



MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS

Representante a la Cámara - Bogotá

Bogotá D.C., 15 de agosto de 2023

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General

Cámara de Representantes

REF: Adhesión proyectos de ley

Cordial saludo,

La presente para manifestar mi adhesión como coautora de los siguientes proyectos de ley:

1. Proyecto de Ley No. 109 de 2023C “Por medio de la cual se modifican algunas disposiciones de la ley 1861 de 2017, se incentivan los derechos y deberes de quienes presten el servicio militar obligatorio y se dictan otras disposiciones”.
2. Proyecto de Ley No. 080 de 2023C “Por medio del cual se modifica la ley 1616 de 2013, y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos o enfermedades mentales, así como en medidas para la promoción de la salud mental”.

Sin otro particular,

MARÍA FERNANDA CARRASCAL ROJAS

Representante a la Cámara por Bogotá

Bogotá D.C., 25 de Julio de 2023.

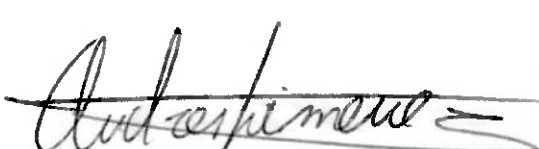
Doctor:
ANDRÉS DAVID CALLE AGUAS
Presidente
Cámara de Representantes
Ciudad.

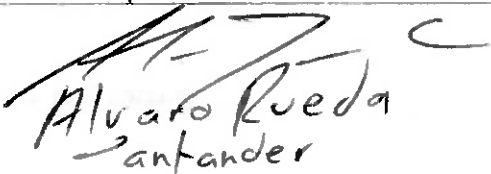
REF: Radicación Proyecto

Atento saludo,

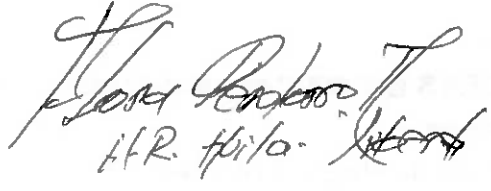
Con la presente me permito radicar a esta Presidencia, el proyecto de Ley: **"POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO EN MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL"** en cumplimiento de los establecido en la Ley 5° / 92, en original, dos copias y medio magnético, a fin q se surtan los trámites pertinentes.

Atentamente,

 Andrés Felipe Jiménez Salazar Representante a la Cámara Departamento de Antioquia	 Carlos Felipe Quintero Ovalle Representante a la Cámara Departamento del Cesar
María Fernanda Carrascal Rojas Representante a la Cámara	 Nicolás Albeiro Echeverri Alvaran Senador de la República


Alvaro Rueda
Santander



Monica Karm Bocunegui P Amazon	 H.R. Plata

PROYECTO DE LEY NO. ____ DE 2023 CÁMARA “POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO EN MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL”.

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

CAPÍTULO I

OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 1. OBJETO: La presente tiene por objeto modificar la ley 1616 de 2013, y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos o enfermedades mentales, así como en medidas para la promoción de la salud mental.

ARTÍCULO 2. Modifíquese el artículo 2. de la ley 1616 de 2013 el cual quedará así:

“ARTÍCULO 2. ÁMBITO DE APLICACIÓN. *La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado, así como los demás personas, entidades, organismos, o instituciones que tengan responsabilidades en la promoción de la salud mental, y la prevención y atención integral de trastornos o enfermedades mentales.*

También será aplicable, en lo respectivo, a aquellas personas que padezcan trastornos o enfermedades mentales, y sus familias, o representantes legales.

Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

CAPÍTULO II

DEPORTE Y SALUD MENTAL

ARTÍCULO 3. PROGRAMA DE DEPORTE. El Gobierno Nacional, en un término de doce (12) meses, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, creará un programa deportivo y de recreación, mediante el cual se incentive la práctica deportiva como mecanismo elemento de la atención en salud, y como elemento preventivo y complementario de la prevención y atención de trastornos o enfermedades mentales.

La implementación del programa estará a cargo del Ministerio del Deporte, Ministerio de Salud y Protección social, y el Ministerio de Educación Nacional.

PARÁGRAFO. El Ministerio del Deporte en coordinación con el Ministerio de Educación, darán lineamientos para la implementación de este programa dentro de las instituciones educativas públicas y privadas.

CAPÍTULO III

DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL

ARTÍCULO 4. Modifíquese el artículo 29 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 29. CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL. *La instancia especializada creada en el artículo 10 de la Ley 1566 de 2012 se denominará Consejo Nacional de Salud Mental, consistente en un conjunto de organismos y entidades, articulados entre sí, que buscan garantizar el acceso de la población a los planes y programas en Salud Mental, y será la instancia responsable de hacer el seguimiento y evaluación a las órdenes consignadas en la Ley 1566 de 2012 y la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental.*

Este Consejo tendrá carácter consultivo bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Salud Pública, la cual ejercerá la secretaría técnica del mismo y lo convocará mínimo dos (2) veces al año, y de forma extraordinaria cuando por la naturaleza de los temas a tratar así lo solicite alguno de sus integrantes.

El Consejo es una instancia mixta integrada por:

- 1. El Ministro o Ministra de Salud y Protección Social o el Viceministro Delegado, quien lo presidirá.*

2. *El Defensor o Defensora del Pueblo o su delegado.*
3. *El Director o Directora de Salud Pública, quien ejercerá la secretaría técnica de manera indelegable.*
4. *Un (1) representante de cada uno de los colegios, consejos o asociaciones profesionales relacionadas con la atención en salud mental.*
5. *Dos (2) representantes de los prestadores de servicios de Salud.*
6. *Dos (2) representantes de las asociaciones de pacientes, sus familiares o cuidadores de patologías en Salud Mental.*
7. *Un (1) representante de las asociaciones de Facultades de las Ciencias de la Salud.*
8. *Un (1) representante de las Facultades de las Ciencias Sociales.*
9. *Un (1) representante de las organizaciones sociales y comunitarias.*

Por otro lado, serán invitados permanentes:

- i) Un delegado del Ministerio de Educación.*
- ii) Un delegado del Ministerio del Deporte.*
- iii) Un delegado del Ministerio de Justicia.*
- iv) Un delegado del Ministerio de Vivienda*
- v) Un delegado del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.*
- vi) Un delegado del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social.*
- vii) Un delegado de la Federación Nacional de Departamentos.*
- viii) Un delegado de la Federación Colombiana de Municipios.*

Los miembros invitados deberán informar al Consejo Nacional sobre las necesidades que tengan en materia de atención en salud mental en su sector.

De conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 1566 de 2012 las funciones de este consejo serán apoyadas por un equipo funcional interdisciplinario, idóneo y suficiente de servidores públicos de la planta del Ministerio expertos en la formulación, prestación, auditoría y calidad de servicios en salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

Los representantes de las organizaciones profesionales, de pacientes y demás señalados en este artículo serán elegidos por aquellas, y su designación será oficialmente comunicada a la Secretaría Técnica del mismo.

PARÁGRAFO. *En cada uno de los departamento del país se conformará el Consejo Departamental de Salud Mental, liderado por la Secretaría Departamental de Salud quien será la encargada de conformar y convocar dicho Consejo la cual estará integrada por los respectivos secretarios de Salud o quien haga sus veces en los municipios que integran el departamento y por los representantes de cada asociación en el departamento señalados en el presente artículo según la existencia de tales asociaciones en el Departamento.*

Estos Consejos Departamentales rendirán un informe anual en los términos de este artículo al Ministerio de Salud y Protección Social”.

ARTÍCULO 5. *Modifíquese el artículo 30 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:*

ARTÍCULO 30. FUNCIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL. *Son funciones del Consejo:*

- 1. Preparar y presentar a las instancias y entidades pertinentes conceptos y recomendaciones producto del seguimiento y evaluación participativa y periódica a la implementación y cumplimiento de la Ley 1566 de 2012, la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas, el modelo de atención, guías y protocolos en salud mental, CONPES y el Plan decenal para la salud pública en lo relativo a la salud mental.*
- 2. Revisar la ejecución de los planes de acción nacional y departamental para el cumplimiento de las leyes e instrumentos indicados en el numeral anterior.*
- 3. Plantear acciones de articulación intersectorial y transectorial que impacten la prevención y la atención integral en salud mental.*
- 4. Recomendar nuevos procesos administrativos y técnicos que surjan producto de la investigación, el monitoreo y evaluación de las leyes e instrumentos referidos en el numeral 1.*
- 5. Rendir y divulgar anualmente un informe integral de gestión, evaluación, resultados y cumplimiento de las leyes, políticas y planes señalados en el numeral 1 a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Defensoría del Pueblo, Superintendencia Nacional de Salud y Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República para lo de su competencia.*

6. *Proponer lineamientos y brindar recomendaciones para la atención integral de trastornos o enfermedades mentales.*
7. *Proponer lineamientos y brindar recomendaciones para la prevención de trastornos o enfermedades mentales.*
8. *Proponer lineamientos y brindar recomendaciones para la capacitación de servidores públicos, docentes y trabajadores acerca de la Salud Mental.*
9. *Proponer lineamientos y brindar recomendaciones para la difusión de los diferentes programas y planes relacionados con la Salud Mental.*

PARÁGRAFO. *Dentro de las recomendaciones sobre salud mental que brindará el Comité Interinstitucional se encontrarán las siguientes poblaciones:*

- i) *Personas privadas de la libertad.*
- ii) *Estudiantes de las Instituciones Educativas públicas y privadas del país.*
- iii) *Trabajadores del sector público y privado.*
- iv) *Comunidades étnicas del país.*
- v) *Personas afectadas por desastres naturales.*
- vi) *Víctimas del conflicto armado.*
- vii) *Personas con afectaciones mentales causadas por las adicciones, según la mejor evidencia disponible.*
- viii) *Las demás que defina la autoridad competente en materia de salud.*

CAPÍTULO IV

DERECHOS DE LAS PERSONAS

ARTÍCULO 6. *Modifíquese el artículo 6 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:*

“ARTÍCULO 6. DERECHOS DE LAS PERSONAS. *Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros*

instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

- 1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.*
- 2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.*
- 3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.*
- 4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.*
- 5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.*
- 6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.*
- 7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.*
- 8. Derecho a ejercer sus derechos civiles, y en caso de incapacidad para ejercer estos derechos que esta sea determinada por la legislación vigente.*
- 9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental. Así como tendrá derecho a no ser sometido a tratos crueles e inhumanos y a ser respetado en su dignidad humana.*
- 10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.*
- 11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con su familia, el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.*
- 12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.*
- 13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.*
- 14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.*
- 15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.*
- 16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.*

Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante”.

CAPÍTULO V

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

ARTÍCULO 7. Modifíquese el artículo 9 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 9. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL. *Las Administradoras de Riesgos Laborales dentro de las actividades de promoción y prevención en salud deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.*

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley.

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud evaluarán y ajustarán periódicamente este lineamiento técnico para enfrentar los riesgos laborales en salud mental.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención ordenadas en el presente artículo.

Todas las empresas y entidades de cualquier naturaleza deben garantizar un ambiente laboral libre de acoso laboral, y deberán implementar medidas que contribuyan al bienestar y la salud mental de sus empleados durante la jornada laboral.

PARÁGRAFO: *Todas las empresas o entidades que provean bienes o servicios para cuyo acceso los usuarios se ven sometidos a condiciones que impliquen congestiones, hacinamiento, altas o bajas temperaturas, largos periodos en pie y*

otras condiciones que propicien estrés y/o ansiedad, deberán implementar dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, un Plan de Bienestar y Salud Mental para los Usuarios y deberán habilitar la recepción de sugerencias por parte de los usuarios”.

ARTÍCULO 8. Modifíquese el artículo 11 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 11. ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL. *La atención integral en salud mental no se reducirá a un tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico, e incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral, educativa, actividades deportivas y/o recreativas.*

Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental”.

CAPÍTULO VI

RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

ARTÍCULO 9. Modifíquese el artículo 14 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 14. PRESTADORES DE SERVICIOS. *Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con los mínimos establecidos en las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación vigente.*

Para este efecto el Ministerio deberá formular, implementar, evaluar y ajustar tales instrumentos de acuerdo con lo establecido en la presente ley y demás disposiciones legales complementarias.

Sin perjuicio de lo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, podrán ofrecer tratamientos innovadores y alternativos en Salud Mental para trastornos o enfermedades mentales como servicios complementarios a los mínimos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en las

políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1751 de 2015.

CAPÍTULO VII

RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

ARTÍCULO 10. Modifíquese el artículo 22 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 22. TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y PRE HOSPITALARIA. *Las personas que hagan parte del equipo de atención primaria y pre hospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Pre hospitalaria.*

De igual manera y, de acuerdo con la particularidad del caso, también se incluirá a otros profesionales para garantizar una atención integral.

En todo caso, los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano en atención pre hospitalaria cuente con capacitación continua en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y manejo del paciente con trastorno mental.

Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal según corresponda”.

CAPÍTULO VIII

ATENCIÓN INTEGRAL Y PREFERENTE EN SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

ARTÍCULO 11. Modifíquese el artículo 23º. de la ley 1616 de 2013 el cual quedará así:

“ARTÍCULO 23. ATENCIÓN INTEGRAL Y PREFERENTE EN SALUD MENTAL. *De conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006 y los artículos 17, 18, 19, 20 y 21 de la Ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.*

De igual manera, con el fin de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, también gozarán de atención integral y preferente en salud

Mental todas las Personas adultas que sufran un trastorno y/o Enfermedad Mental y que convivan con niños, niñas y/o adolescentes, para lo cual deberán declararlo al momento de recibir atención en salud”:

ARTÍCULO 12. Adiciónese el Artículo 23A a la ley 1616 de 2013, el cual quedara así:

“Artículo 23A. Sistema de información estadística. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de reporte para las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado, para registrar la presencia de trastornos o enfermedades mentales en los estudiantes.

Este sistema de reporte se articulará con los reportes obligatorios de salud pública, y se realizará con fines estadísticos para la toma de decisiones de cara a la política de Salud Mental en las Instituciones Educativas del país.

PARÁGRAFO PRIMERO. El Gobierno Nacional a través en los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentarán el funcionamiento; las características; la información sujeta a registro; los términos y condiciones para el registro de los elementos de datos sujetos a registro; los responsables del registro de la información; y los parámetros de seguridad.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Las Instituciones Educativas que traten información sujeta a registro deberán establecer un plan de seguridad y privacidad de la información.

La información recolectada y los registros presentados gozarán de reserva legal y deberán observar las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012 y concordantes”.

ARTÍCULO 13. Adiciónese el Artículo 23B a la ley 1616 de 2013, el cual quedara así:

“Artículo 23B. Objetivos del Sistema de registro de información estadística. El Sistema de **registro tendrá** como objetivos fundamentales los siguientes:

- a)** *Proporcionar los datos necesarios para de generar estrategias y programas para la atención integral de las enfermedades mentales en el sistema de salud*
- b)** *Brindar a la Nación, los departamentos, distritos y municipios la información requerida para el diseño de estrategias que favorezcan la prevención y*

atención integral de la Salud Mental dentro de las Instituciones Educativas del país, así como dentro del sistema de salud.

- c) Proporcionar los datos necesarios a la Nación, los Departamentos, Distritos y, municipios para servir de soporte para la evaluación de sus resultados de los programas en Salud Mental aplicados en entornos escolares.*
- d) Servir como base para la consolidación de estadísticas e indicadores en Salud Mental en entornos escolares.*
- e) Las demás que defina el Gobierno Nacional”.*

ARTÍCULO 14. CAPACITACIONES AL PERSONAL DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCATIVAS. El Gobierno Nacional y las Entidades Territoriales—según su competencia, desarrollan estrategias que tengan como fin la sensibilización y capacitación en enfoque preventivo en ejercicio del derecho a la Salud Mental de docentes de Instituciones de educación preescolar básica y media de carácter público y privado, al cuerpo administrativo y estudiantes, con el fin de brindarles herramientas que les permitan identificar factores de riesgo, los signos y síntomas de las enfermedades o trastornos mentales y problemas psicosociales, así como el uso de sustancias psicoactivas, señalando las rutas de atención de las diversas autoridades administrativas y favoreciendo espacios seguros libres de estigmatización a los estudiantes que presenten esta condición.

PARÁGRAFO PRIMERO. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, o quienes hagan sus veces, establecerán las directrices para que las secretarías de salud y de educación de las Entidades Territoriales certificadas, aborden las temáticas mencionadas en el presente artículo.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional o quienes hagan sus veces propenderán por el fortalecimiento temático enfocado en la reducción de la estigmatización y respeto de la población estudiantil que presente trastornos en salud mental.

ARTÍCULO 15. Política Pública de Salud Mental con enfoque preventivo en el Sector Educativo. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá dentro de los *doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, un lineamiento para la prevención y atención en materia de Salud Mental o para el Sector Educativo, con el fin de garantizar la atención temprana de los Niños, las Niñas y los Adolescentes como sujetos de atención integral y preferente en salud mental.*

CAPÍTULO IX

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 16. **Adiciónese** dos párrafos al artículo 27 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

***“Artículo 27. Garantía de participación.** En el marco de la Constitución Política, la ley y la Política Pública Nacional de Participación Social el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental.*

***PARÁGRAFO PRIMERO.** Corresponderá a las secretarías de salud departamentales, distritales, municipales, y entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud, garantizar canales de comunicación y difusión oportunos que les permita conocer a los usuarios, las políticas, planes, programas y proyectos relacionados con la atención en salud mental, así como los medios sobre los cuales pueden presentar solicitudes, requerimientos, quejas, felicitaciones y demás que estimen pertinentes.*

***PARÁGRAFO SEGUNDO.** La Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales a través de las Direcciones Territoriales de Salud ejercerán la inspección, vigilancia y control con relación a lo establecido en el inciso anterior, así como también tendrán la facultad de imponer sanciones respecto a irregularidades probadas frente a la garantía de participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales en los términos establecidos en el presente artículo”.*

ARTÍCULO 17. Declaración. Declárase el mes de octubre, como el mes de la salud mental en Colombia, en razón que el día 10 de octubre, es el día internacional de la salud mental.

En el marco del mes de la Salud Mental en Colombia, cada uno de los actores relacionados con la política de salud mental en el país, desarrollarán una serie de actividades de forma articulada que permitan la sensibilización, promoción la prevención y la atención integral de la Salud Mental como un derecho fundamental, y eje central de salud pública, componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida individual, colectiva, comunitaria y territorial.

ARTÍCULO 18. INFORMES AL CONGRESO. El Ministerio de Salud y Protección Social enviará un informe anual al Congreso de la República a través de las comisiones séptimas de Senado y Cámara, sobre la implementación, evaluación y cumplimiento de la política de Salud Mental, así como lo dispuesto en la presente ley, y en las leyes 1566 de 2012 y 1616 de 2013 y demás normatividad relacionada.

ARTÍCULO 19.- VIGENCIA. El presente proyecto de ley rige a partir de su promulgación.

De los honorables congresistas,

Andrés Felipe Jiménez Salazar Representante a la Cámara Departamento de Antioquia	Carlos Felipe Quintero Ovalle Representante a la Cámara Departamento del Cesar
María Fernanda Carrascal Rojas Representante a la Cámara	Nicolás Albeiro Echeverri Alvaran Senador de la República

PROYECTO DE LEY NO. ____ DE 2023 CÁMARA “POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA LEY 1616 DE 2013, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE TRASTORNOS O ENFERMEDADES MENTALES, ASÍ COMO EN MEDIDAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL”.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente Exposición de motivos está compuesta por cinco (05) apartes:

1. Objeto del Proyecto de Ley
2. Justificación del proyecto de Ley
3. Fundamentos Jurídicos.
4. Conflictos de interés.
5. Referencias

1. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

La presente tiene por objeto modificar la ley 1616 de 2013, y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos o enfermedades mentales, así como en medidas para la promoción de la salud mental.

A continuación, se indican los principales enfoques que aborda el proyecto de ley:

- A. Promover el enfoque preventivo en el enfoque del derecho a la Salud Mental, a partir de la implementación de programas para el manejo psicológico y de salud mental en las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado.
- B. Crear un Sistema Nacional Integrado de Salud para que el Ministerio de Salud como órgano Rector del mismo cuente con elementos multisectoriales y multidisciplinarios que le permitan complementar las soluciones de Salud Mental en el territorio nacional.
- C. Declaración del mes de octubre de cada año y a partir de la vigencia, como el “Mes de la Salud Mental” en todo el territorio nacional de la República de Colombia, en este mes se deberá hacer conciencia de la importancia del equilibrio, tranquilidad, amor en la gestión de las emociones y resolución de conflictos, en el ámbito individual, familiar, escolar, laboral y social.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

CONCEPTO DE SALUD MENTAL.

De acuerdo con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud en su página web:

“La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.”

La Organización Mundial de la Salud ha definido que “Los determinantes de la salud mental incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

Otros factores que pueden causar trastornos mentales son el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales.”

En el ordenamiento jurídico colombiano la ley 1616 de 2013 al momento de definir la salud mental, la conceptualizo como:

“un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”.

En relación con esta definición es importante tener en cuenta que:

- 1. La forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales.*
- 2. La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo.”*

De esta acepción se puede evidenciar la importancia de la salud, puesto que es transversal al desarrollo y disfrute de todas las actividades, puesto que sin ella la afectación en el desarrollo del proyecto de vida de los individuos se vería coartada al no poder garantizar su bienestar. Es por ello que en los últimos años la Salud Mental se ha tornado punto central en la agenda política y legislativa de la mayoría de países.

Por otro lado, el DANE (2021) en su reciente nota estadística sobre salud mental, menciona sobre este concepto legal, los siguiente:

“Se entiende como un estado de bienestar en el que las personas son capaces de realizar sus tareas de manera tranquila pese al estrés que experimentan y lograr así una mayor productividad. La salud mental está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos, como por ejemplo el nivel de pobreza, el nivel educativo, la discriminación ya sea por motivos de género, por discapacidad, entre otros”

Importancia de la promoción y prevención en Salud Mental.

La OMS ha determinado que los escenarios de promoción y prevención de los trastornos mentales son costo-eficaces dado que funcionan como factor identificador de los determinantes individuales, sociales y colectivos y permiten establecer intervenciones a grupos específicos o la planeación eficaz de políticas públicas para el tratamiento.

Lo anterior, en consonancia con el objetivo de reducir la tasa de mortalidad por suicidio para 2030 planteado por los objetivos de desarrollo sostenible, para cumplir este objetivo la OMS, el enfoque LIVE LIFE para la prevención del suicidio en el que se da prioridad a cuatro intervenciones de reconocida eficacia:

“limitación del acceso a los medios que posibilitan el suicidio; interacción con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio; desarrollo de aptitudes sociales y emocionales para la vida en los adolescentes; e intervención temprana para cualquier persona afectada por comportamientos suicidas.”

De igual forma, la OMS ha declarado cuatro estrategias clave para reducir los riesgos y potenciar factores de protección, los cuales son:

“Elaborar y aplicar políticas y leyes que promuevan y protejan la salud mental; apoyar a los cuidadores para que presten una atención afectuosa; poner en marcha programas escolares que incluyan intervenciones contra la intimidación; mejorar la calidad de los entornos en las comunidades y los espacios digitales. Los programas escolares de aprendizaje social y emocional figuran entre las estrategias de promoción más eficaces para los países de todos los niveles de ingresos”.

PANORAMA DE LA SALUD MENTAL:

En el panorama mundial, para noviembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud presentó los siguientes datos y cifras relevantes sobre los trastornos mentales:

- La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.
- El trastorno afectivo bipolar afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo.
- La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo.
- En el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia.



Fuente: *Confederación Salud Mental España. (2020). La salud mental en cifras. 2020, mayo 11, de Confederación Salud Mental España Recuperado de <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/>.*

SALUD MENTAL EN COLOMBIA

Para el desarrollo de este acápite se “tomaran dos momentos”, la primera relacionada con los datos de salud mental antes de la pandemia y, la segunda, con los datos que se tienen después de las medidas del COVID-19. Esto con el fin de tener una mejor aproximación al estado actual de esta problemática en el país.

Momento 1: Estadísticas previas al COVID-19.

En esta foto previa a la pandemia se van a arrojar dos datos aportados por el DANE (2021) en su reciente nota estadística sobre salud mental y los efectos de la pandemia. Estos datos están relacionados con los reportes de la Encuesta de Salud Mental del Ministerio de Salud del año 2015 y, por otro lado, el número de muertes por suicidios, con el fin de tomar como referencia el número de casos reportados por enfermedades o trastornos de salud mental y el número de muertes por lesiones autoinfligidas.

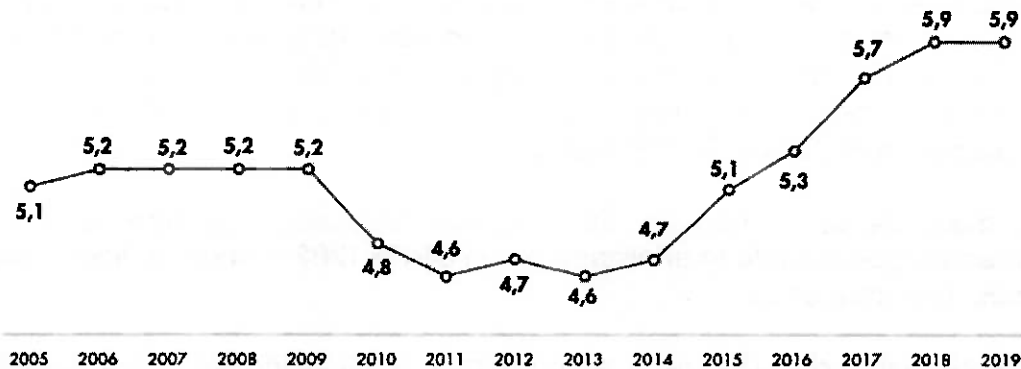
Con respecto a los primeros datos, el DANE (2021), menciona que para el caso de Colombia y de acuerdo con los resultados de la Encuesta de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social, se encontraron los siguientes datos:

“Alrededor del 52,2% de los jóvenes encuestados presentaba entre uno o dos síntomas de ansiedad, así como se identificaba que, alrededor del 36,6% de la población encuestada entre 12 y 17 años consideraba que su estado de salud era excelente; por su parte alrededor del 47,6% la población de 60 años y más consideraba que su estado de salud era bueno, mientras que el 23,8% de la población encuestada perteneciente a este grupo consideraba que su estado de salud era excelente”.

Ahora, frente a la tasa de suicidio de mortalidad por lesiones auto infligidas, se puede notar que desde el año 2013 se va venido presentando un aumento considerable hasta el año 2019 *pasando de tener un 4,8 en 2010 a un 5.9 en 2019 (ver imagen 1)*. Lo que según esta entidad llegó a significar que cerca de 2 de cada 100.000 personas se suicidó en el país. En suma, estos eran los reportes que se tenían previamente antes de las medidas adoptadas por la pandemia del COVID-19.

Imagen 1. Desempeño vs. Salud y bienestar

Tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas por cada 100.000 habitantes



Fuente: DANE - Estadísticas Vitales - CNPV 2018
Datos calculados con las extrapolaciones de población CNPV 2018

Tomado de: DANE (2021). Nota estadística. Salud mental en Colombia.

Momento 1: Estadísticas posteriores al COVID-19.

Con la llegada de la pandemia del COVID-19, se tomaron medidas radicales para atender la emergencia sanitaria, económica y social. Entre ellas se tomaron medidas de aislamiento acompañado de medidas como el teletrabajo, o la educación virtual durante periodos extendidos de tiempo. Periodos en los que pudieron proliferar afectaciones a la salud mental o a la física (producto de violencia intrafamiliar, entre otras) gracias a las condiciones propias de las cuarentenas.

Abordaremos esta “foto” desde los puntos de vista desarrollados en el acápite anterior. Frente al primer grupo de datos, encontramos que una de las principales consecuencias de las medidas adoptadas por la pandemia fue la afectación del estado de ánimo, siendo el sentimiento de preocupación y nerviosismo los más persistentes en los colombianos durante este periodo de tiempo, esto según aportados por el DANE (2021).

Los datos recolectados mediante la “Encuesta de pulso Social” dan cuenta que la población más afectada fue la que se encuentra dentro de los 10 a 24 años de edad. Asimismo, según la entidad, al observar los resultados de manera desagregada por sexo se puede afirmar, que durante todos los meses analizados han sido las mujeres cabezas de familia fueron quienes más experimentaron estos sentimientos en comparación con los hombres (DANE 2021). De otra parte, quienes más presentaron mayores sentimientos de estrés, soledad, preocupación o depresión

fueron aquellos que se encontraban dentro de los 55 años de edad, según lo reportado por la Gran Encuesta Integrada de Hogares-GEIH¹.

Por otro lado, se estima que una de las razones por las cuales se pudo ver afectado el estado de ánimo de los colombianos fue la situación laboral durante la pandemia. Como bien lo señala el estudio ya referenciado, durante la pandemia se presentaron fenómenos como reducción en la actividad económica, suspensión de clases, reducción o pérdida de ingresos, lo que pudo generar sentimientos de soledad y preocupación, entre otros (DANE 2021).

Ahora bien, frente al número de suicidios reportados durante la pandemia encontramos que durante lo analizado por el DANE (2021) hubo un ligero aumento de casos, (ver imagen 2).

Finalmente, para concluir este acápite se traen a discusión las conclusiones a las que llegó el DANE en su nota estadística, con el fin de resaltar la importancia de tomar medidas sobre salud mental en el país (DANE 2021):

- *La crisis ocasionada por el COVID-19 ha traído retos para la salud mental de las personas, medidas como el distanciamiento físico, las cuarentenas obligatorias, el cierre de instituciones educativas y con ellas los cambios en las tareas de los hogares, son factores que afectan la salud mental, llegando a provocar incrementos en el número de casos de estrés, ansiedad y depresión.*
- *En las 23 ciudades encuestadas en la Encuesta de Pulso Social, el sentimiento mayormente reportado es el de “preocupación o nerviosismo”, el cual reporta una disminución de 1,3 p.p. entre julio 2020 y junio 2021, seguido por “cansancio” con una disminución de 2,2 p.p., para el mismo periodo de tiempo. En el caso de las mujeres jefas de hogar para el sentimiento de “preocupación o nerviosismo”, se observa que en el mes de enero se presentó el mayor porcentaje reportado (49,5%) comportamiento que puede estar relacionado con el aumento en los casos de contagio del COVID-19.*
- *Según los resultados de la Encuesta de Pulso Social de junio, la población de 10 a 24 años es quien más se ha visto afectada por COVID-19 al presentar el mayor porcentaje (41,2%) sobre haber sentido “preocupación o nerviosismo” en la última semana.*
- *De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares y haciendo un análisis por grupos poblacionales, las mujeres son quienes más han se han presentado sentimientos de soledad, estrés, preocupación o depresión como*

¹ Reportada en DANE (2021).

consecuencia de la pandemia. Por su parte la población de 55 años y más es quien reporta mayor porcentaje de estos síntomas en comparación con los demás grupos etarios.

- Para el mes de junio de 2021, el 31,8% de la población desocupada reportó haberse sentido sola estresado/a, preocupado/a, o deprimido/a, seguida por la población ocupada con 27,7%.
- Respecto al comportamiento presentado desde el mes de julio de 2020, se observa una disminución de 12,0 p.p. en el porcentaje de personas sobrecargadas con tareas del hogar tanto en hombres como en mujeres, sobre esto además se resalta que, la percepción de sobrecarga en tareas del hogar ha sido mayor en las mujeres que en los hombres, mostrando así una brecha entre ambos sexos.
- En 2021 para los meses de enero y marzo las mujeres reportaron un mayor porcentaje de sobrecarga en tareas domésticas y de cuidado, comportamiento que puede estar explicado por las nuevas medidas de restricción y aislamiento preventivo que se establecieron en el país a causa del aumento de contagios por COVID-19, aplicadas en esos dos meses.
- Frente a la actividad de haber buscado ayuda de un profesional (psicólogo(a) o terapeuta) en el mes de junio de 2021 se encontró que el 0,9% de los encuestados reportó haberlo hecho, de los cuales el 1,0% son mujeres y 0,7% son hombres y según grupos de edad, las personas que más han buscado este tipo de ayuda pertenecen a la población de 25 a 54 años.
- Entre julio de 2020 y junio de 2021 se tiene un aumento en el porcentaje de jefes/as de hogar que reportaron tener un buen estado de salud (2,2 p.p.) al pasar de 60,5% en julio de 2020 a 62,7% en junio 2021, siendo este último el mes que presenta el porcentaje más alto registrado.
- Entre julio 2020 y junio 2021 se observa que la percepción de jefes/as de hogar sobre la situación económica del hogar se concentra en que es peor que la de hace 12 meses, siendo agosto el mes en que se presentó un mayor porcentaje (60,2%).
- Para el mes de junio de 2021, el 29,0% de los/as jefes/as de hogar considera que la situación económica del hogar en 12 meses será peor que la actual. Lo que también ha impactado en la percepción sobre la capacidad de ahorro, por su parte son los hombres quienes tienen mayor capacidad de ahorrar parte de los ingresos en comparación con las mujeres.
- Con respecto al suicidio y de acuerdo con las Estadísticas Vitales son los hombres quienes más cometen este tipo de actos, por ejemplo, en el primer

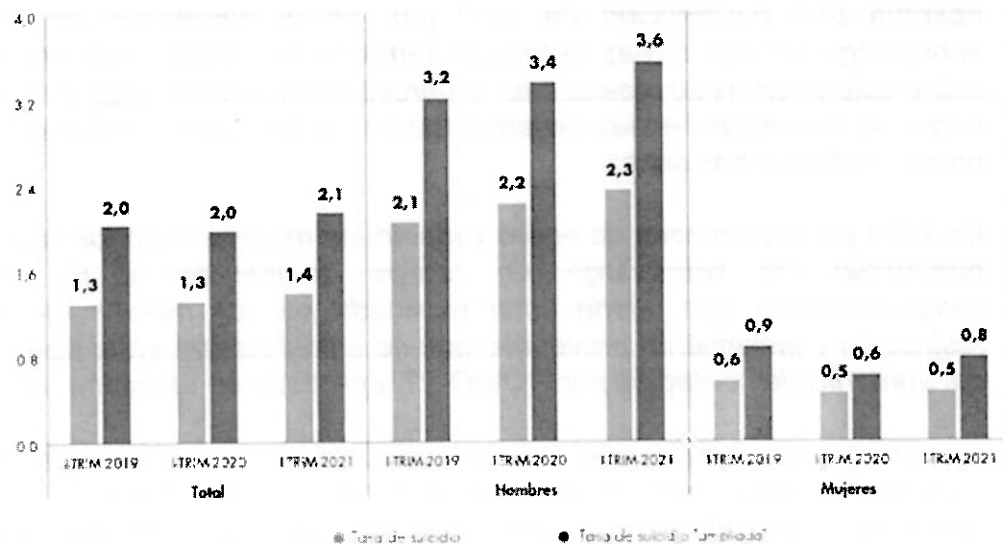
trimestre de 2021 presentaron tasas de suicidio y suicidio ampliado de 2,3 y 3,6, respectivamente, mientras que las tasas de las mujeres fueron 0,5 de suicidio y 0,8 para suicidio ampliado.

Imagen 2. Tasa de suicidio

Tasa de suicidio y tasa de suicidio "ampliado" por cien mil habitantes

Según sexo

I – TRIM de 2019, 2020pr y 2021pr* (1 de enero a 31 de marzo)



Fuente: DANE – Estadísticas vitales y CENP 2018 y proyecciones de la población

Nota: Datos de población con base en proyecciones del CENP 2018

P* – Datos preliminares

Tomado de: DANE (2021). Nota estadística. Salud mental en Colombia

5.1.1. Situación actual de las colegios del país

Como se desarrolló anteriormente, el proyecto de ley atiende en buena parte determinadas necesidades dentro de la población escolar en materia de salud mental, por lo que es conveniente determinar en qué estado se encuentran los colegios del país sobre esta problemática.

Desde el año 2020 se viene realizando en el país una medición acerca de las condiciones escolares para el bienestar de los niños, niñas y adolescentes del país. Este índice realizado con apoyo de Escalando, la Universidad Javeriana y el Laboratorio de Economía de la Educación (LEE), ha arrojado importantes y preocupantes datos para la toma de decisiones acerca de las condiciones escolares en Colombia. Para la medición realizada en el año 2022, participaron 1.556 colegios oficiales y privados de todo el país, los cuales emplean a cerca de 70.452 docentes en Colombia (Índice Welbin, 2022).

En lo que respecta a salud mental y emocional de los estudiantes este estudio resalta que este es un asunto de alta preocupación en los entornos escolares, lo anterior debido a los efectos en la salud mental en la población causados por la pandemia del COVID-19. Según datos del índice Welbin (2022), aportados por el Instituto de Neurociencias (2020)², cerca del 88% de los niños y niñas en tuvo alguna afectación en su salud mental, y cerca del 44% vio afectada su vida escolar. De igual manera, se estima que cerca de 500 niños, niñas y adolescentes se suicidaron anualmente en Colombia (ICBF, 2022)³.

Ahora bien, este índice nos muestra que solo el 36% de los colegios cumple con las condiciones adecuadas para la salud mental y emocional (Índice Welbin, 2022), lo que agrava la situación que atraviesa el mundo tras la pandemia del COVID-19, y sobre todo, no permite la adecuada atención de casos de salud mental en los colegios del país.

En específico, mediante este estudio se pueden identificar las siguientes problemáticas (Índice Welbin, 2022):

- i) *Ausencia de mecanismos para identificación de casos de salud mental.* Según el índice, **solo el 16% de los colegios tiene mecanismos para identificar y derivar casos de salud mental.**
- ii) *Deficientes mecanismos para proveer primeros auxilios psicológicos.* Según el índice, **solo el 24% de los colegios tiene mecanismos para proveer primeros auxilios psicológicos.** Además, estiman que el 19% de los colegios no tiene ningún tipo de acompañamiento psicosocial.
- iii) *Bajo porcentaje de acompañamiento psicosocial.* Según el índice, **solo el 33% de los colegios tiene mecanismos para proveer acompañamiento psicosocial.** De igual manera, señala que **el 28% de los colegios no cuenta con profesionales especializados en acompañamiento psicosocial**, y por otro lado, se encontró que **el 9% de las instituciones suple el acompañamiento psicosocial con docentes o personal administrativo.**
- iv) *Bajo porcentaje de docentes o personal capacitados para atender casos de salud mental o suicidio.* Según el índice de los colegios que capacitan a sus docentes, **el 56% lo ha hecho frente a salud mental; el 32% en prevención del suicidio; el 40% en competencias socioemocionales y; el 25% en disciplina positiva.**

² Cita referenciada en índice Welbin, (2022).

³ Cita referenciada en índice Welbin, (2022).

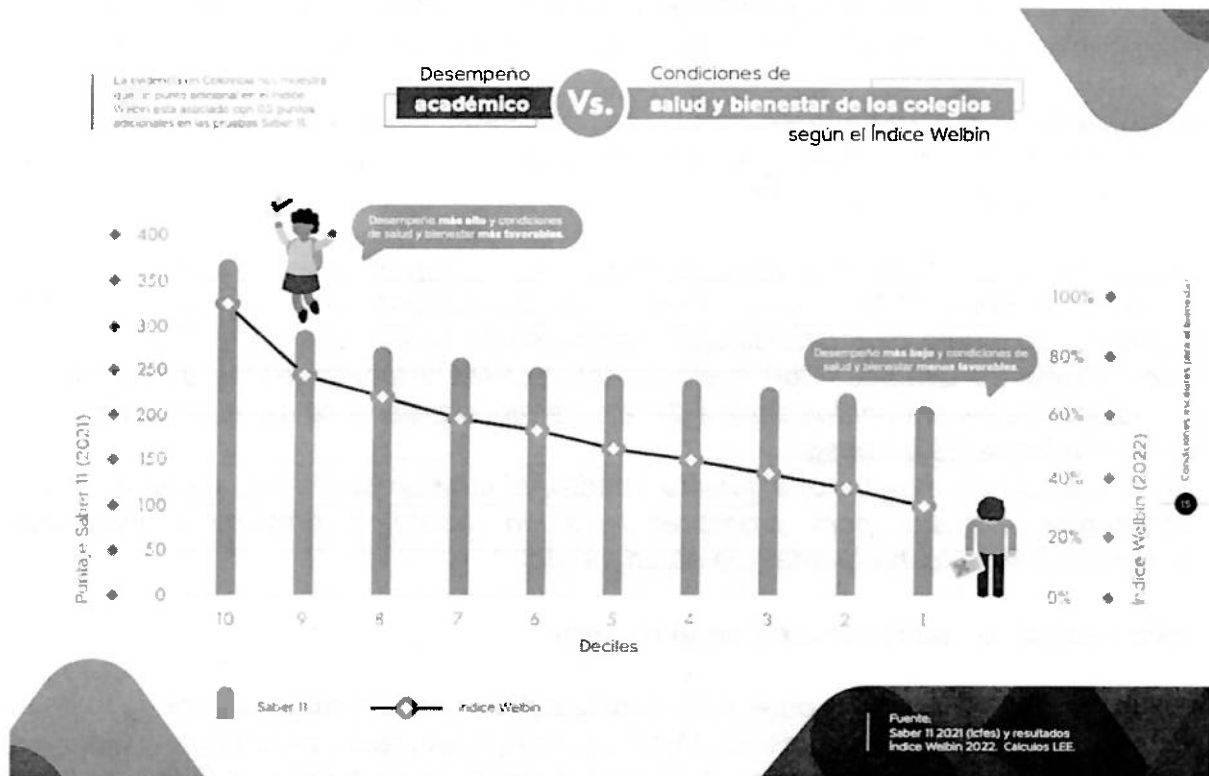
- v) *Bajo número de colegios que facilitan el tamizaje de para depresión, ansiedad, riesgo de suicidio y uso de sustancias psicoactivas. Según el índice, solo el 10% de colegios facilita el tamizaje para este tipo de trastornos o enfermedades. Por otro lado, solo el 7% de colegios facilita el tamizaje de uso de sustancias psicoactivas.*

Ahora bien, estos resultados nos indican un panorama preocupante sobre la forma en que los colegios están gestionando los factores de incidencia de la salud mental de sus estudiantes, así como gestionan la atención cuando estos casos se presentan. En ese sentido, la forma en que se da el manejo de la salud mental dentro de los colegios es uno de los factores que pueden afectar la salud y bienestar de la comunidad educativa y, por lo tanto, incidir en el desempeño escolar.

Sobre este punto resulta pertinente recordar que el desempeño escolar es más alto si las condiciones de salud y bienestar son más favorables, tal y como se muestra el Índice Welbin (*Ver imagen 3*). Por lo tanto, resulta de vital importancia que las deficiencias desarrolladas en este acápite puedan ser corregidas por la vía legislativa o por políticas públicas educativas más eficientes.

Finalmente, las demás consideraciones de los ponentes sobre el articulados se harán en el pliego de modificaciones.

Imagen 3. Desempeño vs. Salud y bienestar



Tomado de: Índice Welbin, 2022

Al respecto, es importante traer a colación lo expuesto en un artículo de reflexión publicado por CES MEDICINA:

“Acciones para transformar la salud mental colombiana

Partiendo de la premisa de que la salud mental de un sujeto y de una comunidad es transformable, se puede pensar en la posibilidad de proyectar intervenciones para mejorarla. Las siguientes estrategias han demostrado ser exitosas para promover la salud mental, prevenir algunos problemas mentales específicos, identificar y tratar oportunamente a quienes requieren servicios de salud mental y facilitar la implementación y cumplimiento de la Ley 1616.

Promover la salud mental a lo largo del ciclo vital en el hogar, escuelas, lugares de trabajo y prevenir el suicidio tanto como sea posible

Fun Friends en niños de pre-jardín y primero de primaria y Friends for Life en niños de cuarto y quinto de primaria, son programas reconocidos internacionalmente que se realizan en las escuelas y ayudan a construir resiliencia y disminuir el riesgo de trastornos de ansiedad en jóvenes. Mental Health First Aid es una estrategia para

personas que debutan con problemas emocionales o mentales. Ayuda a reconocer los signos y síntomas, provee ayuda inicial y guía la búsqueda de ayuda profesional.

Incrementar la capacidad de las familias, cuidadores, escuelas y organizaciones comunitarias para promover la salud mental de recién nacidos, niños y adolescentes

Hasta el 70 % de los adultos con enfermedad mental reporta el inicio de los síntomas en la niñez. Partners for Life es un programa psicoeducativo frente a la depresión, suicidio y consumo de sustancias psicoactivas que se implementó en las escuelas secundarias de Quebec. Con sesiones interactivas y amigables se ayudan a los estudiantes a reconocer los signos de la enfermedad, estrategias de autocuidado y cómo cuidar pares en riesgo.

En el artículo se expone el siguiente cuadro, el cual presenta una relación de las estrategias exitosas para promover la salud mental y prevenir e identificar tempranamente los problemas de salud mental: “

Estadísticas de salud mental en el mundo.

Las cifras en el mundo sobre esta problemática son alarmantes, por lo que no resulta extraño que dentro de los ODS se incluyeran metas para lograr mitigar su impacto en el bienestar de la sociedad en general. Por ejemplo, la OMS concluye que al menos una de cada ocho personas en el mundo padecen un trastorno mental, lo que equivale a por lo menos 970 millones de personas (OMS). Siendo la ansiedad y la depresión los más comunes dentro de los diagnósticos en el mundo. Estos trastornos, según la OMS, aumentaron tras la pandemia en el mundo, también en Colombia, tal y como se demostrará en el acápite siguiente. El aumento estimado por este organismo es del 26% al 28% según el tipo de trastorno. Situación que ya agrava las circunstancias que rodean a la atención en salud mental, principalmente relacionados con discriminación y estigmatización a las personas que las padecen.

Por otro lado, de acuerdo con lo sostenido por el DANE (2021), quienes se basan a lo señalado por la OMS:

“En el mundo hay alrededor de mil millones de personas que viven con un trastorno mental, en donde la depresión es una de las principales causas de enfermedades y discapacidad en los niños, niñas y adolescentes, así como la OMS ha resaltado que aproximadamente cada 40 segundos en el mundo alguien muere por suicidio. En línea con lo anterior, la OMS ha incentivado a que la salud mental se vuelva foco en el desarrollo de políticas públicas; para lo cual es necesario que se promueva y proteja la salud mental a través de la creación de espacios y condiciones de vida que la propicien y permitan a los seres humanos adoptar estilos de vida saludable. Dado esto, la OMS hace

énfasis en que la salud mental está ligada con estrategias intersectoriales como las intervenciones en la primera infancia, en la que se atiendan necesidades de salud y nutrición de los niños y niñas, o a través de programas dirigidos a poblaciones vulnerables”.

Finalmente, se traen a colación datos por algunos tipos de trastorno reportados por la OMS, con el fin de ilustrar la magnitud del problema (OMS):

- *Trastornos de ansiedad. En 2019, 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, entre ellos 58 millones de niños y adolescentes.*
- *Depresión. En 2019, 280 millones de personas padecían depresión, entre ellos 23 millones de niños y adolescentes*
- *Trastorno bipolar. En 2019, 40 millones de personas padecían trastorno bipolar.*
- *Esquizofrenia. A escala mundial, la esquizofrenia afecta a unos 24 millones de personas, es decir, a una de cada 300 personas*
- *Trastornos del comportamiento alimentario. En 2019, 14 millones de personas padecían trastornos alimentarios, de los que casi 3 millones eran niños y adolescentes*
- *Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial. En 2019, 40 millones de personas, incluidos niños y adolescentes, sufrían un trastorno de comportamiento disocial.*

3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Con el fin de fundamentar jurídicamente la pertinencia de la iniciativa se cita el siguiente marco jurídico:

3.1 Constitucionales

Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Artículo 2. Son fines esenciales del Estado: Servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.

3.2 Tratados internacionales relacionados con la salud y la salud mental

“Carta de las Naciones Unidas (1945)

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946)

Carta Social Europea (1961)

Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965)
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y sus dos protocolos facultativos (1966 y 1989)
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y su Protocolo facultativo (1999)
Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981)
Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) y su Protocolo facultativo (2002)
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) (1988)
Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y sus dos protocolos facultativos (2000)
Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989)
Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990)
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) y su Protocolo facultativo (2006)

3.3 Declaraciones, normas y otros instrumentos internacionales.

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978)
Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993)
Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991)
Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993)
Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997)
Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos: versión consolidada 2006
Observaciones y recomendaciones generales de los órganos creados en virtud de tratados Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 15 (1990) sobre la necesidad de evitar la discriminación contra la Mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el SIDA
Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 19 (1992) sobre la violencia contra la mujer

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 6 (1995) sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24 (1999) sobre la mujer y la salud

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 15 (2002) sobre el derecho al agua

Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 3 (2003) sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño

Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño

Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general N° 30 (2004) sobre la discriminación contra los no ciudadanos

3.3 Resoluciones de la comisión de derechos humanos

Resoluciones 2000/82 y 2001/27 sobre las consecuencias de las políticas de ajuste estructural y de la deuda externa para el goce efectivo de los derechos humanos y, especialmente, de los derechos económicos, sociales y culturales

Resolución 2001/35 sobre los efectos nocivos para el goce de los derechos humanos del traslado y vertimiento ilícito de productos y desechos tóxicos y peligrosos

Resoluciones 2002/31 y 2003/28 sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Resoluciones 2001/33, 2002/32 y 2003/29 sobre el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como la del VIH/SIDA

3.4 Legales y reglamentarias⁴

La legislación colombiana establece el siguiente marco normativo para la Salud Mental:

- *Ley 1112 del 09 de enero de 2007 -Capítulo 6 Art N 33 literal k. Con la cual se modifica el SGSSS y exige la expedición de un Plan Nacional de Salud Pública, el cual debe incluir acciones orientadas a la promoción de la Salud Mental y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia.*

⁴ Referenciados por el PL 236 de 2022C.

- *Ley 1566 del 31 de Julio de 2012. "Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas".*
- *Ley 1616 del 21 de enero de 2013. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.*
- *Decreto 658 de 2013. Expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013. Política Nacional de Salud Mental-2018. La Política Nacional de Salud Mental tiene como objetivo promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia.*
- *CONPES 3992 de 2022. Que define la estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia.*

Por otro lado, los autores del Proyecto de Ley 195 de 2022C señalan adicionalmente lo siguientes antecedentes normativos (PL 195 de 2022C):

- *Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de sustancias psicoactivas 2014 - 2021*
- *El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 – 2021*
- *Política Nacional de Salud mental, 15 de noviembre de 2018*
- *Documento CONPES 3992, 14 de abril de 2020 - Estrategia para la Salud Mental en Colombia.*

3.5 SoftLaw

Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990)

Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y Programa 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992)

Declaración y Programa de Acción de Viena aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993)

Declaración y Programa de Acción de El Cairo, informe de la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994) - <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>

Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas "Asamblea del Milenio" (2000)

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y su seguimiento, Beijing + 5 (2000)

Declaración de Estambul y Programa de Hábitat de la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) (1996) y Declaración sobre las ciudades y otros asentamientos humanos en el nuevo milenio del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General para examinar y evaluar la aplicación de los resultados de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) (2001)

Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, "Crisis mundial, acción mundial", aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su período extraordinario de Sesiones sobre el VIH/SIDA (2001)

Declaración y Programa de Acción de Durban de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (2001)

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002)

Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (1996) y su seguimiento, Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después, Alianza Internacional contra el Hambre (2002)⁵

4. CONFLICTOS DE INTERÉS

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, se hacen las siguientes consideraciones:

Se estima que de la discusión y aprobación del presente Proyecto de Ley no podría generarse un conflicto de interés en consideración al interés particular, actual y directo de los congresistas, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, por cuanto se tratan de disposiciones de carácter general.

Sobre este asunto ha señalado el Consejo de Estado (2019):

⁵ <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Factsheet31sp.pdf>

“No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concorra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna”.

De igual forma, es pertinente señalar lo que la Ley 5 de 1992 dispone sobre la materia en el artículo 286, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019:

“Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.”

Se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la ley 5 de 1992 modificado por la ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales.

5. REFERENCIAS

Congreso de la República (2022). Proyecto de Ley 195 de 2022 C. Gaceta: 1119 de 2022.

Congreso de la República (2022). Proyecto de Ley 236 de 2022 C. Gaceta: 1247 de 2022.

Consejo de Estado (2019). Sentencia 02830, Sala Contenciosa Administrativa. M.P.: Carlos Enrique Moreno Rubio. Bogotá.

DANE (2021). Salud mental en Colombia un análisis de los efectos de la pandemia. Nota estadística. Obtenido de: <https://ascofapsi.org.co/pdf/Noticias/Estad%C3%ADstica%20de%20Salud%20mental%20en%20Colombia-%20pandemia%202021%20.pdf>.

Índice Welbin (2022) Condiciones escolares para el bienestar. Obtenido de: <https://x82661.p3cdn1.secureserver.net/wp-content/uploads/2022/09/2022-Indice-Welbin-Colombia-Condiciones-escolares-para-el-bienestar.pdf>.

Instituto Colombiano de Neurociencias. Emergencia Sanitaria y su Impacto Sobre Nuestros Niños. Obtenido en: <https://www.neurociencias.ora.co/>

ICBF. Suicidio de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en Colombia.

Gustavo Petro (2022). Programa de Gobierno. Salud para la vida. Obtenido de: <https://gustavopetro.co/salud-para-la-vida/>.

Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

El día _____ de _____ del año _____

Ha sido presentado en este despacho el

Proyecto de Ley _____ Acto Legislativo _____

No. _____ Con su correspondiente

Exposición de Motivos, suscrito Por: _____

SECRETARIO GENERAL