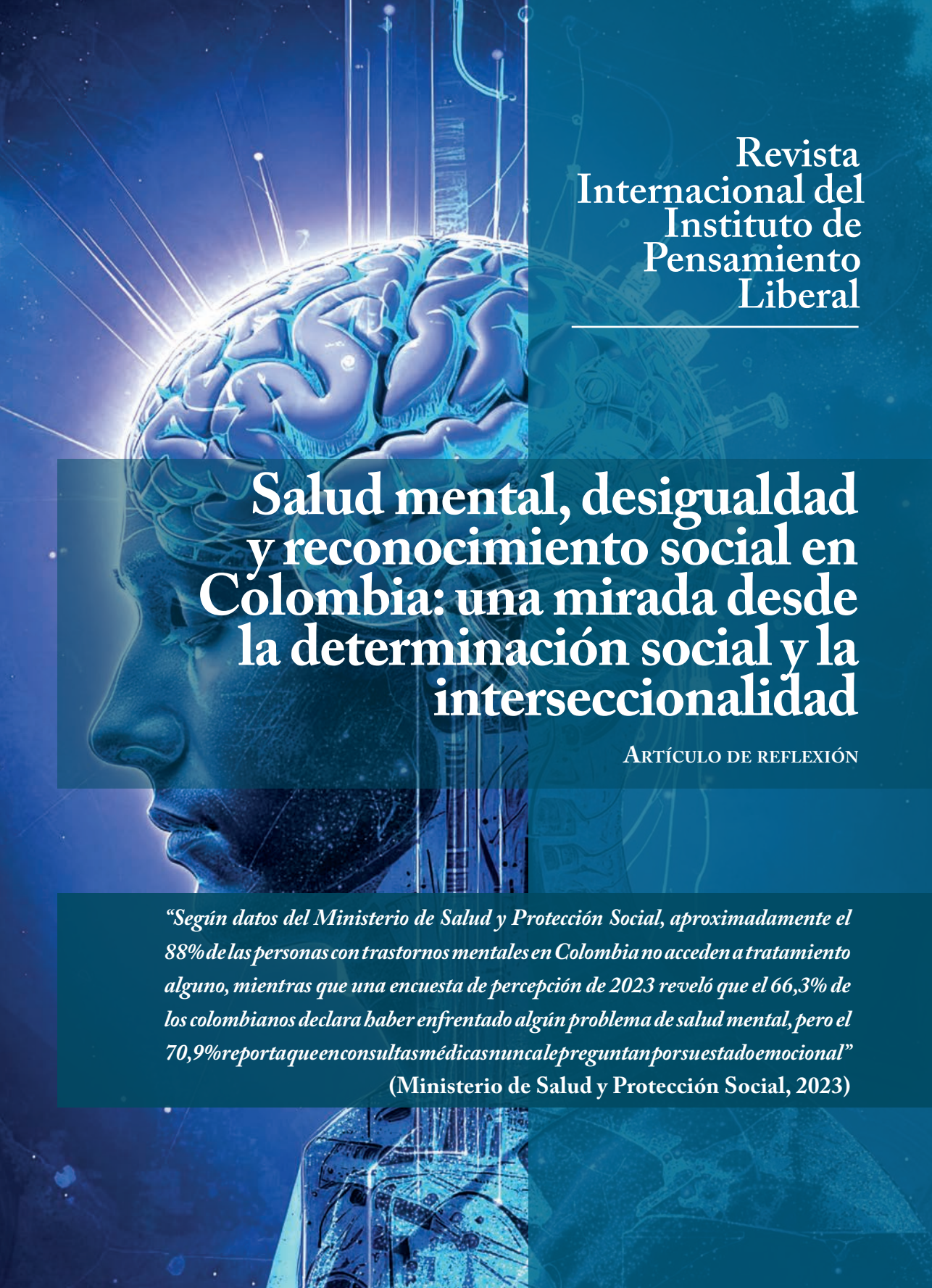


Revista Internacional del Instituto de Pensamiento Liberal

Salud mental, desigualdad y reconocimiento social en Colombia: una mirada desde la determinación social y la interseccionalidad

Artículo de reflexión

"Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, aproximadamente el 88% de las personas con trastornos mentales en Colombia no acceden a tratamiento alguno, mientras que una encuesta de percepción de 2023 reveló que el 66,3% de los colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental, pero el 70,9% reporta que en consultas médicas nunca le preguntan por su estado emocional"

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

Salud mental, desigualdad y reconocimiento social en Colombia: una mirada desde la determinación social y la interseccionalidad

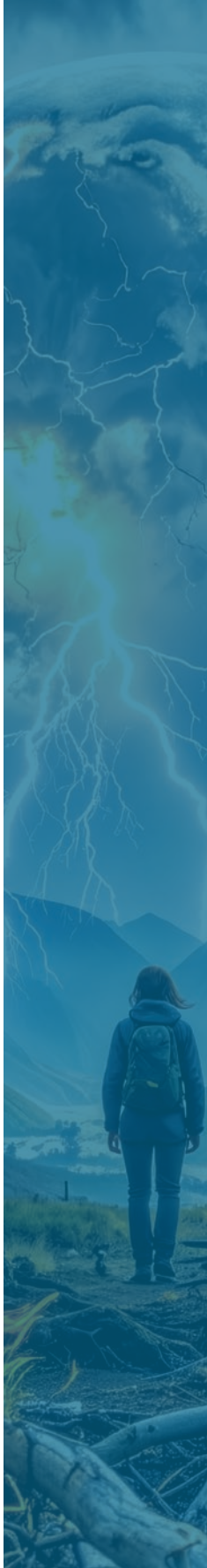
Mental Health, Inequality, and Social Recognition in Colombia: A Perspective from Social Determination and Intersectionality

Artículo de reflexión

Autora:
Mariana Correa Alvarado
Pontificia Universidad Javeriana

ORCID: https://orcid.org/0009-0002-6460-2353
Correo electrónico: marianaca28@gmail.com

Recibido: 04-04-2026
Aceptado: 05-06-2026



Resumen

Objetivo. Analizar críticamente el acceso a los servicios de salud mental en Colombia desde la determinación social de la salud y la interseccionalidad, identificando factores estructurales que generan y reproducen inequidades en la atención. **Método.** Se desarrolló un ensayo analítico basado en la revisión de literatura académica, normativa y evidencia empírica reciente sobre salud mental, desigualdades sociales y acceso a servicios de salud en Colombia. El análisis integró la determinación social de la salud y la interseccionalidad para examinar relaciones de poder y desigualdades vinculadas con género, etnia, clase social, territorio y condición de víctima del conflicto armado.**Resultados.** Las desigualdades en el acceso a la atención en salud mental trascienden las limitaciones de cobertura y disponibilidad de servicios, pues se relacionan con condiciones estructurales que configuran de manera diferenciada las experiencias de vida, sufrimiento psíquico, enfermedad y atención. El modelo de aseguramiento instaurado por la Ley 100 de 1993 mantiene barreras administrativas, económicas y territoriales que afectan desproporcionadamente a poblaciones históricamente subordinadas. La perspectiva interseccional evidenció que la superposición de desigualdades por género, etnia, posición socioeconómica, territorio y condición de víctima profundiza las brechas de acceso y produce experiencias diferenciadas de atención. **Conclusión.** El enfoque convencional de los determinantes sociales resulta insuficiente para explicar integralmente estas inequidades. La determinación social de la salud, articulada con la interseccionalidad, ofrece un marco más robusto para comprender sus raíces estructurales y orientar políticas y transformaciones institucionales que reduzcan desigualdades y garanticen el derecho efectivo a la salud mental en Colombia.

Palabras clave: salud mental, determinación social de la salud, interseccionalidad, inequidades en salud.

Abstract

Objective. To critically analyze access to mental health services in Colombia from the perspectives of the social determination of health and intersectionality, identifying the structural factors that generate and reproduce inequities in care. **Method.** An analytical essay was developed based on a review of academic literature, regulatory frameworks, and recent empirical evidence on mental health, social inequalities, and access to health services in Colombia. The analysis integrated the social determination of health and intersectionality to examine power relations and inequalities associated with gender, ethnicity, social class, territory, and victim status related to the armed conflict.**Results.** Inequalities in access to mental health care extend beyond limitations in service coverage and availability, as they are linked to structural conditions that shape experiences of life, psychological distress, illness, and care in differentiated ways. The health insurance model established by Law 100 of 1993 maintains administrative, economic, and territorial barriers that disproportionately affect historically marginalized populations. The intersectional perspective showed that overlapping inequalities related to gender, ethnicity, socioeconomic position, territory, and victim status deepen access gaps and produce differentiated experiences of mental health care. **Conclusion.** The conventional social determinants of health approach is insufficient to fully explain these inequities. The social determination of health, articulated with intersectionality, provides a more robust analytical framework for understanding their structural roots and guiding policies and institutional transformations aimed at reducing inequalities and ensuring the effective right to mental health care in Colombia.

Keywords: mental health; social determination of health; intersectionality; health inequities.

Acceso a servicios de salud mental en Colombia: Un análisis desde la determinación social de la salud y la interseccionalidad

En las últimas décadas, la salud mental ha adquirido una creciente relevancia en el campo de la salud pública, posicionándose como un componente fundamental del bienestar individual y colectivo. No obstante, en contextos como el colombiano, el acceso efectivo a servicios de salud mental continúa siendo profundamente desigual, evidenciando tensiones estructurales entre el reconocimiento formal del derecho a la salud y su garantía material. La magnitud de esta brecha es contundente: según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, aproximadamente el 88% de las personas con trastornos mentales en Colombia no acceden a tratamiento alguno, mientras que una encuesta de percepción de 2023 reveló que el 66,3% de los colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental, pero el 70,9% reporta que en consultas médicas nunca le preguntan por su estado emocional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Estas desigualdades no se expresan únicamente en términos de cobertura o disponibilidad de servicios, sino en las condiciones diferenciadas bajo las cuales distintos grupos sociales logran —o no— acceder a una atención oportuna, integral y de calidad.

Tradicionalmente, estas brechas han sido abordadas desde el enfoque de los Determinantes sociales de la salud, el cual explica las desigualdades en salud a partir de la exposición diferencial a factores de riesgo asociados a condiciones socioeconómicas, educativas o laborales. Sin embargo, como plantean Morales y Borde (2013), este enfoque tiende a fragmentar la

comprensión del proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte al reducirlo a la interacción de variables aisladas, desprovistas de historicidad y de las relaciones de poder que las configuran. En contraste, la perspectiva de la determinación social de la salud propone una lectura estructural en la que la salud es entendida como resultado de modos de vida históricamente producidos, atravesados por dinámicas de acumulación de capital, desigualdad social y relaciones de dominación.

En este marco, el presente trabajo se propone analizar críticamente el acceso a servicios de salud mental en Colombia, a partir de una articulación entre la perspectiva de la determinación social del proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte y un enfoque de interseccionalidad. A diferencia del enfoque de determinantes sociales, que distingue entre desigualdades de origen biológico y aquellas derivadas de la posición social —considerando injustas solo estas últimas (Hernández, 2008)—, la determinación social plantea que lo biológico se encuentra subsumido en lo social, en una lógica de múltiples jerarquías de determinación donde la justicia exige transformar las relaciones de poder que producen la inequidad, no solo corregir sus efectos. Desde esta perspectiva, el enfoque interseccional permite profundizar la noción de "triple inequidad" —de clase, género y etnia— desarrollada por la epidemiología crítica latinoamericana, evidenciando cómo las desigualdades en salud mental operan a través de la convergencia de múltiples ejes de subordinación que configuran experiencias diferenciadas de sufrimiento psíquico y acceso a la atención.

Se plantea entonces como tesis que el acceso a servicios de salud mental en Colombia no puede comprenderse como una simple falla en la provisión de servicios o en la cobertura del sistema, sino como una expresión de la determinación social de la salud, en la que las desigualdades estructurales —atravesadas por clase, género, etnia y

territorio— configuran barreras diferenciadas de acceso. Así, el modelo de aseguramiento instaurado por la Ley 100 de 1993 no solo resulta insuficiente para garantizar el derecho fundamental a la salud mental, sino que contribuye a reproducir dichas desigualdades al sostener una lógica fragmentada que invisibiliza las relaciones de poder subyacentes al proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte.

Evolución de los enfoques en salud: de lo biomédico a lo social

La comprensión de los procesos de salud y enfermedad ha experimentado transformaciones significativas a lo largo del tiempo, transitando desde explicaciones reduccionistas centradas en lo biológico hacia enfoques que reconocen la complejidad de lo social en la producción de la salud. En sus inicios, predominó una perspectiva unicausal, propia del modelo biomédico, en la cual la enfermedad era entendida como resultado de la acción de un agente específico sobre un organismo individual. Posteriormente, emergieron modelos multicausales que incorporaron la noción de factores de riesgo, ampliando la comprensión de la enfermedad al incluir variables como el nivel socioeconómico, la educación, las condiciones laborales y los estilos de vida.

Aunque el enfoque de determinantes sociales representó un avance frente al reduccionismo biomédico, no logró superar completamente sus limitaciones epistemológicas. Al centrarse en la identificación de factores asociados a la enfermedad, tiende a deshistorizar las condiciones sociales,

tratándolas como variables estáticas y medibles, sin problematizar las estructuras que las producen. De esta manera, la desigualdad en salud se explica en términos de exposición diferencial a riesgos, lo que conduce a intervenciones orientadas a la modificación de comportamientos individuales o a la mitigación de condiciones específicas, sin cuestionar las dinámicas estructurales que generan dichas desigualdades.

Frente a estas limitaciones, desde América Latina emerge una perspectiva crítica que replantea de manera profunda la comprensión del proceso salud-enfermedad-cuiado-muerte. La Determinación social de la salud propone entender la salud como un proceso histórico y socialmente determinado, en el que las condiciones de vida no son meros factores externos, sino expresiones de modos de producción y reproducción social (Morales y Borde, 2013). Este enfoque introduce una visión dialéctica en la que lo biológico se encuentra subsumido en lo social, y en la que las desigualdades en salud son el resultado de relaciones de poder, estructuras económicas y procesos de dominación.

En esta perspectiva, la salud deja de ser concebida como un estado individual afectado por variables externas, para ser entendida como un proceso colectivo atravesado por múltiples niveles de determinación —general, particular y singular— que configuran los modos de vida de los sujetos. Así, las inequidades en salud no son contingentes ni accidentales, sino estructurales, en tanto responden a una matriz de desigualdad que articula dimensiones como la clase social, el género y la etnia. Este desplazamiento resulta fundamental para abordar problemáticas complejas como el acceso a la salud mental, en la medida en que permite superar explicaciones centradas en el individuo y abrir el análisis hacia las condiciones estructurales que configuran tanto el sufrimiento psíquico

como las posibilidades de atención. Esta lectura permite no solo explicar las diferencias en los perfiles de salud entre grupos poblacionales, sino también cuestionar las bases mismas del orden social que las produce.

En este punto, resulta fundamental destacar la noción de "triple inequidad" desarrollada desde la epidemiología crítica latinoamericana, la cual reconoce que las desigualdades en salud se producen a partir de la articulación de múltiples ejes de dominación, particularmente la clase social, el género y la etnia . Esta conceptualización permite establecer un diálogo directo con los enfoques contemporáneos de interseccionalidad, en la medida en que ambos coinciden en señalar que las desigualdades no operan de manera aislada, sino a través de la convergencia de distintas formas de opresión que configuran experiencias diferenciadas de vida y de salud.

Tensiones estructurales del sistema de salud colombiano y barreras de acceso

El sistema de salud colombiano ha sido ampliamente reconocido por sus avances en cobertura a partir de la Ley 100 de 1993, que introdujo un modelo de aseguramiento basado en la competencia regulada entre EPS y prestadores de servicios. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 consagró la salud como derecho fundamental "autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo", disponiendo que el Estado debe garantizar el acceso a servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad, en conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política. No obstante, este incremento en la cobertura y reconocimiento normativo, no se ha

traducido en un acceso efectivo. El modelo ha introducido una lógica de mercado en la que la intermediación financiera y la contención de costos tienden a prevalecer sobre la garantía del derecho fundamental a la salud, generando una contradicción estructural entre la lógica del mercado y la garantía universal del acceso.

Esta tensión adquiere particular relevancia en el campo de la salud mental. Los datos disponibles revelan una crisis de dimensiones considerables: la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 reportó una prevalencia de vida de cualquier trastorno mental del 40,1% en adultos, siendo los trastornos de ansiedad los más frecuentes con un 19,3 % (Gómez-Restrepo et al., 2016). La brecha de tratamiento se sitúa entre el 85,5% y el 94,7% según estimaciones recientes (OPS, 2018), lo que significa que la inmensa mayoría de quienes padecen un trastorno mental no reciben atención alguna. Colombia cuenta con aproximadamente 2,5 psiquiatras por cada 100.000 habitantes —muy por debajo de la recomendación de la OMS de 10— y apenas 91 psiquiatras infantiles para todo el país (LaMonica et al., 2025).

Las barreras administrativas del sistema de aseguramiento operan como primer filtro de exclusión. Un paciente debe consultar a un médico general, obtener remisión a psiquiatría, esperar autorización de la EPS y finalmente acceder a consulta especializada. La Asociación Colombiana de Facultades de Psicología reportó en 2024 que el tiempo promedio de espera para cita de psicología es de tres meses; investigaciones periodísticas documentaron esperas de hasta seis meses en EPS como Salud Total. Ante la negación sistemática de servicios, la tutela se ha convertido en el mecanismo predominante para acceder a la atención: según la Defensoría del Pueblo, las tutelas por salud pasaron de 156.357 en 2022 a 197.765 en 2023 (un incremento del 26,4%), y las EPS concentraron el 80,72% de

todas las acciones. Sin embargo, desde la perspectiva de la determinación social, la tutela reproduce la lógica individualizante que pretende corregir: transforma un déficit estructural del sistema —la incapacidad de garantizar el derecho a la salud mental— en una carga procesal que recae sobre cada sujeto, exigiendo que cada persona litigue individualmente lo que debería ser una prestación universal. Las sentencias T-065/2024 y T-118/2022 de la Corte Constitucional, que sancionaron a Compensar y MEDIMAS respectivamente por obstaculizar atención en salud mental, ilustran esta paradoja: el aparato judicial resuelve caso por caso lo que el sistema produce masivamente, sin que las órdenes judiciales alteren las condiciones estructurales que generan la negación de servicios.

Las barreras económicas profundizan la exclusión. El gasto de bolsillo en salud aumentó del 15,8% en 2019 al 17,2% en 2024 como proporción del gasto de los hogares (DANE/Defensoría del Pueblo), acercándose al umbral del 20% que la OMS define como gasto catastrófico. Departamentos como Tolima (35,7 %), Guaviare (35,6 %) y Arauca (35,1 %) ya superan ampliamente ese límite. En el caso de los medicamentos psiquiátricos, la Defensoría calculó que el costo mensual de quetiapina para un paciente con trastorno bipolar equivale al 143% del ingreso promedio en Vichada y al 70% en Chocó. La crisis de desabastecimiento agrava el panorama: el Hospital Mental de Antioquia reportó en 2024 al menos 13 medicamentos psicotrópicos agotados o en riesgo, y en febrero de 2025 el Ministerio de Salud declaró oficialmente el desabastecimiento de quetiapina de 50 mg.

La distribución territorial de recursos constituye quizás la barrera más determinante. Entre el 80 % y el 90 % de los psiquiatras se concentran en zonas urbanas, y el 44% de las instituciones de salud mental se ubican en Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. Departamentos como Guaviare,

Guainía, Vaupés y Vichada carecen por completo de instituciones de salud mental, mientras que en Chocó y La Guajira —los dos departamentos más pobres— se ubica apenas el 2% del total nacional (Matallana et al., 2025; Fenton et al., 2024). En los 520 municipios rurales del país, 116 tienen un solo médico y las tasas de atención en salud mental no superan el 1 %. La telemedicina, que creció un 867 % durante la pandemia, enfrenta una brecha digital insalvable: el acceso a internet en zonas rurales es del 43,1% (vs. 82,8 % urbano), con departamentos como Vichada (4,6 %) y Vaupés (10,6 %) prácticamente desconectados (DANE, ENTIC 2023).

El panorama se ha agravado tras la pandemia de COVID-19. Los intentos de suicidio registrados pasaron de 23.745 en 2019 a 40.850 en 2023 —la cifra más alta registrada—, con una tasa de 78,3 por cada 100.000 habitantes (Instituto Nacional de Salud, 2024). Las atenciones en salud mental alcanzaron 1.772.270 personas en 2021, un 52% más que en 2018, evidenciando tanto el aumento de la demanda como la insuficiencia histórica de la respuesta institucional (Ministerio de Salud, 2022). La Procuraduría General alertó en 2024 que la tasa de suicidio se ha incrementado de manera sostenida, particularmente entre adolescentes y jóvenes, y que la respuesta estatal sigue siendo reactiva antes que preventiva.

Desde la determinación social, estos datos expresan cómo un sistema estructurado sobre la lógica del mercado profundiza las inequidades preexistentes cuando enfrenta crisis que desbordan su capacidad. El modelo de aseguramiento tiende a reproducir desigualdades preexistentes al establecer mecanismos diferenciados de acceso según la capacidad de pago,

el tipo de afiliación y la ubicación territorial, profundizando las brechas entre poblaciones urbanas y rurales, así como entre distintos grupos socioeconómicos.

Acceso a la salud mental desde una perspectiva interseccional

El acceso a servicios de salud mental en Colombia constituye un escenario privilegiado para evidenciar las limitaciones de las aproximaciones centradas en los Determinantes sociales de la salud y la necesidad de adoptar una perspectiva estructural. Si bien desde este enfoque se han identificado factores asociados al acceso —como el nivel socioeconómico, la educación o la ubicación geográfica—, estas variables, consideradas de manera aislada, resultan insuficientes para explicar las profundas brechas existentes. La Determinación social de la salud, articulada con un enfoque interseccional, permite analizar cómo las desigualdades se producen y reproducen a partir de la convergencia de múltiples ejes de subordinación. La noción de interseccionalidad posibilita profundizar la comprensión de la "triple inequidad" al evidenciar que las desigualdades en salud mental no operan de manera independiente, sino que se entrelazan en contextos históricos y sociales específicos.

En la dimensión de género, los datos revelan un patrón diferenciado que trasciende la simple comparación de prevalencias. La ENSM 2015 reportó prevalencias de vida de trastorno depresivo mayor del 5,4% en mujeres

frente al 3,2% en hombres, y de trastornos de ansiedad del 4,9 % frente al 2,9 %. En 2023, el 64,9 % de los intentos de suicidio correspondieron a mujeres, pero el 79% de los suicidios consumados fueron de hombres (INS, 2024). Campo-Arias et al. (2020) encontraron que los hombres reportan más barreras instrumentales que las mujeres (OR = 2,8; IC 95 %: 1,3-5,8), mientras las mujeres enfrentan más barreras actitudinales y de estigma. Estas cifras no expresan vulnerabilidades individuales, sino las condiciones materiales bajo las cuales las mujeres sostienen la reproducción social: el trabajo de cuidado no remunerado, la violencia de género y la precarización laboral configuran modos de vida que producen sufrimiento psíquico diferenciado. La población LGBTQ+ enfrenta barreras aún más severas: un estudio del Williams Institute (n=4.867) encontró que el 25% ha intentado suicidarse —una tasa casi 10 veces mayor que la población general—, y que el 78% considera difícil encontrar espacios de salud seguros (Temblores ONG).

La dimensión étnica revela las desigualdades más extremas. Mientras la tasa nacional de suicidio ronda los 4,4 por cada 100.000 habitantes, en comunidades indígenas específicas se han reportado tasas de hasta 500 por cada 100.000. Colombia alberga 102 pueblos indígenas con 64 lenguas nativas, para quienes la salud mental como categoría separada no existe en su cosmovisión: la salud es "buen vivir", un concepto integral vinculado al territorio, la medicina tradicional y la armonía comunitaria (Gómez-Restrepo et al., 2016). El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) busca articular la medicina ancestral con el sistema formal, pero su implementación ha sido calificada como "lenta y tímida". Para la población afrocolombiana, estudios con personas desplazadas encontraron una prevalencia de TEPT del 37%, con riesgo suicida del 67% entre quienes presentaban TEPT. La Universidad Nacional ha señalado una "escasez crítica" de investigación sobre salud mental en población

afro, lo que constituye en sí mismo una forma de racismo estructural (Agencia de Noticias UNAL, 2023). La Fundación Saldarriaga Concha (2019) acuñó el concepto de "triple estigmatización" para describir la carga acumulada de estigma por enfermedad mental, pertenencia étnica y condición de víctima del conflicto.

El estigma opera como barrera transversal cuantificable en los tres niveles documentados por la literatura: público, institucional y autoestigma. La encuesta del Ministerio de Salud (2023) reveló que el 22,3 % de los colombianos expresa miedo ante una persona con aparente alteración mental, y solo el 42 % considera que consultar a un profesional de salud mental ayuda. Campo-Arias, Ceballos-Ospino y Herazo (2020) estudiaron 247 pacientes ambulatorios en Santa Marta y encontraron que el 27,9 % tenía barreras actitudinales mayores, el 25,1% barreras de estigma-discriminación, y que el 30% reporta discriminación por parte del propio personal de salud. El proyecto DIADA de la Pontificia Universidad Javeriana y Dartmouth (2021) documentó mediante entrevistas con pacientes, médicos y administradores que los principales efectos del estigma incluyen el rechazo a la atención médica, el no reconocimiento de la enfermedad, la vergüenza y el etiquetamiento social. Un estudio con 321 estudiantes de medicina en Barranquilla (Universidad Simón Bolívar, 2024) encontró que quienes presentan mayor autoestigma tienen una tendencia significativa a evitar buscar atención especializada. El estigma institucional se manifiesta en la asignación presupuestaria: Colombia destina menos del 3% de su presupuesto sanitario a salud mental, frente al 5-7 % recomendado para países de ingreso medio, y el 42 % de esos fondos se dirige a hospitales psiquiátricos en lugar de atención comunitaria (Atlas de Salud Mental de la OMS, 2024).

El conflicto armado colombiano constituye un determinante social de primer orden que atraviesa transversalmente estas desigualdades. Con 9,4 millones de víctimas registradas, más del 30% de la población víctima presenta síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático (Universidad Externado, 2023). Los datos sobre adolescentes desplazados son particularmente alarmantes: prevalencias de TEPT del 12,3% frente al 2,1% en no desplazados, e ideación suicida del 19,8 % frente al 5,8% (Tamayo-Agudelo y Bell, 2019). Sin embargo, el PAPSIVI atendió apenas al 5,9 % de las víctimas registradas entre 2013 y 2019 (Rutas del Conflicto, 2021). La dimensión de clase social articula y profundiza todas las anteriores: los afrocolombianos tienen 1,4 veces más probabilidad de estar afiliados al régimen subsidiado, asociado con menor acceso a consultas especializadas, y el gasto en salud mental muestra disparidades territoriales significativas entre zonas urbanas y rurales (Matallana et al., 2025).

Límites del enfoque de determinantes y alcances de la determinación social

Las desigualdades observadas no pueden ser comprendidas ni abordadas de manera suficiente desde el enfoque de los Determinantes sociales de la salud. Si bien este enfoque ha contribuido a visibilizar la influencia de factores sociales en la distribución de la enfermedad, su capacidad explicativa y transformadora resulta limitada al no problematizar las estructuras que producen dichas desigualdades. La identificación de variables como la pobreza, el nivel educativo o la ubicación geográfica, aunque relevante, no permite dar cuenta de las dinámicas de poder, los

procesos históricos y las lógicas económicas que configuran de manera estructural el acceso diferencial a los servicios de salud mental.

Uno de los principales límites de este enfoque radica en su tendencia a individualizar la desigualdad, al traducir condiciones sociales complejas en factores de riesgo atribuibles a los sujetos. Como señalas Morales y Borde (2013), los determinantes sociales ven lo subjetivo referido al individuo y deparado de objetivo y de lo social que lo contiene, de allí que las condiciones de vida se entiendan como factores de riesgo sin historia. Esta operación no solo fragmenta la realidad social, sino que también desplaza la responsabilidad hacia los individuos, reforzando una noción de justicia de corte liberal en la que las desigualdades en salud pueden ser interpretadas como el resultado de decisiones personales o de trayectorias individuales. En el caso de la salud mental, esto se traduce en intervenciones centradas en la modificación de comportamientos, la adherencia a tratamientos o la promoción de estilos de vida saludables, sin atender las condiciones estructurales que generan el sufrimiento psíquico. Así lo evidencia el estudio de Vargas-Ramírez y Molina-Marín (2024), que encontró paradojas entre la retórica de derechos humanos y la realidad de financiación de la salud mental comunitaria en Colombia.

En contraste, la perspectiva de la Determinación social de la salud ofrece un marco analítico más robusto para comprender y abordar estas problemáticas. Al situar la salud en el ámbito de las relaciones sociales, este enfoque permite identificar cómo las dinámicas de acumulación de capital, las desigualdades en la distribución del poder y las formas de organización social inciden directamente en las condiciones de vida y, por ende, en la salud de las poblaciones. En el caso de la salud mental, esto implica reconocer que el sufrimiento psíquico no puede ser reducido a una condición individual, sino que debe ser entendido como una expresión de

las tensiones, violencias y desigualdades que atraviesan la vida social. Que las tasas de suicidio en comunidades indígenas sean cien veces superiores al promedio nacional no es un dato que pueda explicarse por factores de riesgo individuales; es la expresión biológica —en términos de Krieger (2001), el embodiment— de siglos de despojo, exclusión y violencia colonial.

La trayectoria normativa colombiana ilustra tanto las posibilidades como las limitaciones de la acción estatal. La Ley 1616 de 2013 declaró la salud mental como derecho fundamental, pero su implementación fue tan deficiente que la Política Nacional de Salud Mental tardó casi cinco años en expedirse (Resolución 4886 de 2018). Una revisión sistemática publicada en PLOS Global Public Health (Pérez-Martínez et al., 2023) identificó una brecha notable entre la planificación y la implementación de servicios, señalando la falta de coordinación entre EPS, IPS y formuladores de política como barrera crítica. El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2035 intentó avanzar al incorporar capítulos diferenciales para pueblos indígenas, víctimas del conflicto armado, población afrocolombiana, Rrom y palenquera (Resoluciones 1035 de 2022 y 2367 de 2023), mientras que el Decreto 0858 de 2023 propuso un Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo orientado a la territorialización y la atención primaria; sin embargo, su suspensión provisional por el Consejo de Estado evidencia las resistencias institucionales a las transformaciones estructurales del sistema. La Ley 2460 de 2025 constituye un reconocimiento institucional de ese fracaso. Desde la perspectiva de la determinación social, estos avances normativos, aunque necesarios, resultan insuficientes si no se acompañan de transformaciones en las relaciones de poder que sostienen las inequidades.

Conclusiones

El análisis del acceso a servicios de salud mental en Colombia, articulado desde la determinación social de la salud y un enfoque interseccional, permite sostener que las desigualdades observadas no son anomalías del sistema sino manifestaciones de un orden social que produce y reproduce condiciones diferenciadas de vida, enfermedad y atención. La brecha de tratamiento del 88% no es homogénea: se profundiza en departamentos sin psiquiatras, en comunidades indígenas con tasas de suicidio que alcanzan los 500 por cada 100.000, en víctimas del conflicto cubiertas apenas en un 5,9% por los programas de atención psicosocial, y en mujeres y personas LGBTQ+ que cargan desproporcionadamente con el sufrimiento psíquico derivado del trabajo de cuidado, la violencia de género y la discriminación.

El enfoque de determinantes sociales resulta insuficiente para dar cuenta de la complejidad de estos procesos. Su tendencia a individualizar la desigualdad y proponer intervenciones técnicas orientadas a la gestión de riesgos limita su capacidad transformadora. En contraste, la determinación social permite comprender que el sufrimiento psíquico está subsumido en modos de vida socialmente determinados, y que las barreras de acceso no son meramente administrativas o geográficas, sino expresiones de relaciones de poder atravesadas por clase, género, etnia y territorio. Las 197.765 tutelas anuales por salud, el gasto catastrófico que supera el 35 % del ingreso en territorios periféricos, el desabastecimiento de medicamentos psicotrópicos esenciales y la brecha digital que convierte a la telemedicina en instrumento de inequidad son manifestaciones concretas de esta determinación.

Abordar estas problemáticas requiere, como plantea la determinación social, no solo mejorar la oferta de servicios sino transformar las condiciones estructurales que las producen. Esto implica cuestionar la lógica de mercado que organiza el sistema de salud, fortalecer las estrategias comunitarias e intersectoriales con pertinencia cultural, garantizar la participación política de los sujetos en las decisiones sobre su salud, y reconocer que la equidad en salud mental no se alcanza mediante subsidios condicionados que individualizan la responsabilidad, sino mediante transformaciones en las relaciones de poder que configuran la matriz de triple inequidad. El desafío, como señala la epidemiología crítica latinoamericana, es simultáneamente científico y político: construir procesos de emancipación que hagan posible una vida digna y saludable para todos.

Referencias

- Campo-Arias, A., Ceballos-Ospino, G. A., & 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

- Cerosetenta. (2022). El problema de salud mental en Colombia. Universidad de los Andes. https://cerosetenta.uniandes.edu.co/el-problema-de-salud-mental-en-colombia/

- Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental. Diario Oficial.

- Congreso de la República de Colombia. (2025). Ley 2460 de 2025, por medio de la cual se reforma la Ley 1616 de 2013. Diario Oficial.

- Defensoría del Pueblo. (2024). Informe: La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2023. Bogotá.

- Fenton, J. et al. (2024). Macro level system mapping of the provision of mental health services to young people in Colombia. BMC Health Services Research, 24. https://doi.org/10.1186/s12913-024-10602-2

- Fundación Saldarriaga Concha. (2019). Estigma y discapacidad psicosocial en el marco del conflicto armado colombiano. Bogotá.

- Gómez-Restrepo, C. et al. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría, 45(S1), 2–8.

- Henao-Kaffure, L. F., Morales-Borrero, C., & Borde, E. (2023). Determinación social de la salud: aportes para el análisis de la pandemia de COVID-19 en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 25(1), 1–8.

- Hernández, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Revista de Salud Pública*, 10(sup1), 72–82.

- Hernández, M., & Sanmartín-Rueda, E. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. CES Medicina, 32(2), 129–140.

- Instituto Nacional de Salud. (2024). Informe de evento: Intento de suicidio, Colombia 2023. Bogotá: INS.

- LaMonica, H. M. et al. (2025). Providing digital mental health support across Colombia. Digital Health, 11. https://doi.org/10.1177/20552076251330766

- Matallana, D. et al. (2025). Mental health spending in Colombia: An analysis of rural and urban areas. Annals of General Psychiatry, 24. https://doi.org/10.1186/s12991-025-00589-3

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Encuesta de percepción sobre salud mental. https://www.minsalud.gov.co/

- Morales-Borrero, C. et al. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Revista de Salud Pública, 15(6), 797–808.

- OPS. (2018). Mental health in the Americas: An overview of the treatment gap. Revista Panamericana de Salud Pública, 42, e165.

- Pérez-Martínez, V. T. et al. (2023). Mental health services implementation in Colombia—A systematic review. PLOS Global Public Health, 3(12), e0002718.

- Rutas del Conflicto. (2021). La respuesta insuficiente del Estado: Salud mental y víctimas del conflicto. https://rutasdelconflicto.com/

- Tamayo-Agudelo, W., & Bell, V. (2019). Mental health in adolescents displaced by the armed conflict. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 13, 29.

- Universidad Externado de Colombia. (2023). Más del 30 % de la población víctima del conflicto armado ha mostrado síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático.

- Vargas-Ramírez, C., & Molina-Marín, G. (2024). Paradoxes in the implementation of public policies in mental health. SSM – Mental Health, 5, 100312.

- Williams Institute. (2019). Survey: One in four LGBT Colombians have attempted suicide. UCLA School of Law.

