



De la norma a la praxis: Desafíos de la Ley 2460 de 2025 para una salud mental comunitaria en Colombia¹

From policy to practice: Challenges of Law 2460 of 2025 for community mental health in Colombia

Leonardo Becerra-Millán [ORCID](#) a, b

^a Colegio Colombiano de Psicólogos – Capítulo Santander, Campo de Psicología Clínica

^b cclinica.santander@colpsic.org.co

Cómo citar:

Becerra-Millán, L. (2025). De la norma a la praxis: Desafíos de la Ley 2460 de 2025 para una salud mental comunitaria en Colombia. *Psicología y Sociedad* 2(1), 1-15.

<https://doi.org/10.24054/rps.v2i1.4160>

Resumen

La aprobación de la Ley 2460 del 16 de junio de 2025 por parte del Congreso de Colombia, la cual modifica la Ley 1616 de 2013, representa un cambio importante en la política de salud mental en este país. Este artículo examina el nuevo marco normativo desde una perspectiva crítica, analítica e interpretativa donde la tesis central de esta ley impulsa una transición hacia una atención más humana, integral y comunitaria, alineada con las recomendaciones internacionales. No obstante, esta transformación enfrenta problemas estructurales y epistemológicos que dificultan su ejecución. La metodología de este documento se basa en fuentes nacionales e internacionales recientes, junto con un análisis crítico de los cambios legislativos propuestos y se fundamenta en una revisión crítica de literatura académica y normativa reciente (2013–2025), seleccionada con base en criterios de actualidad, relevancia disciplinar y aporte a la comprensión de políticas públicas en salud mental. El análisis comparativo entre leyes se realizó bajo un enfoque interpretativo de corte sociopolítico. Los resultados resaltan la urgencia de modificar la formación profesional, consolidar los procesos territoriales y promover una mayor colaboración entre sectores y comunidades. En conclusión, la correcta aplicación de la Ley dependerá del compromiso de los actores institucionales, la voluntad política y la construcción colectiva de una nueva ética del cuidado en salud mental. Esta reflexión plantea futuras líneas de acción desde la psicología y las ciencias sociales para apoyar la transición normativa hacia un modelo más justo, participativo y sostenible.

¹ Recibido agosto 08 de 2025, aceptado agosto 25 de 2025



Palabras clave: Salud mental, políticas públicas, atención primaria en salud, sistema de salud, participación social.

Abstract

The approval of Law 2460 of 16 June 2025 by the Colombian Congress, which amends Law 1616 of 2013, represents an important change in mental health policy in this country. This article examines the new regulatory framework from a critical, analytical, and interpretative perspective where the central thesis of this law promotes a transition towards a more humane, comprehensive, and community-based care, aligned with international recommendations. However, this transformation faces structural and epistemological problems that hinder its implementation. The methodology of this paper is based on recent national and international sources, together with a critical analysis of the proposed legislative changes, and based on a critical review of recent academic and regulatory literature (2013-2025), selected based on criteria of timeliness, disciplinary relevance, and contribution to the understanding of public policies in mental health. The comparative analysis between laws was carried out under a socio-political interpretative approach. The results highlight the urgency of modifying professional training, consolidating territorial processes, and promoting greater collaboration between sectors and communities. In conclusion, the correct application of the Law will depend on the commitment of institutional actors, political will, and the collective construction of a new ethic of mental health care. This reflection raises future lines of action from psychology and the social sciences to support the normative transition towards a fairer, more participatory, and sustainable model.

Keywords: Mental health, public policies, primary health care, health system, social participation.

Introducción

La salud mental ha pasado de ser un asunto aislado a una preocupación social apremiante, pues no se trata solo de la obtención de diagnósticos clínicos o tratamientos individuales, sino de entender cómo las condiciones sociales, económicas, culturales y afectivas influyen en el bienestar individual y colectivo; además el número de trastornos emocionales, el aumento del suicidio, la soledad, el agotamiento y la violencia psicosocial son síntomas de una crisis que trasciende el modelo biomédico.

En Colombia, el 66.3 % de las personas ha tenido problemas de salud mental, y cerca del 20 % sufre depresión o ansiedad. Pese a esto, solo el 12 % recibe ayuda psicológica (Latin pyme, 2025). El país tiene solo dos psiquiatras por cada 100.000 habitantes, cifra menor que la sugerida por la OMS, que es de 10 como mínimo (Procuraduría General de la Nación, 2024). En un país con altos índices de desigualdad, de conflicto armado, desplazamiento forzado y exclusión, la salud mental es un tema descuidado, subestimado y reducido a diagnósticos para la prescripción de psicofármacos (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de problemas de salud mental en Colombia (2022–2025)

Indicador	Porcentaje / Tasa
Personas con algún problema de salud mental en su vida	66,3 %
Depresión	10,2 %
Ansiedad	12,2 %
Estrés crónico	72 %
Personas que reciben atención	12 %

Nota. Elaboración propia, Datos tomados de Ministerio de salud (2023).



La Ley 2013 y la Ley 1616 intentaron poner a la salud mental en el centro de la política pública como un derecho fundamental; sin embargo, varias investigaciones indicaron que su aplicación fue limitada y que hubo pocos cambios en la atención. En respuesta a estas limitaciones y a peticiones de diversos grupos sociales y académicos, el Congreso aprobó este año esta nueva reforma (ley 2460 del 2025) que busca cambiar el enfoque de salud mental en el país donde se reconoce además que el sufrimiento psíquico debe entenderse en relación con los contextos de vida y las condiciones que lo configuran proponiendo una atención completa, comunitaria, intersectorial y con enfoque de derechos, que dé cabida a nuevas formas de apoyo y cuidado.

Algunos hechos señalan la necesidad de poner en práctica la Ley 2460. Por ejemplo, en las comunidades emberá del Chocó, las tasas de suicidio son casi de 24 por cada 100 000 personas, cuatro veces el promedio nacional (El País, 2025). De igual forma, en la cárcel El Buen Pastor, un grupo de internas llamado El Mal Rebaño se ha organizado para cubrir necesidades de salud mental por la escasez de profesionales, lo que muestra las fallas del sistema (El País, 2025).

Desde la psicología, hace que se planteen preguntas importantes como ¿Qué tipo de profesionales queremos ser? ¿Qué conocimientos usar? ¿O cómo conectar lo académico con lo cotidiano, lo clínico con lo colectivo y lo técnico con lo ético? Estas preguntas guían la presente postura reflexiva, basada en una revisión de estudios recientes que explora los debates sobre salud mental, política pública y de enfoques comunitarios, entendiéndose como una oportunidad para darle un nuevo significado a la salud mental en Colombia, siempre y cuando se hagan cambios que permitan que sus principios se cumplan siendo importante examinar con detalle la transición normativa en el país; para entenderlo hay que comparar la ley de 2013 con la reforma actual permite identificar avances y comprender lo que está en juego. Más allá de las diferencias formales, está en discusión cómo se entiende la enfermedad a nivel mental, las formas de cuidado y el papel del Estado, la comunidad y los profesionales. Este análisis comparativo busca aportar elementos para una comprensión más profunda del camino recorrido y de los retos que aún existen para asegurar el derecho a la salud mental en Colombia.

Tabla 2. Cuadro comparativo: Evolución normativa de la salud mental en Colombia y aportes hacia la Ley 2460 de 2025

Norma	Año	Enfoque dominante	Aportes significativos	Tensiones o limitaciones
Ley 100	1993	Biomédico / asistencial	Incorpora la salud mental al Plan Obligatorio de Salud (POS) dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).	Escasa integración interdisciplinaria; la salud mental es subordinada a modelos curativos individuales.
Ley 1090	2006	Ético-profesional	Regula el ejercicio de la psicología y posiciona la salud mental como una dimensión clave de la práctica clínica y social del psicólogo.	No establece mecanismos estatales de política pública ni acceso diferencial al servicio.
Ley 1438	2011	Atención Primaria en Salud (APS)	Reconoce la salud mental como parte del enfoque integral de salud; impulsa redes integradas de atención.	Baja operacionalización; servicios siguen centralizados y poco articulados al territorio.
Ley 1616	2013	Enfoque de derechos y salud pública	Declara la salud mental como derecho fundamental. Introduce enfoque diferencial, promoción, prevención,	Avance conceptual sin acompañamiento sistemático en infraestructura, personal ni seguimiento territorial.



participación social y corresponsabilidad del Estado.				
Ley 1804	2016	Desarrollo integral (primera infancia)	Incluye la salud mental en la política de infancia; destaca la importancia de los vínculos tempranos y el bienestar emocional.	Visión limitada a la niñez, sin articulación con el sistema general de salud mental.
Ley 1955	2019	Programático / político	Establece directrices generales de implementación de la Política Nacional de Salud Mental y redes comunitarias.	Carácter general; escasa ejecución y débil articulación con entidades territoriales.
Ley 2120	2021	Prevención y salud pública	Enfocada en factores protectores como alimentación saludable, relevantes indirectamente para la salud mental.	No aborda directamente el acceso ni el tratamiento de trastornos mentales.
Ley 2460	2025	Comunitario, intersectorial y de derechos humanos	Instaura el Sistema Nacional de Salud Mental. Promueve la desinstitucionalización, atención comunitaria, inclusión educativa y laboral, corresponsabilidad entre sectores y enfoque culturalmente pertinente.	Reto en la implementación: requiere cambios estructurales, financiación estable, formación de talento humano y voluntad política sostenida.

Nota: Elaboración propia con base en el análisis de las principales leyes colombianas sobre salud mental entre 1993 y 2025, incluyendo la Ley 2460 de 2025 y normativas complementarias del Ministerio de Salud y el Congreso de la República.

Tabla 3. Contraste entre la ley 1616 de 2013 y la ley 2460 de 2025

Eje de análisis	Ley 1616 de 2013	Ley 2460 de 2025
Enfoque general	Declara un enfoque de derechos y salud pública; sin embargo, su implementación ha estado dominada por prácticas biomédicas, especializadas y fragmentadas.	Hace mención de un enfoque más integral, con un modelo biopsicosocial, comunitario, territorial y con enfoque diferencial.
Participación comunitaria	Es mencionada, pero limitada a acciones generales y no vinculantes.	Es reconocida como eje transversal; participación activa y vinculante en la política pública.
Primer nivel de atención	Se muestra débil en la incorporación de salud mental; énfasis en segundo y tercer nivel.	Hay una Integración explícita de la salud mental en el primer nivel de atención.
Articulación intersectorial	Es prevista, pero sin mecanismos claros ni obligaciones para sectores.	Se convierte en obligatoria y operativa con sectores como educación, justicia, cultura y trabajo.
Talento humano	No hay lineamientos específicos sobre formación ni criterios de atención.	La formación continua es obligatoria con criterios de calidad y enfoque comunitario.
Sistema de información	Se evidencia limitado y centralizado; sin interoperabilidad ni enfoque territorial.	El sistema es más robusto, interoperable, con indicadores diferenciales y enfoque territorial.



SPA (sustancias psicoactivas)	Son mencionadas parcialmente no tan sustancial, sin un sistema específico.	Se crea el Sistema Nacional de Atención a personas consumidoras de SPA con enfoque de derechos.
--------------------------------------	--	---

Nota. Elaboración propia a partir del análisis comparativo entre la Ley 1616 de 2013 y la Ley 2460 de 2025. Las simplificaciones aquí presentadas no sustituyen el análisis jurídico.

1. Principales aportes de la Ley 2460 de 2025: Entre los aprendizajes del pasado y las promesas del presente

Tras examinar los antecedentes históricos y el contexto de aplicación de las diferentes normativas (Tabla 2), se hace necesario identificar cuáles son los principales avances propuestos por la nueva Ley 2460 de 2025, para esto es necesario analizar sus contribuciones clave, resaltando los cambios del enfoque, las estrategias de implementación y sus alcances transformadores.

Lo anteriormente mencionado implica intentar reconocer una historia marcada por silencios institucionales, estigmas sociales y tratamientos aislados, pues durante mucho tiempo, la salud mental se consideró un tema especializado, propio de psiquiatras, psicólogos, hospitales y tratamientos clínicos, sin considerar los contextos e historias de vida y sociales que influyen en el sufrimiento. La ley 1616 fue un paso importante al reconocer este derecho e intentar incluirlo en la política pública, pero tuvo limitaciones como la baja implementación, la falta de coordinación entre sectores, la poca financiación y una presencia territorial débil.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han indicado la necesidad de dejar de lado los enfoques puramente biomédicos y optar por modelos de atención psicosocial, comunitarios y basados en derechos humanos (OMS, 2022; OPS, 2021). Las experiencias de países como Brasil, Chile o Argentina, con políticas de desinstitutionalización, participación ciudadana y salud mental en la atención primaria, ofrecen lecciones importantes sobre las condiciones necesarias y los retos para una reforma real en este campo.

En este contexto, esta nueva ley busca incorporar esas lecciones internacionales y corregir los errores del pasado, pues no solo cambia la normativa, sino que manifiesta la intención de construir un nuevo modelo de atención, más humano, ético y cercano a las comunidades. Entre las contribuciones importantes de esta ley se encuentra la adopción de un enfoque integral, territorial, diferencial y comunitario, que reconoce la salud mental como un fenómeno con muchas causas, influenciado por las condiciones materiales, culturales, relacionales y afectivas de las personas. Este enfoque cambia la visión exclusivamente clínica nosológica y propone acciones adaptadas a las realidades locales y a las distintas trayectorias de vida.

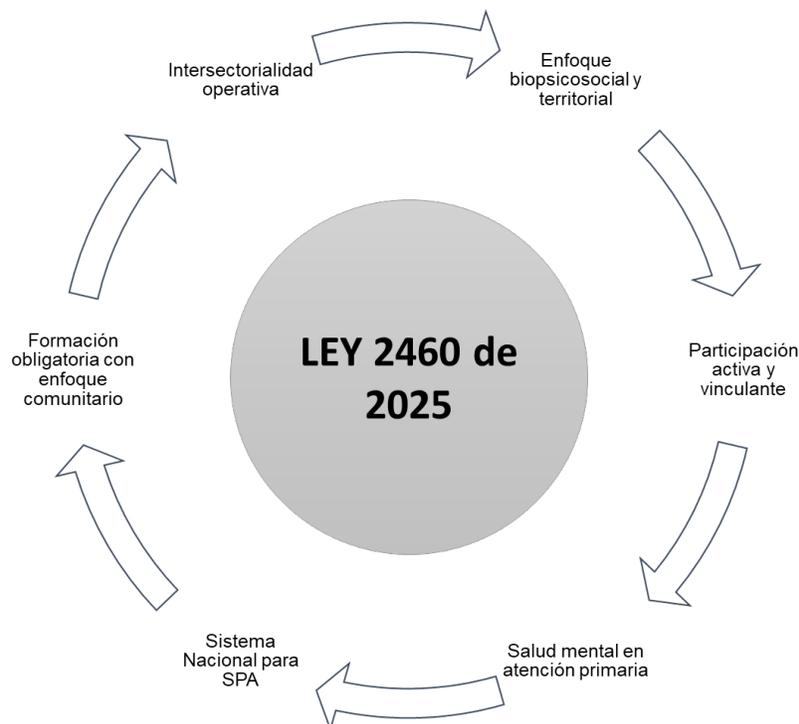
La ley 2460 incluye la salud mental de forma explícita y prioritaria en la atención primaria, lo que implica la descentralización, la reducción de barreras de acceso y la posibilidad de crear servicios de apoyo cercanos, accesibles y que no estigmaticen a los usuarios, donde también es importante el fortalecimiento de la coordinación entre sectores como educación, justicia, cultura, deporte, tecnología y trabajo. Esto reconoce que la salud mental no se puede abordar de forma aislada desde el sistema de salud, sino que requiere acciones coordinadas que influyan en los factores sociales del bienestar psíquico. La participación comunitaria deja de ser solo un principio declarado y se convierte en un eje fundamental de las acciones en salud mental, promoviendo la participación activa de las comunidades en el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas públicas, reconociendo



además los conocimientos locales, prácticas de cuidado tradicionales y formas organizativas populares como actores legítimos.

Por otra parte, se establece la obligación de crear planes locales de salud mental, en coordinación con los gobiernos territoriales y con un enfoque poblacional. Esta medida no solo hace más democrática la planificación, sino que reconoce las grandes desigualdades entre regiones y la necesidad de respuestas adaptadas a cada territorio, donde todas estas contribuciones responden a las recomendaciones de organismos internacionales (WHO, 2021; ONU, 2020) y al llamado de organizaciones sociales, académicas y comunitarias que han pedido una transformación real en la forma en que entendemos, abordamos y cuidamos la salud mental.

Figura 1. Componentes clave del nuevo modelo de salud mental



Nota: elaboración propia. Los componentes aquí representados sintetizan los elementos estructurales establecidos en la Ley 2460 de 2025.

2. Obstáculos estructurales para su implementación

La ley 2460 representa un adelanto al incluir peticiones históricas sobre la salud mental en Colombia, sin embargo, su aplicación encara problemas importantes que no deben ignorarse, pues estos problemas no son solo técnicos o de logística, sino que muestran problemas en la estructura, la cultura y las instituciones del sistema de salud. Un problema principal en el modelo actual es el aseguramiento de la salud a través de las EPS, las cuales dividen los servicios, priorizan las ganancias sobre el cuidado completo y dificultan el desarrollo de acciones comunitarias constantes. En este sistema, la salud mental sigue considerándose un gasto en lugar de una inversión social, un tema aparte en lugar de un aspecto clave del bienestar.

En Colombia, durante 2022, se registraron 37.274 intentos de suicidio. Esta cifra muestra un aumento del 25 % comparada con el año anterior. Es clave notar que el 39 % de estos casos involucraron a adolescentes y jóvenes (Concejo de Bogotá, 2024). En ese mismo año, hubo 2.952 muertes por suicidio, lo que significa un promedio de 8,1 casos cada día, así mismo de acuerdo con cifras suministradas por (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF], 2022), entre enero y julio de 2023 la tasa de suicidios se incrementó en 15,73 % con respecto al mismo periodo de 2022, pasando de 1.564 a 1.810 casos, a raíz de diferentes padecimientos mentales presentes entre la población colombiana. Los intentos de suicidio atendidos sumaron 30.021 casos según cifras del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública.

Tabla 4. Evolución de intentos de suicidio en Colombia (2013–2024)

Año	Intentos de suicidio	Variación %	Notas
2013	~8 000	—	Inicio de la medición con la Ley 1616 de Salud Mental
2021	29 792	—	Informe SISPRO/SIVIGILA. Postpandemia COVID-19
2022	37 274	+25 % vs 2021	39 % de los casos en adolescentes y jóvenes; 2 952 muertes por suicidio (Medicina Legal)
2023 (ene–jul)	30 021 (intentos atendidos)	+15,73 % (muertes vs 2022)	1 810 muertes por suicidio vs 1 564 en 2022 (Medicina Legal, SIVIGILA)
2024 (ene–ago)	15 791	—	183 casos en menores de edad reportados hasta agosto (SIVIGILA)

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2023), Concejo de Bogotá (2024), SIVIGILA (2024).

A esta limitación se le suma la falta de personal capacitado y especializado en salud mental con enfoque clínico-comunitario, ya que en muchas regiones del país, sobre todo en las zonas rurales o alejadas, la atención se concentra en pocos profesionales, a menudo formados solo en modelos clínicos individualistas neutrales; la falta de psicólogos clínico-comunitarios, trabajadores sociales, promotores con formación específica y equipos interdisciplinarios que puedan trabajar desde un enfoque territorial, relacional y preventivo ha contribuido a reproducir un sistema de atención fragmentado, centrado en la enfermedad ya instalada, con escasas acciones de prevención primaria y promoción del bienestar psicosocial, generando un vacío en recursos humanos genera inequidad en el acceso, sobrecarga de los pocos profesionales disponibles y debilita la pertinencia cultural de las intervenciones, lo que a su vez dificulta la sostenibilidad y efectividad de las políticas públicas de salud mental.

Tabla 5. Recursos humanos en salud mental (2024)

Profesionales	Número por 100 000 habitantes	Recomendación OMS	Brecha
Psiquiatras	2	10	-8
Psicólogos clínicos	8	20	-12
Trabajadores sociales con formación en salud mental	3	10	-7

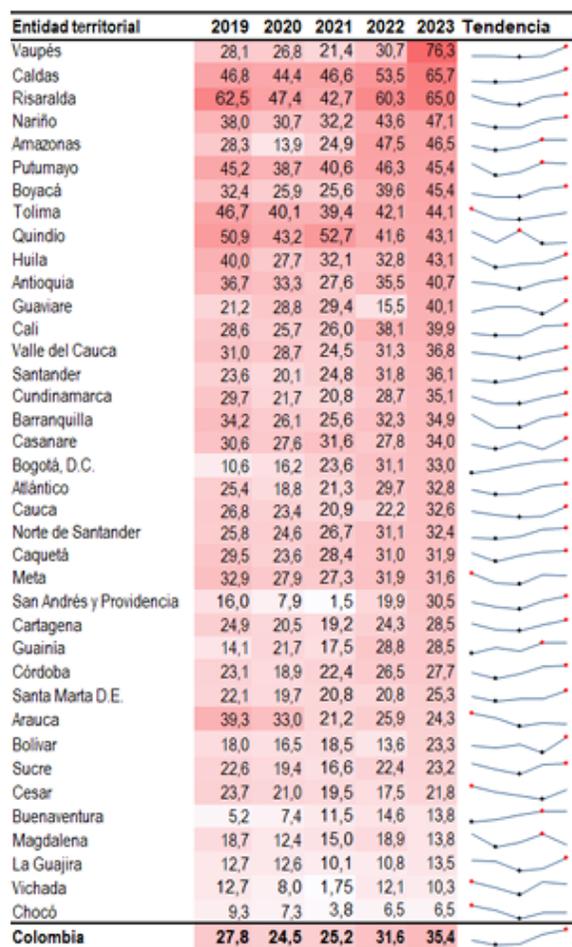
Fuente: Procuraduría General de la Nación (2024), OPS/OMS (2021).

Adicional a esto, la distribución de los intentos de suicidio en Colombia muestra profundas desigualdades regionales, donde la tasa de incidencia nacional en la semana 24 de 2023 fue de 35,4



por 100.000 habitantes, superando las cifras de años anteriores, en departamentos como Vaupés, Caldas, Risaralda, Nariño y otros que presentaron tasas superiores a este promedio nacional. En aproximadamente el 68,4% de los territorios, la incidencia de 2023 ha sido alta; no obstante, en Quindío y Arauca, la incidencia epidemiológica de 2023 mostró un aumento en comparación con el historial del país. Se detectó un aumento en regiones como Antioquia, Atlántico, Bolívar, entre otros, mientras que el resto tuvo un comportamiento esperado. Estas disparidades reflejan tanto el impacto del conflicto armado y la exclusión social como la limitada cobertura de servicios especializados en salud mental. Estas tasas, que evidencian cómo la carga del sufrimiento psíquico se concentra en zonas específicas y vulnerables del país.

Gráfico 2. Tasas de intentos de suicidio por departamento en Colombia (2019-2023)



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019 a 2023 Proyecciones de población DANE 2018-2050.

Así mismo la desigualdad entre regiones se convierte en otro factor clave, no todos los lugares tienen las mismas condiciones en cuanto a instituciones, presupuesto o cultura para aplicar lo que dice la ley, donde algunas áreas tienen redes de atención más fuertes, pero otras ni siquiera tienen centros de salud mental, no cuentan con un transporte adecuado o incluso una conexión a internet para capacitar o apoyar al personal. Además, existe una gran brecha académica en la calidad y pertinencia de la formación que ofrecen las universidades, sobre todo en psicología, medicina y enfermería, debido a que muchos de los programas aún se centran en el diagnóstico y el tratamiento



individual en consultorios, sin analizar los factores sociales ni enseñar una ética adecuada para el trabajo comunitario, esta separación entre lo que se enseña y lo que se necesita en la vida real reduce la capacidad del país para formar profesionales que se ajusten al nuevo modelo (Tonón, 2011).

Figura 2. Obstáculos estructurales para la implementación de la ley



Nota: elaboración propia. los obstáculos señalados surgen del análisis de implementación histórica de políticas públicas en salud mental en Colombia.

Finalmente, como señala el Consejo Nacional de Trabajo Social (2023), la ley no se aplica automáticamente en la práctica. Es necesario cambiar relaciones de poder, resistencias en las instituciones y formas de pensar muy arraigadas, lo que establece que el aplicar esta ley implica cambiar ideas sobre el cuidado, la salud, el papel de los profesionales y la participación de la comunidad en las decisiones. Es un reto político y cultural, más que técnico o administrativo. Reconocer estos problemas no significa ignorar lo importante que es la Ley 2460 de 2025, sino aceptar que su éxito depende de cambios en la estructura, que sean constantes y que involucren a todos. De lo contrario, podríamos repetir errores del pasado donde se aprueban leyes buenas que no se aplican y buenas intenciones que no logran cambiar las cosas.

3. Retos para la psicología: entre la crítica y la transformación

Los recientes ajustes en la atención de salud mental en Colombia representan un cambio significativo que desafía directamente a la psicología como disciplina, profesión y práctica. Este nuevo panorama, enfocado en el territorio, la comunidad, la participación y los derechos humanos, exige más que una simple adaptación técnica; requiere un cambio profundo en cómo se entiende y ejerce la labor psicológica. (Figura 3).

Figura 3. Retos para la psicología frente al nuevo paradigma.



Nota: elaboración propia. Los desafíos que enfrenta la psicología como disciplina y profesión frente al cambio de

paradigma propuesto por la Ley 2460 de 2025. Basada en debates académicos contemporáneos y propuestas de formación con enfoque crítico, comunitario y territorial.

Por años, la práctica profesional se ha orientado principalmente hacia el individuo, la consulta privada y el diagnóstico clínico. Aunque estos espacios son valiosos, resultan insuficientes ante una visión de la salud mental que considera los factores sociales, la desigualdad estructural, la violencia simbólica y la exclusión como causas del sufrimiento psíquico. La pregunta clave es: ¿mantendremos una psicología limitada al consultorio, o participaremos activamente en procesos de cambio social promotores de la salud mental?

Este momento nos impulsa a examinar los programas de formación universitaria, que a menudo priorizan teorías hegemónicas, intervenciones individualizadas y enfoques que consideran la enfermedad como algo intrínsecamente patológico. Esto implica que los profesionales en Colombia carecen de una capacitación integral para interactuar con las comunidades, entender sus historias, analizar sus condiciones de vida y colaborar de forma colectiva en la construcción de bienestar. Lo anterior exige una formación ética que vaya más allá del deber profesional y se conecte con una postura crítica frente a las injusticias presentes en la vida diaria.

Como sugieren diversos expertos en psicología crítica y comunitaria, cambiar el campo no implica abandonar la práctica clínica, sino extender su alcance y significado. Esto implica reconocer que el sufrimiento no es solo individual, sino también colectivo; y que la intervención ocurre no solo en una sesión, sino también en una reunión, en la calle o en una institución educativa. Igualmente, significa recuperar el valor político del acompañamiento, la escucha y el vínculo humano. Este nuevo contexto no debe verse como una amenaza, sino como una oportunidad para replantear el ejercicio profesional dirigido a una salud mental más justa, humana y cercana a la vida real de las personas. La psicología tiene mucho que aportar en este proceso, siempre que el profesional esté dispuesto a cambiar, a cuestionarse, a aprender con otros y a abandonar la seguridad de sus antiguas convicciones.

4. Condiciones para una implementación transformadora

Para que la reforma en salud mental que se impulsa actualmente no se limite a buenas intenciones, es necesario admitir que su puesta en marcha depende de factores estructurales que van más allá de lo legal. Hacer de este nuevo enfoque una práctica diaria implica construir, entre todos los actores sociales, las bases materiales, institucionales, profesionales y culturales que lo hagan posible (figura 4).

Primero, se necesita dinero público real, suficiente, estable y con objetivos claros. No se puede asegurar una atención completa si los fondos se quedan en modelos solo de hospitales o si se repite la lógica de dar contratos a terceros de forma separada. El desarrollo en el territorio, la contratación de equipos de varias disciplinas, la infraestructura comunitaria y los procesos educativos solo pueden mantenerse si se les da el presupuesto que se merecen. Segundo, es muy importante avanzar hacia una formación profesional crítica, ética y acorde al contexto. No es suficiente enseñar nuevas herramientas técnicas; hay que formar personas capaces de entender su realidad, de ver la desigualdad como causa del malestar, y de apoyar procesos desde una perspectiva relacional y no solo práctica. Esto es clave para que transformen los contextos de interacción de las personas.

Una tercera cosa importante sería la participación de las comunidades, donde las personas no solo reciban los beneficios de los programas, sino que también sean parte importante en la forma en que se diseñan, se hacen y se evalúan las acciones que les afectan. La experiencia, el conocimiento diario y los saberes locales deben ser centrales en la creación de políticas públicas. Sin esa

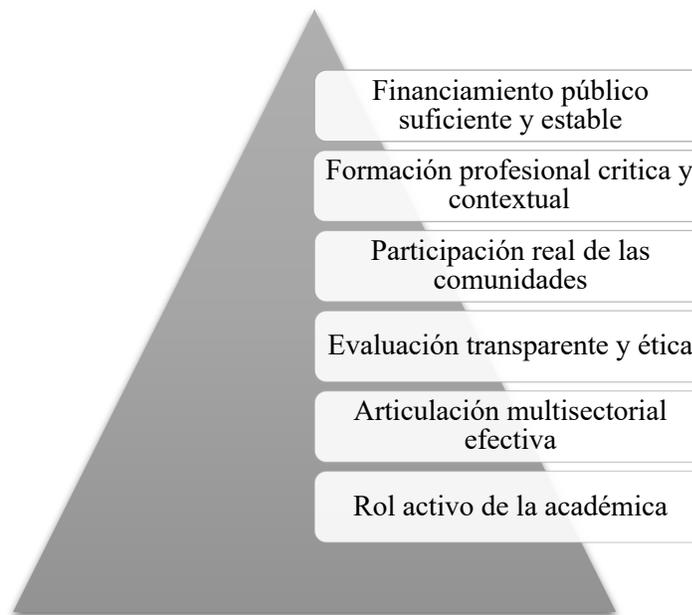


participación activa, los centros comunitarios pueden caer en el error de dar una atención vertical, distante y fuera de contexto.

También es clave establecer formas estrictas de evaluar, supervisar y dar cuentas claras a la gente. Estos procesos no deben ser solo informes administrativos basados en indicadores de cobertura, sino que deben incluir indicadores de calidad, historias reales y evaluaciones en las que participe la gente para mostrar los avances y los problemas reales. El control debe ser ético y político, no solo técnico.

Por último, es necesario mejorar la unión entre diferentes sectores de forma real, incluyendo los enfoques de género, origen étnico, edad y territorio. El sufrimiento psicosocial no distingue entre sectores: afecta la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad, la cultura, etc., todos de manera transversal. Sin una buena coordinación, el enfoque completo se queda en una simple promesa. En todo esto, la academia tiene un papel importante: formar profesionales sensibles y comprometidos, crear conocimiento sobre el terreno, apoyar procesos en los territorios, y vigilar de forma crítica y constructiva. La universidad no puede solo observar o quedarse en la teoría. Debe ser un lugar de unión, de creación de alternativas, de defensa de lo público y lo común. Solo si se cumplen estas cosas será posible hacer realidad una política de salud mental que no se quede solo en el papel. De lo contrario, corremos el riesgo de repetir el patrón de otras reformas: leyes buenas que se quedan atrapadas en un sistema que sigue funcionando con ideas antiguas, excluyentes y burocráticas.

Figura 4. Condiciones para una implementación efectiva.



Nota: elaboración propia. La pirámide presentada resume condiciones clave para lograr una implementación efectiva y ética de la Ley 2460 de 2025.

Conclusiones

La nueva ley 2460 de 2025 promulgada por el Congreso de Colombia constituye una oportunidad concreta para transformar la atención en salud mental desde un enfoque territorial, participativo y ético en dicho país. Su impacto real dependerá de que se traduzca en prácticas sostenidas, con recursos

adecuados, profesionales comprometidos y comunidades activamente involucradas. El papel de la psicología será fundamental si asume con responsabilidad el reto de contribuir a una salud mental más justa, contextualizada y humanizada.

Además, necesita cambiar el enfoque actual de la salud mental en Colombia, lo que brinda una gran oportunidad para reconsiderar cómo entendemos, atendemos y acompañamos el sufrimiento psíquico en el país. Más allá de los avances legales, el verdadero efecto de este cambio dependerá de la capacidad de la sociedad colombiana para convertir los principios que subyacen a la ley en acciones constantes y las buenas intenciones en políticas públicas que sean útiles, inclusivas y adaptadas a cada contexto.

En este proceso, la psicología juega un papel clave. Como campo de estudio, debe aceptar el reto de analizar de manera crítica sus bases teóricas y de conocimiento, y comprometerse de manera activa con el cuidado de todos, la participación social y la justicia en las relaciones. Esto implica un cambio profundo en cómo se educa a los profesionales, cómo se lleva a cabo la práctica y cómo se crea conocimiento sobre la salud mental.

Dar un nuevo significado al cuidado no es solo una obligación ética, sino también una decisión política. Cambiar la salud mental en Colombia implica cambiar, a la vez, cómo nos relacionamos con el dolor de los demás, con la diversidad y con lo colectivo. Se trata de crear formas de atención más humanas, cercanas y respetuosas de las múltiples formas de experimentar el malestar y buscar el bienestar. El principal desafío que enfrenta esta transformación no es jurídico, sino ético, sociocultural y profundamente político, lo cual exige un compromiso intersectorial y ciudadano sostenido en el tiempo.

Referencias

- Agudelo-Hernández, F., & Rojas-Andrade, R. (2023). Mental health services in Colombia: A national implementation study. *International Journal for Social Determinants of Health and Health Services*, 53(4), 424–433.
- Agudelo-Hernández, F., García Cano, J. F., Salazar Vieira, L. M., Vergara Palacios, W., & Padilla, M. (2023). Brechas en la atención primaria en salud mental en Chocó, Colombia: Barreras y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e138.
- Agudelo-Hernández, F., Coral-Vela, L. P., & Pabuena-Yepes, L. H. (2025). Comunicación de riesgos para la salud mental y participación comunitaria en pueblos indígenas de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 49, e12.
- Alarcón R. D. (2003). Mental health and mental health care in Latin America. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(1), 54–56.
- Bautista Bautista, N. E. (2024). Estrategias comunitarias en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en municipios productores de hoja de coca en Colombia: Retos no anticipados [Tesis de maestría, Universidad de los Andes]. Repositorio Uniandes.
- Congreso de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.*



Congreso de Colombia. (2005). Ley 975 de 2005. (2005). *Ley de Justicia y Paz*. Congreso de Colombia.

Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1090 de 2006: Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones*.

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*.

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. (2011). *Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Congreso de Colombia.

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1448 de 2011. (2011). *Ley de Víctimas y Restitución de Tierras*. Congreso de Colombia.

Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. (2013). *Por la cual se dictan normas para el ejercicio del derecho a la salud mental*. Congreso de Colombia.

Congreso de Colombia. (2013). Ley 1618 de 2013. (2013). *Por la cual se expiden normas sobre la inclusión de las personas con discapacidad*. Congreso de Colombia.

Congreso de Colombia. (2014). Ley 1709 de 2014. (2014). *Por la cual se dictan normas para garantizar el acceso efectivo de la población privada de la libertad a los servicios de salud*. Congreso de Colombia.

Congreso de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. (2015). *Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud*. Congreso de Colombia.

Congreso de Colombia. (2023). Ley 2294 de 2023. (2023). *Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026 “Colombia, potencia mundial de la vida”*. Congreso de Colombia.

Consejo Nacional de Trabajo Social. (2023). *Implementación de la Ley 1616 de 2013 y desarrollo de una política integral*. Consejo Nacional de Trabajo Social.

Consultor salud. (2023, septiembre 25). Colombia reportó 8,1 casos de suicidio por día en 2022.

El País. (2024, diciembre 10). La responsabilidad colectiva detrás del suicidio infantil: “Los adolescentes hoy se sienten solos”. El País.

El País. (2025, febrero 8). “Mal rebaño”, el colectivo de presas que promueve la salud mental en la cárcel El Buen Pastor.

El País. (2025, marzo 27). Retratar el suicidio indígena en Colombia: “Tenemos que hablar más de esto”.

Hernández-Carrillo, M., Gil, J. P., Londoño, R. A., Rojas, C. R., & Arboleda-Trujillo, M. A. (2021). Caracterización de la consulta de salud mental comunitaria en un centro de atención primaria en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.



- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2023). *Forensis 2022: Datos para la vida. Comportamiento del suicidio en Colombia*. INMLCF.
- La Jornada. (2025, julio 10). Colombia tiene una nueva Ley de Salud Mental: Gobernación de Córdoba lidera su socialización con autoridades de salud y EPS.
- Latin pyme. (2025, julio 6). Nueva ley de salud mental en Colombia: lo que cambia y cómo hacer valer sus derechos.
- Manrique Abril, F. G., Herrera Amaya, G. M., & Suárez Parra, A. M. (2024). El rol de la salud mental en el Plan de Salud Pública 2022–2031: Desafíos y oportunidades. *Salud & Sociedad Uptc*, 9(1), 41–71.
- 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), Art. 4461.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022, 10 de septiembre). *En conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio*. Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Política Nacional de Salud Mental 2024–2033*. Bogotá: MSPS.
- Montero, M. (1994). *Psicología Social Comunitaria: Teoría, método y experiencia*. Paidós.
- OPS/OMS. (2021). *Plan de acción sobre salud mental 2021–2030*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Transformar la salud mental para todos*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Plan de acción sobre salud mental 2021–2030*. Washington, DC: OPS.
- Pardo, O. C. (2025). Atención de necesidades no satisfechas de salud mental en adultos mayores de Turbo, Colombia: Viabilidad de una intervención psicosocial. *International Journal for Equity in Health*, 24, 21.
- Rincón, M., Rodríguez, V., & Gil, D. (2023). El sistema de aseguramiento y sus barreras en salud mental en Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, (85), 44–59.
- Rodríguez, A., & Pérez, M. (2020). Implementación de la Ley 1616 de 2013 y desarrollo de una política integral. *Consejo Nacional de Trabajo Social*. <https://www.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/articulos/implementacion-de-la-ley-1616-de-2013-y-desarrollo-de-una-politica-integral/>
- Ruiz, L., & Arias, F. (2022). Determinantes sociales de salud mental: pobreza, violencia y contexto urbano en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 24(3), 345–360. minsalud.gov.co

Salazar, J. (2024). Evaluación de la política pública de salud mental en Armenia, Quindío. *Psiquemag*, 12, 50–68.

Sen, A. (2000). *Development as freedom*. Oxford University Press.

Tonón, G. H. (2011). La brecha entre la formación académica y la intervención profesional en el campo de la salud. *Psicodebate*, 11, 73-88.

Townley, G. et al. (2018). Community psychology and sustainable mental health initiatives. *American Journal of Community Psychology*, 62(1–2), 1–13.

Velásquez, J., & Escobar, F. (2012). Apnea obstructiva del sueño y trastornos psiquiátricos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 50(4), 286–292.

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445.

WHO. (2022). *Transformar la salud mental para todos*. Organización Mundial de la Salud.

