
Revisión

La Psicología Clínica en la Puerta de Entrada al Sistema de Salud: Desafíos y Oportunidades para su Integración

Psycospacios

Clinical Psychology at the Entry Point of the Health System: Challenges and Opportunities for Its Integration

 Cristian Correa Ramírez

Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
cristian.correa@upb.edu.co

 Luis Javier Tobón Restrepo

Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
javier.tobonrestrepo@upb.edu.co

 Jose Filadelfo Castilla

Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia
jose.castillat@upb.edu.co

Psicoespacios

vol. 19, núm. 35, p. 1 - 18, 2025

Institución Universitaria de Envigado, Colombia

ISSN: 2145-2776

Periodicidad: Frecuencia continua

psicoespacios@iue.edu.co

Recepción: 05 octubre 2025

Aprobación: 01 diciembre 2025

Publicación: 15 diciembre 2025

DOI: <https://doi.org/10.25057/21452776.1857>

URL: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/743/7435601006/>

Resumen: Pese a los avances que Colombia ha tenido en Salud Mental, históricamente la Psicología Clínica y su inserción en el sistema de salud se ha situado de manera marginal, bajo un marco de fragmentación de los servicios que centra todo en la figura del Médico General. Recientemente existen, sin embargo, cambios normativos y de política pública con una orientación distinta. El objetivo del presente estudio es analizar críticamente las nuevas disposiciones normativas en relación con el lugar que ocupa la Psicología Clínica, evaluando con ello en qué medida estas configuran oportunidades reales para su fortalecimiento en el sistema de salud colombiano. El método desarrollado es de corte hermenéutico cuya unidad de análisis primario son fuentes documentales. Realizamos un proceso de codificación abierta en NVivo para generar categorías descriptivas que posteriormente se agruparon en procesos axiales que dieron lugar a redes de sentido. Los resultados evidencian avances formales con un mayor reconocimiento de la Psicología Clínica en la Atención Primaria al tiempo que se destaca el rol protagónico de los profesionales en Psicología como Talento Humano en Salud. Los marcos normativos parecen sugerir integración de competencias clínico comunitarias; sin embargo, se quedan todavía en marcos externalizantes que no implican una reconfiguración real de la práctica clínica. Se concluye que, aunque las nuevas disposiciones abren ventanas de oportunidad para la Psicología Clínica, su consolidación exige recursos, participación activa del gremio, que permitan una influencia real en los protocolos y diseños de planes de atención en Salud Mental.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Política Pública, Psicología Clínica, Salud Mental, Sistemas de Salud, Recursos Humanos en Salud.

Abstract: Despite the progress Colombia has made in Mental Health, Clinical Psychology and its integration into the health system have historically occupied a marginal position, framed by a fragmented service structure that places the General Practitioner at the center. Recently, however, there have been regulatory and public policy changes that point in a different

direction. The aim of this study is to critically analyze these new regulatory provisions in relation to the role of Clinical Psychology, assessing the extent to which they create real opportunities for strengthening its position within the Colombian health system. The method employed is hermeneutic in nature, with documentary sources serving as the primary unit of analysis. We conducted an open coding process in NVivo to generate descriptive categories that were later grouped through axial procedures, giving rise to networks of meaning. The results show formal progress, including greater recognition of Clinical Psychology in Primary Care, while also highlighting the leading role of Psychology professionals as part of the Health Human Talent. Although the regulatory frameworks appear to suggest an integration of clinical and community competencies, they still rely on externalizing approaches that do not entail a genuine reconfiguration of clinical practice. The study concludes that, although the new provisions open windows of opportunity for Clinical Psychology, its consolidation requires resources and active participation from the professional community to enable real influence on mental health protocols and care plan designs.

Keywords: Primary Health Care, Public Policy, Clinical Psychology, Mental Health, Health Systems, Health Human Resources.

Introducción

En Colombia, pese a avances normativos como la primera Ley de Salud Mental (SM), Ley 1616 de 2013, persisten vacíos operativos y deficiencias en la planificación del talento humano que limitan la efectividad de las políticas de SM. Estas tensiones se hacen particularmente evidentes al examinar el lugar que ocupa la Psicología Clínica (PC) en el sistema de salud: su poca relevancia en los niveles de atención primaria, la prevalencia de marcos generalistas que desconocen la especificidad de su episteme y su práctica y el predominio de servicios orientados desde un enfoque biomédico son algunas de las características que la sitúan de manera inicial en el Sistema de Salud en Colombia (Reyes & Hernández, 2022).

Este artículo propone como objetivo analizar críticamente las disposiciones más recientes –la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034 y la Ley 2460 de 2025– en relación con dos asuntos: 1) el lugar que ocupa la PC en estas disposiciones y 2) si estas configuran oportunidades reales para el fortalecimiento de la PC en el sistema de salud colombiano. Para alcanzar este propósito, realizamos un estudio documental hermenéutico, el corpus incluye documentos normativos resoluciones y textos técnicos relevantes seleccionados en una ventana de búsqueda que va desde el año 2013 hasta junio de 2025. La pregunta orientadora es: ¿cómo y con qué límites estas nuevas disposiciones reconfiguran el rol, las competencias y las condiciones de inserción de la PC en los niveles de atención, especialmente en la Atención Primaria en Salud (APS) ?

Pese a los avances del aseguramiento –que unificó beneficios en salud para los regímenes subsidiado y contributivo, Ley 1438 de 2011–, la creación de la primera Ley de SM (2013), el fortalecimiento de la atención psicológica en los Planes de Beneficios en Salud (PBS) e incluso la creación de Observatorios de Salud, incluido el Observatorio de SM que nace de la Ley 1616 de 2013, persisten falencias importantes y promesas incumplidas, como la ausencia de estudios técnicos sobre las necesidades reales de talento humano en SM, asunto que se hace mucho más crítico cuando se explora la inserción de profesionales de Psicología en el sistema de salud.

Por otra parte, con el fin de propiciar una delimitación teórica del presente trabajo es importante revisar la manera como entendemos lo clínico. La noción de lo clínico, ha estado históricamente vinculado al ejercicio práctico de la medicina. Así, lo clínico remite a la observación, evaluación, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Jaramillo, 2020; Bacallao & Bello, 2014). En este trabajo se asume lo clínico como un puente entre la Psicología y el campo de la salud, que no se restringe a la PC como campo, sino que también toca la propia identidad disciplinar de la Psicología e incorpora expresiones provenientes de la Psicología de la Salud y la Psicología Comunitaria. En el contexto colombiano, la Ley 1164 de 2007, que regula el Talento Humano en Salud (THS), establece como competencias centrales de los profesionales la promoción, educación e información en salud, así como la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Todo ello puede comprenderse dentro del espectro de lo clínico, tanto en su dimensión metodológica como en su carácter de puente que articula diversas profesiones en el ámbito de la salud.

Por otro lado, bajo el lente de esta investigación lo clínico no se limita a una visión individual centrada exclusivamente en la enfermedad, sino que abarca la comprensión de fenómenos inscritos en realidades colectivas, lo que demanda acciones con un acento también comunitario y social (Agrest et al., 2018; Amarante, 2016). De este modo, lo clínico se configura en escenarios diversos donde la práctica psicológica adquiere presencia transversal (Jaramillo, 2020). Aunque el vínculo de la praxis clínica de la Psicología con la salud ha estado tradicionalmente mediado por las lógicas de la SM: la incorporación progresiva de psicólogos ha favorecido su integración en servicios más amplios de atención, incluso por fuera del marco estrictamente psiquiátrico (Amigo-Vásquez, 2020; Correa et al., 2025).

La inserción y consolidación de la PC en los sistemas de salud se desarrolla en un contexto global marcado por el desgaste de los modelos biologicistas, centrados en una mirada morbicéntrica y biofarmacológica que privilegia lo individual. Este agotamiento, reflejado en la percepción negativa de los servicios de SM por parte de usuarios y profesionales, evidencia la ausencia de epistemes psicosociales y el predominio de enfoques reduccionistas que asocian el sufrimiento exclusivamente con trastornos mentales y tratamientos psicofarmacológicos (Correa et al, 2025; Iskra et al., 2018; Van et al., 2021).

Dicho escenario ha consolidado prácticas clínicas dominadas por el discurso médico-psiquiátrico, orientadas a la contención física y química, limitando el diálogo y la escucha (Oliveira et al., 2020; Reuter et al., 2016). En contraposición, desde la década de los setenta se ha impulsado la construcción de epistemes psicosociales orientadas al desmontaje del paradigma manicomial y a la superación de lógicas de internamiento y medicalización que reproducen formas de segregación y exclusión (Ferreira Neto & Henriques, 2016).

La incorporación de disciplinas como la Psicología y el Trabajo Social en los servicios de salud buscó introducir una perspectiva distinta mediante la adopción del paradigma biopsicosocial, orientado a reestructurar la comprensión y los marcos de abordaje de la salud (Goldenberg & Molina Aguayo, 2007; Olabarría & Anxo García, 2011). En este marco, los psicólogos y otros profesionales de las ciencias sociales asumieron un papel activo en la discusión sobre la SM, evidenciando que esta no debía limitarse a la atención psiquiátrica y promoviendo procesos de desinstitucionalización que cuestionaban la hegemonía de dicho modelo (Fernandes de Oliveira & Yamamoto, 2014; Olabarría & Anxo García, 2011). Este cambio implicó el surgimiento de la clínica ampliada, una propuesta plural y compleja que pone al paciente en el centro, reconoce la interacción entre lo social, lo político y lo subjetivo, y concibe la salud como un patrimonio social construido desde la convergencia de distintos actores y saberes, más allá del lenguaje exclusivo de los expertos (Amarante, 2016; Desviat, 2016).

Finalmente, en el marco del sistema de salud colombiano, la Ley 100 de 1993 no dio importancia a la SM y la aparición de la atención psicológica se restringió solo para pacientes en una fase grave de enfermedad. Si bien dicha Ley representó un avance en términos de aseguramiento en salud, consolidó un enfoque econométrico que desdibujó la autonomía de los profesionales y subordinó su rol a la lógica del volumen de atenciones, limitando la capacidad real de decisión clínica (Ministerio de Salud, 2018; Erazo, 2020). En este modelo, los médicos generales quedaron situados en la primera atención, con una alta carga de consultas y resolviendo muchos problemas de SM mediante la prescripción de fármacos o, en algunos casos, a través de remisiones a Psicología o Psiquiatría. La PC, por su parte, se incorporó en un nivel de atención especializado dentro de un sistema fragmentado, lo que ha restringido en gran medida su participación y la ha relegado a un papel periférico y marginal. Aunque la Ley 1616 de 2013 representó un avance al reconocer la importancia de la SM en la política pública, la presencia de la PC siguió siendo limitada y su participación en los escenarios de primer nivel de atención continuó ausente.

Metodología

Presentamos a continuación un estudio documental de corte hermenéutico orientado a la reflexión crítica sobre el lugar de la PC en el marco de las recientes políticas y normativas de SM. La delimitación del problema interpretativo se configuró de manera progresiva a medida que avanzaban las lecturas, la codificación y las sucesivas interpretaciones del corpus. Si bien no se parte de una hipótesis previa ni de variables operativas, sí se estableció un foco de indagación claro: comprender cómo las disposiciones normativas más recientes reconfiguran el papel, los alcances y las condiciones de inserción de la PC, en especial en los niveles de entrada al sistema, y cuáles tensiones o vacíos emergen de esa configuración.

Para responder a esta pregunta interpretativa, el corpus estuvo conformado por documentos publicados entre la ventana 2013 y 2025 –incluida la Política Nacional de SM 2025–2034, la Ley 2460 de 2025, la Ley 1616 de 2013, diversas resoluciones y documentos ministeriales– seleccionados por su relevancia actual en la regulación de servicios y del talento humano en SM. Esta delimitación temporal y temática permitió centrar la interpretación en las transformaciones más recientes, sin extender el análisis a desarrollos normativos históricos que requerirían otro tipo de abordaje.

La estrategia analítica combinó codificación inductiva asistida por NVivo con una lectura hermenéutica. Tras una mirada exploratoria y de familiarización, realizamos un proceso de codificación abierta para generar categorías descriptivas de bajo nivel a partir de fragmentos textuales relevantes (prácticas, actores, barreras de acceso, definiciones, disposiciones sobre aseguramiento, etc.). Posteriormente, mediante procesos de conexión y organización de la información, agrupamos esas categorías iniciales en categorías integradoras que dieron lugar a redes de sentido más amplias; estas redes se visualizaron y exploraron con mapas y análisis de co-ocurrencia y alimentaron la interpretación comprensiva siguiendo la lógica del círculo hermenéutico (Ricoeur, 2002): cada lectura reorientaba la comprensión global del fenómeno y, al mismo tiempo, esa comprensión global devolvía nuevas preguntas al texto.

En este proceso se incorporó de manera explícita la reflexividad del equipo investigador, reconociendo que nuestra formación en SM y experiencia en escenarios clínicos y regulatorios influía en los modos de lectura. Para mitigar sesgos interpretativos, se mantuvo un registro sistemático de decisiones analíticas, se triangularon documentos de distintas fuentes y se contrastaron interpretaciones con literatura especializada y con pares internos.

A continuación, presentamos los resultados del análisis, organizados a partir de las redes de sentido construidas en torno a la Política Nacional de Salud Mental y a la Nueva Ley de SM. Estas estructuras analíticas permiten mostrar, de manera articulada, cómo los distintos componentes normativos —modelos de atención, gobernanza institucional, redes de servicios, APS, talento humano y estrategias de promoción— reconfiguran el lugar y las condiciones de actuación de la Psicología Clínica en el sistema de salud. La lectura integrada de estas redes evidencia transformaciones recientes, así como tensiones y vacíos que emergen entre niveles normativos, disposiciones operativas y escenarios concretos de implementación.

Nueva Política Nacional de Salud Mental: implicaciones para el rol de la Psicología Clínica en el sistema de salud

La nueva Política Nacional de Salud Mental (PNSM 2025-2034) representa un avance significativo en el reconocimiento y fortalecimiento del rol de la PC dentro del sistema de salud colombiano, al incorporar lineamientos que promueven su integración en distintos niveles de atención. No obstante, su contenido responde más a un ejercicio prospectivo que, si bien plantea intenciones valiosas, aún no sabemos cómo se llevará a cabo su implementación efectiva. En ese sentido, las disposiciones contenidas en la PNSM constituyen declaraciones importantes que podrían tener un impacto real en los próximos años, siempre y cuando se garantice su ejecución sostenida, articulada y con voluntad política. De lo contrario, corren el riesgo de diluirse como parte del extenso entramado normativo que históricamente ha acompañado el abordaje de la SM en el país, sin traducirse necesariamente en transformaciones concretas en los territorios ni en el fortalecimiento efectivo de la atención en SM.

La PNSM 2025–2034 en Colombia propone una transformación estructural en la manera de concebir y organizar la atención en SM, reconociéndola no solo como un derecho fundamental, sino también como un campo que requiere integrar lo individual y lo colectivo bajo marcos de gobernanza que permitan operativizar efectivamente dicho derecho. Esta política incorpora elementos articulados entre distintos niveles de atención, orientados a traducir la declaración del derecho a la SM en acciones concretas dentro del sistema. La política evidencia vacíos en la implementación de los marcos normativos y propone como prioridad el fortalecimiento del Observatorio de SM para optimizar la gestión de la información. En coherencia con la Ley 1616, la PNSM busca asegurar el bienestar mental en los niveles individual, familiar y colectivo, adoptando un enfoque integral e inclusivo que articula la SM con el desarrollo humano, la calidad de vida y el ejercicio de otros derechos fundamentales.

Como ejes estratégicos, la PNSM 2025-2034 apuesta por la APS y la creación de una Red Mixta de SM Nacional y Territorial, en sintonía con el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031, que destaca la promoción y la prevención como pilares de la organización de los servicios de salud. Esta red, coordinada por el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Consejo Nacional de SM, busca fortalecer la gobernanza y garantizar la corresponsabilidad sectorial mediante la articulación de diversos actores –ONG, universidades, centros de investigación, sector privado, comunidades locales y asociaciones profesionales– bajo un marco institucional y transectorial orientado a la soberanía sanitaria y a la consolidación efectiva de la política.

De acuerdo con el análisis efectuado hasta el momento, buscaremos en las siguientes páginas desglosar un panorama que además de ofrecer un contexto amplio de las transformaciones en el marco de la SM permita destacar la participación de la PC en el marco de dichas políticas. Como se observa en la Figura 1 uno de los ejes centrales de esta política es el fortalecimiento del acceso y la atención en servicios de SM, donde se incluyen iniciativas como la creación de centros de referencia en SM, redes mixtas de servicios, modelos comunitarios de rehabilitación psicosocial, y la creación de unidades de SM en hospitales generales. Asimismo, se promueve una atención más cercana a las comunidades, con equipos multidisciplinarios, hospitalización de corta estancia y mejoras en la infraestructura. Por otro lado, la política también contempla una relación con el THS buscando su fortalecimiento y otorgando un rol protagónico a los profesionales en Psicología.

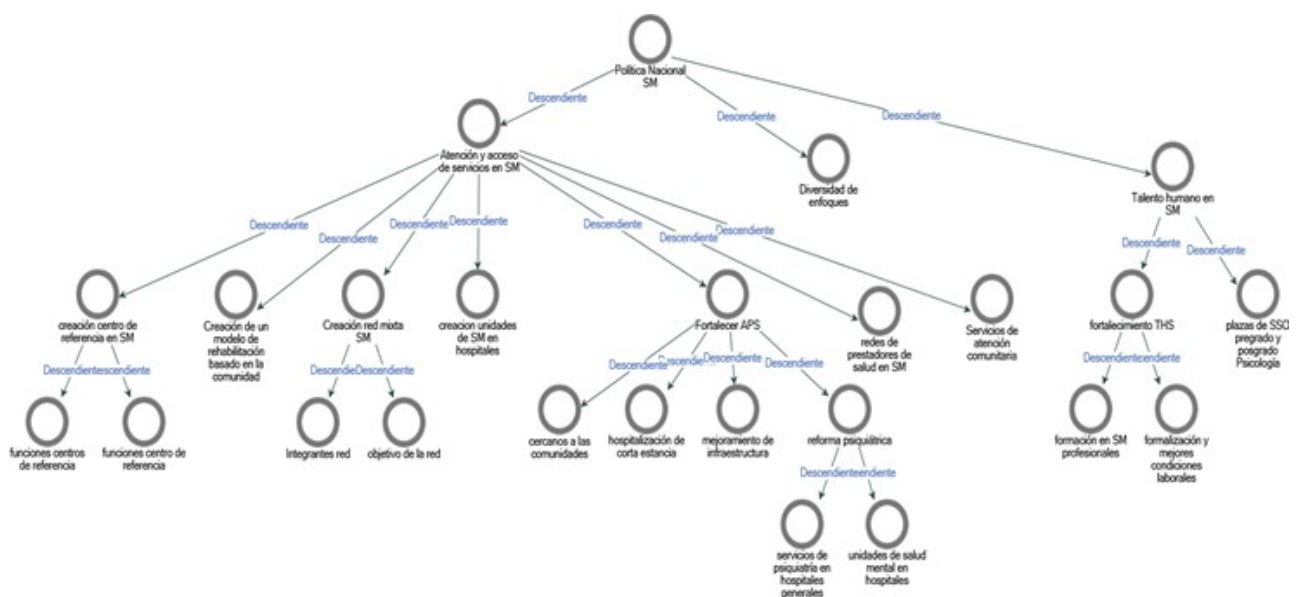


Figura 1

Componentes clave de la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034

Nota: Este esquema presenta la estructura analítica construida a partir de la Política Nacional de Salud Mental 2025–2034, mostrando los principales ejes normativos y sus desarrollos descendentes. La organización refleja las relaciones entre componentes clave —modelos de atención, redes de servicios, APS, gobernanza y talento humano— tal como emergieron del proceso de codificación e interpretación hermenéutica del corpus.

Atención y acceso de servicios en Salud Mental

En articulación con los distintos actores públicos, privados y con entidades territoriales, se creará un centro de referencia nacional de SM y centros de referencia territoriales articulados y coordinados con el centro de referencia nacional. El objetivo de los centros territoriales se dirigirá en el ofrecimiento de servicios de SM de mediana y alta complejidad, equipados por THS, allí se hace una mención clara a la Psicología gozando de un protagonismo importante junto con la Psiquiatría (Ministerio de Salud, 2025).

Parte del esfuerzo de esta política se centra en el acercamiento de servicios de SM cercanos a la lógica comunitaria. Hay distintos señalamientos que apuntan a procesos de rehabilitación basados en la comunidad, entendiendo con ello una serie de articulaciones que involucre a los usuarios, familias y comunidades como parte del tratamiento que permita la integración social e inclusión en distintos aspectos de la vida (Ministerio de Salud, 2025). Sin embargo, nótese que más allá de dicha articulación, el modelo no interroga de fondo las prácticas clínicas que sustentan una mirada patologizante e individualista de la SM, con esto entonces lo comunitario se suma a una dimensión de lo individual y no se entiende en su condición fundante.

Como columna vertebral de este marco normativo se propone el fortalecimiento de la APS a través de reformas estructurales. En primer lugar, como ya lo indicamos, la creación de los centros de referencia territoriales opera en cercanía con las comunidades ofreciendo servicios de SM. En segundo lugar, la política pretende avanzar en la desinstitucionalización de servicios de corte psiquiátricos intramurales de larga estancia, favoreciendo para ello la integración de unidades psiquiátricas en hospitales generales, hospitales días y servicios ambulatorios integrados a la comunidad. Para que esto sea posible no solo debe garantizarse la atención inicial, sino que al mismo tiempo debe asegurarse la continuidad asistencial del tratamiento, lo que implica a su vez el mejoramiento de la infraestructura y el fortalecimiento del THS (Ministerio de Salud, 2025).

Diversidad de enfoques

En consonancia con los avances en salud pública y derechos humanos, la política incorpora una diversidad de enfoques que busca ampliar la mirada alrededor de la diversidad poblacional y territorial del país bajo servicios de SM que realicen lectura de ello, en ese sentido aparecen algunos enfoques como: psicosocial, de género, territorial, ambiental, y el enfoque diferencial e interseccional, este último orientado a garantizar acceso diferenciado y atención con enfoque étnico. Además, se presta especial atención al trabajo con víctimas del conflicto armado, reconociendo el impacto psicosocial del conflicto y la necesidad de estrategias específicas para esta población las cuales deben ser articuladas con el programa de atención psicosocial a Víctimas de violencia (PAVSIVI). Las estrategias empleadas con dicha población deben favorecer la mitigación de los daños psicosociales y el sufrimiento emocional causado por el conflicto armado.

Talento Humano en Salud Mental

La política reconoce que sin el fortalecimiento del Talento Humano en SM no es posible avanzar en su implementación, por lo que plantea acciones de formación continua, formalización laboral y mejora de condiciones. Se prioriza la capacitación en enfoques diferenciales y en competencias básicas como primeros auxilios psicológicos y rehabilitación comunitaria para profesionales no expertos en SM. En línea con el PBS 2023–2024, que reconoce a los psicólogos como puerta de entrada al sistema, se garantizará su presencia en APS, urgencias y hospitalización, lo que marca un avance histórico para la PC. Así, la política busca integrar la SM al modelo de atención con profesionales capacitados y permanentes, promoviendo una respuesta interdisciplinaria orientada al bienestar integral.

La PNSM 2025–2034 asigna al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) la tarea de establecer los lineamientos y la reglamentación necesarios para habilitar progresivamente plazas de Servicio Social Obligatorio (SSO) en los programas de pregrado en Psicología y en los posgrados del área de SM, como un paso clave hacia el reconocimiento de los psicólogos como profesionales de la salud y la ampliación de su presencia en distintos niveles asistenciales. Esta medida busca fortalecer la formación práctica con enfoque comunitario reconociendo el valor del aporte psicológico en la APS y en los territorios con menor cobertura. Paralelamente, la Resolución 1444 de 2025, que establece la nueva política de Talento Humano en Salud (THS), también plantea la necesidad de ampliar la cobertura del SSO en regiones apartadas o de difícil acceso; sin embargo, tanto en la PNSM como en esta resolución persisten vacíos respecto a los plazos, número de plazas y criterios de asignación, lo que hace indispensable un seguimiento activo por parte de los gremios y sectores académicos para garantizar la implementación efectiva de ambas disposiciones.

De igual manera en la PNSM 2025-2034 se señala que todos los programas de Psicología podrán prestar servicios en centros de atención comunitaria. Con esto, sin que sea un imperativo propiamente para los programas de Psicología, se facilita su integración y posible presencia en estos espacios, lo cual podría fortalecer significativamente la atención primaria, un componente clave para la implementación de esta política. Esta apertura tiene implicaciones directas para los programas académicos, ya que fomenta una mayor vinculación con el territorio y con las necesidades reales de las comunidades, promoviendo procesos de formación contextualizados, con enfoque psicosocial, intercultural y comunitario. Además, brinda a las universidades la oportunidad de establecer alianzas con entidades de salud y actores locales, participando activamente en la respuesta a problemáticas sociales y contribuyendo al cierre de brechas en SM desde una lógica de corresponsabilidad.

Con todos los avances y elementos enunciados es importante desde una perspectiva crítica enunciar faltantes en el marco de dicha política. A pesar de que en los lineamientos actuales se promueven acciones como la reducción del estigma en SM, la construcción de entornos resilientes y el reconocimiento de la interculturalidad, estas se presentan como intervenciones externalizantes, es decir, como elementos añadidos al discurso institucional sin una revisión crítica del razonamiento clínico ni de la práctica profesional que los implemente. En consecuencia, persiste una brecha entre los enfoques que se enuncian –como el comunitario, el intercultural, el de género o el interseccional– y la manera en que estos realmente transforman la clínica. La práctica continúa anclada en marcos tradicionales centrados en la identificación y abordaje de trastornos mentales, atención del estigma en SM, sin cuestionar desde el interior las formas en que la clínica reproduce miradas individualistas, intrapsíquicas y biologicistas.

En este escenario, incluso con la incorporación del enfoque comunitario, las lógicas clínicas pueden seguir operando bajo un modelo curativo e individualizante, donde los determinantes sociales de la salud funcionan más como un marco retórico que como una guía para la acción transformadora. La ausencia de una reflexión profunda sobre cómo la clínica puede adoptar y habitar enfoques poblacionales, interseccionales o de género deja abierta la posibilidad de que estos sean aplicados de manera superficial o decorativa. En otras palabras, sin una reelaboración crítica del rol del profesional y de la práctica clínica, el riesgo es que se mantengan intactas las estructuras asistencialistas y de corte biomédico, sin impacto real en las condiciones sociales, culturales y políticas que inciden en el sufrimiento humano.

La Nueva Ley de Salud Mental: sintonías de transformación en el marco de Atención Primaria en Salud

Además de la nueva PNSM, fue sancionada el 16 de junio de 2025 la Ley 2460, una nueva Ley de SM que entra a modificar, reforzar y efectuar ajustes a la Ley 1616 de 2013. En coherencia con el espíritu reformista de la política, esta normativa anuncia transformaciones que podrían incidir de manera significativa en el campo de la SM y en el desarrollo de la PC en el país. No obstante, como lo señalamos anteriormente, su alcance debe entenderse en una orientación de largo plazo pues muchos de sus efectos solo podrán ser evaluados y analizados con el paso del tiempo.

Con la implementación de la Ley 1616 de 2013, los PBS evidenciaron un mayor reconocimiento de la SM como derecho y una consolidación parcial de la atención psicológica individual dentro del sistema de aseguramiento en salud. No obstante, la Ley no logró incorporar de manera efectiva los escenarios necesarios para la promoción y prevención de la SM, ni definir cómo debían articularse los distintos actores – profesionales, agentes comunitarios, organizaciones sociales y redes públicas o privadas–en dichos procesos. Tampoco consiguió operativizar la APS en los territorios a través de redes integradas, presentando mayores dificultades en zonas dispersas o periféricas. Además, ofreció una lectura limitada del papel de la PC en el sistema de salud, aspecto que la nueva normativa busca superar con avances más concretos.

Según lo observado en la Figura 2 la nueva normativa sobre SM, Ley 2460 de 2025 contempla cuatro escenarios importantes que son relevantes para la PC, teniendo presente que su alcance por supuesto es mucho más amplio y no se agota en este análisis: Red institucional y gobernanza en SM, Modelos de atención y diversidad de Enfoques, Talento Humano en SM y finalmente información, comunicación y promoción de la SM.

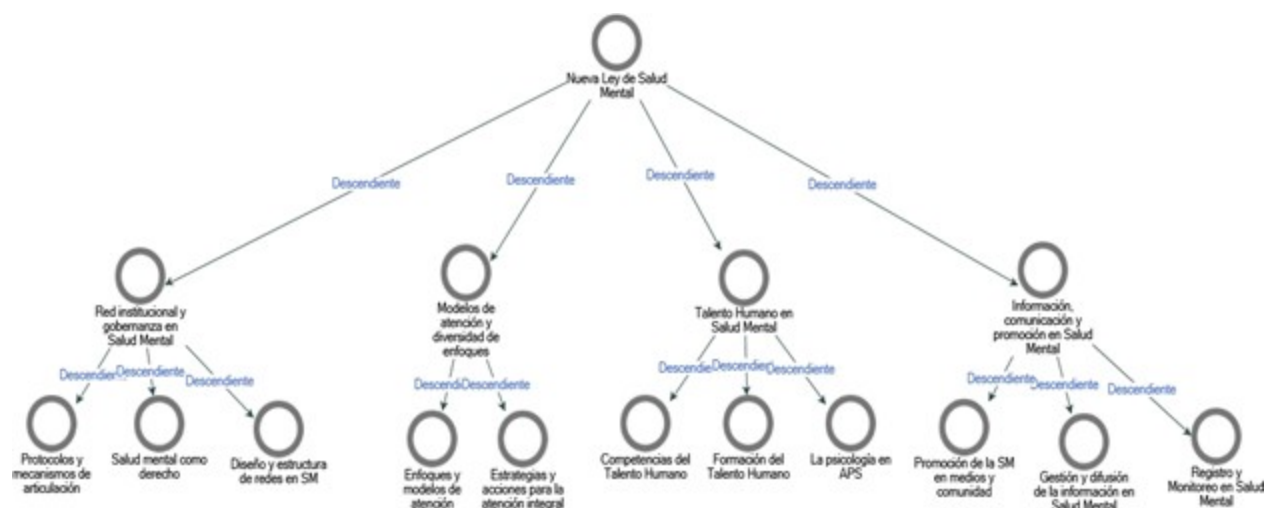


Figura 2

Componentes clave de la Nueva Ley de Salud Mental (2025)

Nota: El esquema representa la estructura analítica derivada de la Nueva Ley de SM (2025), organizada a partir de los ejes temáticos identificados en el proceso de codificación. La red muestra los componentes centrales de la ley —gobernanza institucional, modelos de atención, talento humano, y estrategias de información y promoción— y sus desarrollos descendentes, tal como emergieron de la interpretación hermenéutica del corpus.

Red institucional y gobernanza en Salud Mental

En coherencia con la Ley 1616 de 2013, la Ley 2460 de 2025 reafirma la SM como un derecho y al Estado como su principal garante, asignándole la responsabilidad de promover acciones individuales y colectivas orientadas a su protección. Esta normativa se articula con la PNSM 2025–2034, retomando elementos ya contemplados en ella, especialmente en lo relacionado con el diseño y la estructuración de redes en SM mediante la creación de la Red Mixta Nacional y Territorial de SM, integrada por actores públicos y privados de distintos niveles. Su propósito es coordinar esfuerzos para el diseño, implementación y evaluación de planes, políticas y acciones en SM, fortaleciendo el trabajo intersectorial y la generación de espacios locales de articulación que aporten información y recomendaciones para la gestión efectiva de la política.

Partiendo de la identificación de poblaciones con mayor nivel de vulnerabilidad este nuevo marco normativo deja explícito la necesidad de construir protocolos y mecanismos de articulación en los territorios enfocados a la promoción, prevención y tratamiento de problemáticas vinculantes con la SM bajo enfoques diferenciados en los que se incluyen: enfoque interseccional, de derechos humanos, determinantes sociales en salud con especial atención al curso de vida de niños, niñas adolescentes y jóvenes, la normativa establece un plazo de un año para la creación de dichos protocolos. Los actores responsables de dichos protocolos son entidades territoriales y quienes hagan la función de empresas administradoras de beneficios en Salud (EPS) en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social.

En igual sentido y con un mayor énfasis que la contemplada en la normativa anterior, esta Ley señala en el marco de la APS, la creación de protocolos amplios para la atención integral de la SM involucrando a las personas afectadas por condiciones de SM, en la que se incluyen pacientes, familia, cuidadores y otros actores relevantes de acuerdo a la política de participación social vigente. Se espera que estos protocolos incorporen de manera progresiva distintas problemáticas y trastornos, definiendo los procesos necesarios para su implementación y realizando los ajustes pertinentes con base en la evidencia científica, aunque sin especificar claramente en qué casos dicha actualización será requerida.

Este marco normativo reconoce la importancia de actores clave como usuarios, familias y profesionales; sin embargo, no precisa el cómo ni los elementos vinculantes necesarios para la construcción efectiva de los protocolos, metodologías de trabajo y formas de puesta en escena que propone. Aunque estas declaraciones representan avances relevantes –e incluso incorporan aspectos históricamente ausentes–, el desarrollo técnico de tales protocolos continúa siendo una carencia significativa, que posiblemente deberá ser definido en decretos reglamentarios. En consecuencia, persiste una distancia entre el discurso normativo y la viabilidad operativa de lo planteado, lo que exige la creación de escenarios concretos donde estos lineamientos puedan materializarse. Pese a ello, en el corto plazo se abre una ventana de oportunidad importante para avanzar en la consolidación de servicios de SM en el sistema de salud.

Modelos de atención y diversidad de enfoques

En coherencia con la nueva PNSM 2025-2034, el marco regulatorio enfatiza la necesidad de integrar diversos enfoques en la atención en SM, promoviendo el diálogo entre las dimensiones individual y colectiva. Además de incorporar prácticas basadas en evidencia, se propone reconocer la diversidad de saberes e incluir enfoques de derechos humanos, género, diferencial, étnico, poblacional-territorial, de curso de vida y, de manera central, el biopsicosocial y comunitario. Este último plantea superar la visión limitada a tratamientos psicológicos o psiquiátricos, orientando las acciones hacia una articulación entre lo individual y lo comunitario, mediante prácticas que favorezcan la integración familiar, social, laboral, educativa, cultural, física y recreativa.

La atención integral en SM se orienta desde enfoques de promoción e intervención culturalmente sensibles, que incorporan perspectivas diferenciales, étnicas y poblacionales, mediante equipos interdisciplinarios que actúan tanto en el ámbito individual como en el grupal y comunitario. Su énfasis principal recae en la promoción y la prevención, articulando acciones educativas amplias que trascienden las instituciones de salud e involucran espacios como escuelas, iglesias y organizaciones comunitarias. Estas iniciativas buscan fortalecer redes territoriales que integren diversos actores y sectores en torno a la educación emocional, la sensibilización, la prevención de violencias y la difusión de rutas de atención en SM.

Las declaraciones sobre la diversidad de enfoques que supone apuestas individuales y colectivas atravesadas por una mayor sensibilidad contextual, territorial, étnica, trayectoria vital y demás supone un reto que en la vía de lo que hemos venido señalando: se requiere explicitar el cómo. Las intervenciones o programas comunitarios pueden al final del día ofrecer educación en salud que en el sentido clásico: reconocen al profesional como experto que deposita un determinado conocimiento sobre trastornos mentales, educación emocional y que en últimas no interpela o posibilita el diálogo de saberes. De igual manera, en el trabajo individual y grupal resulta pertinente reflexionar sobre las tensiones que surgen entre la intención de promover un verdadero diálogo de saberes y la persistencia de enfoques clínicos tradicionales que, desde una posición de saber experto, tienden a imponer modelos centrados en el diagnóstico, la clasificación de trastornos y la modificación de conductas. En este sentido, las declaraciones y propósitos enunciados se configuran como un desafío significativo frente a las propias aspiraciones transformadoras del campo.

Talento Humano en Salud Mental

La Ley 2460 de 2025 también define de manera explícita el personal sanitario reconocido en el marco de la SM. Esto contrasta con la historia reciente del país, en la que el reconocimiento del profesional en Psicología como THS ha sido inconsistente: en algunos casos se le incluye, como en la Resolución 3100 de 2019, mientras que en otros se le desconoce o no se hace referencia directa, asunto que se observa en la Política Nacional de THS de 2018 (Ministerio de Salud, 2018). Frente a ello, la nueva Ley busca precisar qué profesionales integran dicho marco y, al hacerlo, reafirma su apuesta biopsicosocial al incluir, junto con la medicina, a la Psicología, la Terapia Ocupacional y el Trabajo Social.

Adicionalmente, dada la intencionalidad en general que tiene esta Ley por la APS deja claro en el artículo 22 qué profesionales hacen parte del talento humano en atención primaria y prehospitolaria, indicando que deben acreditar título en: Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería y Atención Pre hospitalaria. Si bien no señala que en todos los equipos interdisciplinarios de atención primaria debe haber un profesional de Psicología, sí marca un avance importante para la PC de cara a la APS. En coherencia con otras disposiciones recientes en el país, como la establecida en la Resolución 1444 de 2025, que define la nueva política de THS, se reconoce de manera explícita a los profesionales en Psicología como parte del THS. En este contexto, la apuesta general del actual gobierno parece centrarse en el fortalecimiento de la APS, con un claro enfoque territorial y comunitario.

Vale recordar que la PNSM 2025-2034 establece de manera clara que en APS debe garantizarse la presencia de un profesional en PC. No obstante, ni en la PNSM ni en la nueva Ley de SM se señala de manera explícita o taxativa la eliminación de la barrera de acceso a los servicios de Psicología en el marco del aseguramiento en salud, aspecto que, sin embargo, ha sido difundido en los medios como un cambio relevante. Aunque este punto ha venido siendo precisado en las resoluciones recientes del PBS, sería deseable que se incorporara de forma expresa la eliminación de dicha barrera, de modo que el acceso a los servicios de Psicología no dependa de la autorización del médico tratante. En este sentido, aunque la orientación general de las normas más actuales parece sugerirlo, la definición debería ser explícita para evitar que quede supeditada a la voluntad del gobernante de turno o que ese lenguaje implícito termine por una apuesta parcial y no amplia.

En materia de competencias del THS, la Ley establece directrices claras para el primer nivel de atención y los equipos prehospitolarios, integrando un enfoque clínico-comunitario que incluye formación en SM, SM comunitaria, bienestar psicosocial y manejo de urgencias psicológicas y psiquiátricas. Esta apuesta representa un avance importante en el fortalecimiento de capacidades orientadas a una atención contextualizada, integral y con enfoque territorial. No obstante, este énfasis no se replica con la misma claridad en los niveles hospitalarios de mayor complejidad. Aunque el artículo 10 menciona que el Ministerio promoverá programas de formación según el nivel de complejidad, y el artículo 16 alude a la actualización continua del personal de salud, ninguno de los dos define con precisión las competencias clínicas requeridas en estos contextos ni exige su articulación con los enfoques diferenciales, de género o comunitarios que la propia Ley consagra.

El artículo 20 establece como principio orientador la formación del talento humano en SM bajo criterios de humanización y trato digno al paciente, sus familiares y cuidadores; no obstante, este principio resulta limitado si no se acompaña de lineamientos que garanticen su aplicación en la práctica clínica. La falta de tales directrices mantiene el riesgo de que los servicios hospitalarios continúen operando con enfoques tradicionales y fragmentados, distantes de las transformaciones promovidas en la atención primaria, lo que amplía la brecha entre niveles del sistema y debilita la aspiración de una atención integral que articule lo clínico, lo social, lo ético y lo comunitario.

Finalmente, en lo que respecta al THS, la Ley contempla que los estudiantes de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, entre otras disciplinas, puedan realizar sus prácticas o pasantías en comunidades con indicadores de riesgo en SM. Sin embargo, la redacción adoptada en el artículo 34 se expresa en términos de posibilidad y no como una obligación, lo que deja su ejecución a discreción de las instituciones de educación superior o de los propios estudiantes. Esta formulación, aunque positiva en su intención, limita su alcance como mecanismo estructurado de vinculación entre los procesos formativos y los contextos comunitarios.

Información, comunicación y promoción en Salud Mental

La promoción de la SM también se despliega en múltiples niveles en esta Ley, con especial énfasis en el uso de medios audiovisuales, redes sociales y plataformas digitales, así como en la vinculación activa de organizaciones comunitarias (artículo 8). Este esfuerzo comunicativo busca transformar imaginarios, reducir el estigma y fortalecer el acceso informado a las rutas de atención, reconociendo las particularidades de cada territorio y garantizando la circulación de contenidos pertinentes.

En términos de la gestión de la información la norma tiene una mayor orientación alrededor del acceso abierto a la información generada y con ellos permite una mayor capacidad de respuesta y transparencia. Para ello se contempla la realización de tamizajes en SM orientados por EPS públicas y privadas y entidades territoriales de salud en articulación con entidades educativas mediante la creación de comités de SM. Estos tamizajes respetando la confidencialidad se desarrollarán de manera anualizada y permitirán recoger alertas tempranas para la prevención y promoción de la SM.

Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) deberán integrar los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS) para precisar el tipo de intervención realizada y fortalecer la trazabilidad clínica y la gestión del sistema. Esta incorporación permitirá diferenciar, por ejemplo, entre psicoterapia individual, grupal, familiar o rehabilitación cognitiva, información que actualmente no está sistematizada ni registrada por el Observatorio de SM. Asimismo, aunque se plantea registrar los determinantes sociales en las atenciones individuales, no se especifica el procedimiento para su envío y análisis, tarea que finalmente corresponderá al Observatorio de Salud, encargado de elaborar informes técnicos que favorezcan la apropiación social del conocimiento.

Finalmente, la Ley establece la elaboración de un informe bianual sobre el estado de la SM en el país, incorporando aspectos antes ausentes como tratamientos más frecuentes, riesgos, actores, determinantes sociales y un capítulo específico sobre el ámbito laboral y educativo. Además, resalta la necesidad de una articulación sólida entre sistemas de información del sector salud y otros sectores sociales, promoviendo la participación voluntaria de entidades públicas y privadas en la producción y análisis de datos. Esta integración busca fortalecer la generación de conocimiento contextualizado y consolidar una base de datos más precisa y útil para el abordaje integral y territorial de la SM, en coherencia con los principios de la APS y la evidencia científica.

Discusión

Al analizar la PNSM 2025–2034 y la Ley 2460 de 2025, destaca la reconfiguración del lugar de PC en el sistema de salud colombiano, especialmente en la APS. Estas disposiciones promueven la incorporación de psicólogos en el primer nivel de atención sin que el acceso a sus servicios dependa exclusivamente de la remisión médica, lo cual está en consonancia con el PDSP 2022–2031 y las resoluciones del Ministerio de Salud sobre los PBS de 2023 y 2024. No obstante, para que este cambio tenga efectos reales se requiere un lenguaje normativo taxativo y explícito que lo concrete desde la política pública. Esta transformación responde además a diagnósticos previos sobre la sobrecarga del médico y la consiguiente fragmentación de la atención en SM (Moreno & Moriana, 2012; Reyes & Hernández, 2002;).

En congruencia con lo señalado, existe evidencia científica creciente que refuerza la importancia de esta transformación. Investigaciones en el Reino Unido indican que la integración de psicólogos en APS mejora resultados de salud, reduce costos y eleva la percepción de la calidad asistencial (Ross et al., 2019; Marks, 2022). Estudios sobre pacientes policonsultantes muestran que la intervención temprana por psicólogos favorece la focalización de la demanda y la reducción de costos (Bestall et al., 2017). En España, la terapia grupal transdiagnóstica aplicada en APS ha mostrado ventajas de eficacia y eficiencia frente a los tratamientos habituales para ansiedad, depresión y somatización (Martínez Murcia, 2023).

Más allá de la ampliación de cobertura individual, los marcos normativos recientes exigen el desarrollo de competencias clínico-comunitarias: atención prehospitalaria diferenciada, sensibilidad cultural e interseccional e incorporación de determinantes sociales en la historia clínica. Esta orientación obliga a pensar la intervención psicológica no solo como asistencia individual sino como acción que fortalece lazos y recursos comunitarios, fomenta grupos de apoyo mutuo y posibilita respuestas colectivas desde los territorios (Goldenberg & Molina, 2007; Kube et al., 2021).

No obstante, lo comunitario no debe sustituir ni debilitar el acompañamiento de profesionales en SM: existen riesgos cuando las redes de cuidado primarias actúan sin acompañamiento profesional claro, dejando a familias y comunidades sin soporte experto en problemas complejos de SM (Wagner et al., 2011). Asimismo, la crítica de Deacon (2013) sobre la eventual “medicalización” de lo comunitario alerta sobre la necesidad de que las intervenciones comunitarias no reproduzcan lógicas psicofarmacológicas y diagnósticas masivas. En este horizonte pareciera que lo comunitario y lo psicosocial se jugara como algo externalizante a la clínica y no bajo la lógica de reconfiguración de la misma. Con lo cual las políticas públicas pueden verse como semblante o adorno distinguiendo una serie de términos que sugieren una pluralidad de enfoques con sensibilidad cultural, pero que en últimas no implica una reflexión profunda y transformadora que redireccione la práctica clínica más allá de los razonamientos biomédicos, en los que el sufrimiento y los fenómenos estudiados suelen adquirir una mirada fisiopatológica o anatómica (Deacon, 2013).

Se requiere en el marco de decretos reglamentarios y elaboración de protocolos prácticas comprensivas que posibiliten una reconfiguración de nuestras concepciones de lo clínico. La propuesta de una clínica ampliada ofrece un marco integrador: una práctica que incorpora saberes comunitarios y reconoce la pluralidad del sufrimiento en contextos históricos y culturales, diluyendo la frontera entre lo individual y lo colectivo (Agrest et al., 2018; Amarante, 2016; Hernández-Holguín et al., 2023). Esta perspectiva recupera la tradición reformista propuesta por la OMS (1978), que buscó integrar la SM a los servicios generales, interrogando y desplazando prácticas manicomiales para orientar el desarrollo de políticas que promueven la intervención vinculada a los territorios bajo un lente psicosocial.

Pese al espíritu normativo identificado en las disposiciones estudiadas, debemos reconocer que persiste una brecha importante entre lo normativo y su aplicación. La promulgación de normas, leyes y decretos no garantiza por sí sola una transformación real de la práctica clínica ni de los servicios de salud. Con frecuencia, las normativas producen marcos que se diluyen en el contacto con las instituciones o servicios de salud, generando realidades distintas para los entornos hospitalarios y para la APS en territorios. A esto se suma, en el país se ha evidenciado la coexistencia de normatividades diversas e incluso contradictorias, sin una orientación clara del sistema en relación con la SM. En muchos casos, las leyes terminan mediadas por una visión econométrica impuesta por actores privados, manteniendo un modelo de atención centrado en la enfermedad y en el trabajo individual (Hernández-Holguín & Sanmartín-Salamanca, 2018).

Ante este panorama, la construcción de protocolos de atención individual y colectiva –como lo contemplan la Ley 2460 y la PNSM 2025-2034– requiere la participación activa de múltiples actores. Las Facultades de Psicología y asociaciones gremiales cuentan con una oportunidad histórica para incidir en la política pública vinculante, toda vez que históricamente la profesión ha tenido una incidencia limitada en la definición de acciones y planes en salud, permaneciendo en un lugar marginal frente al predominio biomédico (Erazo, 2022).

Asimismo, la consolidación de estas transformaciones plantea también retos en el campo de la formación. La inserción de la PC en el sistema de salud exige marcos de formación que permitan operativizar el enfoque biopsicosocial, más allá de su enunciación retórica. Actualmente, la formación en SM en los programas de pregrado en Psicología sigue siendo limitada, con escasa presencia de contenidos y prácticas en escenarios de APS (Buitrago-Duque et al., 2020). Para responder a los desafíos normativos y contextuales, se requieren procesos formativos que integren lo clínico y lo social-comunitario, favoreciendo un abordaje dialógico y situado en la diversidad de los territorios. Solo así la PC podrá asumir un papel más protagónico en la atención en salud mental y consolidar las oportunidades que las nuevas disposiciones normativas configuran para su fortalecimiento en el sistema de salud colombiano.

Conclusiones

El artículo analizó críticamente las disposiciones normativas recientes en relación con el lugar que ocupa la PC y en qué medida estas han configurado oportunidades reales para su fortalecimiento en el sistema de salud colombiano. Hemos observado avances normativos importantes que a mediano y largo plazo configuran escenarios reales de participación y fortalecimiento de la PC especialmente en APS. Sin embargo, lo anterior debe verse con escepticismo en tanto persiste históricamente una brecha importante entre los marcos normativos y lo que ocurre cotidianamente en los escenarios de salud.

Pese a los avances en SM en el país, no se cuentan aún con protocolos claros de atención y de calidad asistencial. Por ello, resulta indispensable que en la construcción de protocolos y lineamientos sobre servicios de salud mental –como los propuestos en la Ley 2460 y la PNSM 2025-2034– exista una participación intencionada de los psicólogos, las Facultades de Psicología y las asociaciones gremiales, promoviendo su incidencia real y velando por su efectiva implementación. Asimismo, sugerimos fortalecer los procesos de formación en SM, ampliando la presencia de contenidos y prácticas en APS y garantizando marcos que operativicen el enfoque biopsicosocial. Solo con esta articulación intersectorial y un esfuerzo decidido por transformar y articular la formación con lo señalado en estos nuevos marcos normativos será posible avanzar hacia una práctica más coherente con los desafíos normativos y con las necesidades diversas de los territorios.

El presente estudio ofrece una lectura rigurosa y sistematizada de la normativa reciente en salud mental; sin embargo, como todo ejercicio hermenéutico, sus alcances son parciales. La interpretación propuesta no agota las múltiples posibilidades de lectura ni incluye otros marcos regulatorios vigentes desde la Ley 100 de 1993, por lo que no pretende constituirse en un análisis exhaustivo del lugar de la Psicología Clínica en el sistema de salud colombiano.

Asimismo, el carácter exclusivamente documental del análisis –basado en codificación inductiva asistida por NVivo y una lectura hermenéutica– implica límites en la comprensión de los efectos y alcances reales de estas normativas. En consecuencia, se requieren estudios futuros que articulen estas lecturas con la voz de actores concretos, como usuarios, profesionales y proveedores de servicios, con el fin de ampliar la comprensión sobre la PC y los servicios no farmacológicos de salud mental en el sistema.

Referencias

- Agrest, M., Mascayano, F., Teodoro de Assis, R., Molina-Bulla, C., & Ardila-Gómez, S. (2018). Leyes de Salud Mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(141), 334-335. Obtenido de <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/280/224>
- Amarante, P. (2016). *Salud mental y atención psicosocial*. Madrid: Grupo 5.
- Amigo Vásquez, I. (. (2020). *Manual de psicología de la salud*. Oviedo: Editorial Pirámide.
- Bacallao, G., & Bello, B. (2014). El método clínico, situación actual. Revisión bibliográfica. *Acta Médica del Centro*, 8(2), 131-138. Obtenido de cutt.ly/oe30w4G
- Bestall, J., Siddigi, N., Heywood-Everett, S., Freeman, C., Carder, P., James, M., . . . Moulson, A. &. (2017). New Models of Care: a Liaison Psychiatry Service for Medically Unexplained Symptoms and Frequent Attenders in Primary Care. *BJPsych bulletin*, 41(6), 340-344. doi:10.1192/pb.bp.116.055731
- Buitrago-Duque, D. C., Bedoya-Gallego, D. M., & Vanegas-Arbeláez, A. A. (2020). Formación en salud mental en psicología, trabajo social, medicina, enfermería y terapia ocupacional en Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 54-69. doi:10.17151/hpsal.2020.25.2.8
- Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). *Ley 100 de 1993*. Gaceta del Congreso. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Congreso de la República de Colombia. (2007, 3 de octubre). *Ley 1164 de 2007*. Gaceta del congreso. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201164%20de%202007.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (2011, 19 de enero). *Ley 1438 de 2011*. Gaceta del Congreso. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- Congreso de la República de Colombia. (2025, 16 de junio). *Ley 2460 de 2025*. Gaceta del Congreso.
- Correa Ramírez, C., Tobón Restrepo, J., & Villa Gómez, J. (2025). La psicología clínica en los sistemas de salud, expresiones y tensiones en su desarrollo: revisión sistemática (2002-2023). *Psicología desde el Caribe*, 42(3), 1-31. Obtenido de <https://rcientificas.uninorte.edu.co/.../article/view/18805>
- Deacon, B. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33, 1-16. doi:10.1016/j.cpr.2012.09.007
- Desviat, M. (2016). La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo (Notas para otra salud mental). *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos*, 11, 13-45.
- Erazo, E. (2022). *Análisis sociopolítico de las políticas nacionales de salud mental en Colombia 1998-2019*. Bogotá: Tesis doctorado.
- Fernandes de Oliveira, I., & Yamamoto, O. H. (2014). Psychology and social policies: A historical overview of psychological practice in Brazilian Public Health. *Universitas Psychologica*, 13(spe5), 1777-1785. doi:10.11144/Javeriana.upsy13-5.psh.
- Ferreira Neto, J., & Henriques, M. (2016). Psychologists in public health: Historical aspects and current challenges. *Journal of Health Psychology*, 21(3), 281-290. doi:10.1177/1359105316628760

- Goldenberg, J., & Molina Aguayo, M. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149-159. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v22n3/149-159>
- Hernández- Holguín, D., López, B., & Martínez- Hernández, Á. (2023). Salud mental colectiva: una revisión del concepto en la literatura académica de Brasil, Colombia y España. *Saúde e Sociedade*, 32(3), 1-12. doi:10.1590/S0104-12902023210693es
- Hernández-Holguín, D., & Sanmartín-Salamanca, C. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. 1-14. doi:10.11144/Javeriana.rgps17-35.psmc
- Iskra, W., Deane, F. P., Wahlin, T., & Davis, E. L. (2018). Parental perceptions of barriers to mental health services for young people. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(2), 125-134. doi:10.1111/eip.12281
- Jaramillo, J. (2020). *Análisis de los procesos de configuración de la psicología clínica hegemónica desde las realidades situacionales y ontológicas que caracterizan la contemporaneidad: implicaciones para la formación y la investigación*. Medellín: Universidad San Buenaventura.
- Kube, E., Harris, G., & Hicken, B. (2021). The graying of integrated health: the specialized role of psychology in geriatric primary care. *Aging & Mental Health*, 25(10), 1941-1949. doi:10.1080/13607863.2020.1768215
- Marks, L. (2022). Clinical Psychology in Primary Care – how can we afford to be without it? Guidance for Clinical Commissioners and Integrated Care Systems. *The British Psychological Society*, 1-21. doi:10.53841/bpsrep.2022.rep165
- Martínez Murcia, A. (2023). *Eficacia de PsicAP para el abordaje de trastornos mentales leves y moderados dentro del sistema español de atención primaria. Una revisión sistemática*. Valencia: Universidad Europea Valencia.
- Ministerio de salud y protección social. (2018, 10 de julio). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*. Minsalud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2019, 25 de noviembre). *Resolución 3100 de 2019*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%203100%20de%202019.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución 2366 de 2023*.
- Ministerio de salud y Protección Social. (2024). *Política Nacional de Salud Mental 2025-2034*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Document-2025-01-17T111829_306.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Resolución 2718 de 2024*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Resolución 1444 de 2025: Por la cual se adopta la Política Pública del Talento Humano en Salud 2025–2035*. Minsalud. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%201444%20de%202025.pdf
- Moreno, E., & Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315-328. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58224380007.pdf>
- Olabarriá, B., & Anxo García, M. (2011). Acerca Del Proceso De Construcción De La Psicología Clínica en España Como Especialidad Sanitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 223–245. doi:10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10363

- Oliveira, L. C., Menezes, H. F., Oliveira, R. L., Lima, D. M., & Fernandes, S. F. (2020). Mobile care service for psychiatric urgencies and emergencies: perception of nursing workers. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(1), 1-9. doi:10.1590/0034-7167-2018-0214
- Reuter, P. R., McGinnis, S. M., & Reuter, K. E. (2016). Public health professionals' perceptions of mental health services in Equatorial Guinea, Central-West Africa. *Pan African Medical Journal*, 25, 1-9. doi:10.11604/pamj.2016.25.236.10220
- Reyes, A. C., & Hernández, A. F. (2022). La psicología clínica como disciplina de entrada y articuladora de las rutas en salud mental en Colombia. *Psicoespacios*, 16(29), 1-9. doi:10.25057/21452776.1485
- Ricoeur, P. (2002). *Del texto a la acción ensayos de hermenéutica II*. México: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA.
- Ross, K., Klein, B., & Ferro, K. (2019). The Cost Effectiveness of Embedding a Behavioral Health Clinician into an Existing Primary Care Practice to Facilitate the Integration of Care: A Prospective, Case–Control Program Evaluation. *J Clin Psychol Med Settings*, 59-67. doi:10.1007/s10880-018-9564-9
- Van, N. H., Huyen, N. T., Hue, M. T., Luong, N. T., Thanh, P. Q., Duc, D. M., ... Hong, T. T. (2021). Perceived Barriers to Mental Health Services among the Elderly in the Rural of Vietnam: A Cross Sectional Survey in 2019. *Health Services Insights*, 14. doi:10.1177/11786329211026035
- Wagner, L. C., Runte, A., Torres González, F., & King, M. B. (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2077-2087. doi:10.1590/S1413-81232011000400007
- World Health Organization. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. *DECLARACION DE ALMA-ATA* (págs. 1-3). Alma-Ata: OMS.

AmeliCA

Disponible en:

<https://portal.amelica.org/amei/amei/journal/743/7435601006/7435601006.pdf>

[Cómo citar el artículo](#)

[Número completo](#)

[Más información del artículo](#)

[Página de la revista en portal.amelica.org](#)

AmeliCA

Ciencia Abierta para el Bien Común

Cristian Correa Ramírez, Luis Javier Tobón Restrepo,
Jose Filadelfo Castilla

La Psicología Clínica en la Puerta de Entrada al Sistema de Salud: Desafíos y Oportunidades para su Integración
Clinical Psychology at the Entry Point of the Health System: Challenges and Opportunities for Its Integration

Psicoespacios

vol. 19, núm. 35, p. 1 - 18, 2025

Institución Universitaria de Envigado, Colombia

psicoespacios@iue.edu.co

ISSN: 2145-2776

DOI: <https://doi.org/10.25057/21452776.1857>



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.