desarrollar trastornos mentales, que a su vez se vinculan con la pérdida de ingresos, oportunidades de empleo y exclusión social (*The Lancet*, 2018). En este sentido, la combinación de los determinantes sociales con las situaciones de vulnerabilidad específicas de estas poblaciones aumenta el riesgo de afectaciones en su salud mental.

Para los **pueblos y comunidades indígenas**, los problemas mentales se perciben como una desarmonía relacionada con la transgresión de las normas culturales, por desobediencia de la ley de origen, por la falta de ritualidad y/o por desequilibrio de las energías de la naturaleza. La situación de salud mental de los pueblos indígenas está asociada a determinantes estructurales, intermedios y proximales de la salud; especialmente, hay una fuerte relación con los efectos del conflicto armado, sumado a la falta de acceso a servicios de salud mental pertinentes, la adaptación intercultural, y la fragilidad o debilitamiento de las prácticas culturales de protección, a través de la medicina propia (MSPS, 2019).

El análisis situacional, reportó que, de las poblaciones con autorreconocimiento étnico, las comunidades indígenas y Rrom son las que presentan tasas más altas en trastornos de ansiedad, depresión y en conducta suicida.

Por su parte, las comunidades **negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras** presentan una pobreza multidimensional en 30,6 %. La privación de recursos se concentra en factores como el trabajo informal, el bajo nivel educativo y rezago escolar, así como la inadecuada eliminación de excretas (DANE, 2019). Históricamente, estas comunidades han sido víctimas de vulneración cultural, social, económica y psicológica. Actualmente, se reconoce que todas estas situaciones descritas de racismo, ya sean explícitas o sutiles, tienen un impacto profundo y negativo en el bienestar psicosocial de las personas, familias y colectivos, generando afectaciones en la salud mental a través de fenómenos de

estrés crónico que favorecen la aparición de trastornos mentales y otras enfermedades no transmisibles (Williams et al., 2019). En el último quinquenio, se ha observado un aumento en los trastornos de ansiedad, así como en los casos de esquizofrenia en estas poblaciones. Los intentos de suicidio, sin embargo, se mantienen estables.

El **pueblo Rrom** conserva prácticas y formas de vida vinculadas con sus valores, y las tradiciones de su cultura, y por lo tanto requieren atención y protección diferencial que garanticen la protección de sus derechos individuales y colectivos. La totalidad de los miembros de esta población son reconocidos como víctimas del conflicto armado, al haber sido transgredidas sus tradiciones nómadas, llevándolos a formas de asentamiento sedentario en contravía de su tradición, causando afectaciones a su riqueza cultural, usos y costumbres, oficios y tradiciones. Llama la atención que la tendencia del quinquenio en este pueblo étnico permanezca estable para eventos como depresión, ansiedad, epilepsia, trastornos psicóticos, intentos de suicidio, al hacer una comparación con las demás poblaciones que han mostrado un aumento. Este resultado debe analizarse cuidadosamente, puesto que puede evidenciar dificultades en el acceso al diagnóstico y atención de estos problemas, más que ausencia de estos.

En cuanto al género, los determinantes de la salud vinculados a este, incluyen normas, roles y expectativas sociales que influyen en la exposición a riesgos para la salud y en la vulnerabilidad ante estos. Asimismo, afectan la protección frente a dichos riesgos, los comportamientos relacionados con la promoción de la salud y la búsqueda de atención médica, así como la manera en que el sistema de salud responde según el género. Estos factores representan uno de los principales determinantes sociales de las inequidades en salud (OMS, 2018).

En cuanto a la **población de mujeres,** se observan cambios en la salud mental a lo largo del curso de vida. Por ejemplo, durante el embarazo y en el primer año posterior al parto, una de cada cinco mujeres puede presentar un problema de salud mental, especialmente depresión y ansiedad. Las necesidades básicas insatisfechas en relación con la salud mental pueden perjudicar la salud de las mujeres y el bienestar de su bebé y sus familias. Por lo tanto, fortalecer los programas de salud materno perinatal, a través de las estrategias de salud mental en el marco de la atención primaria en salud, que ofrezcan entornos de atención menos

estigmatizantes, puede mejorar el acceso y tratamiento para esta población (OPS, 2023). Así mismo, factores como la doble carga laboral, la violencias basadas en género y cargas de cuidado no remuneradas representan riesgos psicosociales que exponen a las mujeres de una manera diferenciada a problemas de salud mental.

Según los datos reportados en el Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género (Sivige) y provenientes del Sivigila, en el año 2023 se notificaron 74.480 casos de violencia de género física, con una tasa nacional de 142,6 por cada 100.000 habitantes; de estos casos, el 81,2 % ocurrió en contra de mujeres. Además, el 50,87 % de las víctimas de violencia de género física no convivían con el agresor, y la mayoría de ellas recibió esta violencia física por parte de su pareja (36,76 %) o expareja (22,24 %). En el mismo año, se notificaron 42.167 casos de violencia sexual, con una tasa nacional de 80,8 por cada 100.000 habitantes; de estos, el 85,5 % ocurrió contra mujeres.

Asimismo, es importante comprender cómo el cuidado de la salud mental de los hombres puede actuar como un factor protector, no solo para su propio bienestar, sino también como un motor de cambio en sus relaciones interpersonales. Promover la deconstrucción de los modelos hegemónicos de masculinidad, que limitan la expresión libre de sentimientos y la búsqueda de ayuda profesional, es clave para prevenir conductas violentas y de riesgo.

Para la población de **lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexual y *queer* (LGBTQ+)**, continúa enfrentando discriminación tanto social como institucional en diversos entornos, como el laboral, educativo, familiar y en los servicios de salud. A pesar de los avances legislativos en la protección de sus derechos, persisten altos índices de violencia y crímenes de odio. La homofobia, la transfobia y la patologización de la diversidad sexual humana, arraigadas en algunos sectores de la sociedad, junto con la estigmatización, contribuyen a la marginalización y exclusión de las personas LGBTIQ+.

Según una encuesta nacional realizada en 2019 por la Universidad Simón Bolívar, en donde se reclutó una muestra final de 4,867 personas de todo el territorio colombiano, incluidas 1,243 mujeres lesbianas / gay cisgénero y de género no binario; 895 mujeres bisexuales cisgénero y de género no binario; 2,163 hombres gay cisgénero e identificados como no binarios, 334 hombres bisexuales

cisgénero y no binario; 232 personas transgénero y 307 personas con identificación de género no binaria. Se encontró que el 72 % de los encuestados reportaron haber experimentado al menos un malestar psicológico moderado; Además, el 55% informaron haber tenido pensamientos suicidas a lo largo de su vida, y uno de cada cuatro (25 %) indicó haber intentado suicidarse al menos una vez. Las mujeres bisexuales (33 %) y las personas transgénero (31 %) presentan tasas más altas de intentos de suicidio, y una de cada tres personas indicó haber intentado suicidarse al menos una vez (Kyu Choi, 2019). En el mismo estudio, el 75 % informaron haber sido víctimas de acoso escolar al menos una vez antes de los 18 años, y el 25 % indicaron que fueron despedidos o que se les negó trabajo en algún momento de sus vidas.

A pesar de estos datos, es importante señalar que en Colombia los estudios sobre salud mental en la población LGBTIQ+ son limitados, y los boletines de salud mental no proporcionan información clara y diferenciada sobre las cifras que afectan a esta población.

Ahora bien, la **población rural colombiana** presenta particularidades que están relacionadas con su arraigo al territorio, su relación con la naturaleza y su ser, estar y quehacer en el mundo (Camargo, 2020). Según Novoa-Gómez (Ascofapsi, 2021), se ha identificado que la concepción de salud en general y de salud mental, difiere considerablemente de la prevalente en las áreas urbanas.

Lo anterior conduce a varias dificultades: i) la planificación de políticas de salud mental descontextualizadas respecto de los deseos y necesidades locales; ii) la falta de reconocimiento de síntomas o signos compatibles con patologías mentales; iii) un mayor peso de los determinantes sociales de la salud para la concepción global del bienestar y; iv) el uso de herramientas metodológicas inadecuadas para identificar y tamizar datos relacionados salud mental, al adoptar un enfoque occidental-urbano que puede distar de la realidad rural (Bello, 2022; Rodríguez, 2016).

El análisis geográfico evidencia disparidades significativas en la prevalencia de trastornos mentales entre las zonas urbanas y rurales, subrayando la necesidad de una distribución más equitativa de los recursos de salud mental en el país. Mientras que las cabeceras urbanas muestran mayores prevalencias de los diferentes eventos en salud mental, las zonas rurales se enfrentan desafíos particulares, como

la falta de educación en salud mental y la limitada disponibilidad de servicios, lo que perpetúa el estigma y reduce la consulta por ayuda profesional (Análisis de Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. Colombia, 2024; MSPS, 2024). Para favorecer la salud mental en las poblaciones rurales, es importante fomentar la participación de la comunidad en la planificación y ejecución de programas de salud. En estas comunidades, la estrategia de APS en salud mental a través de los Equipos Básicos de Salud (EBS) es un mecanismo que reduce las brechas de acceso y continuidad de los servicios. Adicionalmente, este esfuerzo requiere el trabajo intersectorial con diferentes actores del territorio que permitan mejorar los determinantes sociales de la salud en las poblaciones rurales.

Para la **población de personas trabajadoras** la OMS estima que el 15 % de los adultos en edad laboral padecen un trastorno mental en algún momento, los más prevalentes son los trastornos depresivos, de ansiedad y por consumo de sustancias psicoactivas, estas afectaciones tienen un alto costo para las personas, las y los empleadores y la sociedad en su conjunto. Se ha documentado que trabajadoras y trabajadores que informan tensión laboral, denotada por una combinación de alta demanda laboral y bajo control laboral, o injusticia organizacional tienen una incidencia de depresión 1,5 veces mayor. De igual forma, esta población reporta tasas de suicidio que son más elevadas en aquellas personas que experimentan acoso y violencia en el lugar de trabajo. Por otra parte, factores como el bajo control en el trabajo, el estrés laboral, el compromiso excesivo, el acoso en el lugar de trabajo y el conflicto entre el trabajo y la familia mostraron ser los más perjudiciales para la salud mental de las mujeres trabajadoras. Estas asociaciones son robustas al ajuste estadístico, sin embargo, la magnitud de los efectos es menor que para el desempleo, que se asocia con una duplicación del riesgo de depresión y suicidio (Rugulies, 2023).

El trabajo puede ser un factor protector de la salud mental, pero también puede contribuir a causar daños potenciales. Por ejemplo, existen estudios que documentan que el estrés laboral puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de alteraciones metabólicas. Este exceso de riesgo es menos marcado que los asociados con factores causales conocidos relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo, la obesidad, la hipertensión arterial y el colesterol alto (Niedhammer et al., 2021). Sin embargo, hay grupos de población

específicos para los que el estrés laboral parece ser particularmente perjudicial, como las personas con enfermedad cardiovascular preexistente o diabetes. Para esta población, el estrés puede desencadenar eventos clínicos como arritmia, infarto de miocardio, miocardiopatía o accidente cerebrovascular, pudiendo generar secuelas neuro psíquicas transitorias y/o permanentes, además de dar una mayor vulnerabilidad de desarrollar alteraciones de la salud mental (Kivimäki, 2015).

Los profundos cambios en la naturaleza y la disponibilidad del trabajo durante las últimas décadas han dado lugar a nuevas exposiciones psicosociales y físicas generalizadas que se asocian con resultados adversos para la salud, convirtiendo al trabajo en un determinante social importante para la salud mental. (Frank et al., 2023).

La **población de talento humano en salud,** enfrenta amplios riesgos psicosociales que pueden tener consecuencias graves en su salud mental. Esta población se expone a situaciones como: i) carga de trabajo excesiva, debido a la alta demanda de atención, falta de personal suficiente; ii) exposición a situaciones de violencia tanto verbales o físicas por parte de pacientes, familiares de pacientes y otros colegas; iii) una alta demanda emocional para manejar situaciones de sufrimiento y muerte de manera constante; iv) falta de control sobre el trabajo, tal como sentir que no se tiene autonomía en la toma de decisiones; v) conflictos interpersonales, debido a problemas en las relaciones con compañeros de trabajo, superiores o pacientes; vi) falta de reconocimiento, no sentirse valorado por el trabajo realizado; vii) inseguridad laboral, temor a perder el empleo o a no ser renovado el contrato. Todo lo anterior favorece a la perdida de la salud mental (Rivera-Casas, 2022). Por ejemplo, el estudio HEROES en Colombia, evaluó 1719 miembros del personal de salud durante la pandemia. Se estimó que el 98 % del talento humano en salud sufrió altos niveles de malestar psicológico; el 22.8 % tuvo riesgo moderado a severo de problemas de depresión; el 16 % tuvo riesgo moderado a severo de problemas de ansiedad, el 2,6 % tuvo ideación suicida. (OPS, 2022).

Para la **población de personas que ejercen actividades sexuales pagas**, se ha documentado que, el hecho de vender su cuerpo, compartir su intimidad y estar expuestas a agresiones como la explotación, el tráfico sexual o la sensación de poder por parte de los clientes, provoca una mayor prevalencia de problemas y

trastornos mentales (Guillén, 2022). Se ha documentado que esta población, presenta tasas más altas tasas de depresión, consumo de sustancias psicoactivas y estrés post traumático; una de cada 2 mujeres que ejercen esta labor lo padecen, junto a otros trastornos de tipo disociativo (Cedeño et al., 2017). Además, el estigma social afecta las relaciones interpersonales por lo que pierden redes de apoyo, y genera barreras de acceso a instituciones de salud tanto públicas y privadas, al igual que dificulta la búsqueda de instituciones de protección y de justicia. Por ejemplo, actuaciones discriminatorias como el lenguaje abusivo o la negativa a dar atención son algunos de los motivos por los que las víctimas de explotación sexual dentro de esta población rechazan la ayuda psicológica y médica (Clemente, 2020).

En la **población de las Fuerzas Armadas y Policía**, el estigma sobre los problemas y trastornos mentales corresponde al conjunto de creencias que afirman que la búsqueda de apoyo en salud mental sería un acto deshonroso y vergonzoso para el propio soldado, causando daño a la carrera militar, o provocando que compañeros y superiores tengan una menor confianza en su habilidad para desarrollar las tareas encomendadas. La cultura militar contiene todavía estereotipos establecidos sobre los conceptos de masculinidad, fortaleza, honor o lealtad que son difícilmente compatibles con reconocer un problema mental, siendo sinónimos de debilidad o de sospecha de simulación. La consecuencia más devastadora del estigma es que provoca la ocultación del problema e influye negativamente en el proceso de tomar la decisión de buscar apoyo psicológico, generando el agravamiento de los síntomas o la cronificación del cuadro (Mardones-Escapa, 2023). Según datos de la Procuraduría en el 2022 se reportó que 12.836 miembros de las Fuerzas Militares tenían algún trastorno mental o del comportamiento; de esa cifra, el 85 % hacia parte del Ejército con 10.910 soldados; en la Armada 1.540 uniformados, que representan un 12 por ciento; por último, en la Fuerza Aérea se detectaron 385 personas con algún trastorno mental. Para la Policía esta cifra superaba los 6.900 casos de personas afectadas (Procuraduría General de la Nación, 2022).

Las **personas con discapacidad** experimentan un impacto negativo en su salud mental debido a las múltiples barreras sociales que enfrentan, especialmente en áreas clave como el acceso a servicios de salud, educación inclusiva, empleo digno

y participación social. De acuerdo con el DANE, la prevalencia de discapacidad es mayor en las mujeres en casi todos los grupos etarios, con excepción de aquellos comprendidos entre los 20 y los 34 años. Las mujeres representan aproximadamente el 53,7 % del total de personas con discapacidad, una diferencia de casi ocho puntos porcentuales respecto a la población masculina. En el ámbito educativo, el 16,2 % de las personas con discapacidad no cuenta con educación formal, en comparación con solo el 2,6 % de la población sin discapacidad; además, se observa una menor proporción de personas con discapacidad que han alcanzado el nivel de educación media. En cuanto al empleo, solo el 21,9 % de las personas con discapacidad forman parte de la fuerza laboral, frente al 63,6 % de las personas sin discapacidad, lo que revela una importante brecha en la inclusión laboral (DANE, 2023).

A su vez, cuidar a una persona con discapacidad implica cambios en el estilo de vida de la **persona cuidadora**, entre los que se encuentran tales como el aislamiento, la reducción de actividades sociales, el descuido de su propia salud debido a la dedicación al cuidado, el aumento de otras cargas laborales para mantener los recursos económicos, o la pérdida de fuentes de ingreso, lo que puede desencadenar problemas médicos e interpersonales.

Según el DANE (2023), las personas con discapacidad enfrentan una pobreza desproporcionada debido a las barreras de acceso a la educación, al trabajo digno y a la participación en la vida cívica. En conjunto, estas barreras tienen un impacto significativo y adverso en su calidad de vida y, por ende, probablemente también en su salud mental.

Las brechas en la atención en salud mental para las personas con discapacidad y sus cuidadores/as son similares a las de la población en general. A pesar de existir legislación favorable para su reconocimiento y la protección, persisten obstáculos para en la aplicación de las recomendaciones. Entre las medidas para superar estas barreras se encuentran el fortalecimiento de las estrategias de APS y la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).

La población de **personas con discapacidad psicosocial** son una de las menos conocidas en Colombia y en el mundo. La discapacidad psicosocial, se entiende como una condición de vida temporal o permanente que afecta directamente las funciones mentales de interrelación de la persona y limita su capacidad para ejercer

una o más actividades esenciales de la vida (Organización de las Naciones Unidas, 2007). La relación entre la salud mental, enfermedad mental y discapacidad psicosocial es compleja; son conceptos distintos y uno no deriva del otro de manera directa. La discapacidad psicosocial es un proceso que aparece cuando el entorno no permite a una persona participar de la misma manera que todos a causa de un proceso o antecedente en salud mental, hace alusión a aquellos sujetos que con diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos sociales negativos del estigma, la discriminación y la exclusión. Dentro de las barreras que vive esta población, la que tiene mayor peso es la barrera actitudinal, que tiene un vínculo directo con el estigma que atraviesa todas las barreras a las que las personas con discapacidad psicosocial y sus familias se ven expuestas. Según un estudio de Fundación Saldarriaga Concha, la enfermedad mental es percibida tanto por el individuo como por el entorno como una "incapacidad para superar problemas", y la gran tarea se convierte más que en lograr superar la enfermedad, en lograr evitar el manejo especializado y aún más dejar rápidamente el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (González, 2019).

La **población víctima del conflicto armado** ha sufrido las consecuencias directas e indirectas de la violencia sociopolítica, cuyas secuelas continúan afectando tanto a las víctimas como a las generaciones posteriores. Estos impactos incluyen una mayor prevalencia de trastornos mentales, dificultades en las relaciones de confianza y desafíos en la integración comunitaria. La violencia de este tipo fomenta una tendencia hacia la deshumanización, al reducir la capacidad de sensibilizarse ante el sufrimiento ajeno, la solidaridad y el sentido de esperanza (MSPS, 2015).

El desplazamiento forzado, considerado en sí mismo un acontecimiento altamente estresante, pone a prueba la estabilidad del núcleo familiar y social. Es el hecho victimizante más común en el país, con un 89,1 % de ocurrencia (8.665.884 víctimas). Además, genera una pérdida significativa de patrimonio cultural inmaterial, afecta las normas de convivencia, impacta negativamente en la salud mental y socava el sentido de trascendencia de las personas. Por ello, la prevención de este fenómeno, así como la atención adecuada y reparación de sus víctimas, es esencial para mitigar las consecuencias en la salud mental de la población afectada.

En el Acuerdo Final de Paz del 2016 se establecen las garantías para mejorar atención en salud mediante servicios de salud física y mental de calidad, adaptados

a las necesidades específicas de las víctimas, haciendo hincapié en las personas mayores, y particularmente, en jóvenes, niños, niñas y adolescentes (NNAJ). Además, se busca fortalecer los programas de salud mental y apoyo psicosocial para promover una verdadera reconciliación y reconstrucción del tejido social.

Sin embargo, en 2023, la Corte Interamericana de Derechos Humanos observó deficiencias en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi), entre las que se destacan las siguientes: i) la insuficiencia de recursos financieros y humanos para atender a todas las víctimas del conflicto armado; ii) su limitada cobertura geográfica que no alcanza todas las regiones afectadas y; iii) la necesidad de mejorar la calidad de la atención mediante la capacitación del personal (MRE, 2015).

Las **personas habitantes de la calle** son aquellas personas que hacen de la calle su lugar de habitación, ya sea de manera permanente o transitoria, desarrollando todas las dimensiones de su vida en el espacio público. Las principales causas reportadas para habitanza en calle fueron el consumo de sustancias psicoactivas (33,5 %) y problemas familiares (25,7 %) (DANE, 2021). Los principales motivos para iniciar la vida en calle son el consumo de sustancias psicoactivas en los hombres y los conflictos o dificultades familiares en las mujeres (MSPS 2022).

Se ha documentado una alta prevalencia de trastornos mentales no diagnosticados o sin tratamiento, así como un consumo problemático de sustancias psicoactivas, que afecta a todas las enfermedades y reduce la capacidad de autocuidado (Di Iorio, 2023). En este contexto, las estrategias de APS son un factor protector, al evitar que las situaciones de salud mental de las personas habitantes de la calle se agraven, reduciendo la necesidad de tratamientos intensivos en los servicios hospitalarios intramurales. Además, estas estrategias contribuyen a cambiar el imaginario colectivo sobre la salud mental, mostrando que no toda intervención requiere necesariamente una internación (MSPS, 2021).

Las personas **migrantes y refugiadas** son un grupo heterogéneo que enfrenta diversas necesidades de salud; a menudo provienen de comunidades afectadas por guerras, conflictos, desastres naturales, degradación ambiental o crisis económica. Durante su desplazamiento, estas personas realizan viajes largos y agotadores, con acceso limitado a alimentos y agua, servicios básicos y saneamiento, mientras enfrentan situaciones de pobreza, discriminación, inseguridad, falta de vivienda y el

riesgo de exposición a violencias antes, durante o después del proceso migratorio, lo que debilita sus determinantes sociales en salud y las coloca en riesgo de desarrollar alteraciones en la salud mental (MSPS, 2023).

Colombia, uno de los países con mayor movilidad venezolana, se ha convertido tanto en destino como punto de tránsito hacia otros países. A su vez, se presentan fenómenos emergentes como el aumento de personas migrantes de diferentes regiones del país y del mundo, atravesando la ruta irregular de la selva del Darién hacia Panamá. A pesar del acuerdo de Paz, también persiste una significativa movilidad interna debido a la violencia sociopolítica.

Ser migrante conlleva afrontar una serie de estresores crónicos, múltiples y constantes, lo que acaba por resquebrajar el bienestar psicológico y predisponer a la aparición de trastornos mentales. En particular, las mujeres y niñas pueden tener dificultades para acceder a servicios de protección e intervención frente a la violencia sexual y de género. Los NNAJ migrantes, especialmente los/as menores no acompañados/as, tienen más probabilidades de experimentar eventos traumáticos, explotación y el abuso, y suelen encontrar barreras para acceder a los servicios de salud.

Los registros administrativos disponibles en el país muestran que el porcentaje de personas extranjeras atendidas en los servicios de salud, principalmente por trastornos mentales y del comportamiento, aumentó del 1.09 % en 2017 a 1.51 % en 2022 (MSPS, 2023). Para mitigar esta situación, es importante el fortalecimiento de factores protectores, lo cual incluye acompañamiento psicosocial, redes de apoyo, rutas de atención y una mayor articulación entre instituciones territoriales, nacionales e internacionales (Ruiz Eslava, 2020).

La **población de niños, niñas y adolescentes (NNAJ)** presenta una alta vulnerabilidad para desarrollar alteraciones de la salud mental, debido a que cualquier trauma, violencia, carencia o estresor mayor puede influir sobre su proceso de neurodesarrollo, propiciando la aparición de problemas y trastornos mentales. La protección de la salud mental en esta población implica dar garantías para el desarrollo de sus habilidades para la vida, que les permita proyectar relaciones seguras y la interacción apropiada con su entorno social.

El país no cuenta con estadísticas nacionales sobre autolesiones no letales en NNAJ; sin embargo, desde la academia se han adelantado algunos estudios al

respecto. Por ejemplo, se evaluó la frecuencia de conductas autolesivas en estudiantes de bachillerato y se encontró que el 22,4 % reportó haber presentado estas conductas; el tipo de lesión más frecuente fue el autocorte (92,3 %), el 46,2 % de quienes se autolesionaban presentaron más de un tipo de autolesión y el 30,8 % lo hacía al menos una vez al mes. En ese estudio se encontró que el 38,4 % de quienes se autolesionaban cumplían criterios para depresión y el 44,8 % para ansiedad (Buitrago et al., 2021).

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

En el Análisis de Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. Colombia, 2024 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024) se encuentra, al desagregar por quinquenios, que entre los 10 y 29 años se registraron la gran mayoría de los intentos de suicidio (73,2 %). Comparados con los/as niños/as de 5 a 9 años y ajustando por otras variables, se encontró que los/as adolescentes de 10 a 14 años tienen 17 veces más riesgo y que los/as jóvenes de 15 a 19 años tienen 35 veces más riesgo. Las violencias, la desigualdad social, la pobreza y las diversas condiciones ambientales de vulnerabilidad impiden que un sinnúmero de NNAJ en Colombia tengan una adecuada salud mental.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un problema de salud pública emergente en Colombia, especialmente por el aumento de la prevalencia de este trastorno en NNAJ. Los TCA son el resultado de la interacción de factores psicológicos, físicos y socioculturales. Las estrategias de APS ofrecen un marco ideal para identificar a las personas con TCA en sus etapas iniciales, sobre todo en edades críticas como la adolescencia. Al lograr integrar la detección y el manejo de los TCA en los servicios de atención primaria, se puede reducir el estigma asociado a estos trastornos, mejorar el acceso a la atención complementaria especializada y, en última instancia, promover la recuperación de las personas afectadas (Martínez-Suárez, 2022).

La **población de personas mayores** está en constante aumento, tanto en el país como a nivel mundial. Sin embargo, las afecciones de salud mental en este grupo suelen estar infravaloradas e infra tratadas, y la estigmatización asociada a estas alteraciones puede hacer que las personas mayores sean reacias a buscar ayuda. Según los datos del ASIS en salud mental, la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad ha aumentado entre las personas mayores en Colombia, lo que destaca a este grupo como particularmente vulnerable debido a las transiciones y desafíos propios de la vejez. Los problemas relacionados con la estabilidad laboral, la salud, las responsabilidades familiares y la adaptación a la vejez, como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y demencias, tienen un impacto significativo en la salud mental.

Además, el aislamiento social y la soledad, que afecta a cerca de una cuarta parte de las personas mayores, son factores de riesgo claves para padecer afecciones de salud mental en etapas posteriores de la vida. Las tasas de mortalidad por suicidio en este grupo también han mostrado un aumento, lo cual refleja la mayor prevalencia de ansiedad y depresión, lo cual subraya la necesidad de implementar programas de prevención específicos para dicho grupo de alto riesgo.

Es necesario desarrollar programas de envejecimiento saludable y fortalecer la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en salud mental, con un enfoque de curso de vida; estos programas deben incluir grupos de apoyo y de ayuda mutua, así como asistencia técnica para su implementación en el territorio. También es importante promover la formación y capacitación a lo largo de la vida para empoderar a las familias y personas mayores en materia de vejez, envejecimiento, derechos humanos, cuidado y cuidado a cuidadores informales.

En este sentido, la implementación de programas de promoción de la salud mental, prevención y tratamiento es necesaria para abordar las necesidades específicas de mujeres, hombres, mujeres, niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultas, adultos y personas mayores, con enfoque de género, diversidad sexual, étnico, rural y por curso de vida. Estos programas deben ir acompañados de procesos educativos y de apoyo continuo, con el fin de reducir la incidencia de intentos de suicidio, disminuir la mortalidad por suicidio y, en general, mejorar la salud mental de esta la población.

4.3 Barreras de acceso a los servicios de salud

Para mejorar la salud y el bienestar psicosocial, es necesario garantizar la cobertura sanitaria universal. La falta de acceso adecuado a la atención y las dificultades para acceder a los servicios de salud mental tienen consecuencias significativas en los ámbitos sanitario, social y económico para individuos, familias y comunidades. A continuación, se presentan algunos servicios disponibles, mientras que las brechas presentadas se detallan en el documento completo del Análisis de Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. Colombia, 2024 (MSPS, 2024).

Según el Registro Especial de Prestadores de Servicios en Salud (REPS), para el 2024 se encuentran 208 instituciones nacionales que prestan el servicio de internación en salud mental para personas adultas, con 8.286 camas, 6.240 de ellas de la red privada y 2.046 de la red pública. El 75 % de las camas corresponde a instituciones prestadoras de salud privadas, en tanto que el 25 % restante pertenece a empresas sociales del Estado (ESE); es decir, una mediana de 15,8 camas hospitalarias de salud mental por 100.000 habitantes, la cual es ligeramente mayor al compararla con el promedio regional de las Américas de 13,58 camas (OPS, 2023).

Las capitales de los departamentos ofrecen el 68 % de la internación en salud mental de personas adultas (6.209 camas), mientras que las ciudades periféricas ofrecen únicamente el 32 % de estas (2.077 camas). Las cuatro principales capitales del país (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) reúnen 2.805 de las camas ofrecidas (34 %) para internación de salud mental en adultos/as. Al examinar por regiones, se tiene que el 57 % (4.685) de las camas se encuentra en la región Andina, el 24 % (1.995) en la región Caribe, el 12 % (1.012) en la región Pacífico, el 4 % (312) en la región de la Orinoquia, el 3 % (275) en la región de la Amazonia y apenas el 0,08 % (7) en la región Insular.

Según datos del REPS (2013), 96 instituciones prestan el servicio de internación en salud mental para NNAJ, con un total de 1.086 camas. De estas, el 86 % (935) corresponde a IPS privadas y el 14 % (151) restante pertenece a ESE. De acuerdo con estos datos, la tasa es de 2 camas para menores de edad por 100.000 habitantes. La mediana de centros hospitalarios de salud mental para la población

infantil y adolescente de la región de las Américas es de 0,07 por 100.000 habitantes (OPS, 2023).

En el REPS, se reportan 1.542 instituciones nacionales que prestan el servicio de consulta externa por psiquiatría. El 86 % (1.320) de las instituciones prestadoras de salud son privadas, el 14 % (220) pertenecen a empresas sociales del Estado (ESE) y un 0,2 % (2) son mixtas. Las capitales departamentales ofrecen el 63 % (978 unidades) de los servicios de consulta externa por psiquiatría, en tanto que las ciudades periféricas tienen el 37 % (564 unidades) a disposición de los pacientes. Cuatro de las principales capitales del país (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) reúnen el 30 % (465 unidades) de la oferta para consulta externa por psiquiatría.

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

En cuanto al talento humano en salud, para el año 2023 había registrados 90.509 profesionales de psicología en el territorio nacional, de acuerdo con el Observatorio de Talento Humano en Salud; según este dato en bruto, en Colombia habría 173 psicólogos por 100.000 habitantes, siendo el tercer país en Latinoamérica con mayor cantidad de profesionales en esta área, según la OCDE (2023). No obstante, debe señalarse que no todos los profesionales en psicología se dedican al área de la salud, por lo que el número podría sobrerrepresentar a los profesionales que realizan atenciones clínicas. Por el contrario, si se toman los datos del REPS, donde se inscribe a los prestadores de servicios de salud habilitados para ejercer en entidades departamentales y distritales de salud, se encuentra que para marzo del 2024 había 2.254 psicólogos adscritos a dicha plataforma.

Así las cosas, se tendría una media de 4,3 psicólogos por 100.000 habitantes para Colombia, que es un dato más cercano a lo reportado para la región de las Américas, 4,6 por 100.000 habitantes (OPS, 2023). Al compararlo con la media mundial de psicólogos de 1,4 por 100.000 habitantes (OMS, 2020), se advierte que

las y los profesionales de psicología en el país son un recurso humano valioso, que fortalecerá la prestación de la atención en salud mental; por lo anterior, se requiere que todos los actores implementen la atención psicológica como puerta de entrada del sistema de salud, lo que favorece la oportunidad de atención y ayuda a cerrar brechas en la prestación de servicios.

Por otra parte, según los datos del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), para el 2023 había registrados 1.613 médicos/as especialistas en psiquiatría, que correspondían a un 5,9 % de los especialistas del país; dentro de este grupo, 115 (7 %) tienen la subespecialidad en psiquiatría infantil. En la distribución por departamentos se evidencia que la mayoría de profesionales están en las regiones con mayor densidad poblacional, siendo escasas las y los psiquiatras que atienden en regiones y territorios alejados. Con este número de médicos/as especialistas en psiquiatría, se tendría para Colombia una media de 3,1 psiquiatras generales por 100.000 habitantes. La media mundial de psiquiatras es de 1,7 por 100.000 habitantes, mientras que la reportada para las Américas corresponde a 1,9 psiquiatras por 100.000 habitantes. Sin embargo, para los países de ingresos medios este valor se encuentra en 3,4 por 100.000 habitantes (OMS, 2023). La cantidad de psiquiatras con subespecialidad en psiquiatría infantil en el país corresponde a una mediana de 0,22 psiquiatras infantiles por 100.000 habitantes. Según el *Atlas de salud mental de las Américas*, se registra una mediana de 0,7 psiquiatras infantiles por cada 100.000 habitantes, por lo que Colombia se encuentra por debajo de la media regional (OPS, 2023).

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

En cuanto a las y los profesionales en fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología, en el sistema OTHS se reportaron para el 2023 un total de 34.079, 5757 y 9420 profesionales, respectivamente. Los territorios con mayor densidad de profesionales en estas áreas son Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico y Santander, mientras que, al igual que en psiquiatría, hay territorios con

menos de 0,06 por cada 10.000 habitantes, entre los que se destacan Chocó, Amazonas, Guaviare, Guainía y Vaupés. Estos datos reflejan que las inequidades de acceso no se presentan solamente en especialistas en psiquiatría, sino que para brindar una atención integral en estos territorios se requieren esfuerzos por parte de los entes territoriales y el Estado para mejorar la oferta en la periferia del país.

Para los países de ingresos medianos, como Colombia, entre el 40 % y el 70 % del gasto en salud mental sigue destinándose a los hospitales psiquiátricos. Aunque se ha reducido el número de camas psiquiátricas y se ha logrado una integración de la salud mental en la atención primaria, la inversión en este ámbito continúa siendo insuficiente. La cobertura ambulatoria no ha aumentado lo esperado y persisten hospitales psiquiátricos con un número elevado de camas, las cuales, paradójicamente, no son suficientes para suplir el número de pacientes descompensados. Esta situación se debe, en gran medida, a las dificultades al acceso temprano y oportuno desde la atención primaria, que pudo haber prevenido una hospitalización al evitar la aparición y complicación de las crisis. Según el Atlas de salud mental del 2020, el gasto total auto reportado por el gobierno en salud mental como porcentaje del gasto total en salud fue solamente del 1.8 % (Doneltto, 2024).

Investigaciones sobre la evolución del financiamiento de la Salud Mental en Colombia, concluyen que con relación al financiamiento de la salud mental en Colombia durante el periodo 2016-2019, no hubo una ejecución completa ni la más eficiente gestión de los recursos financieros asignados, tampoco se obtuvieron los resultados en salud mental planeados por las autoridades sanitarias. Se evidencia un incumplimiento en la implementación de la PNSM del 2018, lo cual indica que no basta con la formulación y expedición de normas, sino que se requiere por parte de los entes gubernamentales fortalecer y garantizar los procesos de divulgación, acompañamiento, asesoría, seguimiento a la implementación de la política y priorización del uso de los recursos financieros en dichos procesos, con una participación activa de todos los actores involucrados (Eraso, 2022)

Por otra parte, para avanzar en el proceso de desinstitucionalización se requiere una planificación que asegure que el desarrollo de estructuras alternativas preceda la disminución de camas de hospitalización de larga y mediana estadía, que se reorganice la hospitalización de corta estancia y se favorezcan las unidades de

psiquiatría dentro de los hospitales generales, los hospitales día y los servicios ambulatorios, es necesario intensificar los esfuerzos para trasladar los servicios a la comunidad e integrarlos a través de estrategias de atención primaria en salud. Estos factores, junto con el aumento del número de profesionales y centros ambulatorios, son claves para mejorar la salud mental de las comunidades y las personas (OPS, 2020).

En lo referente a las barreras para el acceso a los servicios, la Superintendencia Nacional de Salud reportó más de 50.000 peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) recibidos por todos los canales en el 2023, en los que se manifestaban inconformidades relacionadas con la salud mental, mayoritariamente contra entidades promotoras de salud (EPS) tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Las causas por las que las y los pacientes reclaman son la negación y demora en la asignación de citas o consultas, y la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos (Red Nacional de Salud, 2023).

Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud, por intermedio del Observatorio Nacional de Salud (ONS), reporta las siguientes cifras de calidad en la atención en el año 2023: i) en 2021, solamente el 40,11 % de aquellas personas que recibieron una consulta de psiquiatría o psiquiatría pediátrica por depresión mayor tuvieron un seguimiento por psicología; ii) el indicador del porcentaje de personas que son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental después de haberlo requerido llegó al 39,03 % en el año 2022; iii) en varios estudios nacionales se indica que las y los médicos detectan apenas el 39 % de las depresiones, tratan farmacológicamente el 22 % de estas y solo uno de cada cuatro profesionales en medicina en atención primaria refiere estar preparado para atender pacientes con trastornos mentales; iv) a partir de una estimación hecha con datos agregados en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015 y la población atendida con enfermedad mental derivada a servicios de salud mental en los ámbitos regional, departamental y municipal, se encontró que apenas el 10,1 % de los personas adultas y el 16,0 % de adolescentes con algún trastorno mental recibieron atención específica en los servicios de salud mental (Instituto Nacional de Salud, 2023).

En la última Encuesta de Salud Mental en Bogotá, se reportó que el 16,74 % de las personas manifiestan que les han negado la admisión a ciertos servicios de salud y desconocían la razón. Las principales dificultades para acceder a la atención

en salud mental son dos: tener que esperar mucho tiempo para la asignación de la cita (65,35 %) y demora excesiva por parte de la EPS correspondiente para dar la autorización respectiva (26,97 %). Frente a la calidad de la atención, el 64,08 % de las personas consideran que el tiempo de la consulta fue "adecuado o suficiente", el 58,19 % de las personas califican el servicio como "bueno o muy bueno", el 23,72 % como "regular" y el 18,09 % como "malo o muy malo" (Alcaldía de Bogotá, 2023).

Las dificultades para acceder a los tratamientos adecuados desde el punto de vista farmacológico se concentran en puntos críticos, como la red de distribución y entrega de medicamentos. Por ejemplo, la disponibilidad de la malla de medicamentos es más accesible en áreas urbanas grandes, mientras que, en ciudades intermedias y pequeñas o en áreas rurales, la entrega oportuna es compleja, incluso para aquellos de uso básico dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS), generando que los tratamientos no se entreguen o que los usuarios tengan que desplazarse lejos de su lugar de origen (González et al., 2016).

A finales del 2023 y durante el 2024, se evidenció el desabastecimiento de medicamentos de salud mental, una situación denunciada por las agremiaciones científicas de psiquiatría y neurología. Aunque existe una escasez general de medicamentos para todo tipo de enfermedades, las medicinas utilizadas los tratamientos psiquiátricos y neurológicos son necesarios para evitar un colapso en los servicios de salud mental por descompensaciones patológicas y para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Como parte de la respuesta articulada del Gobierno nacional a la emergencia por la pandemia de covid-19, se habilitó la línea 192 para orientar a la ciudadanía sobre la prevención, atención y demás situaciones relacionadas en todo el país. Su operación comenzó en abril de 2020 con atención 24/7 y, desde noviembre de 2022, se implementó la línea nacional 106 de salud mental, gestionada por el MSPS, que se desplegó a las entidades territoriales para que la implementaran en sus áreas de influencia. En Colombia, las líneas de tele orientación forman parte de las estrategias de APS, pues en algunos casos representan el primer paso para el acceder a niveles de atención en salud de mayor complejidad y a otros programas y servicios, en el marco del cuidado integral de la salud

4.4 Análisis de la situación en salud

El impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental ha sido significativo, con un aumento en las tasas de ansiedad y depresión. Según el estudio PSY-COVID, el 37% de la población reportó dificultades en la adaptación a los cambios, el 36% presentó dificultades ante la prolongación de restricciones y el 30% experimentó altos niveles de estrés debido a la búsqueda constante de información sobre la pandemia. Además, se evidenció una prevalencia del 25% en síntomas de ansiedad y del 28% en síntomas de depresión, con un incremento notable en las tasas de trastornos psiquiátricos en personas que contrajeron COVID-19. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer estrategias de atención en salud mental para abordar las secuelas de la pospandemia y mitigar su impacto en la población" (Sanabria-Mazo et al., 2021).

De acuerdo con el *Atlas de salud mental de las Américas* (2020), la inversión en salud mental en el continente americano sigue siendo insuficiente. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) enfatiza en la necesidad de intensificar los esfuerzos para trasladar los servicios a la comunidad y mejorar su integración en los servicios primarios de salud, fortaleciendo así la atención y el apoyo a las personas afectadas por trastornos mentales.

Además, el incremento esperado en los casos de Alzheimer y otras demencias para 2030 resalta la urgencia de reforzar las estrategias de salud pública que aborden el diagnóstico temprano, tratamiento y apoyo a pacientes y sus familias.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social utiliza el ASIS para guiar las políticas públicas, incluyendo la salud mental. Este análisis, identifica los desafíos y desigualdades en salud influenciados por factores sociales. Por otro lado, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han venido aumentando su prevalencia después de la pandemia, sobre todo en poblaciones en condición de vulnerabilidad como NNAJ y las mujeres. Prevenir, detectar y tratar de manera temprana mejora los resultados de este grupo.

El documento completo del *Análisis de Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. Colombia, 2024 (MSPS, 2024)*, ofrece un marco detallado que guía las estrategias y acciones para mejorar la salud mental en Colombia. En ese sentido, proporciona evidencia efectiva y oportuna para orientar la actualización de la política pública de salud mental, con el objetivo de mejorar la

calidad de vida de la población colombiana y fortalecer el tejido social. Al integrar los elementos del análisis epidemiológico y la desigualdad en salud mental, se convierte en una herramienta fundamental para los procesos de planeación, gestión y toma de decisiones en salud mental, adaptadas a las necesidades específicas de la población y las regiones. Además, su acceso facilita una comprensión profunda de los desafíos y oportunidades en salud mental y de las medidas propuestas para enfrentarlos de manera efectiva.

A continuación, se presentan las principales afectaciones con mayor impacto en salud mental:

Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA)

Entre 2019 y 2023 se diagnosticaron 375.570 casos de trastornos debidos al consumo de SPA; de estos, el 73,4 % de los casos ocurrió en hombres, quienes mostraron más del doble de riesgo de padecer estos problemas frente a las mujeres (IRR = 2,89; IC95 %: 2,79-2,99). La tasa nacional varió de 179,9 casos por 100.000 habitantes a 164,8 entre el 2019 y el 2023. Por quinquenios de edad, el mayor porcentaje de casos se presentó entre los 15 y 34 años (63 %); la tasa más alta para el 2023 se dio en el grupo de 15 a 19 años (392 por 100.000 habitantes), seguida por el grupo de 20 a 24 años (330 por 100.000 habitantes).

Depresión y ansiedad

Entre 2019 y 2023 se registraron 1.186.547 casos de depresión en Colombia, con un predominio del 72 % en mujeres, quienes presentaron más del doble de riesgo de padecer depresión en comparación con los hombres (IRR = 2,30; IC95 % = 2,23-2,36). La tasa nacional muestra una tendencia muy leve a la reducción, con un cambio de 542,8 a 474,1 casos por 100.000 habitantes. Por quinquenios de edad, se halló que el mayor porcentaje de casos estuvo entre los 15 y 29 años (31 %), el grupo de 15 a 19 años tuvo una tasa de 784 casos por 100.000 habitantes en el 2023. En cuanto al comportamiento en población con autorreconocimiento étnico, los indígenas tuvieron en 2023 una tasa de 66,1 casos por cada 100.000 habitantes frente a una tasa de 19,9 por cada 100.000 habitantes en los negros, mulatos y afrocolombianos.

Con 2.281.871 diagnósticos, los trastornos de ansiedad aumentaron su prevalencia en el periodo citado (2019-2023). Las mujeres representaron el 69 % de estos casos y mostraron el doble de riesgo de padecer ansiedad comparadas con los hombres (IRR = 2,02; IC95 %: 1,98-2,06). La tasa nacional muestra una tendencia en aumento, con un incremento de 748,5 casos por 100.000 habitantes a 1122. Por quinquenios de edad, los grupos entre los 15 y 24 años y de 50 a 59 años presentan los porcentajes más altos de personas con diagnóstico de ansiedad (19 % y 16 %, respectivamente); para el 2023, la tasa más alta se dio en el grupo de 15 a 19 años, con 1.569 casos por 100.000 habitantes. Por último, las tasas en la en población con autorreconocimiento étnico muestran un predominio en los pueblos indígenas, que para el 2023 tuvieron una tasa de 120,4 por cada 100.000 habitantes, frente a una tasa de 63 por cada 100.000 habitantes en los negros, mulatos y afrocolombianos.

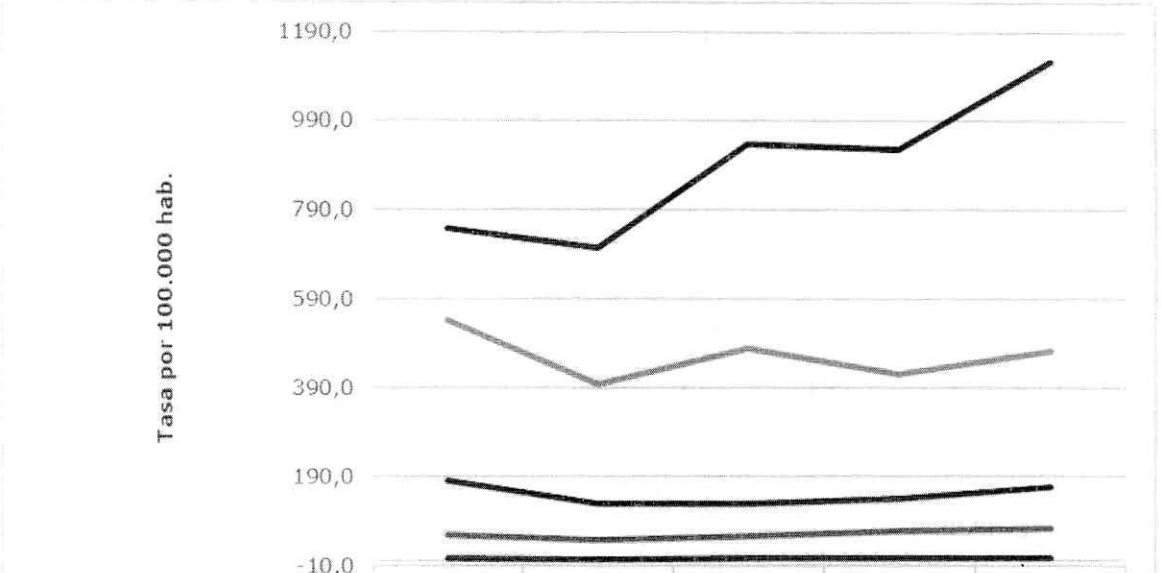
Conducta suicida

Entre el 2019 y el 2023, la tasa nacional de intento de suicidio se incrementó de 57,5 a 71,3 por 100.000 habitantes. Durante este periodo, de los 151.158 eventos registrados, el 64,4 % de los intentos los cometieron las mujeres, quienes presentaron un 79% más de riesgo de intentar suicidarse que los hombres (IRR = 1,79; IC95 % = 1,73-1,86). Por quinquenios de edad, entre los 10 y 29 años se registraron la gran mayoría de los intentos de suicidio (72,9 %). Finalmente, por grupos de autorreconocimiento étnico se encontró que los pueblos indígenas tuvieron para el 2023 una tasa de 14,4 por cada 100.000 habitantes, frente a una tasa de 2,9 en negros, mulatos y afrocolombianos.

En este mismo periodo de análisis, se registraron 16211 casos por lesiones o envenenamientos autoinfligidos (suicidio); de estos, el 79,5 % correspondió a hombres, quienes presentan casi tres veces más riesgo de morir por esta causa, en comparación con las mujeres (IRR = 2,83; IC95 % = 2,70-2,96). La tasa nacional de mortalidad por suicidio, ajustada por sexo y por edad, varió de 6,36 a 5,99 por 100.000 habitantes en este mismo periodo de tiempo, lo que muestra que no se ha logrado una reducción significativa en los últimos cinco años del evento adverso más grave en salud mental. Por quinquenios de edad, los mayores porcentajes de casos se reportaron en adolescentes y jóvenes, desde los 15 hasta los 34 años (47

%); al revisar las tasas, los grupos con tasas de suicidio más altas fueron los adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años, y las personas mayores de 70 años. En la población con autorreconocimiento étnico, se encontró una tasa de 2,8 por cada 100.000 habitantes en los indígenas durante el 2023, frente a una tasa de 0,8 por cada 100.000 habitantes en negros, mulatos y afrocolombianos.

Figura 5. *Tasas de eventos trazadores en salud mental. Colombia, 2019-2023*



	2019	2020	2021	2022	2023
Trastornos asociados al cosumo de SPA	179,9	128,4	126,1	138,3	164,8
Depresión	542,8	397,7	479,8	421,6	474,1
Ansiedad	748,5	705,9	936,4	925,7	1122,0
Intento de suicidio	57,5	46,7	53,8	66,8	71,3
Suicidio	6,36	5,81	6,33	6,25	5,99

Fuente: Elaborado con datos del RIPS, Sivigila y EE.VV. Consultados en Sispro en octubre de 2024.

Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

De los 71.861 casos registrados en el periodo de 2019 a 2023, el 63,2% ocurrió en mujeres, quienes evidenciaron tener 59 % más riesgo de padecer estos trastornos comparadas con los hombres (I IRR = 1,59; IC95% = 1,49-1,69). Los territorios con mayores tasas durante el periodo fueron Boyacá, Santander, Bogotá, D.C., Bolívar Sucre, Bolívar, La Guajira y Valle del Cauca; de estos, Boyacá muestra una tendencia importante al aumento, pues su tasa varió de 9 a 48 casos por

100.000 habitantes. En las cabeceras municipales se presentaron la mayor parte de los casos (89 %), evidenciándose un riesgo 97 % mayor en quienes viven allí (IRR=1,97; IC95 %: 1,86-2,08). Al revisar los casos por pueblos étnicos, se encontró un comportamiento variable en las comunidades indígenas, que presentan el mayor número de casos durante todo el periodo.

Adicionalmente, se describen algunos determinantes que son relevantes en salud mental:

Violencias

Según el informe *Forensis 2023*, la violencia interpersonal en el 2023 representó el 42,9 % de los casos, con 89.668 incidentes. La violencia de pareja ocupó el segundo lugar con 20,4 % (42.689 casos), seguida de las lesiones no fatales por eventos de transporte con 14,1 % (29.495 casos).

De los 89.668 casos de violencia interpersonal, el 67 % involucró a hombres. De forma similar, en el año 2023, se registraron 14.027 de presuntos homicidios (26,9 por cada 100.000 habitantes); donde el 93 % de las víctimas fueron hombres.

La violencia intrafamiliar aumentó entre 2021 y 2022. La violencia contra menores fue la más alta, con un incremento de 36,0 a 43,4 por 100.000 habitantes. En el año 2022, hubo 20.541 casos de violencia intrafamiliar (116,3 por cada 100.000 habitantes); el 59 % de estos fueron contra mujeres (46,2 por cada 100.000 mujeres) y el 41 % contra hombres (33 por cada 100.000 hombres). El 30 % de los casos involucró a menores de edad.

La violencia de pareja aumentó un 20 % entre 2021 y 2022. En este último año hubo 41.935 casos, de los cuales el 87 % fueron contra mujeres (160,2 por cada 100.000 mujeres) y el 13 % contra hombres (26,3 por cada 100.000 hombres).

En relación con la violencia del conflicto armado vigente, de acuerdo con el Instituto de Estudios para el Desarrollo y la Paz (Indepaz) (2024), en el año 2023 hubo 94 masacres, 188 líderes y 44 firmantes de paz asesinados. Y en lo que va del 2024 van 14 masacres, 36 líderes y 9 firmantes de paz asesinados. Según el informe de 2023 de la Defensoría, el desplazamiento forzado es uno de los fenómenos que más rápidamente han crecido entre 2022 y 2023. En 2023, en Nariño, se presentaron 58 incidentes que afectaron a cerca de 24.000 personas, y el año pasado se reportaron 215 casos de confinamiento que impactaron a más de 18.000 familias. Esto representa un aumento del 63 % en comparación con 2022,

cuando se registraron 132 confinamientos. Además, la Oficina del Alto Comisionado para la Paz de la ONU ha examinado 11 reglamentos de conducta establecidos por grupos armados no estatales en comunidades de los departamentos de Antioquia, Arauca, Caquetá, Cauca, Guaviare, Huila, Meta, Valle del Cauca, Tolima y Nariño. Estos reglamentos contienen directrices de control social que restringen derechos y buscan someter a la población civil al control de dichos grupos armados.

En materia de hechos relacionados con desplazamientos forzados y confinamientos, la Defensoría del Pueblo (2024) ha reportado que, con corte a mayo del año 2024, se presentaron 41 desplazamientos masivos, que generaron 13.588 víctimas de estos hechos en el contexto del conflicto armado vigente (5374 familias) y 33 confinamientos colectivos. Los departamentos más afectados fueron Nariño, Cauca, Antioquia, Valle del Cauca, Chocó, Caquetá y Bolívar. Las cifras no solo dan cuenta de los eventos que precipitan necesidades en materia de salud mental, continuidad del conflicto tanto de las víctimas como de las personas en procesos de reincorporación a la vida civil, sino también anticipan la realidad de unos sucesos que siguen acrecentando el Registro Único de Víctimas y, en consecuencia, las demandas en materia de estabilización psicosocial y rehabilitación de la salud mental.

5. Marco estratégico

5.1 Objetivos

Objetivo general

Garantizar el derecho a la salud mental de las personas, familias y comunidades como un derecho fundamental que se desarrolla a través de ejes estratégicos y transversales que integren elementos transectoriales por medio de la Atención Primaria en Salud (APS) y el aporte de la Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental, que inciden en los determinantes sociales de la salud mental por entornos de desarrollo y curso de vida, incorporando los Derechos humanos, Curso de vida,

Poblacional, Mujeres, género y diversidad, Territorial, Interseccional, Psicosocial y Ambiental.

Objetivos específicos

- Contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades en la población para establecer entornos favorables que promuevan la salud mental, el bienestar emocional y el fortalecimiento de las potencialidades individuales, familiares, comunitarias y colectivas, favoreciendo la convivencia y el desarrollo humano y social.
- Prevenir problemas y trastornos mentales, del comportamiento y neuropsiquiátricos, el consumo de SPA, el suicidio, diversas formas de violencia, el estigma y la discriminación, a través de acciones intersectoriales y transectoriales.
- Fortalecer la atención en salud mental ampliando la oferta de servicios y programas, asegurando su calidad, en coordinación con la atención primaria y redes integrales e integradas en salud con enfoque territorial, para garantizar un acceso oportuno, equitativo y adecuado, y prevenir la cronificación.
- Implementar acciones de rehabilitación integral y la inclusión social de todas las personas, con un enfoque especial en aquellos con discapacidad psicosocial, mediante la implementación de acciones intersectoriales que fortalezcan sus capacidades, derechos y participación activa en la comunidad, contribuyendo a la construcción de entornos inclusivos y equitativos para todos.
- Facilitar la gestión integral de los procesos sectoriales, intersectoriales y transectoriales, para mejorar la capacidad de respuesta institucional y comunitaria a través de la Red Mixta Nacional y Territorial de Salud Mental.

5.2 Ejes estratégicos

La actualización de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) mantiene los ejes fundamentales de promoción, prevención, atención, rehabilitación, intersectorialidad y evaluación. Estos ejes se enriquecen con nuevos elementos

establecidos en la Ley 2294 de 2023 y el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022-2026, así como en las contribuciones obtenidas a través de los encuentros de participación. Además, incorpora componentes transversales que abordan servicios comunitarios, entornos de desarrollo y el curso de vida, adoptando enfoques poblacionales, interseccionales y territoriales.

Esta apuesta tiene como objetivo garantizar el derecho humano a la salud mental como un componente integral del derecho fundamental a la salud. Por medio de una perspectiva inclusiva, se orientan las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias. Los enfoques adoptados buscan reflejar las realidades diversas de la población, promoviendo la participación armónica de todos los actores del territorio para asegurar la plena garantía del derecho a la salud mental.

La PNSM promueve la cobertura universal de salud, lo cual implica que todas las personas, familias y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales, adecuados, oportunos, continuos y de calidad, según las necesidades particulares de cada población, bajo el principio de igualdad y no discriminación.

Los ejes estratégicos se desarrollarán a través de componentes específicos, los cuales constituyen herramientas claves para incidir en los determinantes sociales de la salud en cada territorio; estos componentes permitirán implementar los enfoques territoriales y poblacionales, orientando la acción hacia resultados concretos y medibles. Posteriormente, se presentan las estrategias transversales como líneas técnicas que promueven la implementación de actividades en salud mental de manera integrada, asegurando la coherencia y efectividad en su ejecución en los ámbitos nacional, regional y local.

El plan de acción derivado de esta Política se construirá mediante la gestión ante diversas entidades y actores clave[7], quienes serán fundamentales para la ejecución de los objetivos de la Política Nacional de Salud Mental, alineados con los ejes y componentes establecidos. Esta actualización se sustenta en los diagnósticos

[7] Especialmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Ministerio de las Culturas, Ministerio de la Igualdad y la Equidad, Ministerio del Interior, Ministerio de Justicia, el Ministerio del Deporte, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, Ministerio de Agricultura, Ministerio de Relaciones Exteriores, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Departamento de Prosperidad Social, Departamento Administrativo de la Función Pública, la Superintendencia Nacional de Salud o quien haga sus veces.

técnicos realizados y los aportes obtenidos a través de los espacios participativos, que han permitido identificar las necesidades prioritarias y orientar el diseño de estrategias efectivas. Su desarrollo se enfocará en trazar acciones concretas para su implementación, asegurando la colaboración entre los actores involucrados y promoviendo una atención inclusiva de las poblaciones más vulnerables.

La implementación de la Política Nacional de Salud Mental es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, pero requiere del compromiso corresponsable de los demás ministerios y sectores públicos, dada la naturaleza multifactorial de la salud mental y su estrecha relación con los determinantes sociales. La garantía del derecho a la salud mental no puede depender exclusivamente del sector salud, sino que debe ser asumida como una prioridad transversal en la agenda del Estado. Ministerios como el de Educación, Trabajo, Justicia, Interior, Cultura, Agricultura, Vivienda y Deporte, entre otros, así como entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, deben integrar acciones concretas y sostenidas que contribuyan a la promoción del bienestar psicosocial, la prevención de riesgos, la atención integral y la inclusión social de las personas. Esta corresponsabilidad intersectorial es esencial para avanzar hacia un enfoque de salud pública que priorice el cuidado colectivo, la equidad y la transformación de los entornos que afectan la salud mental de la población.

5.2.1 Eje 1. Promoción de la salud mental

Este eje se orienta a promover acciones y procesos transformadores que capaciten a las personas y comunidades para identificar, gestionar y utilizar los recursos necesarios para adoptar y mantener estilos de vida saludables que favorezcan su salud mental y bienestar psicosocial. Se enfoca en mitigar el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles y en promover la salud mental mediante estrategias integrales.

Las acciones derivadas consideran los contextos social, ambiental y cultural de las personas, destacando la participación social y la apropiación comunitaria como elementos fundamentales para fomentar un cambio desde las realidades locales. El propósito es generar condiciones que favorezcan la toma autónoma de

decisiones en torno a la salud, contribuyendo así a la construcción de comunidades sólidas y resilientes.

Estas acciones son transversales e intersectoriales, y se apoyan en estrategias pedagógicas dirigidas a las personas, promoviendo el ejercicio de sus derechos y la modificación de las condiciones ambientales, económicas y sociales. El objetivo es permitir un desarrollo psicosocial óptimo y, por ende, alcanzar una salud mental adecuada que facilite el afrontamiento de los desafíos a lo largo de las trayectorias de vida. Esto debe ir acompañado de relaciones significativas que fortalezcan un tejido comunitario basado en la equidad, la dignidad y la justicia para todos.

Lo anterior implica comprender la salud mental como un proceso histórico, dinámico, psicosocial y contextual, que involucra la capacidad de agencia de las personas, el tejido de relaciones humanas construidas y el conjunto de potencialidades individuales y colectivas. Estas se desarrollan cuando las personas eligen, de manera libre y consciente, relacionarse con otras en diversos ámbitos sociales.

La promoción de la salud mental desde la Atención Primaria en Salud (APS) constituye un pilar fundamental para lograr una alta resolutividad en los niveles de baja y mediana complejidad. Este enfoque permite abordar tempranamente las necesidades de salud mental de la población, reduciendo la progresión hacia condiciones más complejas y costosas.

La promoción de la salud mental incorpora estrategias integrales de educación para la salud, información y comunicación, alineadas con la Resolución 3280 de 2018 y el marco normativo vigente. La educación para la salud "Se define como el proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas." (Minsalud 2018:15). continuo de aprendizaje que permite desarrollar habilidades personales y colectivas para mejorar la salud mental incorporando la Resiliencia. Este proceso incluye el desarrollo de contenidos educativos adaptados a diferentes grupos poblacionales y entornos, la formación de agentes comunitarios y la implementación de estrategias pedagógicas que promuevan el autocuidado.

La información y comunicación para la salud se establecen como componentes estratégicos que facilitan la toma de decisiones informadas sobre la salud mental. Esto implica el diseño y difusión de mensajes clave adaptados al contexto cultural, utilizando diversos canales de comunicación, tanto tradicionales como digitales, que permitan llegar efectivamente a todas las poblaciones.

Las redes comunitarias juegan un papel fundamental en la promoción de la salud mental, actuando como estructuras de soporte social que facilitan la implementación de acciones en el territorio. Estas redes integran a líderes comunitarios, organizaciones sociales, sabedores tradicionales y diversos actores locales, fortaleciendo la capacidad de respuesta comunitaria ante los problemas de salud mental.

Alcance:

Contribuir a la transformación social de las comunidades, familias y personas, fortaleciendo su capacidad de cuidado en salud mental e incidiendo en la modificación de las condiciones de vida que determinan la salud mental, mediante estrategias de promoción que integren la acción intersectorial y garanticen la creación de entornos protectores.

Se busca que la salud mental sea valorada y priorizada como un derecho fundamental, promoviendo el bienestar psicosocial y contribuyendo a la reducción del estigma y las desigualdades en salud mental. Asimismo, este eje articula acciones dirigidas al fortalecimiento de competencias individuales, familiares y comunitarias, asegurando que la promoción de la salud mental se desarrolle de manera integral y con un enfoque de corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y las personas.

Componentes

5.1.1.1 Entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables. Los entornos saludables se constituyen en un sistema de condiciones sociales, geográficas, históricas, poblacionales y personales que promueven creencias, comportamientos y hábitos que protegen la salud mental y producen hábitos de vida saludable

para las personas y la comunidad. Contempla acciones dirigidas a la construcción de entornos seguros en la vida cotidiana (hogar, escolar, comunitario, laboral e institucional), que promuevan la participación y el sentido de pertenencia colectivo, asegurando el cuidado y el bienestar de la población. Se promueven estrategias que impactan positivamente la salud mental y la calidad de vida de las personas, fomentando estilos de vida saludables, la creación de vínculos seguros y el desarrollo de habilidades para la vida y competencias socioemocionales. Lo anterior fortalece las redes de apoyo social, los lazos comunitarios, la cohesión del tejido social y los vínculos solidarios para el cuidado colectivo.

El Gobierno Nacional en coordinación con los actores del sector salud y los entes territoriales, impulsará acciones para fomentar entornos resilientes, saludables y protectores, que promuevan estilos de vida saludables, en el marco de sus competencias.

5.1.1.2 **Promoción de la salud mental en redes sociales, medios digitales, plataformas de entretenimiento y medios de comunicación. Las plataformas digitales y redes de comunicación que incluyen redes sociales se entienden como medios de interacción entre usuarios por medio de diferentes medios de comunicación que están mediados por dispositivos digitales y computacionales que albergan y difunden diferentes formas de información.** Se orienta a empoderar a las personas y a las comunidades para que interactúen de manera positiva en los medios de comunicación y en medios digitales, proporcionando herramientas que les permitan gestionar de manera pertinente el consumo de información. Se hace énfasis en la salud digital, promoviendo el uso seguro y responsable de la información en salud mental. Estas estrategias contribuirán a reducir el estigma, el autoestigma y la discriminación en torno a la salud mental, con un enfoque interseccional y de derechos, con énfasis en poblaciones diferenciales.

Las entidades del nivel nacional y territorial, con la orientación técnica del Ministerio de Salud y Protección Social y de las demás entidades competentes, generarán estrategias de información y comunicación para el cuidado de la salud mental, reducción del estigma y autoestigma

asociado a la salud mental, así como el consumo seguro y responsable de la información. Estas estrategias también deberán ser implementadas al interior de las entidades públicas, con el fin de promover la salud mental y prevenir trastornos mentales en personal de planta y contratistas.

5.1.1.3 Reconocimiento de la interculturalidad como factor protector en salud mental. El tratamiento y abordaje de la interculturalidad en salud mental implica el reconocimiento de las condiciones culturales que se orientan al cuidado y atención de la salud mental, dando valor a las prácticas ancestrales y reconociéndolas como válidas y con el mismo estatus de saber que el conocimiento occidental relacionado con la salud mental, como también se reconocen los sabedores ancestrales como actores válidos dentro del Sistema de Salud para realizar atención, derivación y tratamiento en salud mental. El Gobierno realizará las acciones necesarias para que el saber ancestral en salud mental sea documentado e integrado a los diferentes servicios de salud mental en territorio. Destaca la valoración positiva de las características, valores, tradiciones y formas de vida propias de diversas comunidades, tales como las urbanas, campesinas, barriales, tradicionales y ancestrales. Esto incluye el reconocimiento de sus saberes y conocimientos, asegurando que las intervenciones propuestas refuercen los factores protectores en la salud mental de individuos, familias y comunidades. Fomenta el fortalecimiento del tejido social a través de un diálogo de saberes que integra la espiritualidad, usos y costumbres de los pueblos étnicos, promoviendo el cuidado de las armonías espirituales y el buen vivir.

El Gobierno Nacional impulsará acciones de promoción de la salud mental junto con las comunidades en sus diversos contextos, integrando un enfoque intercultural que valore y reconozca sus prácticas propias de cuidado y autocuidado. En respeto al principio de autonomía, se fomentará que la implementación de estas prácticas sea liderada por talento humano proveniente de las mismas comunidades.

5.2.2 Eje 2. Prevención de problemas, trastornos de la salud mental y epilepsia

Agrupa todas aquellas acciones dirigidas a anticipar, prevenir y/o reducir la presencia de factores de riesgo asociados a problemas o trastornos de la salud mental, con el objetivo de mitigar su progresión, y reducir sus consecuencias y fortalecer el control sobre su salud y sus determinantes. Se enfoca en transformar conductas de riesgo y factores que inciden en la aparición de enfermedades de orden biológico y psicosocial que afectan personas, familias y comunidades en todos los entornos de vida cotidiana.

Los siguientes aspectos de la prevención tienen un fin organizativo, permitiendo focalizar las acciones e intervenciones según el nivel de riesgo identificado para evitar o disminuir la carga de enfermedad en salud mental:

- **Prevención primaria:** La prevención primaria en salud mental debe abordar tanto los factores causales como los factores predisponentes o condicionantes que pueden contribuir al desarrollo de problemas y trastornos mentales. En este sentido, las estrategias de prevención deben orientarse a la promoción del bienestar, la reducción de factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores en la población.

  Asimismo, el alcance de las acciones preventivas debe centrarse en un enfoque integral que incluya la identificación temprana de señales de alerta y el acceso oportuno a intervenciones que mitiguen el impacto de los problemas en salud mental, garantizando así una atención efectiva y oportuna.
- **Prevención secundaria:** Detener el avance de la enfermedad mediante la detección temprana de los problemas y trastornos de salud mental. Se busca iniciar intervenciones o tratamientos que impidan la progresión y/o cronicidad de la enfermedad, evitando complicaciones posteriores.
- **Prevención terciaria:** Atenuar las secuelas de la enfermedad, minimizando sus consecuencias en las actividades básicas diarias de las personas afectadas, sus familias y su entorno. Promueve la rehabilitación, la reintegración social en la comunidad y la mejora de la calidad de vida.

- **Prevención cuaternaria:** Se basa en el principio bioético de la no maleficencia. Busca promover el uso racional de medicamentos y otras tecnologías, así como evitar los efectos adversos derivados del empleo excesivo de psicofármacos, el uso de medidas restrictivas innecesarias y la aplicación de psicoterapias no avaladas por la evidencia científica. También tiene como fin reducir la estigmatización asociada a los problemas de salud mental, epilepsia y otros trastornos neuropsiquiátricos, promoviendo una atención humanizada en salud mental.

Alcance: Gestionar el riesgo de aparición de enfermedades mentales en individuos, familias y comunidades, a través de un enfoque integral que incluya diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y la prevención de secuelas. Implica la orientación hacia procesos de rehabilitación adecuados y la prevención de complicaciones derivadas de la pérdida de salud mental y otros trastornos. Las acciones se llevarán a cabo en los distintos niveles de intervención, de forma coordinada con los actores locales, garantizando una respuesta articulada y efectiva en todo el territorio.

Componentes

5.2.2.1 Prevención de problemas y trastornos de la salud mental y epilepsia con base comunitaria. Consiste en el fortalecimiento de habilidades y conocimientos en las comunidades, facilitando el reconocimiento de factores de riesgo, cambios de comportamiento los trastornos mentales y la prevención de violencias, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida. Para ello, se ofrece capacitación en temas como primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y detección temprana, lo cual posibilita activar de manera oportuna la ruta de salud mental en el territorio a través de la articulación sectorial e intersectorial. Además, se considera la integración con la Atención Primaria en Salud (APS), atención complementaria y las intervenciones de salud pública, involucrando a otros actores del territorio, permitiendo focalizar acciones para disminuir la incidencia de enfermedades mentales, adoptando un enfoque diferencial, intercultural y basado en derechos, ajustado a las condiciones poblacionales del territorio.

El Ministerio de Salud y Protección Social, con insumos del Observatorio Nacional de Salud Mental y en coordinación con entidades del ámbito nacional y departamental, orientará acciones de prevención de los problemas y trastornos de salud mental.

Las entidades territoriales, en colaboración con actores comunitarios, sociales e institucionales, habilitarán y fortalecerán centros de atención comunitaria, concebidos como nodos estratégicos para la prevención integral de trastornos relacionados con la salud mental. Estos centros priorizarán la atención a la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y las violencias, adoptando enfoques participativos que empoderen a las comunidades para liderar acciones preventivas. Además, activarán mecanismos del sector salud para una atención adecuada en salud mental y promoverán estrategias de prevención y detección temprana, con énfasis en zonas de alta vulnerabilidad.

Igualmente, en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales implementarán programas permanentes de formación dirigidos tanto a actores del sector salud como a otros sectores relacionados. Estas capacitaciones, fundamentadas en el modelo de Atención Primaria en Salud (APS), abordarán contenidos esenciales para la prevención, atención y rehabilitación en salud mental. Se garantizará que los equipos de trabajo estén preparados para responder de manera oportuna, con un enfoque integral y diferenciado, que se ajuste a las particularidades de los diversos contextos territoriales del país.

5.2.2.2 **Detección temprana de problemas, trastornos en salud mental y epilepsia. La detección temprana se comprende como una acción de reconocimiento anticipado de condiciones que potencialmente provocan un nivel de riesgo de desencadenar un trastorno de salud mental o una enfermedad asociada a la epilepsia y demás trastornos neuropsicológicos.** Está orientado a la identificación temprana de problemas y trastornos mentales, con el objetivo de detectar signos de enfermedad en personas, familias y comunidades. A través de acciones intramurales y extramurales, se busca facilitar el diagnóstico y

tratamiento oportuno, así como el acceso a herramientas de cuidado y autocuidado en todos los cursos de vida.

Para fortalecer la detección temprana de problemas y trastornos de salud mental, se propone la implementación de programas permanentes de formación dirigidos tanto a actores del sector salud como a otros sectores relacionados. Estos programas deben contar con un enfoque basado en la evidencia científica y técnica, garantizando la solidez y calidad de las intervenciones realizadas.

En este proceso formativo, se considera fundamental la vinculación del sector educativo, a través de instituciones de educación superior, que adelantan investigaciones y desarrollos en el campo de la salud mental. Esto permitirá actualizar y fortalecer las competencias de los actores involucrados en la detección temprana y atención oportuna.

Esta estrategia se implementará en diversos entornos de vida cotidiana, con un énfasis particular en poblaciones diferenciales y en niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ).

El Gobierno Nacional diseñará, implementará y fortalecerá acciones de prevención de los efectos en salud mental a causa de la violencia escolar, laboral, social o de género.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en colaboración con colegios y asociaciones gremiales del sector salud, apoyará la actualización de guías y protocolos para la detección temprana de problemas y trastornos en salud mental. Estas herramientas incluirán estrategias específicas para abordar la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias, garantizando su aplicabilidad en diferentes contextos.

Adicionalmente, se adoptarán o adaptarán lineamientos específicos en salud mental para la población de la fuerza pública, asegurando un enfoque acorde a sus necesidades y riesgos particulares.

El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará con los actores del sector salud (incluida la instancia de gobernanza Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental.), la integración de guías de detección temprana de casos de salud mental que se aplicarán a todos los servicios de salud en el país.

5.2.2.3 **Prevención de problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.** Contempla acciones preventivas, dirigidas a evitar la aparición de problemas psicosociales, mediante el control de factores causales, predisponentes, desencadenantes y detonantes de enfermedades mentales en individuos, familias y comunidades. A su vez, se enfocará en la caracterización de la población para promover la prevención a nivel comunitario, articulada con la atención primaria en salud (APS) para ofrecer atención oportuna mediante diferentes estrategias resolutivas. Entre las acciones claves, se destacan el fortalecimiento de la tele consulta, la asesoría y la orientación, así como el seguimiento de la aparición de síntomas, con el fin de reducir las barreras en el acceso a la salud mental.

Este componente se sustenta en un modelo predictivo, preventivo y resolutivo, coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con las entidades territoriales, quienes dispondrán de los mecanismos necesarios para implementar estas acciones en todo el país. *En consonancia con la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, se establecerán medidas obligatorias para que las entidades públicas garanticen la inclusión de acciones de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA).*

La Línea de Teleorientación en Salud Mental contará con un grupo especializado en el manejo de consumo de SPA y problemas de conducta, fortaleciendo las capacidades resolutivas de los servicios y su alcance a través de plataformas digitales.

Además, se fomentará la participación de entidades privadas en la habilitación de líneas y canales digitales para la prevención de problemas de salud mental y consumo de SPA, integrándolos como parte del sistema nacional de salud. Este esfuerzo tendrá como objetivo consolidar una estrategia inclusiva, sostenible y efectiva para la promoción de la salud mental.

El Gobierno Nacional priorizará el abordaje comunitario, con especial atención en las personas habitantes de la calle. Lo anterior incluirá la

construcción de redes comunitarias lideradas por pares y lideres comunitarios, con la participación activa de la instancia de gobernanza Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental. Estas redes servirán como mecanismos para la detección, seguimiento e intervención, fomentando prácticas de vida positivas, espacios de rehabilitación integral y control epidemiológico de enfermedades. Se buscará garantizar el acceso a tratamientos efectivos y promover la reintegración social de esta población. Asimismo, se fortalecerán los procesos de vigilancia y respuesta, generando una mayor conciencia en las comunidades sobre sus derechos, deberes y responsabilidades respecto a su salud mental y bienestar.

5.2.2.4 Prevención de la epilepsia y otros trastornos neuropsiquiátricos. La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica no transmisible. Las personas que la sufren suelen tener tasas más altas de problemas psicosociales y de trastornos mentales. Aunque no todas las epilepsias son prevenibles, una parte importante de ellas está asociada a eventos de lesión cerebral, ya sea aguda o crónica, puesto que cualquier situación que genera una cicatriz o lesión cerebral puede convertirse en un foco generador de epilepsia. Por tal motivo, evitar infecciones cerebrales en cualquier momento del curso de vida, así como situaciones de hipoxia o bajo oxígeno al momento del parto o en la etapa perinatal, ayuda con la mitigación de esta. Con la misma lógica, prevenir traumas craneanos por accidentes de tránsito u otros tipos de golpes en la cabeza evita estas situaciones de riesgo.

Adicionalmente, en la medida en que la población envejece, aumenta la exposición a enfermedades cardiovasculares crónicas que pueden generar lesiones acumulativas sobre el cerebro, tales como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, arritmias; estas condiciones favorecen la aparición de accidentes cerebrovasculares que, al generar lesiones, propician tales epilepsias secundarias. Por otra parte, el hecho de no controlar estas enfermedades crónicas aumenta el riesgo de causar demencias, las cuales son enfermedades que generan un alto impacto para los cuidadores, limitan la autonomía de las personas y tienen

componentes tanto neurológicos como psiquiátricos en sus síntomas y tratamiento (Livingston, 2024).

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades correspondientes implementará un conjunto de acciones enfocadas en la gestión oportuna de condiciones que puedan afectar la salud materno-perinatal y dejar secuelas neurológicas en neonatos. En este marco, se reforzará la cobertura del Plan Ampliado de Inmunización (PAI) y se establecerán medidas preventivas que promuevan el control de enfermedades crónicas no transmisibles, que incrementan el riesgo de desarrollar epilepsia y trastornos del neurodesarrollo, así como la generación de estrategias que mitiguen los traumas craneanos en todos los entornos.

Se hará énfasis en la creación de una política integral de apoyo a los/as cuidadores/as de personas con enfermedades neurológicas, que contemple el reconocimiento de su labor y la provisión de beneficios laborales y sociales adecuados.

El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, gestionará ante el Ministerio de Educación la incorporación de contenidos especializados en enfermedades neurológicas y su impacto en la salud mental en los programas de formación de profesionales de la salud. En particular, se promoverá la inclusión de temas relacionados con la atención humanizada y el manejo de enfermedades huérfanas, con el objetivo de sensibilizar a futuros/as profesionales de la salud sobre la importancia de brindar una atención integral, integrada y continua y de calidad a pacientes con trastornos neurológicos y psicosociales, sus familias y comunidad,

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social llevará a cabo la actualización y fortalecimiento de las políticas y acciones dirigidas a la atención e intervención en enfermedades neurológicas y huérfanas. Este proceso buscará mejorar las condiciones de acceso y los estándares de calidad de los servicios de salud mental para pacientes, garantizando que reciban un tratamiento adecuado y oportuno, y promoviendo la equidad

en el acceso a los servicios para todas las personas, sin importar su situación socioeconómica o geográfica.

El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá entre los actores del sistema de salud una estrategia para la prevención e identificación temprana de la epilepsia primaria, secundaria, así como otros trastornos neurológicos y del neurodesarrollo, en colaboración con las entidades científicas, gremiales, académicas y públicas pertinentes. Se buscará fortalecer los mecanismos de detección temprana, sensibilizar a la población sobre los factores de riesgo y garantizar que los/as pacientes reciban un diagnóstico y tratamiento oportuno.

5.2.3 Eje 3. Atención integral de los problemas y trastornos mentales

Está enfocado en brindar una atención integral, integrada y continua que cubra desde el nivel de atención primaria hasta el complementario, favoreciendo la reducción de las brechas en salud mental mediante la oportunidad, continuidad y calidad de la atención, adaptadas a las necesidades de las personas, familias y comunidades. Se destacan la organización estratégica y la complementariedad de las acciones de los actores del sistema de salud y otros sectores relevantes, con el objetivo de ofrecer una respuesta efectiva y humanizada a las necesidades de la población afectada por trastornos mentales, epilepsia y otros trastornos neuropsiquiátricos.

Alcance: Contribuir al bienestar individual y colectivo de la población colombiana, así como de los extranjeros y connacionales, mediante una atención integral, integrada y continua que permita reducir significativamente el impacto de los trastornos tanto mentales, del desarrollo, neurológicos, y la epilepsia en las personas, familias y comunidades. Se logrará garantizando el acceso efectivo, oportuno, pertinente y de calidad a servicios, medicamentos y tecnologías en salud, eliminando barreras y promoviendo la universalidad, calidad, seguridad, equidad y eficiencia en la atención. Además, se priorizará una atención humanizada y centrada en el paciente, asegurando la continuidad de las estrategias terapéuticas y combatiendo el estigma asociado a la enfermedad mental y la discapacidad.

Componentes

5.2.3.1 **Accesibilidad y continuidad en la atención integral e integrada y universal - desarrollar en salud mental.** Se enfoca en promover acciones que garanticen la calidad, el acceso oportuno y la continuidad en la atención de personas con problemas y trastornos mentales, trastornos del comportamiento, del desarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, demencia, personas con discapacidad y epilepsia, así como en situación de habitabilidad en calle, víctima del conflicto armado, víctimas de violencia sociopolítica, violencia de género y otras violencias. Las intervenciones incluyen diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y seguimiento, tanto en servicios intramural como extramural, con un énfasis comunitario. Su objetivo es aumentar la probabilidad de obtener resultados positivos en salud a través de un acceso pertinente, efectivo y equitativo, abordando las necesidades de personas, familias y comunidades.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales, coordinará la implementación de acciones integrales de rehabilitación, atención y evaluación para los usuarios, garantizando un tratamiento completo y coherente con los avances científicos en salud mental, adaptado a las necesidades individuales. Asimismo, se continuará con la implementación de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida como una prioridad del Gobierno Nacional, con un enfoque intersectorial que contemple la diversidad étnica, de género, de curso de vida y de atención diferencial.

Se fomentará la creación de unidades especializadas en la atención urgente de situaciones relacionadas con la conducta suicida y emergencias, en las entidades del sector salud, con el fin de fortalecer la respuesta frente a esta problemática que afecta a distintos sectores de la población, asegurando un acceso inmediato y especializado en momentos críticos.

Además, se habilitarán y fortalecerán servicios comunitarios, tanto públicos como privados, que ofrezcan atención especializada en salud mental, con un énfasis particular en la atención extramural e intramural.

En coordinación con las entidades territoriales, se establecerán redes de prestadores de servicios de salud mental que aseguren la integración de los distintos niveles de atención, vinculando estos servicios con otros del sector salud, como los servicios primarios de atención.

Asimismo, se impulsará la creación de redes comunitarias que faciliten el acceso oportuno a los servicios de salud mental, promoviendo la inclusión social y asegurando que todas las personas, en cualquier parte del territorio colombiano, puedan acceder a servicios adecuados y en tiempo oportuno.

5.2.3.2 **Prácticas de atención en salud mental basadas en evidencia**. Las prácticas de atención en salud mental basadas evidencias se refieren a enfoques, tratamientos e intervenciones terapéuticas que han sido desarrollados, evaluados y validados mediante investigaciones científicas. Estas prácticas se fundamentan en la evidencia disponible proveniente de estudios controlados, como ensayos clínicos, investigaciones observacionales y revisiones sistemáticas, con el objetivo de proporcionar tratamientos efectivos y seguros para personas con trastornos mentales.

La atención se brindará en diversos niveles, como ambulatorio, hospitalización parcial, intramuros y urgencias, a través de las redes integrales e integradas en salud con enfoque territorial. Se busca guiar a los actores comunitarios y del sector de la salud para ofrecer una atención humanizada, centrada en las necesidades biopsicosociales de cada individuo; además, se priorizará el respeto por los derechos humanos y se garantizará la interseccionalidad de los enfoques. Del mismo modo, articulará las iniciativas de salud mental de las comunidades étnicas, alineándolas con los instrumentos de planeación territorial. De esta manera el uso ético de los procedimientos de atención, prevención y promoción corresponden a desarrollos tecnológico que naturaleza científica que estén respaldados por evidencia empírica, pruebas de laboratorio, acuerdos entre comunidades científicas y estudios de caso.

5.2.3.3. **Correcta dispensación de medicamentos para tratamientos psiquiátricos y el cumplimiento terapéutico**

La correcta dispensación de medicamentos se establece con una acción planificada bajo la prospectiva de número de usuarios y personas que requieran un tipo de fármaco específico en atención en salud mental. En coordinación con las entidades territoriales, se promoverán acciones para garantizar el acceso permanente a medicamentos psiquiátricos para las personas que lo requieran, especialmente aquellos que enfrentan barreras para acceder a los servicios de salud. Asimismo, se asegurará que todos los servicios hospitalarios cuenten con unidades de urgencias en salud mental, dotadas de personal capacitado y suficiente para atender las demandas de la población.

En articulación con todos los actores del sector salud, se fortalecerá la creación e implementación de redes integrales e integradas en salud con enfoque territorial, con el fin de garantizar la disponibilidad de servicios efectivos, talento humano suficiente y el uso adecuado de tecnologías en la atención.

Se diseñará y difundirá una guía en atención en salud mental dirigida a los actores comunitarios del sector salud, que orientará la organización de servicios, asegurando que se adapten a las realidades y necesidades específicas de cada territorio.

5.2.4 Eje 4. Rehabilitación integral e inclusión social

Establece las bases para la gestión de procesos sectoriales, intersectoriales y comunitarios necesarios para promover la integración e inclusión social, el acceso a oportunidades y la mejora de la calidad de vida de las personas que, desde una perspectiva interseccional, se encuentran en condiciones de vida como las personas con problemas y trastornos mentales, trastornos del comportamiento, trastornos del neurodesarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, demencia, personas con discapacidad, situación de calle y epilepsia, así como víctimas del conflicto armado, de violencia sociopolítica, de género y otras

violencias. Busca reducir, entre otros, el estigma y el autoestigma, promoviendo la integración temprana en los entornos sociales y los distintos cursos de vida.

Alcance: Para garantizar la rehabilitación integral e inclusión social de estas poblaciones es necesario posibilitar el acceso real y efectivo a los bienes y servicios en los diferentes entornos, permitiendo la participación plena junto con otros ciudadanos, sin limitaciones o restricciones derivadas de su condición. De esta forma, se pretende facilitar que las personas alcancen y mantengan una funcionalidad óptima en todas sus dimensiones, promoviendo su autonomía e independencia. Se busca que las personas puedan construir y transformar su propia vida, contribuyendo a la creación de comunidades más inclusivas, que mejoren la calidad de vida de todos sus miembros.

Componentes

5.2.4.1 Gestión integral para la articulación entre la atención primaria en salud y la rehabilitación basada en la comunidad. Se refiere a las acciones para promover la participación comunitaria en escenarios de toma de decisiones, el conocimiento de la comunidad frente al cuidado de la salud mental, de modo que se facilite el acceso a la atención en salud y rehabilitación para las personas con discapacidad, cuidadores y sus familias mediante el esfuerzo conjunto de todos los actores sociales para disminuir barreras de acceso. Permite articular los componentes de la atención primaria y la rehabilitación comunitaria en salud mental, siguiendo el modelo de rehabilitación basado en la comunidad (RBC). Se brindará a las personas una atención integral, integrada y continua a lo largo de su curso de vida, considerando la interseccionalidad de sus condiciones, a través del apoyo de sus familias y comunidades, incluyendo acciones intersectoriales y transectoriales, como la participación social, el fomento de la autonomía, el bienestar emocional, la adaptación de infraestructuras y el seguimiento de la condición de salud de estas personas.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales, establecerá redes de servicio en salud mental con el fin de contar con sectores de atención integral, integrada y continua para cada territorio. Este proceso implicará la identificación de las entidades

responsables, la creación de las rutas de atención y la evaluación de las capacidades en la atención poblacional de los servicios habilitados.

5.2.4.2 Ampliación y fortalecimiento de modelos comunitarios en salud para personas con trastornos mentales, personas con discapacidad, epilepsia y otros trastornos de neurodesarrollo y neuropsiquiátricos. Se refiere a la creación de un modelo de rehabilitación que articule los esfuerzos para la inclusión social en salud mental, involucrando a las personas con discapacidad, sus familias, comunidades y diversos servicios de salud, educación, sociales y laborales. Promueve la articulación constante entre los servicios sociales, de salud y otros sectores, colocando las necesidades de las personas con problemas y trastornos mentales, trastornos del comportamiento, trastornos del neurodesarrollo, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, demencia, personas con discapacidad, situación de calle y epilepsia, así como víctimas de la violencia del conflicto armado, violencia sociopolítica, de género y otras violencias, promoviendo que en cada entorno se dé cumplimiento a las normativas existentes que propenden a su inclusión real y efectiva.

5.2.4.3 Ampliación y fortalecimiento del modelo de rehabilitación basada en comunidad para personas víctimas del conflicto armado. Comprende estrategias orientadas a favorecer la recuperación y a mitigar los daños psicosociales y el sufrimiento emocional generado a víctimas del conflicto armado. Implica el monitoreo y seguimiento de las estrategias más efectivas, además de integrar la atención en salud mental dentro de la Política Nacional de Reparación Integral y Derechos Humanos.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades del Sistema Integral para la Paz y el Sistema Integral de Reparación a Víctimas, actualizará los protocolos, programas y procedimientos de atención psicosocial y en salud mental para la población víctima del conflicto armado, con el objetivo de garantizar una rehabilitación psicosocial efectiva. Además, se desarrollará un protocolo de salud mental orientado a prevenir segundas victimizaciones, aplicable a todas las víctimas del país, que será implementado por todas las entidades involucradas en la atención y reparación.

5.2.4.4 Humanización del trato. Todas las entidades públicas y todos los servicios de salud realizarán acciones de no estigmatización y de humanización del trato a todas las personas como principio fundamental del cuidado en salud mental. Esta acción involucra a las personas y sus comunidades en el abordaje de la discapacidad mental o biopsicosocial, promoviendo la participación activa de los individuos afectados y de sus entornos en el tratamiento, la integración social y la inclusión en todos los aspectos de su vida, con el fin de superar el estigma y la discriminación.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales, implementará servicios de atención comunitaria en salud mental en todos los servicios habilitados en cada territorio. Se gestionará ante el Ministerio de Educación Nacional, la promoción de la RBC en el ámbito educativo a nivel nacional, con el fin de sensibilizar, generar consciencia y formar a todos los niveles de enseñanza. Además, se desarrollará, con el apoyo de una institución educativa pública nacional, un curso de formación continua en RBC, derechos humanos en salud mental, trato humanitario hacia pacientes y no discriminación por enfermedad mental, como requisito de habilitación laboral para los/as trabajadores/as del sector salud.

En cuanto a la rehabilitación integral e inclusión social de poblaciones con características especiales, se fomentará el fortalecimiento de campañas educativas y de toma de consciencia dirigidas tanto a la comunidad en general como al talento humano en salud. Estas iniciativas estarán orientadas a reducir el estigma y la discriminación, promover la humanización de los servicios de salud y respetar la diversidad. Además, se impulsará la creación de grupos de pares que desempeñarán un papel crucial como facilitadores/as y acompañantes en los procesos de atención integral, liderando las acciones de atención primaria en salud (APS).

El Ministerio de Salud y Protección Social, gestionará ante el Ministerio del Interior y el Ministerio de la Igualdad y Equidad (o quien haga sus veces), la acciones de inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales, trastornos del comportamiento, trastornos del neurodesarrollo,

consumo de sustancias psicoactivas, , conducta suicida, demencia, personas con discapacidad, situación de calle y epilepsia, así como víctimas de la violencia del conflicto armado, violencia sociopolítica, de género y otras violencias. Con el fin de evitar hospitalizaciones prolongadas o innecesarias, según criterio médico, se fomentará la atención comunitaria, la participación activa de las personas en las decisiones que les afectan respecto a su salud mental y el respeto a su autonomía. Se reconocerá la diversidad de necesidades y se promoverán intervenciones individualizadas que permitan desarrollar su máximo potencial y participar plenamente en la sociedad de manera individual y colectiva.

5.2.5 Eje 5. Gestión, articulación y coordinación sectorial y transectorial: en salud mental.

Este eje reconoce la gobernanza y la gobernabilidad. La primera comprendida como el proceso de toma de decisiones y la manera en que las instituciones y actores interactúan para gestionar los asuntos públicos y privados que en este caso redundan en salud mental y todos los aspectos asociados y la gobernabilidad implica la capacidad de un gobierno para tomar decisiones efectivas, implementarlas de manera eficiente y proteger la estabilidad social. Es por este motivo que la gestión en salud implica el reconocimiento la naturaleza dinámica de la salud mental, donde interactúan constantemente las personas, los actores sociales y los entornos en los que viven; por lo tanto, la salud mental no puede abordarse de manera aislada. Desde la perspectiva de las políticas en salud, la articulación y coordinación entre sectores se presentan como herramientas necesarias para lograr una gestión integral y garantizar el derecho fundamental a la salud mental. Así mismo, permite buscar soluciones integrales, aprovechando de manera eficiente los recursos disponibles (saberes, experiencias, medios de influencia y recursos económicos), así como las capacidades y particularidades de los individuos y comunidades, para generar mecanismos que favorezcan el bienestar psicosocial.

Se resalta que no hay salud sin salud mental; por lo tanto, para preservarla como derecho humano fundamental, es indispensable el concurso de todos los sectores

que componen la estructura del Estado. Se afirma que algunos de los determinantes de la salud mental están por fuera del sector sanitario. En consecuencia, el sector de la salud debe propiciar la concurrencia de esos otros sectores, directa o indirectamente relacionados con el ejercicio de estos determinantes, y generar alianzas estratégicas y sinergias para que participen activamente, desde su campo de competencia, en la construcción de una mejor salud mental para las personas, las familias y las comunidades.

Desde esta perspectiva la Política Nacional de Salud Mental promueve la gobernanza sobre los recursos destinados a la salud mental bajo un marco de priorización de necesidades y de garantía del acceso a los servicios de atención en salud mental.

Este eje presenta orientaciones para la articulación de la PNSM con los anteriores, reafirmando su transversalidad en la implementación de la política. Además, incluye lineamientos para la coordinación interinstitucional, la planificación, las rutas interinstitucionales, el manejo de datos y los mecanismos de retroalimentación en materia de salud mental.

Alcance: Consolidar la gestión, articulación, coordinación y concurrencia sectorial, intersectorial y transectorial, permitiendo a los sectores y actores de la sociedad abordar de manera conjunta y eficaz los desafíos relacionados con la salud mental de la población.

Componentes

5.2.5.1 Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental. La Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental se constituye en una **instancia de gobernanza de la salud mental** de alta representatividad en el direccionamiento e implementación de la PNSM, organizada en coordinación con el Consejo Nacional de Salud Mental. Para tal efecto, se expedirá un reglamento interno que definirá las normas, procedimientos y mecanismos de funcionamiento necesarios para su operación, incluyendo las responsabilidades de los integrantes, las funciones, los procedimientos y el seguimiento de planes de trabajo en los ámbitos nacional y territorial. Se articulará con la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias.

Se encargará de estructurar un marco institucional y transectorial que permita la ejecución de acciones de incidencia en salud mental, orientado a garantizar el derecho a la salud mental, fortalecer la soberanía sanitaria y promover la corresponsabilidad sectorial para la atención en salud mental. Si bien no prestará servicios de atención directa, su labor se centrará en mejorar la implementación de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) y en proponer soluciones para abordar los desafíos en este ámbito.

Estará integrada por importantes instituciones, como las siguientes: i) organizaciones no gubernamentales (ONG); ii) universidades y centros de investigación; iii) entidades del sector privado; iv) organizaciones internacionales; v) comunidades locales y líderes comunitarios que aportan a los temas de bienestar mental; vi) entidades prestadoras de servicios de salud y cuidado; vii) colegios y asociaciones de profesionales de disciplinas relacionadas con la atención integral de la salud mental.

Figura 6. *Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental*



Fuente: Elaboración propia (MSPS, 2024).

5.3 Estrategias transversales

Las estrategias transversales de la PNSM tienen como objetivo fortalecer la atención y gestión integral de la salud mental en diversos contextos, con énfasis en la equidad y el acceso oportuno a servicios de calidad. Se enfocan en el trabajo colaborativo entre sectores, la capacitación continua del talento humano y la implementación de medidas que favorezcan la prevención, atención y rehabilitación de problemas de salud mental.

Son acciones integrales que atraviesan todas las líneas estratégicas de la política, asegurando su efectividad, sostenibilidad e impacto en distintos niveles. Estas estrategias permiten articular diferentes sectores, poblaciones y niveles de atención para lograr un enfoque más holístico y equitativo en salud mental.

La construcción de las acciones que se enmarcan en la Política Nacional de Salud Mental se formulará en la construcción de un plan de acción, para lo cual se tendrá un plazo de cinco meses a partir de la aprobación de la política.

5.3.1 Estrategia transversal 1. Organización de los servicios de salud mental en red con enfoque territorial.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales), organizará la Red Nacional de Salud Mental como parte de las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial, de conformidad con la normatividad vigente. Esta Red estará conformada por prestadores de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta. Su funcionamiento se basará en la articulación y coordinación secuencial de los procesos para asegurar la atención integral, integrada y continua en salud mental a las personas, familias y comunidades en lo correspondiente a acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y

paliación, garantizando un acceso sin barreras, oportuno y en condiciones de equidad.

La Red Nacional de Salud Mental en Colombia estará diseñada para estructurar y organizar los servicios de salud mental en todo el territorio nacional. Su objetivo principal es garantizar la atención integral, integrada y continua a las personas con trastornos mentales, adicciones y otras condiciones que afectan el bienestar psicosocial, asegurando un acceso oportuno y coordinado a los diferentes niveles de atención. Este modelo se basa en el principio de referencia y contrarreferencia, lo que significa que los pacientes pueden ser remitidos a distintos niveles de atención de acuerdo con la complejidad de su caso, permitiendo una gestión eficiente de los recursos y una atención adecuada a las necesidades individuales.

La Red se organiza en tres niveles principales de atención, que incluyen Prestadores Locales de Atención, Centros Regionales de Referencia y un Centro Nacional de Referencia, los cuales trabajan de manera articulada con el Sistema de Urgencias y Emergencias en Salud Mental.

En la cúspide del sistema se encuentra el Centro Nacional de Referencia, este centro cumple un papel clave en la atención de los casos más complejos y en la articulación de las políticas de salud mental a nivel nacional.

Funciones principales del Centro Nacional de Referencia:

- Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la implementación, seguimiento y actualización de la Política Pública en Salud Mental.
- Prestar servicios integrales e integrados en salud mental.
- Diseñar e implementar estrategias de investigación, desarrollo e innovación en Salud Mental.
- Desarrollar y promover acciones de formación y capacitación en salud mental al personal de salud

- Prestar asistencia técnica en salud mental a los Centros Regionales de Referencia, y a los demás actores articulados en las Redes Integrales e Integradas de Salud con enfoque territorial.

El segundo nivel de la red está compuesto por los Centros Regionales de Referencia, los cuales están distribuidos estratégicamente en 39 entidades territoriales a lo largo del país.

Estos Centros desarrollarán las funciones previamente establecidas en los territorios que conforman el nivel regional de la Red Integral e Integrada de Salud con enfoque territorial correspondiente. Cumplen un papel fundamental en la atención de mediana y alta complejidad, actuando como un articulador entre los prestadores de servicios de salud del ámbito territorial y el Centro Nacional de Referencia. Asimismo, liderarán el fortalecimiento de la atención en salud mental a lo largo del continuo de atención en el nivel territorial, brindando asistencia técnica a los municipios que integran la región.

En la base del sistema se encuentran los Prestadores Locales de Atención, públicos, privados o mixtos, encargados de ofrecer servicios de salud mental en el primer nivel de atención. Estos prestadores están distribuidos por subregiones, garantizando cobertura en áreas urbanas y rurales.

Algunas funciones de los Prestadores Territoriales son:

- Atender casos de baja y mediana complejidad, como trastornos emocionales leves, ansiedad, depresión y consumo de sustancias.
- Implementar programas de promoción y prevención en salud mental, incluyendo estrategias de detección temprana y educación comunitaria.
- Referir a pacientes a los Centros Regionales de Referencia en caso de requerir atención de mayor complejidad.
- Brindar apoyo y seguimiento a los pacientes dados de alta de los centros de referencia.

Estos prestadores juegan un papel clave en la atención primaria en salud mental, asegurando que las personas reciban intervención temprana y acceso a tratamientos adecuados sin necesidad de desplazarse a grandes ciudades.

Un componente fundamental de la Red Nacional de Salud Mental es el Sistema de Urgencias y Emergencias en Salud Mental, el cual actúa de manera transversal en los tres niveles de atención.

Este sistema permite que los pacientes que presenten una crisis de salud mental (intentos de suicidio, episodios psicóticos, descompensación por consumo de sustancias, entre otros) puedan recibir una atención inmediata, sin importar su ubicación geográfica.

Características del Sistema de Urgencias y Emergencias en Salud Mental:

- Facilita la referencia y contrarreferencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención.
- Cuenta con protocolos especializados para la atención de crisis psiquiátricas en hospitales generales y en centros de salud mental.
- Integra equipos de respuesta rápida en salud mental, conformados por profesionales capacitados en atención de emergencias psiquiátricas.
- Garantiza la atención en todo el territorio nacional, asegurando que los pacientes reciban la intervención necesaria en el menor tiempo posible.

Es importante resaltar, en el marco de lo anterior, que **la Red Mixta Nacional y Territorial en Salud Mental y la Red Nacional de Salud Mental se diferencian en su naturaleza, funciones y objetivos dentro de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM).** La primera constituye un mecanismo de gobernanza, articulación y participación que no presta servicios de atención directa, sino que actúa como una instancia estratégica de coordinación interinstitucional y transectorial. Su finalidad es fortalecer la implementación de la política mediante acciones de incidencia, alineación normativa y seguimiento en los niveles nacional y territorial. Está conformada por una amplia diversidad de actores, incluyendo ONG, academia, comunidades, entidades prestadoras de servicios, asociaciones profesionales y organizaciones internacionales, y es organizada por el Consejo Nacional de Salud Mental con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Por su parte, la Red Nacional de Salud Mental es el dispositivo operativo de la política, diseñado para organizar y garantizar los servicios integrales en salud

mental en todo el territorio nacional. Esta red tiene como eje la atención directa a las personas, desde la promoción y prevención hasta la intervención en crisis y rehabilitación, estructurada en tres niveles: prestadores locales, Centros Regionales de Referencia y un Centro Nacional de Referencia. Su modelo se basa en la articulación entre niveles de atención y en la integración funcional de servicios, incluyendo la infraestructura, los equipos técnicos y la respuesta en urgencias y emergencias.

Ambas redes, aunque distintas, son complementarias. La Red Mixta orienta, coordina y da direccionalidad a la política desde una perspectiva participativa y trasnsectorial, mientras que la Red Nacional de Salud Mental materializa esa política mediante la organización efectiva de servicios. En conjunto, representan los pilares institucionales y operativos para garantizar el derecho a la salud mental en Colombia, articulando el nivel estratégico con el nivel asistencial

Alcance: Esta estrategia transversal garantizará la organización de servicios de salud mental en todo el territorio nacional, haciendo los ajustes necesarios para atender adecuadamente a las poblaciones de zonas urbanas, rurales y rurales dispersas. Se asegurará que todas las personas reciban atención en salud mental de calidad, de manera oportuna y continua, cubriendo tanto el tratamiento como la rehabilitación, la entrega de medicamentos y el seguimiento adecuado, favoreciendo la inclusión social.

5.3.2 Estrategia transversal 2. Salud mental y apoyo psicosocial en emergencias y desastres

Responde a situaciones de emergencias declaradas de cualquier índole, sean naturales, de salud o sociales, con el objetivo de restablecer la sensación de normalidad y aliviar el sufrimiento humano.

Alcance: Se llevará a cabo mediante una coordinación intersectorial que involucre los sectores de salud, educación, servicios sociales y seguridad pública, así como representantes de las comunidades afectadas. Se desplegarán equipos multidisciplinarios de atención clínica, psicosocial y comunitaria, encargados de la promoción, prevención, atención e intervención tanto en casos individuales como en comunidades. Además, se fortalecerá la atención prehospitalaria y se activarán

redes integrales e integradas en salud con enfoque territorial, dependiendo del tipo de emergencia. Para ello, se incentivará la creación de equipos especializados en atención psicosocial para emergencias y desastres, en coordinación con los entes territoriales y las entidades estatales correspondientes.

5.3.3 Estrategia transversal 3. Observatorio de Salud Mental

El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará las acciones del Observatorio de Salud Mental, con el fin de que haga seguimiento a los problemas y trastornos de salud mental, el recurso humano, la infraestructura, la calidad del servicio en salud mental a nivel nacional y se articule a los demás observatorios existentes, con el propósito de ofrecer información confiable y oportuna que apoye la toma de decisiones en el sector de la salud y otros sectores, contribuyendo al impacto positivo de la población.

Alcance: El Observatorio de Salud Mental se encargará de recopilar y analizar información sobre la situación de la salud mental a nivel nacional, departamental, municipal y distrital, evaluando las necesidades y prioridades en este ámbito. Su función incluirá la proposición y desarrollo de estrategias para la prevención y abordaje de problemas de salud mental, así como la difusión de los análisis realizados, que proporcionen una visión clara y precisa de las realidades de salud mental en el país.

La implementación de esta estrategia será liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social en la gestión de los mecanismos necesarios para su desarrollo. La estructura organizativa del observatorio incluirá acciones de monitoreo y vigilancia epidemiológica, análisis de datos e investigación, gestión del conocimiento y divulgación e incentivará una red de colaboración y alianzas interinstitucionales, así como también el desarrollo de acciones de formación y capacitación.

Además, se priorizarán los procesos de identificación de necesidades de poblaciones vulnerables, especialmente protegidas y se enfocará en la mejora de la respuesta de los servicios de salud, a través de la información recolectada, fortaleciendo los vínculos entre las comunidades y las instituciones del sector salud, para mejorar la calidad y la oportunidad de la atención.

5.3.4 Estrategia transversal 4. Fortalecimiento del talento humano

El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las entidades territoriales serán responsables de la planificación y gestión del talento humano en salud y otros trabajadores del sector salud, priorizando las características y necesidades de la población en sus respectivos territorios. Por ende, se compromete a gestionar los mecanismos necesarios para incentivar la cobertura progresiva de talento humano en salud mental en territorio. En todos los niveles de formación en salud, se promoverá el desarrollo de programas y contenidos sobre formación continua en salud mental.

El Ministerio de Salud y Protección Social gestionará el desarrollo de programas de formación en salud mental ante las entidades competentes. Estos programas deberán incorporar contenidos en salud mental pertinentes y adaptados a las necesidades poblacionales y territoriales, con el objetivo de garantizar el cuidado integral de la salud mental.

Además, se impulsarán programas de formación y sensibilización con enfoques diferenciales, garantizando que los/as profesionales de salud respondan adecuadamente a las necesidades de la población y mejoren el acceso a los servicios de salud mental.

El Ministerio de Salud y Protección Social impulsará programas de formación en salud mental adaptados a las necesidades territoriales. Se desarrollarán mecanismos sectoriales e interesectoriales para avanzar en la distribución equitativa y suficiente del talento humano del sector salud y de otros trabajadores del sector que concurren en la atención integral, integrada y continua de la salud mental, priorizando zonas rurales y de difícil acceso. Además, se fortalecerá la Atención Primaria en Salud (APS) con la redistribución de competencias del THS para mejorar la prevención, detección e intervención en salud mental. También se implementarán mecanismos para asegurar condiciones laborales dignas y prevenir el agotamiento profesional.

Finalmente se plantea la instauración progresiva del Servicio Social Obligatorio (SSO) para estudiantes de pregrado en psicología, bajo normativas específicas.

Alcance: Se llevarán a cabo procesos continuos de caracterización e identificación de las necesidades de formación y gestión del talento humano en salud mental. En este sentido, el MSPS continuará brindando asistencia técnica a las entidades territoriales, apoyando la implementación de programas que fortalezcan la atención primaria en salud, con el objetivo de reducir las brechas en salud mental en Colombia, adaptando el mhGAP en sus componentes clínico, comunitario y humanitario. El talento humano contará con competencias básicas en primeros auxilios psicológicos, rehabilitación centrada en la comunidad y el mhGAP para la reducción de las brechas en salud mental.

Además, El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará los lineamientos y la reglamentación para que, progresivamente, se habiliten plazas de Servicio Social Obligatorio (SSO) para estudiantes de los programas de pregrado en psicología, según la normativa especializada que rige la materia. Se garantizará que los centros de atención primaria en salud, servicios de urgencias, hospitalización parcial o total y consultas ambulatorias cuenten con profesionales en psicología capacitados/as para ofrecer una atención integral a las personas, consolidándose como un elemento fundamental en la puerta de entrada al sistema de salud.

Se fomentará la colaboración interinstitucional para capacitar al talento humano en sectores distintos al de la salud, a través de programas educativos y de formación para el trabajo, lo que permitirá que, en el marco de la atención comunitaria se comprenda la importancia de la promoción, prevención y derivación oportuna en salud mental.

También se gestionará ante el Sistema General de Riesgos Laborales los procesos de notificación epidemiológica de los eventos de salud mental del talento humano y se fortalecerán las acciones para el cuidado de la salud mental, dentro del marco del sistema de salud y seguridad en el trabajo, de los trabajadores que impactan de manera directa la salud mental de la ciudadanía.

Todos los programas de formación en psicología a nivel nacional podrán prestar servicios en centros de atención comunitaria.

5.3.5 Estrategia transversal 5. Mitigación de la conducta suicida

Busca disminuir los factores de riesgo asociados a la conducta suicida mediante una articulación transectorial e intersectorial. Se enfocará en intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, por curso de vida, con acciones que favorezcan la vigilancia epidemiológica, la concientización, la reducción del estigma y la discriminación, la capacitación, el acceso a servicios, el tratamiento oportuno, la intervención en situaciones de crisis, el seguimiento y el acompañamiento a los supervivientes y sus familias, así como la supervisión y coordinación de esfuerzos.

Desde el enfoque de derechos humanos propuesto en la actualización de la Política Nacional de Salud Mental, se priorizarán la dignidad y la autonomía de las personas. Se fomentará la participación de las comunidades y de los medios de comunicación masiva, incluyendo a personas con experiencia vivida, quienes promoverán la empatía y mostrarán modelos de recuperación visibles. Para evitar el sensacionalismo que perpetúa estereotipos, se crearán guías sobre el tratamiento adecuado de los temas relacionados con la salud mental.

Alcance: Se priorizarán acciones específicas de promoción, prevención, atención y rehabilitación, articuladas con otros actores del territorio, por medio de tres componentes estratégicos:

Comunicación: Orientada a la promoción de la salud mental, la adopción de conductas sin riesgo ni daño, la disminución del estigma y el auto estigma, el reconocimiento de rutas de atención y la detección temprana de situaciones de riesgo.

Atención integral: Orientada a fortalecer la atención desde la APS, integrando según la pertinencia los componentes primarios y complementarios, y promoviendo acciones colectivas bajo el Plan de Intervenciones en Salud Pública; con abordajes diferenciados para pueblos y comunidades étnicas (Pueblos Indígenas; Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras; y Pueblo Rrom), respetando y articulando sus sistemas propios de salud y saberes tradicionales par el diseño de intervenciones culturalmente pertinentes en el marco de la prevención y atención de la conducta suicida. Se contemplarán las

necesidades específicas por razones de género, así como la situación de grupos con mayor vulnerabilidad, incluyendo la población privada de la libertad

Seguimiento: Orientado a mejorar los servicios de salud en forma oportuna y continua para las personas que presentan conducta suicida, los familiares sobrevivientes de suicidio, el fortalecimiento de redes de apoyo social y la promoción de factores protectores, con énfasis en la interseccionalidad y de manera articulada con otros actores. Incluye el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia comunitaria que complementen la vigilancia epidemiológica institucional, potenciando la detección temprana de casos y la activación oportuna de rutas de atención.

Esta estrategia transversal se alinea con los documentos técnicos y normativas vigentes en materia de prevención y atención de la conducta suicida en Colombia, incluyendo la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida, la Guía de Práctica Clínica, las directrices de emergencia en caso de contención del evento y los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública.

La implementación de esta estrategia contempla el fortalecimiento de mecanismos de articulación entre el sector salud y otros sectores como educación (incluyendo la coordinación con los comités de convivencia escolar), protección social, justicia (considerando el trabajo articulado con el INPEC para la población privada de la libertad), cultura y deporte, utilizando los espacios existentes como los Consejos de Salud Mental y otras instancias de coordinación territorial, para generar respuestas integrales ante este fenómeno de interés en salud pública.

5.3.6 Estrategia transversal 6. Prevención de problemas en salud mental asociados a violencias, violaciones a derechos humanos y construcción de paz

Implica promover acciones sectoriales e intersectoriales que prevengan y aborden las diversas formas de violencia, las cuales afectan profundamente la salud mental de individuos, familias, comunidades y colectivos a lo largo del curso

de vida, especialmente en contextos sociales marcados por graves violaciones de derechos humanos, violencias basadas en género y discriminación. A su vez, esta estrategia responde a las necesidades de salud mental en los contextos de derechos humanos y construcción de paz en los territorios.

Alcance: La implementación se llevará a cabo a través de la articulación de los actores sectoriales e intersectoriales, con el fin de brindar una atención humanizada que aborde los daños emocionales a nivel individual, familiar y colectivo, derivados de hechos victimizantes, y proporcionando atención personalizada según las necesidades biopsicosociales de cada persona.

Se integrará a la población víctima de violencia sociopolítica dentro del modelo de rehabilitación centrado en la comunidad, articulado con el Programa de Atención Psicosocial a Víctimas de Violencia (Papsivi). Las estrategias empleadas estarán orientadas a favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional causado por el conflicto armado interno.

En el marco de la construcción de paz y la reconstrucción del tejido social, se ampliará la cobertura de atención psicosocial para personas desmovilizadas, reincorporadas, reinsertadas y firmantes del acuerdo de paz que residan en zonas rurales dispersas, con un enfoque interseccional que considere sus contextos particulares. Se garantizará, además, el acceso a atención integral en salud mental diferenciada para víctimas de violencias sexuales, violencias basadas en género y familiares de víctimas de feminicidio y población migrante afiliada al sistema de salud, asegurando que los servicios sean sensibles a las especificidades de cada caso.

Se desarrollarán campañas psicoeducativas para promover ambientes digitales inclusivos, respetuosos y libres de discriminación y violencia, con especial énfasis en niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ). Estas campañas incluirán estrategias que fomenten la protección integral y el desarrollo de habilidades para el uso seguro y saludable de las redes sociales, con el objetivo de reducir el estigma, la discriminación, las violencias, la inducción al suicidio y otros riesgos y trastornos de salud mental.

Se implementarán acciones de monitoreo sobre el estigma y autoestigma, cambios en actitudes sociales, autopercepción, tasas de búsqueda de atención y mejoras en la calidad de la atención en salud mental. Lo anterior con el objetivo de

reducir barreras y fomentar una sociedad más inclusiva, en la que las personas puedan acceder a servicios de salud mental sin temor al rechazo o la discriminación.

En este sentido, resulta fundamental promover la educación en comunicación asertiva, resolución de conflictos y respeto a la diferencia, tanto en ambientes escolares como familiares y comunitarios. Estas acciones contribuirán a crear espacios inclusivos y libres de violencia, en el marco del ejercicio pleno de los derechos fundamentales.

Se fortalecerá la articulación intersectorial para prevenir violencias y discriminación, con especial énfasis en NNAJ, mujeres, personas LGBTIQ+, personas mayores y otros grupos discriminados o excluidos. Además, se trabajará en la prevención y atención oportuna de afectaciones en la salud mental de pueblos étnicos, integrando sus saberes ancestrales y prácticas culturales.

5.3.7 Estrategia transversal 7. Atención Primaria en Salud y Salud Mental

La salud mental se abordará privilegiando la estrategia de Atención Primaria en Salud, como principal mecanismo para garantizar la atención integral, integrada y continua de las diferentes necesidades de la población en este campo. Reconociendo las brechas ya identificadas en el documento sobre la prestación de servicios, y dado el bajo número de talento humano especializado en salud mental, además de las dificultades de acceso continuo y oportunidad, se deberá atender la salud mental con acciones resolutivas desde el primer nivel. Por lo que se implementará la salud mental desde la atención primaria a través de la integración de los ejes estratégicos y los enfoques de la PNSM, en todos los entornos.

Se garantizará de manera progresiva los mecanismos para que las entidades territoriales, en coordinación con los actores del sistema de salud, garanticen los recursos humanos, técnicos, tecnológicos y de infraestructura necesarios y suficientes para que los equipos básicos de salud o los equipos de salud territoriales en áreas rurales, rurales dispersas y urbanas, presten servicios de salud en modalidad extramural en su territorio. Permitiendo diseñar, implementar y hacer seguimiento desde la estrategia de atención primaria en salud que garanticen en salud mental la detección temprana, la notificación de la vigilancia en salud pública

y la mitigación de la conducta suicida, las autolesiones, el consumo de sustancias psicoactivas, la prevención de violencias y los factores de riesgo psicosocial

La estrategia de atención primaria en salud se encuentra sustentada en el marco jurídico de la Ley 2294 de 2023, el Decreto 1599 de 2022 y la Ley 1438 de 2011, que disponen que las entidades territoriales, con participación de los actores del sistema de salud, coordinen la conformación de la red integrada e integral de servicios de salud, organizándose en los niveles primario y complementario, para lo cual articulará los servicios de cuidado del territorio y la afectación de los determinantes sociales de la salud.

En este apartado se aborda cómo los actores del sistema de salud se organizan e interactúan, garantizando la integralidad e integración de sus acciones, según las funciones y responsabilidades correspondientes.

En el contexto nacional, la atención primaria en salud se entiende como una estrategia fundamental dentro del sistema de salud, que facilita un contacto inicial accesible, integral y coordinado, proporcionando continuidad asistencial centrada en el paciente. La estrategia de APS combina tres componentes interdependientes y sinérgicos: i) políticas y medidas intersectoriales; ii) empoderamiento de las personas, familias y comunidades para una mayor participación social, y iii) servicios de salud integrados e integrales, que abarcan la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública (OMS, 2022).

En el caso colombiano, también se hace énfasis en la participación social, la organización de los servicios de salud y la recuperación de las personas en los entornos donde transcurre su diario vivir. La institucionalización es contraria al derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad. Por lo que la institucionalización, nunca debe considerarse una forma de protección de las personas con discapacidad. Por lo tanto, se propone la transición progresiva y no regresiva desde el modelo de internamiento de personas con trastornos mentales, neuropsiquiátricos o del comportamiento en hospitales psiquiátricos, hacia una desinstitucionalización, atención digna y de calidad en la comunidad. Los procesos de desinstitucionalización deben tener por objeto poner fin a todas las formas de institucionalización, aislamiento y segregación de las personas con discapacidad, tanto en el ámbito privado como en el público. (OPS, 2023).

La implementación efectiva de estas estrategias en el marco de la APS requiere un abordaje integral que considere la educación para la salud como proceso transformador de prácticas individuales y colectivas. Esta debe desarrollarse a través de programas estructurados de alfabetización en salud mental, desarrollo de habilidades para la vida y competencias socioemocionales, junto con estrategias de prevención basadas en evidencia.

Los procesos de información y comunicación deben sustentarse en sistemas robustos de información y vigilancia en salud mental, incorporando estrategias efectivas de comunicación del riesgo y mecanismos de retroalimentación comunitaria. El fortalecimiento de las redes comunitarias debe orientarse al desarrollo de capacidades locales y mecanismos de coordinación intersectorial que aseguren la sostenibilidad de las intervenciones.

Todo lo anterior debe implementarse de manera articulada y sostenible, asegurando la participación activa de la comunidad y la adaptación a los contextos locales, tal como lo establecen la Resolución 3280 de 2018 y demás normatividad vigente. Esta aproximación integral permite optimizar los recursos del sistema de salud y mejorar la accesibilidad para la población, constituyéndose en un elemento fundamental para el desarrollo local y el abordaje efectivo de los determinantes sociales de la salud mental.

Se establece que, para la preservación de la salud mental, sea el nivel primario de atención el que coordine y enlace todos los niveles de atención para ofrecer cuidados integrales, continuos y oportunos a la población. En este sentido, en aplicación de los principios de la APS (artículo 13 de la Ley 1438 de 2011), es posible hablar de:

i) **Integración horizontal transectorial**: Además de la colaboración entre los prestadores de servicios de salud que operan en el mismo nivel de atención o especialidad, se refiere a la importancia de articular servicios de salud intramurales y extramurales del primer nivel de atención con las formas de cuidado propio, los dispositivos comunitarios referenciados como parte de las tecnologías del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), los servicios intramurales y extramurales del primer nivel de atención y otros servicios sociales, sociosanitarios e intervenciones ambientales.

ii) **Integración en el interior de los servicios de salud**: Incluye la integración de todos los niveles de atención, en trabajo con las áreas de referencia y contrarreferencia de las entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB), o los que cumplan sus funciones, y los centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE), cuando aplique. Al cumplir con los atributos de las redes integrales de salud, se pretende promover una coordinación asistencial efectiva en la APS, que integra servicios intramurales y extramurales provistos por las entidades sociales del Estado (ESE) y otras instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) primarias, y servicios de consulta externa especializada mediante las modalidades de telemedicina y extramural (jornadas de salud).

Adicionalmente, la PNSM ordena fortalecer la salud mental al integrar y fortalecer el nivel primario de atención con equipos básicos de salud y su articulación con los centros de atención primaria en salud (CAPS), garantizando acceso y continuidad entre los niveles primarios y complementarios de mediana y alta complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

En este marco, las características de la estrategia que fortalece la salud mental en el marco de la atención primaria en salud son las siguientes:

i) Enfoque centrado en las personas, las familias y las comunidades en su vida cotidiana, promoviendo interacciones equitativas.

ii) Acciones en los entornos de desarrollo de las personas a lo largo de su curso de vida, en todos los niveles de atención, integrando diversas modalidades de servicios.

iii) Fortalecimiento del nivel primario de atención, que actúa como primer punto de contacto con la población, basado en los centros de atención primaria en salud (CAPS), o el que cumpla sus funciones, y los equipos de salud territoriales, coordinados con el nivel complementario.

iv) Perspectiva de cuidado social, operada a través de la articulación entre los actores del sistema de cuidado y el sector de la salud, garantizando la provisión integral e integrada de servicios, contribuyendo a la modificación de los determinantes sociales que impactan la salud mental.

v) Atención de calidad, oportuna, segura, pertinente y accesible para toda la población en el territorio nacional, incluyendo la disponibilidad de servicios de salud mental en zonas de difícil acceso, con un ordenamiento adecuado de la provisión, organización y gestión de estos servicios, con el fin de reducir las brechas en el acceso y oportunidad en la atención de la salud mental en grupos vulnerables y la población rural y dispersa.

vi) Aceptabilidad de la atención, fundamentada en el reconocimiento de las dinámicas y diversidades poblacionales, el respeto y la articulación con las formas de cuidado derivadas de saberes populares, tradiciones culturales y conocimientos propios de pueblos y comunidades étnicas y campesinas.

vii) Corresponsabilidad, cogestión y participación social y comunitaria.

Frente a lo anterior, la estrategia plantea la integración de los ámbitos-capas (socio-comunitaria-ambiental e institucional de salud y otros sectores), conformados por estructuras generales que se articulan mediante estructuras bisagra, las cuales permiten la continuidad, oportunidad e integralidad de los servicios, desde un enfoque de APS, equidad e igualdad, dentro de una estructura de red integral e integrada de salud con enfoque territorial.

Para mejorar la capacidad resolutiva de los servicios de salud del componente primario de la red de atención, en especial para las áreas rurales, se ordena que las instituciones prestadoras de servicios de salud del nivel primario de las redes, independientemente de su naturaleza jurídica, deberán realizar el proceso de análisis de la provisión, organización y gestión de la prestación de servicios, así como la proyección de la progresión de la capacidad resolutiva en áreas urbanas y rurales, que permita la atención integral, integrada y continua desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, conforme a las disposiciones vigentes por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para las zonas rurales en particular, se implementará o restaurarán las sedes de instituciones prestadoras de servicios de salud del componente primario con énfasis a recuperar la red pública, para dejar capacidad instalada en los territorios, con la cual se podrán prestar servicios de salud a través de los CAPS, los equipos básicos de salud, integrando preferiblemente las modalidades intramural y extramural, además de fortalecer el aprovechamiento de la telemedicina en todas

sus modalidades, avanzando en la garantía del acceso efectivo de la población rural cerca de la vivienda, el lugar de trabajo, el sitio de estudio, cuidado de la infancia y de la persona mayor, según territorialización y georreferenciación que se establecerá por parte del MSPS, en concertación con las comunidades y las entidades territoriales de los órdenes departamental, distrital y municipal.

Adicionalmente, se propone que el desarrollo de infraestructura en salud mental en las zonas rurales cuente con la participación integral de las comunidades de las zonas rurales, incluyendo sus enfoques regionales y socioculturales; para tal efecto, el MSPS hará los ajustes correspondientes en términos de habilitación.

Se define el **nivel primario de atención** como el componente de la red conformado por los centros de atención primaria en salud (CAPS), o el que cumpla sus funciones, como unidad polifuncional de base territorial, al igual que los equipos básicos de salud, que tienen a su cargo un territorio y la población que en él habita. Este nivel facilita la coordinación entre los sistemas de cuidado para prestar una atención integral, integrada, continua, de calidad y centrada en las personas, familias y comunidades, incluyendo las formas intersectoriales y sociales de cuidado provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de comunidades étnicas y campesinas, las estructuras propias de salud, así como los servicios sociales, sociosanitarios y ambientales del territorio, incluidos los dispositivos comunitarios del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud. Se propone la disposición de al menos un CAPS del nivel primario, con sede principal y sedes satélites en el nivel municipal, asegurando las sedes rurales que se requieran de acuerdo con las necesidades y las configuraciones sociocultural y geográfica de los territorios.

Se define el **nivel complementario** de atención como el componente de la red conformado a través de organizaciones con servicios individuales, con mayor requerimiento tecnológico para la atención en salud mental de aquellos eventos que requieran tecnologías o talento humano en salud mental especializado de mediana y alta complejidad, no disponible en el nivel primario, garantizando que los procesos de referencia y contrarreferencia mantengan la integralidad, continuidad y lo resolutivo en salud.

Los **Equipos Básicos de Salud (EBS)** corresponden a la estructura funcional y operativa de los prestadores de servicios de salud, en capacidad de ejecutar

atenciones de forma permanente y sistemática para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades para el acceso a la atención en salud mental, incluyendo la valoración integral para la promoción de la salud y la detección temprana de alteraciones, protección específica, diagnóstico y tratamiento por curso de vida en los diferentes entornos, bajo enfoque diferencial poblacional y territorial, fortaleciendo de esta forma la salud mental desde el marco de la estrategia de APS. Estos equipos son interdisciplinarios, y deben garantizar el contacto permanente con las personas, familias y comunidades, para reducir las brechas de acceso y continuidad a la atención en salud mental; además, realizan valoraciones integrales para la promoción de la salud y la detección temprana de alteraciones, protección específica, diagnóstico y tratamiento, lo cual los hace resolutivos. Los EBS prestarán servicios a las personas, familias y comunidades en el territorio asignado mediante la asignación de servicios extramurales resolutivos que permitan la articulación con los componentes intramurales de la atención primaria en salud, permitiendo la continuidad del tratamiento a servicios complementarios dentro de las redes de atención integral e integradas. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en los lineamientos de los Equipos Básicos en Salud el componente en salud mental en concordancia con las normas que los regulan.

Los **Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)** son unidades polifuncionales de base territorial, que tienen a su cargo los equipos básicos de salud. Actúan como un nodo articulador que facilita la coordinación entre las organizaciones que integran la red para una atención integral, integrada, continua, centrada en la persona, el fomento del bienestar y la calidad de vida, en el marco de su operación con acciones universales, territoriales, sistemáticas y permanentes, con un enfoque de salud pública, de determinantes sociales, diferencial poblacional y territorial, en desarrollo de la atención primaria en salud mental y comunitaria.

De acuerdo con densidad poblacional, factores sociodemográficos, capacidad instalada requerida y procesos que se requieren en cada uno de los CAPS, se han determinado los siguientes tipos de centros de atención primaria en salud: Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) Principal Urbano-Rural; CAPS Urbano Ambulatorio; Sede Rural Satélite de CAPS; Sede Comunitaria de CAPS; Sede Itinerante del CAPS.

Los **CAPS comunitarios** son centros de articulación, enfocados en la promoción de la salud, la prevención primaria, secundaria y terciaria, en todos los momentos del curso de vida, con mayor enfoque en las poblaciones en condición de vulnerabilidad; Cuentan con talento humano en salud y de otros sectores y organizaciones comunitarias, y en la articulación de personal de salud propio e intercultural. En estos centros, se priorizará el establecimiento de estrategias de fácil acceso para incentivar hábitos saludables, incorporando programas y espacios dedicados tanto a la salud mental como a la emocional. Se buscará cultivar y enriquecer habilidades sociales, de autocuidado y emocionales en personas de todas las edades, garantizando una distribución justa de recursos y servicios preventivos y de atención sanitaria.

La atención en salud mental se prestará en el marco de las **Redes Integrales e Integradas de salud** con enfoque territorial, para lo cual se deberá mejorar la resolutividad, así como los procesos de referencia y contrarreferencia articulados con los servicios de mayor complejidad y el aprovechamiento de la telemedicina en todas sus modalidades.

El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la apertura de servicios de salud mental en la baja complejidad que permitan la oferta de modelos y programas de atención para el cuidado integral de la salud mental según los enfoques de la política, sin abandonar las necesidades territoriales en términos de la mediana y alta complejidad.

Estas **Redes Integrales e Integradas de salud con enfoque territorial** corresponden al conjunto de organizaciones de prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, que brindan atención en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión, cuidados paliativos y asistencia para la muerte digna. Estas redes se conforman y articulan en un nivel primario y un nivel complementario que gestionan el proceso de atención en salud mental de manera coordinada e integrada, a través del diálogo y el trabajo conjunto por parte de las instituciones, con estrategias de liderazgo claro para asignar responsabilidades y para establecer espacios intersectoriales donde se construyan estrategias y metas vinculantes.

Algunas modalidades y servicios que deben ser parte de la **Redes Integrales e Integradas de salud con enfoque territorial** incluyen y favorecen la atención

ambulatoria para tratamientos sin hospitalización, por lo que se deberá fortalecer estrategias como hospital día tanto para adultos como para NNAJ, personas mayores, y personas con discapacidad; también se deberá favorecer la atención domiciliaria para quienes no pueden desplazarse, al igual que equipos de atención prehospitalaria para respuesta rápida en atención de salud mental en emergencias y desastres, centros especializados en farmacodependencia, centros de salud mental comunitarios para un acceso cercano y preventivo, grupos de apoyo para pacientes y familias.

Se deberán crear unidades de salud mental dentro de los hospitales y clínicas de complejidad media y alta, tanto en hospitales generales como en instituciones de salud especializadas, junto con servicios de urgencias en salud mental, con atención preferencial por psicología clínica o psiquiatría; de esta forma la cobertura de la red abarca desde la prevención hasta la atención de emergencias.

Igualmente se deberá **fortalecer la infraestructura** de los establecimientos de atención primaria en salud, con mayor énfasis en recomponer la red pública, para que sean seguros y accesibles, para que brinden servicios efectivos, con agua, saneamiento y eliminación y reciclado de desechos, conectividad y telecomunicaciones y suministro eléctrico fiables, y con sistemas de transporte adecuado, dependiendo de la geografía del territorio, para que puedan trasladar a los pacientes que deban ser atendidos por otros profesionales si requieren un nivel complementario.

Por lo anterior, las entidades territoriales de los órdenes departamental, distrital y municipal deberán priorizar a corto y mediano plazo, dentro de los Planes de Inversión en Salud o en los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud, según corresponda, los proyectos dirigidos al mejoramiento, la ampliación, el reforzamiento estructural, la construcción de obra nueva, la dotación y modernización de CAPS primarios o complementarios para la atención en salud mental, con énfasis en la ruralidad; para así garantizar la inclusión de todos los componentes que permitan su óptimo funcionamiento, empleando las fuentes de financiación que garanticen la gestión integral de proyectos y la disponibilidad de los recursos que se requieran.

El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará el abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la salud mental con las entidades y los sectores

que, de acuerdo con sus competencias, deban concurrir para este fin y con las organizaciones de la sociedad civil, en consonancia con la política de participación social en salud.

5.4 Seguimiento y monitoreo de la implementación de la Política Nacional de Salud Mental

El proceso de Seguimiento y monitoreo de la actualización de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) 2025-2034 está diseñado para garantizar la correcta implementación de la política, facilitando su ajuste continuo en función de los avances y obstáculos que puedan surgir. Se enfoca en la recolección y el análisis sistemático de datos, asegurando que las metas establecidas en la PNSM se cumplan de manera efectiva y se logre el impacto esperado en la salud mental de la población. Encuentra sustento en la Ley 715 de 2001, que otorga al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) la responsabilidad de coordinar y evaluar las políticas de salud, y la Ley 1616 de 2013, que regula el seguimiento a la salud mental, especificando la importancia de contar con indicadores que midan las acciones de promoción, prevención e inclusión social en salud mental.

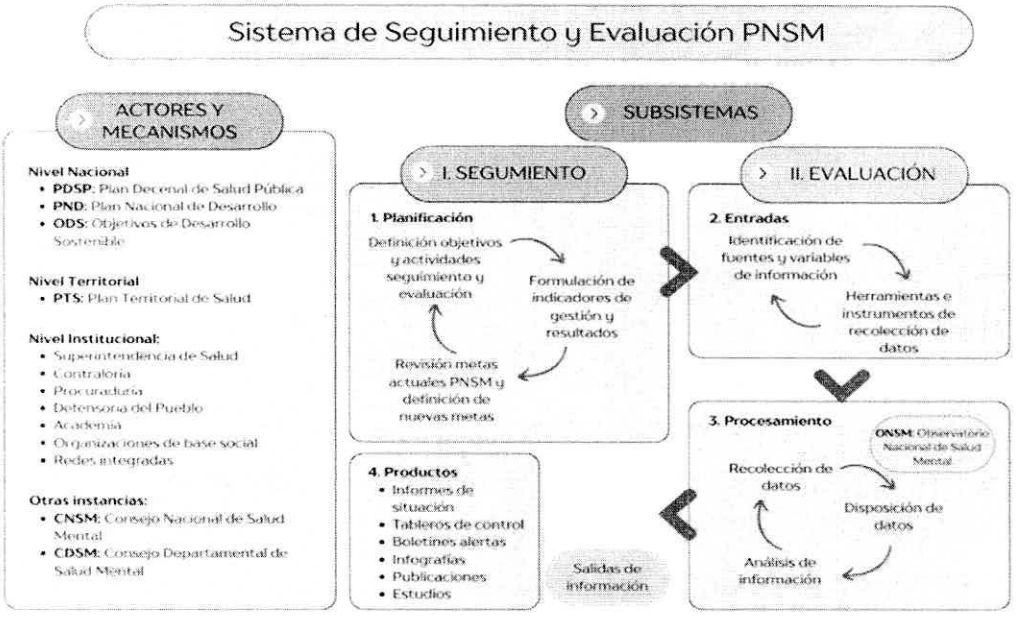
El seguimiento y monitoreo de la actualización de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) 2025-2034 tiene como objetivo asegurar la correcta ejecución de la política, permitir ajustes a las metas y estrategias cuando sea necesario, y garantizar que se cumplan los objetivos establecidos, al tiempo que se acompaña a los actores involucrados en el proceso. Para lograrlo, se estructura en torno a varios elementos claves:

- Autonomía y descentralización: Cada nivel de gobierno (nacional, territorial e institucional) debe asumir sus responsabilidades y competencias, gestionando los recursos de manera eficiente y respetando la autonomía de las entidades.
- Orientación a la anticipación: El sistema debe ser capaz de responder rápidamente ante desafíos, asegurando que se logren las metas establecidas.

- Flexibilidad: El sistema debe adaptarse a las necesidades emergentes y a los cambios tanto de la PNSM como del sistema de salud, lo que permitirá una gestión más efectiva.

Además, este proceso promueve la integración entre distintos niveles de gobierno y sectores, fomentando la coordinación y el respeto por las competencias de cada entidad. De esta manera, todos los actores involucrados tendrán acceso a la información necesaria para ajustar sus planes y actividades, garantizando la coherencia y el cumplimiento de los objetivos de la política.

Figura 7. Sistema de Seguimiento y Evaluación de la PNSM



Fuente: Elaboración propia (MSPS, 2024)

El seguimiento y monitoreo se harán utilizando indicadores de gestión, producto y resultado. Los resultados obtenidos en cada nivel se publicarán en forma

transparente, lo que permitirá que los responsables de la formulación y ejecución de la política en salud mental tomen decisiones informadas y realicen ajustes en tiempo real. Se presenta como una herramienta fundamental para asegurar que la Política Nacional de Salud Mental 2025-2035 se implemente de manera efectiva, proporcionando información oportuna y precisa para la toma de decisiones y la mejora continua de las acciones en salud mental en Colombia.

Por lo anterior, se realizarán lineamientos para que las entidades territoriales, departamentales, municipales y distritales, así como demás actores del sistema de salud y de otros sectores que tengan responsabilidad en la implementación de la Política Nacional de Salud Mental, generen informes semestrales, planes, estrategias de monitoreo y evaluación, con metas e indicadores en salud mental. De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social, en cabeza de la Dirección de Promoción y Prevención o quien haga sus veces, estará cargo del seguimiento y monitoreo a través de un informe anual de la implementación de esta Política, mediante la medición de los indicadores que se establezcan en su Plan De Acción, adoptando el Procedimiento de Seguimiento y Monitoreo de las Políticas Públicas en Salud y de Protección Social y a través de la plataforma que la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del MSPS disponga.

La Resolución 2367 de 2023 que regula el seguimiento del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, establece metas relacionadas con la *Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia*, por lo que, como mínimo, en el marco de la Política Nacional de Salud Mental se tendrán en cuenta estas metas, a saber:

a) A 2031 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas a 4,7 por 100.000 habitantes.
b) A 2031 reducir a 55 por 1.000 personas los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años.
c) A 2031 reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general.

d) A 2031 mantener por debajo de 5,5% la prevalencia año del consumo de marihuana en la población escolar.
e) A 2031 aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.
f) A 2031 reducir la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) a 13,4 por 100.000 habitantes.
g) A 2031 disminuir a 175,6 por 100.000 habitantes la tasa de violencia interpersonal.
h) A 2031 el 100% de los municipios del país implementan y operan el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar.
i) A 2031 aumentar la frecuencia de uso de servicios en salud mental en cinco puntos porcentuales según trastorno.
j) A 2031 el 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5.5. Evaluación de la implementación de la Política Nacional de Salud Mental

El Ministerio se Salud y Protección Social con el liderazgo de la Dirección de Promoción y Prevención y el apoyo metodológico de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales o quienes hagan sus veces, realizará una evaluación a los 5 años de expedido este decreto, y al finalizar la implementación de la Política Nacional de Salud Mental, adoptando el procedimiento de Elaboración de Estudios Sectoriales y Política Pública del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Impacto fiscal de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033.

El proyecto de decreto enmarca la salud mental como un componente esencial del bienestar integral de las personas y las comunidades; esta se vincula a factores

contextuales, sociales y culturales que posibilitan el desarrollo humano y la realización de proyectos de vida tanto individuales como colectivos. Esta situación multifactorial exige una respuesta urgente y coordinada, que vaya más allá de la simple ampliación de cobertura. Se requieren políticas públicas integrales e interseccionales que aborden las causas estructurales de estas desigualdades, promuevan la salud mental desde una perspectiva comunitaria y diferencial, y garanticen el acceso a servicios oportunos, culturalmente apropiados y basados en derechos humanos para todas las personas.

Este capítulo del documento presenta el análisis del impacto fiscal realizado por la dirección de Promoción y Prevención, frente al proyecto de decreto de "*Por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental*" de conformidad con su contenido.

6.1 Fuentes y Usos.

Frente a las fuentes que financiarán el proyecto de decreto "*Por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental*" se tienen dos grandes rubros:

a) Unidad de Pago por Capitación (UPC).
b) SGP – Salud Pública – Plan de Intervenciones Colectivas.

Recursos que son utilizados para financiar las tecnologías en Salud dirigidas a la atención de la Salud Mental, entre las que se tiene:

39 procedimientos financiados con la UPC, específicos para salud mental

37 procedimientos adicionales con cargo a UPC que pueden ser prescritos para salud mental.

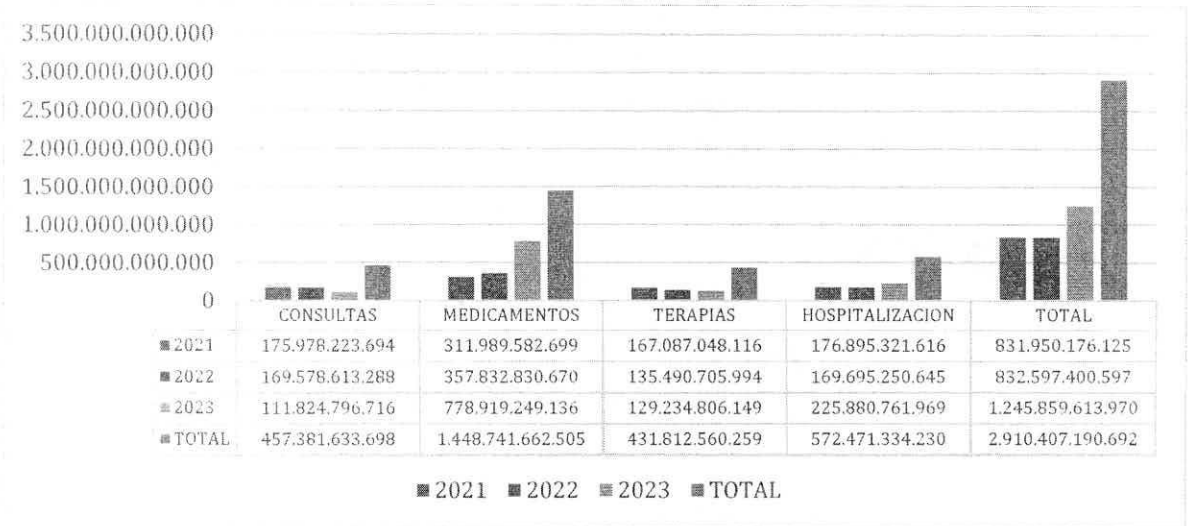
6 procedimientos financiados con cargo a presupuestos máximos.

3 procedimientos financiados con cargo a recursos de salud pública.

Por otra parte, se tienen los Medicamentos financiados con recursos públicos de la salud para atender la salud mental de la población para diversas patologías, entre estos se encuentran 66 principios activos y 4609 medicamentos.

Con el fin de hacer una aproximación a los costos asociados a la Política de salud mental en los últimos años, se realiza una estimación de los costos por grupo de servicios y tecnologías en salud total Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado.

Figura 8. Costos por Grupo de Servicios y Tecnologías en Salud.



	CONSULTAS	MEDICAMENTOS	TERAPIAS	HOSPITALIZACION	TOTAL
2021	175.978.223.694	311.989.582.699	167.087.048.116	176.895.321.616	831.950.176.125
2022	169.578.613.288	357.832.830.670	135.490.705.994	169.695.250.645	832.597.400.597
2023	111.824.796.716	778.919.249.136	129.234.806.149	225.880.761.969	1.245.859.613.970
TOTAL	457.381.633.698	1.448.741.662.505	431.812.560.259	572.471.334.230	2.910.407.190.692

Fuente: Base de Suficiencia UPC, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas. Elaboración propia (MSPS, 2025)

De tal forma, que para la vigencia 2023 se realizaron pagos por cada uno de las actividades y medicamentos relacionados con la salud mental por $1.2 billones, que fueron financiados con cargo a la UPC.

Por otra parte, la nación destinó en la vigencia 2024 recursos a través del Sistema General de Participaciones (SGP) un total de $1.6 billones para el componente de salud pública entre los que se encuentran los recursos que financian el plan de intervenciones colectivas (PIC) en el desarrollo de las actividades de salud mental.

Por lo anterior, el proyecto decreto ""*Por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental*" no generaría nuevas erogaciones para en el presupuesto

del Ministerio de Salud y Protección, ni para la nación, toda vez que las fuentes que apalancan la implementación de esta política se encuentran contempladas en la UPC, así como con los recursos que destinan las entidades territoriales a través del SGP- Salud Pública en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas.

7. Referencias

Adelman, H. S., y Taylor, L. (2006). Mental health in schools and public health. Public Health Reports, 121(3), 294-298. https://doi.org/10.1177/003335490612100312.

Agencia Nacional de Tierras. (2024). *Consejos comunitarios* [Conjunto de datos]. Portal de Datos Abiertos de la ANT. https://data-agenciadetierras.opendata.arcgis.com/datasets/4c3bda94f64c419ca1f911d00f5a43e9_0/explore

Agudelo-Hernández, F., García Cano, J. F., Salazar Vieira, L. M., Vergara Palacios, W., Padilla, M., Moreno Mayorga, B., & Restrepo, C. (2023). *Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: Barreras y desafíos. Revista Panamericana de Salud Pública, 47*, e138. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58322/v47e1382023.pdf

Agudelo-Hernández, F., y Rojas-Andrade, R. (2023). Mental health services in Colombia: a national implementation study. International Journal of Social Determinants of Health and Health Services, 53(4), 424-433. https://doi.org/10.1177/27551938231156023.

Almeida, O. P., y Fenner, S. (2002). Bipolar disorder: similarities and differences between patients with illness onset before and after 65 years of age. Int Psychogeriatr, 14(3), 311-322.

Almeida de, T. R. F. et al. (2020). A institucionalização do EAD no Corpo de Bombeiros de São Paulo para padronização do atendimento às tentativas de suicídio. Congresso Internacional de Educação e Tecnologias | Encontro de Pesquisadores em Educação a Distância. https://cietenped.ufscar.br/submissao/index.php/2020/article/view/1700.

Andrade, L. H. et al. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. Psychological Medicine, 44(6), 1303-1317. https://doi.org/10.1017/S0033291713001943.

Arenales, D., y Gómez, L. F. (2021). Psicología, ruralidad y salud mental en Colombia: una revisión de alcance. http://hdl.handle.net/10554/54070.

Arévalo, C., y Valencia, N. (2021). Desgaste del cuidador informal: burnout en población rural de Cundinamarca. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/4806/902171397%20-%20902172139%20RAI%20Desgaste%20del%20cuidador%20informal%20Burnout%20en%20poblaci%c3%b3n%20rural%20de%20Cundinamarca.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

Arnold, I. et al. (2021). Age bipolar disorder-epidemiology, aetiology and treatment. Medicina (Kaunas), 57(6), 587.

Asamblea General de las Naciones Unidas (2017). Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. https://www.consaludmental.org/publicaciones/Resolucion-DDHH-Salud-Mental.pdf.

Así Vamos en Salud (2022). Índice de salud rural 2022. https://asivamosensalud.org/sites/default/files/19.10.2022._indice_de_salud_rural_con_ajustes_1.pdf.

Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (2021, 1.° de octubre). Salud mental y ruralidad. Conferencia [archivo de video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=73Cpvt38Yek&ab_channel=ASCOFAPSI.

Asociación Colombiana de Neurología (2024, 20 de marzo). Comunicado a la opinión pública. https://www.portal.acnweb.org/.

Asociación Colombiana de Psiquiatría (2024, 12 de marzo). Comunicado a la opinión pública, ACP-062-24. https://psiquiatria.org.co/noticias/comunicado-a-la-opinion-publica-desabastecimiento-de-medicamentos/.

Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe Sespas2020. Gaceta Sanitaria, 34(1), 61-67.

Baksh, R. A. et al. (2021). Understanding inequalities in covid-19 outcomes following hospital admission for people with intellectual disability compared to the general population: a matched cohort study in the UK. BMJ Open. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052482.

Banco Interamericano de Desarrollo (2022). Sanar para crecer: bienestar emocional y salud mental en la primera infancia. https://www.iadb.org/es/whats-our-impact/CO-T167.

Bang, C. (2021). Abordajes comunitarios en salud mental en el primer nivel de atención: conceptos y prácticas desde una perspectiva integral. Revista Colombiana de

Ciencias Sociales, 12(2), 778-804. https://www.redalyc.org/journal/4978/497870463015/html/.

Barbui, C., y Albanese, E. (2020). Global mental health: good news, bad news and responsibilities for the future. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29, e76, 1-2. https://doi.org/10.1017/S2045796019000738.

Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352019000100004.

Bedoya Gallego, D. M. et al. (2020). Salud mental: de un ejercicio conceptual a un modelo de formación. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Bogotá: Uniminuto. ISBN: 978-958-763-385-6. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/9877/1/Libro_Salud%20Mental_2020.pdf

Beghi, E., y Giussani, G. (2018). Aging and the epidemiology of epilepsy. Neuroepidemiology, 51(3-4), 216-223.

Bello, D., y Rosero, L. (2022). Barreras y facilitadores en la atención de salud mental en Machetá, Cundinamarca. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/5569/902171097_902172172%20-%20RAI.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

Berardelli I., A. A. (2024). Characterization of psychiatric inpatients: the role of gender differences in clinical and pharmacological patterns. J Psychiatr Pract, 30(1), 2-12.

Bezerra de Lima, I. et al. (2021). The use of indicators for the management of mental health services. Rev. Latino-Am. Enfermagem. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4202.3409.

Bhugra, D. et al. (2017). The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. The Lancet. Psychiatry, 4(10), 775-818. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30333-4.

Borges, G. et al. (2019). Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: a regional report from the World Mental Health surveys. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29, e53. https://doi.org/10.1017/S2045796019000477.

Bran, L. et al. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacia la Promoción de la Salud, 25(2), 29-38. DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.2.6.

Breilh J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es.

Breilh, J. (2020). La determinación social de la salud y la transformación del derecho y la ética Metodología metacrítica para una ciencia responsable y reparadora. : Revista Redbioética - UNESCO. ISSN 2077-9445

Breilh, J. (2021). Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Oxford University Press 2021 DOI: 10.1093/med/9780190492786.001.0001.

Burlage, R., y Anderson, M. (2018). The Transformation of the Medical-Industrial Complex: Financialization, the Corporate Sector, and Monopoly Capital. En H. Waitzkin (ed.), Health Care under the Knife: Moving Beyond Capitalism for Our Health. New York: Monthly Review Press.

Buitrago-Duque, D. C. et al. (2020). Formación en salud mental en psicología, trabajo social, medicina, enfermería y terapia ocupacional en Colombia. Hacia la Promoción de la Salud, 25(2). http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v25n2/0121-7577-hpsal-25-02-00054.pdf.

Caldas-de-Almeida, J. M. (2020). Four reflections on the new global mental health priorities. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29, e75, 1-4. https://doi.org/10.1017/S2045796019000726.

Calderón Vélez, D. (2023). Hacia una atención oportuna, integral y de calidad en salud mental por medio del sistema de salud colombiano. Medellín: Universidad de Antioquia.
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/34686/10/Calder%C3%B3n Daniela_2023_Atenci%C3%B3nSaludMental.pdf.

Camargo Barrero, J. A. et al. (2020). Sentido de vida, depresión y ansiedad en población rural de Cundinamarca, Colombia. Revista de Ciencias Sociales, 26(4), 206-216. https://doi.org/10.31876/rcs.v26i4.34658.

Campo-Arias, A., y Barliza, F. A. (2020). Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico por médicos generales. Revista Colombiana de Psiquiatría, 49(1), 1-2.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502020000100001.

Cara Richardson, K. A. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: a narrative synthesis of risk factors. Social Science & Medicine, 276, 113831.

Castañeda, K., y Tobón, Y. (2023). Caracterización de las estrategias de intervención en salud mental comunitaria en los departamentos de Santander y Caldas (tesis de maestría). Universidad El Bosque, Bogotá.

Castaño, G. A. et al. (2018). Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura. Medellín: Universidad CES. ISBN 978-958-8674-59-9. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/3846/Salud-mental-en-v%EDctimas-de-desplazamiento-forzado-por-la-violencia-en-C....pdf?sequence=1.

Castillo-Martel, H. (2014). Horizontes epistemológicos de la psiquiatría: objetivando la subjetividad. Rev. Neuro-Psiquiatría, 77(2). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000200004.

Castro, S. et al. (2020). Assessing the integration of behavioral health services in primary care in Colombia. Administration and Policy in Mental Health, 47(3), 435-442. https://doi.org/10.1007/s10488-019-01002-4.

Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud (2022). Índice de Salud Rural 2022. https://asivamosensalud.org/sites/default/files/19.10.2022._indice_de_salud_rural_con_ajustes_1.pdf.

Centro Nacional de Memoria Histórica (2013). ¡Basta ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional.

Centro Nacional de Memoria Histórica (2018). Sujetos victimizados y daños causados. Balance de la contribución del CNMH al esclarecimiento histórico. Bogotá: CNMH.

Chronister, J., Fitzgerald, S., y Chou, C. C. (2021). The meaning of social support for persons with serious mental illness: a family member perspective. Rehabil. Psychol., 66, 87-101.

Coca, V. (2019). ¿Por qué se necesita incorporar la psicología a la emergencia extrahospitalaria? Revista Cuadernos de Crisis, 18 (2), 16-42.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletin-9-discapacidad.pdf.

Collazos, J. M., Alzate, A., y Pacheco, R. (2018). Caracterización de la población con discapacidad en las cinco ciudades principales de Colombia. Boletín. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletin-9-discapacidad.pdf.

Colombia, Congreso de la República. Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (9 de octubre de 2006). D.O. 46417.

Colombia, Congreso de la República. Decreto 1151 de 2008 (14 de abril de 2008). https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=29774#:~:text=Este%20Decreto%20tiene%20como%20objetivo,la%20informaci%C3%B3n%20y%20la%20comunicaci%C3%B3n.

Colombia, Congreso de la República. Decreto 2957 de 2010. Por el cual se expide un marco normativo para la protección integral del grupo étnico Rrom o gitano (6 de agosto de 2010). https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=40124.

Colombia, Congreso de la República. Decreto 4798 de 2011 (Ministerio de Educación Nacional). Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1257 de 2008, "por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los códigos Penal y de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones (20 de diciembre de 2011).

Colombia, Congreso de la República. Decreto 1973 de 2013 (11 de septiembre de 2013). https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1973-de-2013.pdf.

Colombia, Congreso de la República. Decreto 1953 de 2014 (Ministerio del Interior). Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los territorios indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política (7 de octubre de 2014). http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_1953_2014.html.

Colombia, Congreso de la República. Decreto Único 780, sector de la salud (6 de mayo de 2016). https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813..

Colombia, Congreso de la República. Decreto 762 de 2018 (Ministerio del Interior). Por el cual se adiciona un capítulo al título 4 de la parte 4 del libro 2 del Decreto 1066 de 2015, único reglamentario del sector administrativo del interior, para adoptar la política pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas que hacen parte de los sectores sociales LGBTI y de personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas (7 de mayo de 2018).

Colombia, Congreso de la República. Decreto 376 de 2022. Por el cual se adiciona el capítulo 3 al título 1 de la parte 7 del libro 2 del Decreto 780 de 2016, único reglamentario del sector de la salud y protección social, en relación con la fijación de los lineamientos para la puesta en marcha del Sistema de Formación Continua para el Talento Humano en Salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20376%20de%202022.pdf.

Colombia, Congreso de la República. Decreto 767 de 2022. Lineamientos generales de la Política de Gobierno Digital (16 de mayo de 2022). https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=186766..

Colombia, Congreso de la República. Ley 1616 de 2013. Por la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. D.O. 48.680.

Colombia, Congreso de la República. Ley 1996 de 2019. Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad.

Colombia, Congreso de la República. Ley 2294 de 2023. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026: "Colombia, potencia de la vida". https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=209510.

Colombia, Congreso de la República. Ley 2297 de 2023. Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos.

Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria 1618 de 2013. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. D.O. 49.427.

Colombia, Congreso de la República. Resolución 2367. Por la cual se ajustan los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022, así como los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Ministerio de Salud y Protección Social (29 de diciembre de 2023).

Comisión de la Verdad (2022). Resistir no es aguantar. Violencias y daños contra los pueblos étnicos en Colombia. https://www.comisiondelaverdad.co/sites/default/files/descargables/2022-08/Informe%20final%20Resistir%20no%20es%20aguantar%20Etnico%20%281%29.pdf.

Comisión de la Verdad (2022). Sufrir la guerra y rehacer la vida. Impactos, afrontamientos y resistencias. Informe final "Hay futuro si hay verdad".

Constitución Política de Colombia (1991). https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125.

Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro lima/documents/publication/wcms_345065.pdf.

Convenio 547 de 2015 (2016, septiembre). Lineamiento de participación social en salud mental. Documento técnico para el desarrollo de capacidades (Colombia).

Corte Constitucional (2016). Sentencia T-010/16. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-010-16.htm.

Corte Constitucional (2017). Sentencia de unificación, SU097/17.

Corte Constitucional (2022). Sentencia T-276/22. https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/T-276-22.htm.

Cuartas, J. et al. (2019). The invisible wounds of five decades of armed conflict: inequalities in mental health and their determinants in Colombia. International Journal of Public Health, 64(5), 703-711. https://doi.org/10.1007/s00038-019-01248-7.

D'Amore, E., González Cowes, V., y Logiovine, S. (2015). Reflexiones y aportes de la psicología para pensar el proceso de salud-enfermedad-atención en el ámbito rural. En F. Landini (ed.), Hacia una psicología rural latinoamericana (pp. 269-282). Universidad de la Cuenca del Plata. Disponible en https://redaf.org.ar/wp-content/uploads/2015/02/Hacia_una_psicologia_rural.pdf.

De Vicente Abad, J. (2023). Bienestar y salud mental en la escuela. Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones. https://www.aepap.org/sites/default/files/pag_15_21_bienestar_y_salud_mental.pdf

Defensoría del Pueblo (2022). Defensor advierte un aumento del suicidio de menores de edad. https://www.defensoria.gov.co/-/defensor-advierte-un-aumento-del-suicidio-de-menores-de-edad.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2005). Censo General de 2005. Bogotá, D.C.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2019). Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA). https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/encuesta-nacional-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-encspa.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2019, 16 de septiembre). Población indígena de Colombia. Resultados del Censo Nacional de Vivienda 2018. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2019, 16 de octubre). Comunicado de prensa del 16 de octubre de 2019 sobre la entrega de resultados de la población gitana o Rrom en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/comunicado-grupos-etnicos-poblacion-gitana-rrom-2019.pdf.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2019, 6 de noviembre). Población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera. Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018.

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-poblacion-NARP-2019.pdf.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2019, 25 de noviembre). Comunicado de prensa del 25 de noviembre de 2019 sobre entrega de resultados. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/comunicado-grupos-etnicos-poblacion-NARP-2019-debate-ctrl-politico-camara-rep.pdf.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2020). Mujeres y hombres: brechas de género en Colombia. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/mujeres-y-hombre-brechas-de-genero-colombia-informe.pdf..

Departamento Nacional de Planeación (2020, 14 de abril). Conpes 3992. Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf

Departamento Nacional de Planeación (2024). Evaluación institucional Documento CONPES 3992 "Estrategia para la promoción de la Salud Mental". Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021). Glosario de grupos étnicos. https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/Glosario_etnicos.pdf.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021). Resultados de pueblos indígenas [dataset]. Geovisor. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/visor-pueblos-indigenas-06-2021.xlsx.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021). Salud mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia. Nota Estadística. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf. .

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021, diciembre). Censo de Habitantes de la Calle 2021. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/presentacion-CHC-resultados-generales-2021.pdf.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2024, 11 de abril). Mercado laboral de la población LGBT. Año móvil marzo 2023-febrero 2024. Boletín técnico.

https://www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIHMLLGBT-mar2023-feb2024.pdf.

Departamento Nacional de Planeación (2010). Pueblo rom (gitano) de Colombia: haciendo camino al andar. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Pueblo%20rom%20Gitano.pdf.

Departamento Nacional de Planeación (2016). Lineamientos para la implementación del enfoque de derechos y la atención diferencial a grupos étnicos en la gestión de las entidades territoriales. República de Colombia. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Lineamientos%20Enfoque%20Diferencial%20%C3%89TNICO%20VPublicable%20FINAL%20260216.pdf.

Departamento Nacional de Planeación (2022). Implementación de acciones que contribuyan al empoderamiento social y económico de las condiciones de las mujeres. https://proyectostipo.dnp.gov.co/images/pdf/Mujeres/PT_Mujeres-20220909.pdf.

Departamento Nacional de Planeación (2023). Evaluación institucional. Documento Conpes 3992. Estrategia para la promoción de la salud mental. Bogotá, D.C.: DNP.

Di Iorio et al (2023). Entre la subsistencia y la supervivencia: Intersecciones entre situación de calle y salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Instituto de Investigaciones; Anuario de Investigaciones; 29; 4-2023; 481-491. Disponible en http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/29/sapey.pdf

Donetto et al (2024). "It's a delicate topic": Stigma, capabilities and young people's mental health in post-conflict Colombia. Global public health, 19(1), 2346947. https://doi.org/10.1080/17441692.2024.2346947

Eraso Bucheli, E. (2022). Evolución del financiamiento de la Salud Mental en Colombia, entre 2016 y 2019: una reflexión crítica sobre sus resultados. [Universidad Antonio Nariño] http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/7251.

Frank et al (2023). Work as a social determinant of health in high-income countries: past, present, and future. Lancet (London, England), 402(10410), 1357–1367. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00871-1

González, Lina et al. (2019). Estigma y discapacidad psicosocial en el marco de los resultados en salud mental del conflicto armado en Colombia. Foco particular población indígena y afrodescendiente. Fundación Saldarriaga Concha. Disponible en https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/Investigacion-estigma-y-discapacidad-psicosocial-final-1.pdf

Guzmán Sánchez, et al (2022). La vida en el desplazamiento indígena en Bogotá: armonía, desarmonía y territorio. En S. Vargas-Cruz e I. Parra-García (comps.), Calidad de vida, buen vivir y salud: indígenas en la ciudad. El caso de seis pueblos migrantes a Bogotá (pp. 292-314). Bogotá: Editorial Universidad El Bosque y Editorial Universidad Nacional

Halfon et al. (2018). Handbook of Life Course Health Development. Springer. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543707/

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2022). Forensis. Datos para la vida. Disponible en: https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/989825/Forensis_2022.pdf.

Instituto Nacional de Salud (2019). Observatorio Nacional de Salud. Acceso de servicios en Salud en Colombia - Salud Mental [internet]. Bogotá, D.C. https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20.Colombia.pdf.

Instituto Nacional de Salud (2023). Observatorio Nacional de Salud. Policy Brief. Identificación de barreras de la depresión no atendida en Colombia y recomendaciones de política. https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones%20alternas/Policy%20Brief%20Identificaci%C3%B3n%20de%20barreras%20de%20la%20depresi%C3%B3n%20no%20atendida%20en%20Colombia%20y%20recomendaciones%20de%20pol%C3%ADtica.pdf.

Kivimäki (2015). Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. Curr Cardiol Rep 17, 74. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s11886-015-0630-8

Kyu Choi et al. (2019). Estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia. Resultados de una encuesta nacional. Universidad Simón Bolívar.

https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/SexualOrientation/IESOGI/Academics/1912_Colombia_Report_Spanish_FINAL.pdf

Leiva- Peña V, Rubí-González P y Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e158. https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158

Livingston et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet (London, England), 404(10452), 572–628. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0

Mardones-Escapa, et al (2023). Revisión sobre el estigma en salud mental en población militar. Sanidad Militar, 79(2), 129-135. Epub 05 de febrero de 2024.https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712023000200011

Ministro de Salud y Protección Social (2016). Documento Técnico y Manual de Gestión de Promoción de la Salud Mental, Prevención y Atención a Problemas y Trastornos Mentales en el marco de la Construcción y Consolidación de Paz. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Lineamientos-tecnico-salud-mental-posconflicto-2016.pdf

Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2022).Caracterización de personas habitantes de la calle en Colombia entre 2017 y 2021. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/caracterizacion-habitates-calle-colombia-2017-2021.pdf

Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2023). Estrategia de acompañamiento psicosocial para población migrante venezolana, población colombiana retornada, comunidades de acogida o receptoras, y lineamientos para su implementación. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Estrategia_psicosocial_poblacion_migrante_y_lineamientos.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Modelo de salud preventivo y predictivo para una Colombia potencia mundial de la vida (versión del 22 de octubre de 2022). Formato PDF. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031

Ministerio de Salud y Protección Social (2024). Sedes comunitarias de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Documento interno. Bogotá, Colombia.

Ministro de Salud y Protección Social (2024). Análisis de Situación de la Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales. Colombia, 2024. Pendiente publicación

McLean, C. P. et al. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. Journal of Psychiatric Research, 45(8), 1027-1035.

Niedhammer et al (2021). Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe. Int Arch Occup Environ Health 95, 233–247 Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00420-021-01737-4

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (2020). Salud mental y derechos humanos. Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 19 de junio de 2020. A/HRC/RES/43/13. Disponible en https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g20/159/05/pdf/g2015905.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2007). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). Género y Salud. Disponible en :https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=Los%20determinantes%20de%20la%20salud,los%20niveles%20del%20personal%20sanitario.

Organización Mundial de la Salud (2022). Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthning-our-response.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). Informe Regional de las Américas. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCOVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud (2023). Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington, D.C. Disponible en : https://doi.org/10.37774/9789275327715.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Atlas de salud mental de las Américas 2020. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://iris.paho.org/handle/10665.2/58886

Procuraduría General de la Nación (10 oct 2022). II Foro Salud mental: Avances y retos en la prevención y atención integral de la salud mental en Colombia. Disponible en canal oficial de Procuraduría General: https://www.youtube.com/watch?v=Co5tZmv6R-Q

Proyecto AMARES. (2006). Salud mental comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. Ministerio de Salud Perú. Recuperado de https://airamvl.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/12/salud_mental_comunitaria_perc3ba.pdf

Rosa-Dávila, E., & Mercado-Sierra, M. A. (2020). Salud Mental Comunitaria: Una Explicación del Modelo. Voces desde el Trabajo Social, 8 (1), 270-289. Disponible en: https://doi.org/10.31919/voces.v8i1.227

Rugulies, et al. (2023). Work-related causes of mental health conditions and interventions for their improvement in workplaces. Lancet (London,England), 402(10410), 1368–1381. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00869-3

Ruiz Eslava et al (2020). Percepción de las necesidades en salud mental de población migrante venezolana en 13 departamentos de Colombia. Reflexiones y desafíos. Gerencia Y Políticas De Salud, 19, 1–18. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.pnsm

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069–1081. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Sanabria-Mazo, J. P., Useche-Aldana, B., Ochoa, P. P., Rojas-Gualdrón, D. F., & Sanz, A. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia: Estudio PSY-COVID. Editorial CES.

Tangcharoensathien, V. et al. (2020). Primary health care and sustainable development goals. Bull World Health Organ. 1;98(11): 792-800. doi: 10.2471/BLT.19.245613. Epub 2020 Sep 3. PMID: 33177776; PMCID: PMC7607463.

The Lancet (2018). Comisión de Salud Global de The Lancet sobre financiación de la atención primaria de salud: ponemos a las personas en el centro. https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/commissions/financing-primary-health/Spanish_exec_summary-1649232288047.pdf.

Tough et al. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. BMC public health, 17(1), 414. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4308-6

Värnik, A. et al. (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15-24 in 15 European countries. Journal of Affective Disorders, 113(3), 216-226.

Williams, D. R., Lawrence, J. A., & Davis, B. A. (2019). Racism and Health: Evidence and Needed Research. Annual review of public health, 40, 105–125. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750

Williams et al. (2019). Racism and Health. Annual review of public health, 40, 105–125. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750