

La atención de la salud mental: un análisis de la oferta de servicios en el departamento de Antioquia en el 2025

Mental health care: an analysis of the service offering in the department of Antioquia in 2025

Atenção à saúde mental: uma análise da oferta de serviços no departamento de Antioquia em 2025

Dubis Marcela Rincón Barreto¹
Julián David Colorado Agudelo²
Elizabet Ruiz Zuluaga³

Recibido: 19 de marzo del 2025

Aprobado: 13 de junio del 2025

Publicado: 16 de julio de 2025

Cómo citar este artículo:

Rincón Barreto, D.M., Colorado Agudelo, J.D. y Ruiz Zuluaga, E. (2025). La atención de la salud mental: un análisis de la oferta de servicios en el departamento de Antioquia en el 2025. *Pensando Psicología*, 21(2), 1-18.
doi: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2025.02.04>

Artículo de investigación. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2025.02.04>

¹ Magíster en Neuropsicología Clínica. Docente asociada y lideresa del grupo de investigación Farmacodependencia y otras adicciones de la Facultad de Ciencias sociales, salud y bienestar de la Universidad Católica Luis Amigó, Colombia.

Correo electrónico: dubis.rinconba@amigo.edu.co

² Doctorando en administración. Magíster en Salud Pública, Analista de operaciones de Suramericana IPS, Colombia.

Correo electrónico: jdcolorado@sura.com.co

³ Magíster en Psicología y Salud Mental, Docente asistente y coordinadora de la maestría en Adicciones y salud mental de la Facultad de Ciencias Sociales, salud y bienestar de la Universidad Católica Luis Amigó, Colombia.

Correo electrónico: elizabet.ruizzu@amigo.edu.co



Resumen

Este artículo presenta el análisis sobre los servicios de salud mental ofertados para el departamento de Antioquia. Se hizo un estudio descriptivo considerando los datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud; se encontraron diferencias en cuanto a la oferta de acuerdo con las subregiones del departamento, siendo el Nordeste y el Magdalena Medio las regiones que más atención requieren por parte de las entidades territoriales, dada la baja oferta de servicios de salud mental. También se encontró que hay mayor formación de profesionales en psicología respecto a los médicos psiquiatras, y estas son las dos profesiones que se asocian con la atención en salud mental. Se requiere una planeación de un sistema de red hospitalaria, ya sea desde el sector público o mediante la creación de sinergias mixtas con el sector privado, por ser una prioridad para garantizar la prestación de servicios de salud mental en Antioquia.

Palabras clave: Atención primaria de la salud, servicios de salud, salud mental, psicología, psiquiatría

Abstract

This article presents an analysis of the supply of health services with emphasis on mental health in the department of Antioquia. A descriptive study was carried out considering the data of the Special Registry of Health Service Providers. Differences were found regarding the supply according to the sub-regions of the department, being the Northeast and Magdalena Medio the regions that require more attention from the territorial entities due to the low supply of mental health services. It was also found that there is more training of professionals in psychology than psychiatrists, and these are the two professions that are associated with mental health care. The planning of a hospital network system, either from the public sector or by creating mixed synergies with the private sector, is a priority to guarantee the provision of mental health services in Antioquia.

Keywords: Primary health care, mental health, psychology, psychiatry, health services.

Resumo

Este artigo apresenta uma análise dos serviços de saúde mental oferecidos no departamento de Antioquia. Foi realizado um estudo descritivo com dados do Registro Especial de Prestadores de Serviços de Saúde. Foram encontradas diferenças na oferta de serviços entre as sub-regiões do departamento, sendo as regiões Nordeste e Magdalena Médio as que mais demandam atenção das autoridades locais, dada a baixa oferta de serviços de saúde mental. Constatou-se também que há maior formação de profissionais em psicologia do que em psiquiatras, sendo estas as duas profissões mais associadas à atenção em saúde mental. É necessário o planejamento de uma rede hospitalar, seja por meio do setor público, seja pela criação de sinergias conjuntas com o setor privado, visto que esta é uma prioridade para garantir a prestação de serviços de saúde mental em Antioquia.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, serviços de saúde, saúde mental, psicologia, psiquiatría

Introducción

El creciente interés por el desarrollo de prácticas asociadas al mejoramiento de la salud mental responde a los vertiginosos cambios sociales y los desafíos que ha enfrentado la humanidad, como por ejemplo la pandemia ocasionada por COVID-19 durante el 2020 y parte del 2021. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2022), dicha pandemia provocó importantes afectaciones en la salud mental, las cuales se derivaron de las medidas adoptadas para evitar el contagio, como, por ejemplo, la implementación del aislamiento social, el teletrabajo o trabajo remoto y el relacionamiento social a través de la virtualidad.

Desde entonces, la salud y el bienestar mental de las personas, se han visto afectados, sobre todo en quienes ya padecían algún trastorno mental, debido a las fallas en la atención médica, los deficientes sistemas sanitarios y las desigualdades socioeconómicas (Moreno et al., 2020). Asimismo, algunos autores como Steenblock et al. (2020) afirman que dicho aumento en las afectaciones mentales puede estar relacionado con secuelas derivadas del contagio por el virus, como por ejemplo la desregulación del sistema de estrés, que podría contribuir al desarrollo o exacerbación de trastornos psiquiátricos.

En consecuencia, son frecuentes las preguntas que aparecen en relación con la oferta de servicios orientados al cuidado de la salud mental, el desarrollo y avance de la infraestructura física para la oferta de estos servicios, así como por la dotación de recursos tecnológicos, la formación y condiciones laborales del talento humano especializado para la atención en esta área. Según la Organización Mundial de la Salud (2013), la calidad de los servicios en salud, se define como la posibilidad que tienen las personas de contar con servicios que sean efectivos para la atención de problemáticas derivadas de su estado de salud.

Por ejemplo, en Colombia se ha encontrado que dicha calidad en los servicios de salud y específicamente en los relacionados con salud mental, se caracteriza por las brechas para el acceso, en gran parte por la falta de coordinación de los equipos, la sobrecarga laboral y la baja o escasa financiación (Agudelo-Hernández et al., 2024; Garavito et al., 2023). De igual forma, en los territorios o lugares donde el conflicto armado es cada vez más hostil, las instituciones y organizaciones suelen quedarse sin recursos, dejando de lado otros aspectos que potencialmente pueden ser factores de protección para la salud mental, como la educación, la recreación y espacios para el movimiento y la actividad física (Tamayo-Agudelo et al., 2019).

Normatividad en servicios de salud y salud mental en Colombia

La normatividad en Colombia, relacionada con salud, se basa en la Ley 100 de 1993, la cual tiene el propósito de mejorar las condiciones de salud de sus habitantes a partir de la implementación de intervenciones sectoriales e intersectoriales. Esta ley busca garantizar la cobertura integral de servicios de salud, promoviendo el bienestar individual y la integración a la comunidad (Congreso de Colombia, 1993). Según Vargas y Molina (2009), con la aplicación de esta ley, el país inició un proceso de cambio en la prestación de servicios de salud, dejando atrás un sistema desarticulado que beneficiaba a ciertos sectores de la población, mientras dejaba desprotegidos a otros. No obstante, persisten preocupantes brechas de inequidad y de desigualdad en la prestación de los servicios.

El mejoramiento del acceso equitativo y la continuidad de la prestación del servicio de salud se consolidó en la formulación de la Ley 1122 de 2007, en la cual se introdujo reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuyo propósito es mejorar la eficiencia en la gestión de servicios y optimización de los mecanismos de referencia y contrarreferencia, estableciendo lineamientos para la articulación de las redes de prestación de servicios de salud y la garantía en la oportunidad en la atención y fortalecimiento de la supervisión de las Entidades Promotoras de Servicios en Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) en la gestión del riesgo de la salud mental (Congreso de la República de Colombia, 2007).

La ley 1438 de 2011, refuerza el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) y promueve un enfoque integral de redes de prestación de servicios con especial énfasis en la salud mental, en la que se establece que las IPS deben garantizar la continuidad de la atención a través de mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia evitando la interrupción en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales y asegurando su atención en los diferentes niveles de complejidad (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Por su parte, la Ley 1751 del 2015, regula el derecho a la salud como un derecho fundamental, de los individuos y las comunidades, estableciendo las condiciones para el acceso y la atención de las problemáticas asociadas a la salud mental. Igualmente, determina que el estado adoptará las políticas en el marco de la igualdad de oportunidades y generará actividades relacionadas con la promoción, la prevención, el diagnóstico y tratamiento e intervención que requieran la población colombiana, tanto a nivel individual como colectivo (Congreso de la República de Colombia, 2015).

La Política de Atención integral en Salud (PAIS), sancionada mediante la Resolución 429 del 2016, la cual se enlaza a la normatividad anterior, busca garantizar

las condiciones óptimas del sistema de salud a la población colombiana. Por ello, regula las diferentes intervenciones que realizan los prestadores de servicios de salud, promoviendo una articulación basada en principios de calidad, eficiencia y sostenibilidad (Ministerio de Salud, 2016).

De igual manera, Colombia reconoce en dicha política los determinantes sociales de la salud, como aquellas circunstancias en que las personas desde que nacen, cuentan o no con las posibilidades para desarrollarse conforme las necesidades propias de cada etapa de la vida y el contexto en el que vive, el cual, se caracteriza por aspectos como la distribución del dinero, el poder y los recursos en los ámbitos mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2005) siendo estos, factores determinantes, que afectan a las poblaciones (Ministerio de Salud, 2016).

En este sentido, la política (PAIS) propone cuatro estrategias, las cuales abordan el enfoque en salud familiar y comunitaria de la salud mental, el cuidado de las personas y sus entornos, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial para los territorios y las poblaciones. Para su implementación, se diseñó el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el cual tiene como objetivo garantizar una oferta de servicios de salud oportuna, equitativa y de calidad, centrada en la persona, su bienestar y desarrollo. El MIAS considera el curso de vida y los grupos de riesgo dentro de la población, adaptándose a las condiciones específicas de cada territorio (Ministerio de Salud, 2016).

Respecto a la salud mental, la Ley 1616 del 2013 y la Política de Salud Mental del 2018, establecen la necesidad de velar por el derecho a la atención de salud mental de forma efectiva y con calidad, lo que incluye priorizar a la infancia y la adolescencia. Esto, debido a que la salud mental es también un derecho, del cual el estado debe de hacerse cargo a través del sistema de salud y una red articulada de prestación de servicios bajo diferentes modalidades: atención ambulatoria, domiciliaria, prehospitalaria y urgencias psiquiátricas (Congreso de Colombia, 2013).

Por parte, el decreto 780 de 2016, es considerado como la normativa que establece que el SGSSS debe garantizar mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia para asegurar la prestación de servicios en los diferentes niveles de atención, priorizando pacientes con necesidades urgentes o crónicas en salud mental. La resolución 3202 de 2016 y la resolución 2626 de 2019 establece los lineamientos específicos para la atención integral en salud mental en la cual se incluye la articulación entre IPS de primer nivel, las de segundo y tercer nivel de complejidad, con el fin de garantizar la continuidad en la atención y acceso oportuno a los servicios requeridos.

Intervención en Salud Mental en Colombia

En términos de salud mental, en Colombia la atención y priorización de esta temática se ha realizado a través de intervenciones basadas en modelos y guías nacionales e internacionales, las cuales tienen como propósito establecer lineamientos claros que disminuyan las brechas para la atención de la salud mental en los individuos y las comunidades. Esto considerando que la intervención basada en la evidencia posibilita la formación de la fuerza laboral en salud no especializada, quienes en la mayoría de los casos son los encargados de brindar atención en salud mental a las poblaciones.

Un ejemplo de este tipo de intervenciones, son las que se realizan con base en el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por su sigla en inglés), considerado como una estrategia que incluye orientaciones técnicas, instrumentos y directrices basadas en la evidencia para el abordaje de las enfermedades mentales y/o neurológicas, así como aquellas problemáticas derivadas del consumo de sustancias psicoactivas, desde un enfoque centrado en la persona para mejorar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud (Keynejad et al., 2021)

No obstante, el país y las regiones enfrentan desafíos significativos debido a la poca claridad en la aplicación e implementación de la guía por parte de los profesionales. Esto se debe principalmente a dos grandes causas, la falta en la formación de profesionales en la aplicación de las estrategias de intervención y la escasa asignación de recursos para planes y programas de capacitación (Henao et al., 2009; Agudelo et al., 2024).

De otra parte, se encuentra la estrategia, denominada Rehabilitación basada en la comunidad (RBC), la cual busca mejorar la distribución de oportunidades, la reducción de la pobreza y la inclusión de las personas en situación de discapacidad, además de involucrar a las familias, los cuidadores, la academia, las comunidades locales y otros actores de salud responsables del proceso (Ministerio de salud, 2014). Pese a ello, se han identificado algunas barreras para la participación de las personas en los grupos de RCB, como el factor económico (Marulanda López et al., 2023), el estigma que limita la participación libre de las personas, la implicación de costos sociales y afectaciones en su salud mental (Campos-Arias, 2020; Agudelo et al., 2023).

Lo anterior, permite reconocer que, en Colombia, se ha hecho un esfuerzo por generar normativa respecto a la salud y específicamente la salud mental, ofreciendo lineamientos, aunque con limitados recursos para su implementación. El factor formación del recurso humano, es un aspecto sobre el que se debe seguir indagando, así como por las condiciones laborales que se puedan ofrecer a los profesionales.

A continuación, se presenta la caracterización de la oferta de servicios de salud mental en el Departamento de Antioquia para el año 2025, considerando algunas

variables como la subregión donde se oferta el servicio y el personal especializado con el que se cuenta para la atención en salud mental.

Método

Estudio cuantitativo, descriptivo, con un diseño transversal. La investigación se basó en los datos del año 2025, proveniente del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), base de datos oficial del Ministerio de Salud de Colombia donde todos los prestadores deben de inscribirse para poder operar obligatoriamente. La información fue organizada mediante técnicas de georreferenciación y geolocalización, lo que permitió su análisis por municipios y regiones del departamento de Antioquia. Se tuvieron en cuenta los servicios habilitados de consulta externa en psicología y psiquiatría, así como los servicios de internación.

Muestra

La muestra del estudio estuvo conformada por la totalidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de naturaleza pública, privada, mixta y profesionales independientes registrados en el REPS, con servicios habilitados en el área de salud mental en el departamento de Antioquia.

Para el corte de enero de 2025, se identificaron 1961 servicios de salud habilitados que ofrecían consulta externa en psicología, consulta externa en psiquiatría o servicios de internación en salud mental. Antioquia, como una de las entidades territoriales más pobladas y con mayor desarrollo del país, cuenta con una estructura de red de servicios amplia y diversa, distribuida en nueve subregiones y 125 municipios. Según proyecciones oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), para el 2023, el departamento tiene una población estimada de aproximadamente de 6,7 millones de habitantes, lo que permitió dimensionar la oferta de servicios en relación con las necesidades potenciales de atención en salud mental.

Criterios de inclusión y exclusión

En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron todos los prestadores de servicios de salud habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con fecha de corte a enero del año 2025, ubicados en el departamento de Antioquia y con categorización de servicios de consulta externa en psicología, consulta externa en psiquiatría o servicios de internación en salud mental.

Se incluyeron tanto instituciones públicas como privadas, sin distinción de nivel de complejidad, siempre que estuvieran activas y con información disponible en el sistema. Se excluyeron del análisis los registros con datos incompletos, inconsistencias geográficas o de habilitación, así como aquellos servicios que no estuvieran categorizados específicamente en el área de salud mental o no correspondiera a modalidades de atención ambulatoria o de internación.

Procesamiento y análisis de datos

La información fue organizada mediante técnicas de georreferenciación y geolocalización, permitiendo su análisis por municipios y regiones del departamento de Antioquia. Se tuvieron en cuenta los servicios habilitados de consulta externa en psicología y psiquiatría, así como los servicios de internación.

Se consideraron como variables del estudio, las características generales del prestador: IPS habilitada en el departamento de Antioquia con servicios de salud mental. La naturaleza del prestador: pública, privada, mixta y profesional independiente y la oferta de servicios: consulta externa e internación derivadas de salud mental.

Depuración y estructuración

Para garantizar la calidad y fiabilidad de la información analizada, se llevó a cabo un proceso de depuración y estructuración de datos. Como primer paso se realizó una verificación de la consistencia e integración de cada una de las variables y opciones de respuesta de la base de datos del REPS, se identifican y eliminan datos incompletos o inconsistentes; como segundo paso, se organizó la información según variables claves, categorización del tipo de prestador, ubicación geográfica y servicios ofertados en el área de salud mental y, finalmente, se estructuraron los datos en formatos adecuados para su análisis estadístico y geoespacial, asegurando su correcta interpretación y visualización.

Análisis estadístico y epidemiológico

Para el procesamiento y análisis de los resultados se utilizó el software estadístico SPSS y para la organización de los resultados, Microsoft Office Excel y para los informes, Word. Para caracterizar la distribución de los prestadores de servicios de salud mental, se utilizaron frecuencias y porcentajes, permitiendo analizar su clasificación según tipo de prestador, ubicación geográfica y oferta de servicios. Se procesaron

los datos a través de indicadores epidemiológicos como razones y tasas de oferta de servicios (Colorado Agudelo, 2024). Además, se emplearon tablas y gráficos para visualizar de manera clara los patrones en la prestación de estos servicios, facilitando la interpretación de los datos y la identificación de posibles tendencias en la oferta disponible en el departamento de Antioquia (González et al., 2020).

Consideraciones éticas

La información analizada proviene de fuentes de acceso público, específicamente del REPS, por lo que no se requiere consentimiento informado para su uso. De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo (Ministerio de Salud, 1993). Asimismo, se garantiza la protección de datos sensibles mediante la cuantificación de la información por municipio y región, evitando la divulgación de datos personales de los prestadores de servicios de salud.

Resultados

El Departamento de Antioquia se organiza en nueve regiones geográficamente, cada una de ellas está integrada por municipios de los 125 registrados en el departamento. Según los registros del DANE, proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2023, el valle de Aburrá es la región más poblada de todo el departamento, representado en un 62,6% del total de los habitantes, seguido por la región del oriente con un 10,8%, las demás regiones representan el 26,6% restante.

En la Tabla 1 se presenta el número de registros de servicios de psicología y psiquiatría habilitados según el Registro Especial de Prestación de Servicios de Salud para el año 2025 en el departamento de Antioquia, en las nueve subregiones que la conforman. Al comparar el número de habitantes por subregión y analizar los indicadores de razón para los servicios de psicología, se evidencia que la mayor oferta de estos servicios se encuentra en la región del Oriente, con un psicólogo por cada 3.008 habitantes, seguida por el Valle de Aburrá, con un psicólogo por cada 3.539 habitantes.

Las demás regiones presentan índices significativamente mayores, hasta llegar a la subregión con menor oferta, el Nordeste, donde hay un psicólogo por cada 13.587 habitantes.

Tabla 1. Total de los servicios de psicología y psiquiatría habilitados en las regiones y municipios de Antioquia, REPS 2025

Subregión	Psicología	Psiquiatría	Población	Razón paciente x psicología	Razón paciente x psiquiatría	Psicólogo * 100.000 habitantes	Psiquiatra * 100.000 habitantes
BAJO CAUCA	29	6	262,323	9,046	43,720	11	2
MAGDALENA MEDIO	12	2	107,620	8,968	53,810	11	2
NORDESTE	15	2	203,804	13,587	101,902	7	1
NORTE	37	8	250,215	6,763	31,277	15	3
OCCIDENTE	21	3	213,894	10,185	71,298	10	1
ORIENTE	233	34	700,872	3,008	20,614	33	5
SUROESTE	43	10	373,305	8,682	37,331	12	3
URABÁ	81	11	529,353	6,535	48,123	15	2
VALLE DE ABURRÁ	1155	258	4,084,833	3,537	15,833	28	6

En cuanto al servicio de psiquiatría, la oferta es aún más limitada. Al analizar las tasas por cada 100.000 habitantes, se observa que en las subregiones del Nordeste y Occidente solo hay un psiquiatra habilitado. Destaca la región del Oriente, con cinco servicios habilitados, seguida por el Valle de Aburrá, que también presenta una mejor disponibilidad en comparación con otras subregiones.

Los datos evidencian disparidades en las nueve regiones del ente territorial. Mientras Medellín y su área metropolitana cuentan con una mayor oferta de IPS que ofrecen servicios de salud con énfasis en salud mental, las demás regiones presentan una infraestructura deficiente tanto en términos físicos como en cuanto al talento humano especializado. Estos hallazgos no solo limitan el acceso oportuno de la atención integral, sino que también agrava los casos de pacientes que no cuentan con una red de atención adecuada.

En la tabla 2, se observa un total de 1961 servicios en salud ofertados en el Departamento de Antioquia. El 83% corresponde a servicios de psicología y el 17% restante a los servicios de psiquiatría, siendo menor la cantidad de médicos psiquiatras en las regiones en relación con el número de habitantes.

Tabla 2. Servicios de salud habilitados en Antioquia para servicios de salud mental por naturaleza

Naturaleza jurídica	Psicología		Psiquiatría		Total general	Porcentaje general
	n	%	n	%		
Mixta	4	0,2	1	0,3	5	0,3
Privada	1480	91,0	291	86,9	1771	90,3
Pública	142	8,73	43	12,8	185	9,4
Total	1626	100	335	100	1961	100
Total, porcentaje	83%		17%			

Se encontró que, de las 1.961 entidades prestadoras de servicios de salud mental, el 90,3% son de carácter privado. Las entidades públicas representan el 9,4%, evidenciando una limitada disponibilidad de los servicios para las poblaciones de bajos recursos. Las entidades mixtas representan el 0,3 % del total de la oferta.

Se identificó que existe una disparidad en cuanto a la oferta de profesionales especializados, por ejemplo, se encontró un total de 1.626 psicólogos (as) y 335 psiquiatras, lo que confirma las brechas en el acceso en la atención especializada en los servicios de salud mental en los territorios del departamento de Antioquia.

Discusión

La atención en salud mental es un componente esencial dentro de los sistemas de salud a nivel mundial. En Colombia, su regulación está enmarcada en diversas normas, entre ellas la Ley 1616 de 2013, que establece la Política Nacional de Salud Mental del 2017, además de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud entre ellas: Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 y actualmente la Ley 1751 de 2015, lo que representa un importante sustento normativo, aunque con dificultades en las acciones concretas para su implementación y por supuesto el mejoramiento de la oferta de servicios de salud en el territorio colombiano.

Si bien, es importante reconocer el avance en la generación de normatividad y políticas para el cuidado y atención de la salud física y la salud mental como un derecho de la población colombiana, también es relevante, revisar el nivel de implementación de dichas políticas, así como los mecanismos desarrollados para garantizar su efectividad, considerando que su diseño alberga la intención de garantizar el acceso y la calidad de los servicios al sistema de salud de las y los colombianos, considerando que son claros todos aquellos factores determinantes de la salud y su relación con el contexto.

Por ejemplo, Antioquia es un departamento de Colombia, que cuenta con servicios habilitados para la prestación de servicios de salud mental como psicología y psiquiatría, no obstante, existe una disparidad en la razón servicio/número de habitantes en cada una de las nueve subregiones que se tuvieron en cuenta. Se desconoce la información de aquellos servicios que no hayan sido registrados en las bases de datos REPS.

Dicha insuficiencia puede estar vinculada a la aplicación parcial o deficiente de diversas normativas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud: la Resolución 2003 de 2014 establece los estándares mínimos para la habilitación de servicios de salud, incluidos los servicios de salud mental; sin embargo, se identifican

fallas en los sistemas de referencia (envío de un usuario desde una IPS a otra de mayor capacidad resolutive) y contrarreferencia (retorno del usuario a la IPS que lo remitió, una vez se haya estabilizado o resuelto su situación de salud), lo que limita el acceso integral a estos servicios.

De otro lado, el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 define el acceso integral a la salud mental, pero su aplicación carece de mecanismos claros para garantizar la cobertura equitativa. La Ley 1616 de 2013, que regula la salud mental en Colombia, promueve la creación de redes integradas de servicios y el derecho a la atención integral; sin embargo, no detalla criterios para la evaluación continua de la capacidad instalada por regiones ni establece sanciones claras por la falta de infraestructura. Esto limita la obligatoriedad de contar con mecanismos preventivos y hospitalarios en cada región y departamento.

El análisis de los datos evidencia desigualdades en el acceso de la población a los servicios de salud mental en las subregiones de Antioquia, lo que resalta la necesidad fortalecer la infraestructura y la capacidad de respuesta del sistema. Si bien, el sistema de salud en Colombia se estructura en tres niveles de complejidad, los cuales representan una cobertura local, regional o nacional, existe una mayor concentración en los servicios locales en los niveles I y II, lo que significa que la mayoría de atenciones de las afectaciones de salud mental, las cuales van desde trastornos afectivos hasta trastornos graves como la esquizofrenia y conductas suicidas son atendidas por médicos generales y en pocos casos por personal especializado (Ministerio de Salud de Colombia, 2015; Burgess et al, 2022).

Por tanto, esto limita detectar y propiciar un abordaje integral de la enfermedad mental, generando una atención fragmentada y centrada el modelo biomédico. La escasa o baja disponibilidad de profesionales en Psicología, Trabajo social y Psiquiatría en los niveles de atención I y II, refuerzan una mirada reduccionista de la enfermedad mental, centrando la atención en el diagnóstico y la medicalización, dejando de lado la comprensión psicosocial de la enfermedad mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Lo anterior, no debe de entenderse como responsabilidad del equipo de profesionales sino como consecuencia estructural de un sistema de salud que debe propiciar espacios para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento integral en salud mental. Esto implica contar con equipos inter y multidisciplinarios, que favorezcan una atención integral a los usuarios y que permita la incorporación de nuevos perfiles profesionales que consoliden los servicios de salud mental con calidad. Tal como lo indica Bennett et al. (2018), capacitar a los trabajadores del sistema de salud para apoyar la implementación de prácticas basadas en la

evidencia puede ayudar a abordar las disparidades en salud mental. Por ejemplo, el personal de salud que se capacite con un enfoque comunitario puede proporcionar apoyo en la prestación de programa de salud mental, a través de la gestión de casos y la promoción de la adherencia del paciente al tratamiento.

De igual forma, este estudio evidencia el impacto de las condiciones socio-demográficas en la oferta de servicios de salud; los datos analizados demostraron que las instituciones dedicadas a dicha prestación de servicios para la atención de salud mental son insuficientes, sobre todo en aquellas subregiones como el Nordeste Antioqueño y el Magdalena medio, las cuales históricamente también han sido territorios permeados por el conflicto armado.

Algunos autores afirman que el impacto del conflicto armado, se relaciona con altas prevalencias de trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, así como trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (Garavito et al., 2023), lo que en sí mismo, demuestra la necesidad de atención oportuna y presencia del gobierno, pues lo que se ha evidenciado a través de los estudios en el tema, es que este tipo de situaciones deja a su paso importantes secuelas físicas y mentales en las comunidades (Bell et al., 2012), más aún cuando una de las principales consecuencias es la situación de desplazamiento que sufren las comunidades a causa de la violencia, lo que limita, la oportunidad de acceder a servicios de salud, sobre todo para aquellas poblaciones rurales y distantes del casco urbano o ciudades principales (Cerquera Córdoba et al., 2017).

Se ha demostrado que las disparidades sociales y dificultades en los servicios de salud, son factores que predicen la salud cerebral, es decir, que mientras existan mejores condiciones sociales y de salud, las personas podrán gozar de un óptimo funcionamiento cognitivo y disminuir los riesgos de enfermedades (Zimmer et al., 2025). Por tanto, es relevante desarrollar programas que involucren la intervención de la cognición y la conducta en contextos sociales desfavorables y en etapas tempranas del desarrollo, toda vez que reducen factores de riesgo como el deterioro cognitivo y el envejecimiento cerebral (Villanueva-Bonilla et al., 2024).

Así mismo, los datos demuestran lo planteado por Londoño Pineda y Cruz Cerón, (2019) respecto a que los contextos fuertemente afectados por el conflicto, también son considerados como entornos con un desarrollo sostenible inestable, lo que significa que el capital humano y los recursos naturales son considerados sustituibles pudiendo ser reemplazados, por lo que en términos de la atención en salud mental, impacta las condiciones laborales de los profesionales, así como el avance y desarrollo de la infraestructura física para tal fin.

Conclusiones

Colombia cuenta con una importante base legal respecto a la oferta de servicios de salud, no obstante, siguen siendo difusas las líneas o procedimientos para su implementación, lo cual es relevante atender pues en la medida que existan menos servicios de atención en salud mental, aumentará el estigma frente a la enfermedad y pueden reforzarse barreras de acceso de tipo actitudinal como las explicaciones mágico-religiosas que se le ofrecen a los trastornos mentales.

El análisis de la data destaca la necesidad de adoptar enfoques comunitarios y de recuperación, puesto que, cuando se indaga por servicios de salud mental, solo se considera lo concerniente a psicología y psiquiatría. Así mismo, es relevante considerar los determinantes sociales de la salud mental para mejorar los servicios en Colombia.

Lo anterior indica la necesidad de contar con personal de la salud diferentes a psicología y psiquiatría (Enfermería, Trabajo social, salud ocupacional), capacitado para detectar y manejar casos tempranos de salud mental, además de que sean agentes que propician de forma permanente estrategias orientadas a la promoción de salud mental en las poblaciones más vulnerables. Así mismo, es fundamental diseñar e implementar estrategias intersectoriales que mejoren la cobertura y la accesibilidad en los servicios de la salud mental, en el departamento de Antioquia.

La planeación de un sistema de red hospitalaria ya sea desde el sector público o mediante la creación de sinergias mixtas con el sector privado, es una prioridad para garantizar la prestación de servicios de salud mental en Antioquia. Esto incluye tanto la atención ambulatoria en consultas como los procesos de internación en regiones apartadas. La implementación de estas redes es fundamental para minimizar los riesgos asociados con las patologías de salud mental que se presentan en el departamento.

Así mismo, es prioritario el diseño de estrategias en las comunidades que permitan un mayor aprovechamiento de la conectividad y la tecnología, como lo son la teleconsulta y las diferentes aplicaciones digitales que permiten la detección temprana de enfermedades mentales, y que a su vez permiten reducir las brechas en el acceso al servicio de salud mental.

Finalmente, los entes territoriales, como las direcciones locales de salud, las secretarías de salud municipales y departamentales, y la Superintendencia Nacional de Salud, deben desempeñar un papel más activo en el seguimiento y monitoreo de la oferta de servicios de salud mental, basándose en indicadores epidemiológicos y necesidades regionales. Este tipo de inspecciones permitiría minimizar los índices

epidemiológicos asociados con patologías y tratamientos relacionados con la salud mental.

Limitaciones

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra la dependencia exclusiva de los datos registrados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), los cuales reflejan únicamente los servicios habilitados de consulta externa de psicología y psiquiatría, así como las habitaciones de hospitalización en salud mental y no necesariamente su disponibilidad o funcionamiento efectivo, lo que restringe el alcance del análisis a una perspectiva principalmente descriptiva.

Recomendaciones

Es fundamental que la normativa en salud mental se fortalezca mediante la inclusión de disposiciones que obliguen a la realización de estudios periódicos sobre las necesidades específicas de cada región, con el objetivo de identificar brechas en la capacidad de hospitalización.

Asimismo, debe asignarse un presupuesto adecuado para la ampliación de servicios en regiones sin oferta de servicios, garantizando el acceso equitativo a la atención. Además, es importante crear normativas que otorguen incentivos financieros o fiscales para fomentar la apertura de servicios en áreas rurales y vulnerables.

Por último, se sugiere implementar auditorías regulares y obligatorias que permitan evaluar si las redes de prestación de servicios están cumpliendo con criterios de acceso equitativo y hospitalización oportuna, promoviendo así una atención integral en todo el territorio de Antioquia.

Referencias

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

Agudelo-Hernández, F., & Rojas-Andrade, R. (2023). Mental Health Services in Colombia: A National Implementation Study. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 53, 424-433. <https://doi.org/10.1177/27551938231156023>

Bell, V., Méndez, F., Martínez, C. et al. (2012) Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Confl Health* 6, 10 . <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-10>

Barnett, M. L., Gonzalez, A., Miranda, J., Chavira, D. A., & Lau, A. S. (2018). Mobilizing Community Health Workers to Address Mental Health Disparities for Underserved Populations: A Systematic Review. *Administration and policy in mental health*, 45(2), 195–211. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0815-0>

Burgess, R., Sanguinetti, M., Maldonado-Carrizosa, D., Fonseca, L., Juan, V., Lucumí, D., González-Gort, M., Melgar, M., Gaviria, M., Tovar, D., & Jovchelovitch, S. (2022). Using participatory action research to reimagine community mental health services in Colombia: a mixed-method study protocol. *BMJ Open*, 12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069329>.

Campo-Arias A, Ceballos-Ospino GA, Herazo E. (2020) Barriers to access to mental health services among Colombia outpatients. *International Journal of Social Psychiatry* 66(6), 600-606. <https://doi.org/10.1177/0020764020925105>

Cerquera Córdoba, A., Peña Peña, A., García Vargas, C., Castro, D. & García Nova, M. (2017). Psicología de la salud en el contexto del conflicto armado en Colombia: un marco de referencia. *Psicogente*, 20(37), 182-192. <https://doi.org/10.17081/psico.20.37.2427>

Colorado Agudelo, J. D. (2024). *Indicadores de gestión como alternativa a la formulación y evaluación en la gestión de las organizaciones* (1-1). Universidad Católica Luis Amigó. <http://bit.ly/46yU5ul>

Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41148.23.

Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007, por la cual hacen algunas modificaciones en el sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 46506.

Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 47957.

Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013, por la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 48.694.

Congreso de Colombia. (2015). *Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 49427.

- Garavito, G., Burgess, R., Sanguinetti, M., Peters, L., & Juan, V. (2023). Mental health services implementation in Colombia—A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 3. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001565>.
- Gómez, F. R., Morales, G. E., Casadiego, M. A. G., Mancera, J., Galvis, G. O. B., Técnico, E., & Pulgar, Y. A. Q. (2022). *Orientaciones para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud mental basada en la comunidad _ RBC en Salud mental*.
- González, M. Á. M., Villegas, A. S., Atucha, E. T., & Fajardo, J. F. (2020). *Bioestadística amigable*. Elsevier Health Sciences.
- Henao S, Restrepo V, Alzate AF, González CM. (2009) Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. *Revista Facultad Nacional. Salud Pública*, 27(3), 271-281.
- Keynejad, R., Spagnolo, J., & Thornicroft, G. (2021). WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *Evidence-based mental health*, 24(3), 124–130. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300254>
- Londoño Pineda, A., & Cruz Cerón, J. G. (2019). Evaluation of sustainable development in the sub-regions of Antioquia (Colombia) using multi-criteria composite indices: A tool for prioritizing public investment at the subnational level. *Environmental Development*, 32, 100442. <https://doi.org/10.1016/j.envdev.2019.05.001>
- Marulanda López, J. E., Agudelo Hernández, F., & Giraldo Álvarez, A. B. (2024). Rehabilitación basada en comunidad para la salud mental: rutas para la implementación en Colombia. *Revista Salud Bosque*, 13(2). <https://doi.org/10.18270/rsb.v13i2.4461>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 2626 de 2019, *Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el modelo de Acción Integral Territorial -Maite-*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*. <http://bit.ly/4eN4HIH>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2015). *Salud Mental Encuesta Nacional de 2015*. <http://bit.ly/4eK4Vjt>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Decreto 780 de 2016, *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 3202, Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 8430 de 1993 «Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud».*

Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C., Byrne, L., Carr, S., Chen, E., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., Phillips, M., Uchida, H., Vieta, E., Vita, A., & Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7, 813-824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). Research for universal health coverage, 2013. [Investigación para la cobertura sanitaria universal, 2013] <https://iris.who.int/handle/10665/85763>

Steenblock, C., Todorov, V., Kanczkowski, W., Eisenhofer, G., Schedl, A., Wong, M. L., Licinio, J., Bauer, M., Young, A. H., Gainetdinov, R. R., & Bornstein, S. R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and the neuroendocrine stress axis. *Molecular psychiatry*, 25(8), 1611–1617. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-0758-9>

Tamayo-Agudelo, W., & Bell, V. (2019). Armed conflict and mental health in Colombia. *BJPsych International*, 16(2), 40–42. <https://doi.org/10.1192/bji.2018.4>

Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 121-130.

Villanueva-Bonilla, C., Londoño-Guzmán, D., Ríos-Gallardo, Á., Montoya-Arenas, D., & Gaviria-Gómez, A. M. (2024). Effect of a neuropsychological intervention program on executive functions and social cognition in select child witnesses in the Colombian armed conflict. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 30(2), 151–163. <https://doi.org/10.1037/pac0000700>

Zimmer, E. R., Borelli, W. V., de Rezende, L. U. D., de Bem Alves, A. C., de Souza, L. C., de Oliveira, D., ... & Rosa-Neto, P. (2025). Social and health disparities associated with healthy brain ageing in Brazil: A cross-sectional study. *The Lancet Global Health*, 13(2), e278-e284. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00451-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00451-0)