



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXII - N° 1567

Bogotá, D. C., miércoles, 8 de noviembre de 2023

EDICIÓN DE 24 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### PONENCIAS

#### INFORME DE PONENCIA NEGATIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 53 DE 2023 SENADO

*por medio de la cual se modifica el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo, prohibición de la huelga en los servicios públicos esenciales.*

Bogotá, D.C., 8 de noviembre de 2023

Señora  
Martha Peralta Epieyù  
**Presidenta**  
**Comisión Séptima Constitucional**  
Senado de la República

Señor  
Praxere José Ospino Rey  
**Secretario**  
**Comisión Séptima Constitucional**  
Senado de la República

**Referencia:** Informe de ponencia para primer debate al *Proyecto de Ley No 053 de Senado. "Por Medio De La Cual Se Modifica El Artículo 430 Del Código Sustantivo Del Trabajo, Prohibición De La Huelga En Los Servicios Públicos Esenciales"*.

Cumpliendo con la designación y las instrucciones dispuestas por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República y de conformidad con los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992, me permito, rendir informe de ponencia de primer debate al *Proyecto de Ley No. 053 de 2023. "Por Medio De La Cual Se Modifica El Artículo 430 Del Código Sustantivo Del Trabajo, Prohibición De La Huelga En Los Servicios Públicos Esenciales"*.

Atentamente,

**OMAR DE JESÚS RESTREPO**  
Senador de la República  
Ponente

#### CONTENIDO DE LA PONENCIA

##### Tabla de contenido

<b>I. Trámite Legislativo</b>	3
<b>II. Objeto y Contenido del Proyecto</b>	3
Objeto del Proyecto de Ley	3
Contenido del Proyecto Ley	3
Comparativo con la legislación actual	3
<b>III. Marco normativo</b>	6
<b>IV. Sobre la OIT</b>	11
<b>V. Reacciones al Proyecto de Ley</b>	13
<b>VI. Consideraciones del Ponente</b>	14
<b>VII. Conflictos de interés</b>	16
<b>X. Proposición</b>	17

<p style="text-align: center;"><b>I. Trámite Legislativo</b></p> <p>Este proyecto de Ley de autoría de las senadoras MARÍA FERNANDA CABAL MOLINA, PALOMA VALENCIA LASERNA, y los Representantes a la Cámara CRISTIAN GARCÉS ALJURE y HERNAN DARÍO CADAVID MÁRQUEZ; fue radicado el 15 de agosto del 2023 en la Secretaría General del Senado de la República. Se publicó en la Gaceta 999 de 2023 del Congreso de la República; La mesa directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República designo el pasado 23 de agosto de 2023 como Coordinador ponente para su trámite al Senador Honorio Miguel Enríquez del Partido Centro Democrático y como Ponente al Senador Omar de Jesús Restrepo Correa del Partido Comunes. Tal y como se presenta esta iniciativa, no se conocen antecedentes similares en otras legislaturas.</p> <p style="text-align: center;"><b>II. Objeto y Contenido del Proyecto</b></p> <p><b>Objeto del Proyecto de Ley</b></p> <p>El Proyecto de Ley 053 de 2023 tiene como objeto, tal y como está redactado por sus autores, restringir el derecho a la huelga consagrado en el artículo 56 de la Constitución Política de tal forma que quede taxativamente prohibido en los servicios públicos esenciales. Aún más, se busca con el proyecto restringir la huelga más allá de las de las actividades que ya existían incluyendo las de empresas que presten servicios asociados a las tecnologías de la información y la comunicación, las que atiendan necesidades básicas de sujetos de especial protección constitucional y las de educación.</p> <p><b>Contenido del Proyecto Ley</b></p> <p>El proyecto de ley consta de 3 artículos. En el primero de ellos se establece como objeto elevar a rango legal la prohibición de la huelga en los servicios públicos esenciales; en el artículo 2 se modifica el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo de manera que se agrega la palabra "esenciales" a la prohibición ya contenida en la norma y se agregan expresiones tendientes a "garantizar derechos de sujetos de especial protección constitucional". Finalmente, el artículo 3 contiene la vigencia.</p> <p><b>Comparativo con la legislación actual</b></p> <table border="1" data-bbox="186 1081 776 1205"> <thead> <tr> <th>Proyecto de Ley 053 de 2023 Senado</th> <th>Legislación actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Artículo 1. Objeto.</b> La presente norma tiene por objeto elevar a rango legal la prohibición de la huelga en los servicios públicos esenciales, como mecanismo de</td> <td><b>Constitución Política de Colombia:</b> <b>ARTÍCULO 56.</b> Se garantiza el derecho de huelga, salvo en los servicios públicos</td> </tr> </tbody> </table>	Proyecto de Ley 053 de 2023 Senado	Legislación actual	<b>Artículo 1. Objeto.</b> La presente norma tiene por objeto elevar a rango legal la prohibición de la huelga en los servicios públicos esenciales, como mecanismo de	<b>Constitución Política de Colombia:</b> <b>ARTÍCULO 56.</b> Se garantiza el derecho de huelga, salvo en los servicios públicos	<table border="1" data-bbox="831 340 1445 1231"> <tr> <td>protección y garantizar -derechos a sujetos de especial protección constitucional.</td> <td>esenciales definidos por el legislador.  La ley reglamentará este derecho.  Una comisión permanente integrada por el Gobierno, por representantes de los empleadores y de los trabajadores, fomentará las buenas relaciones laborales, contribuirá a la solución de los conflictos colectivos de trabajo y concertará las políticas salariales y laborales. La ley reglamentará su composición y funcionamiento.</td> </tr> <tr> <td><b>Artículo 2. Modifíquese el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo de la siguiente manera:</b>  <b>ARTICULO 430. PROHIBICIÓN DE HUELGA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS ESENCIALES.</b> De conformidad con la Constitución Nacional y la jurisprudencia, está prohibida la huelga en los servicios públicos esenciales.  Para este efecto se considera como servicio público esencial, toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general y/o garantizar derechos de sujetos de especial protección constitucional en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado, directa o indirectamente, o por personas privadas.  Constituyen, por tanto, servicio público esencial, entre otras, las siguientes actividades:  a. Las que se prestan en cualquiera</td> <td><b>Código Sustantivo del Trabajo:</b> <b>ARTICULO 430. PROHIBICIÓN DE HUELGA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS.</b> &lt;Artículo modificado por el artículo 1o. del Decreto Extraordinario 753 de 1956. El nuevo texto es el siguiente:&gt; De conformidad con la Constitución Nacional, está prohibida la huelga en los servicios públicos.  Para este efecto se considera como servicio público, toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado, directa o indirectamente, o por personas privadas.  Constituyen, por tanto, servicio público, entre otras, las siguientes actividades:  a) Las que se prestan en cualquiera de las ramas del poder público;  b) Las de empresas de transporte por tierra, agua y aire; y de acueducto, energía eléctrica y telecomunicaciones;  c) &lt;Literal CONDICIONALMENTE exequible&gt; Las de establecimientos de</td> </tr> </table>	protección y garantizar -derechos a sujetos de especial protección constitucional.	esenciales definidos por el legislador.  La ley reglamentará este derecho.  Una comisión permanente integrada por el Gobierno, por representantes de los empleadores y de los trabajadores, fomentará las buenas relaciones laborales, contribuirá a la solución de los conflictos colectivos de trabajo y concertará las políticas salariales y laborales. La ley reglamentará su composición y funcionamiento.	<b>Artículo 2. Modifíquese el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo de la siguiente manera:</b>  <b>ARTICULO 430. PROHIBICIÓN DE HUELGA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS ESENCIALES.</b> De conformidad con la Constitución Nacional y la jurisprudencia, está prohibida la huelga en los servicios públicos esenciales.  Para este efecto se considera como servicio público esencial, toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general y/o garantizar derechos de sujetos de especial protección constitucional en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado, directa o indirectamente, o por personas privadas.  Constituyen, por tanto, servicio público esencial, entre otras, las siguientes actividades:  a. Las que se prestan en cualquiera	<b>Código Sustantivo del Trabajo:</b> <b>ARTICULO 430. PROHIBICIÓN DE HUELGA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS.</b> <Artículo modificado por el artículo 1o. del Decreto Extraordinario 753 de 1956. El nuevo texto es el siguiente:> De conformidad con la Constitución Nacional, está prohibida la huelga en los servicios públicos.  Para este efecto se considera como servicio público, toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado, directa o indirectamente, o por personas privadas.  Constituyen, por tanto, servicio público, entre otras, las siguientes actividades:  a) Las que se prestan en cualquiera de las ramas del poder público;  b) Las de empresas de transporte por tierra, agua y aire; y de acueducto, energía eléctrica y telecomunicaciones;  c) <Literal CONDICIONALMENTE exequible> Las de establecimientos de
Proyecto de Ley 053 de 2023 Senado	Legislación actual								
<b>Artículo 1. Objeto.</b> La presente norma tiene por objeto elevar a rango legal la prohibición de la huelga en los servicios públicos esenciales, como mecanismo de	<b>Constitución Política de Colombia:</b> <b>ARTÍCULO 56.</b> Se garantiza el derecho de huelga, salvo en los servicios públicos								
protección y garantizar -derechos a sujetos de especial protección constitucional.	esenciales definidos por el legislador.  La ley reglamentará este derecho.  Una comisión permanente integrada por el Gobierno, por representantes de los empleadores y de los trabajadores, fomentará las buenas relaciones laborales, contribuirá a la solución de los conflictos colectivos de trabajo y concertará las políticas salariales y laborales. La ley reglamentará su composición y funcionamiento.								
<b>Artículo 2. Modifíquese el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo de la siguiente manera:</b>  <b>ARTICULO 430. PROHIBICIÓN DE HUELGA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS ESENCIALES.</b> De conformidad con la Constitución Nacional y la jurisprudencia, está prohibida la huelga en los servicios públicos esenciales.  Para este efecto se considera como servicio público esencial, toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general y/o garantizar derechos de sujetos de especial protección constitucional en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado, directa o indirectamente, o por personas privadas.  Constituyen, por tanto, servicio público esencial, entre otras, las siguientes actividades:  a. Las que se prestan en cualquiera	<b>Código Sustantivo del Trabajo:</b> <b>ARTICULO 430. PROHIBICIÓN DE HUELGA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS.</b> <Artículo modificado por el artículo 1o. del Decreto Extraordinario 753 de 1956. El nuevo texto es el siguiente:> De conformidad con la Constitución Nacional, está prohibida la huelga en los servicios públicos.  Para este efecto se considera como servicio público, toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidades de interés general en forma regular y continua, de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado, directa o indirectamente, o por personas privadas.  Constituyen, por tanto, servicio público, entre otras, las siguientes actividades:  a) Las que se prestan en cualquiera de las ramas del poder público;  b) Las de empresas de transporte por tierra, agua y aire; y de acueducto, energía eléctrica y telecomunicaciones;  c) <Literal CONDICIONALMENTE exequible> Las de establecimientos de								
<table border="1" data-bbox="170 1540 792 2184"> <tr> <td>de las ramas del poder público; b. Las de empresas de transporte por tierra, agua y aire; y de acueducto, energía eléctrica y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC); c. Las de establecimientos de asistencia social, de caridad y de beneficencia que atiendan necesidades básicas de sujetos de especial protección constitucional; d. Las de todos los servicios de la higiene y asco de las poblaciones; e. Las de explotación, refinación, transporte y distribución de petróleo y sus derivados, cuando estén destinadas al abastecimiento normal de combustibles del país, a juicio del gobierno; y f. Las de educación.</td> <td>asistencia social, de caridad y de beneficencia; d) Las de establecimientos de asistencia social, de caridad y de beneficencia; e) &lt;Literal INEXEQUIBLE&gt; f) Las de todos los servicios de la higiene y asco de las poblaciones; g) &lt;Literal INEXEQUIBLE&gt; h) Las de explotación, refinación, transporte y distribución de petróleo y sus derivados, cuando estén destinadas al abastecimiento normal de combustibles del país, a juicio del gobierno, e i) &lt;Ordinal derogado por el numeral 4o. del artículo 3o., de la Ley 48 de 1968.&gt;</td> </tr> <tr> <td><b>Artículo 3. Vigencia.</b> La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</td> <td></td> </tr> </table>	de las ramas del poder público; b. Las de empresas de transporte por tierra, agua y aire; y de acueducto, energía eléctrica y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC); c. Las de establecimientos de asistencia social, de caridad y de beneficencia que atiendan necesidades básicas de sujetos de especial protección constitucional; d. Las de todos los servicios de la higiene y asco de las poblaciones; e. Las de explotación, refinación, transporte y distribución de petróleo y sus derivados, cuando estén destinadas al abastecimiento normal de combustibles del país, a juicio del gobierno; y f. Las de educación.	asistencia social, de caridad y de beneficencia; d) Las de establecimientos de asistencia social, de caridad y de beneficencia; e) <Literal INEXEQUIBLE> f) Las de todos los servicios de la higiene y asco de las poblaciones; g) <Literal INEXEQUIBLE> h) Las de explotación, refinación, transporte y distribución de petróleo y sus derivados, cuando estén destinadas al abastecimiento normal de combustibles del país, a juicio del gobierno, e i) <Ordinal derogado por el numeral 4o. del artículo 3o., de la Ley 48 de 1968.>	<b>Artículo 3. Vigencia.</b> La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.		<p style="text-align: center;"><b>III. Marco normativo</b></p> <p><b>Constitución Política de Colombia</b></p> <p>La norma constitucional en su artículo 56, establece:</p> <p style="text-align: center;"><i>ARTICULO 56. Se garantiza el derecho de huelga, salvo en los servicios públicos esenciales definidos por el legislador.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>La ley reglamentará este derecho.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Una comisión permanente integrada por el Gobierno, por representantes de los empleadores y de los trabajadores, fomentará las buenas relaciones laborales, contribuirá a la solución de los conflictos colectivos de trabajo y concertará las políticas salariales y laborales. La ley reglamentará su composición y funcionamiento.</i></p> <p>El ordenamiento constitucional de esta manera elevó a ese rango el derecho de los trabajadores a ejercer la huelga; en este caso se estableció como una garantía con un límite puntual en los denominados <i>servicios públicos esenciales</i>. Ahora bien, la lectura y hermenéutica de este artículo no puede hacerse exegética, literal, puesto que la figura de bloque de constitucionalidad<sup>1</sup> implica una interpretación armónica tanto con los tratados internacionales ratificados por Colombia, como con la Jurisprudencia emanada de la Corte Constitucional, intérprete autorizada de la Constitución. Así las cosas, revisaremos en primer lugar, las sentencias de constitucionalidad más relevantes que han hablado sobre el tema y luego revisaremos el ordenamiento internacional, en específico, aquel emanado de la Organización Internacional del Trabajo.</p> <p>La Sentencia C-473 de 1994<sup>2</sup>, fue la primera en mencionar que la huelga como mecanismo y garantía de los trabajadores, no solo esta vinculada a derechos fundamentales, sino que realiza en si misma el Estado Social de Derecho:</p> <p style="text-align: center;"><i>(...)El derecho de huelga está en conexión directa no solo con claros derechos fundamentales - como el derecho de asociación y sindicalización de los trabajadores- sino también con evidentes principios constitucionales como la solidaridad, la dignidad, la participación (CP art. 1) y la realización de un orden justo. En particular es importante su conexión con el trabajo. (...)</i></p> <p><small><sup>1</sup> Artículo 93 de la Constitución Política de Colombia: <i>Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia.</i></small></p> <p><small><sup>2</sup> Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C 473 de 1994, disponible en: <a href="http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/c-473_1994.html#1">http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/c-473_1994.html#1</a></small></p>				
de las ramas del poder público; b. Las de empresas de transporte por tierra, agua y aire; y de acueducto, energía eléctrica y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC); c. Las de establecimientos de asistencia social, de caridad y de beneficencia que atiendan necesidades básicas de sujetos de especial protección constitucional; d. Las de todos los servicios de la higiene y asco de las poblaciones; e. Las de explotación, refinación, transporte y distribución de petróleo y sus derivados, cuando estén destinadas al abastecimiento normal de combustibles del país, a juicio del gobierno; y f. Las de educación.	asistencia social, de caridad y de beneficencia; d) Las de establecimientos de asistencia social, de caridad y de beneficencia; e) <Literal INEXEQUIBLE> f) Las de todos los servicios de la higiene y asco de las poblaciones; g) <Literal INEXEQUIBLE> h) Las de explotación, refinación, transporte y distribución de petróleo y sus derivados, cuando estén destinadas al abastecimiento normal de combustibles del país, a juicio del gobierno, e i) <Ordinal derogado por el numeral 4o. del artículo 3o., de la Ley 48 de 1968.>								
<b>Artículo 3. Vigencia.</b> La presente ley rige a partir de su sanción y promulgación, y deroga las disposiciones que le sean contrarias.									

Aún más, Alejandro Martínez Caballero, Magistrado ponente, estimó en la sentencia que la interpretación que se le debe dar a la huelga debe ser amplia de tal forma que realice los objetivos constitucionales de la misma. Así:

*(...)La Carta no establece ninguna limitación sobre los tipos de huelga, por lo cual el contenido de este derecho debe ser interpretado en sentido amplio. Así, los trabajadores pueden entonces efectuar huelgas para reivindicar mejoras en las condiciones económicas de una empresa específica, o para lograr avances de las condiciones laborales de un determinado sector, y en general para la defensa de los intereses de los trabajadores.(...)*

Ahora bien, sobre las posibles limitaciones de este derecho – garantía en la misma sentencia se señaló que el Congreso de la República también tiene límites que no puede trasgredir, porque debe existir una notoria realidad material sobre lo que se pueda definir como servicio público esencial, de tal manera que no puede creerse que cualquier actividad puede ser declarada así por el legislador. En palabras de la Corte:

*(...)Las limitaciones constitucionales al derecho de huelga deben ser interpretadas de manera que se busque armonizar los derechos de los usuarios de los servicios públicos esenciales con el derecho de huelga de los trabajadores. En efecto, estamos en presencia de una colisión entre principios y derechos fundamentales protegidos por la Constitución. En tales casos, en virtud del principio de efectividad de los derechos fundamentales, siempre se debe preferir la interpretación que permita la armonización y la compatibilidad de los derechos sobre aquella que imponga un sacrificio excesivo a alguno de ellos.(...)*

*(...)El Constituyente estableció la noción de servicio público esencial como un límite material a la capacidad de limitación del Legislador del derecho de huelga. Es entonces ilógico suponer que el Congreso pueda redefinir, de manera discrecional, estos límites establecidos por la Constitución, lo cual sucede si el Congreso puede calificar cualquier actividad de servicio público esencial y la Corte no ejerce un control material sobre esas definiciones legales. En efecto, si el Congreso puede redefinir los límites constitucionales de un derecho fundamental, entonces el Legislador, en sentido estricto, deja de estar sujeto a la Constitución y el derecho deja de estar garantizado por la Carta. Ya con anterioridad, esta Corporación había establecido que el Legislador no puede reclamar el monopolio de la interpretación y definición de los conceptos constitucionales. Si una determinada actividad no es materialmente un servicio público esencial, no podrá el Legislador prohibir o restringir la huelga porque estaría violando el artículo 56 de la Carta. (...)*

Por otra parte, en la Sentencia C-450 de 1995<sup>3</sup>, la Corte Constitucional, estimó que la huelga es un mecanismo legítimo que enmascara la realización de principios y valores constitucionales:

*(...)El derecho de huelga constituye un medio de acción directa, coactivo y legítimo sobre los empleadores particulares o del Estado para obligarlos a ceder frente a los reclamos de los*

<sup>3</sup> Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C 450 de 1995, disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-450\\_1995.html#1](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-450_1995.html#1)

exigencia de los servicios públicos esenciales, en primer lugar que materialmente lo sean y en segundo lugar, que el legislador los declare, así:

*(...) los rasgos principales del derecho de huelga pueden definirse así: 1) es un derecho constitucionalmente protegido y de gran importancia al interior del ordenamiento jurídico colombiano, pero no tiene la calidad de derecho fundamental, puesto que precisa una reglamentación legal para ser ejercido; 2) la legitimidad de su ejercicio depende del seguimiento de los procedimientos establecidos por el legislador; 3) la protección del derecho de huelga sólo procede por acción de tutela si se encuentra en conexidad con derechos fundamentales como el derecho al trabajo y a la libre asociación sindical; 4) no tiene carácter absoluto, debido a que está prohibido en los servicios públicos esenciales y debe ser ejercido de acuerdo con las normas legales que lo regulan; 5) existen dos requisitos para poder excluir el derecho de huelga de una determinada actividad, a saber: que sea materialmente un servicio público esencial y que formalmente el legislador la haya calificado de tal; y 6) un servicio público es esencial cuando las actividades que lo conforman contribuyen de modo directo y concreto a la protección de bienes o a la satisfacción de intereses o a la realización de valores, ligados con el respeto, vigencia, ejercicio y efectividad de los derechos y libertades fundamentales(...)*

En esa sentencia, la Corte fue más allá y además de señalar la interpretación amplia que se le debe dar a la huelga, exhortó al Congreso de la República para que asumiera el mandato constitucional de regular el artículo 56 de la Carta. La Corte indicó:

Constata la Corte que después de tres lustros, el Congreso no ha desarrollado el artículo 56. Por eso se exhortará respetuosamente al Congreso para que lo desarrolle. Sin embargo, mientras se expide la ley correspondiente, el artículo 56, que amplió el alcance del derecho de huelga, se aplica de manera directa e inmediata. Además, el silencio del legislador no obsta para que los sindicatos ejerzan el derecho de huelga y para que este derecho sea interpretado y aplicado en un sentido amplio en punto a los ámbitos de actividad en los cuales este derecho está garantizado.

Amén de lo anterior, en un posterior Fallo, la Corte Constitucional estableció que a la hora de hablar de la huelga se debe hacer una interpretación a la luz del bloque de constitucionalidad y declaró como parte de ese conjunto normativo los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) 87 (Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación), 98 (Convenio sobre el derecho de sindicación y de negociación colectiva, 1949) y 154 (Convenio sobre la negociación colectiva, 1981). En palabras de la Corte publicadas en la Sentencia C 349 del 2009<sup>7</sup>:

*Es claro para la Corte que los convenios 87, 98 y 154 de la OIT, hacen parte del bloque de constitucionalidad, esto es, sirven como referente necesario para la interpretación de los derechos de los trabajadores, en particular el relativo al fomento de la negociación colectiva como expresión de la libertad sindical y del derecho fundamental de asociación sindical, y concurren como patrón normativo para el restablecimiento de los derechos de los trabajadores y del orden constitucional.*

<sup>7</sup> Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C 349 de 2009, disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-349\\_2009.html#1](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-349_2009.html#1)

*trabajadores, con el fin de asegurar la creación de un orden económico y social más justo en el ámbito de la empresa.(...)*

Así mismo, en la misma Sentencia la Corte empezó a perfilar lo que más adelante consideraría sobre los servicios públicos esenciales, cuestión de una trascendencia primordial para el análisis de este proyecto de ley:

*El carácter esencial de un servicio público se predica, cuando las actividades que lo conforman contribuyen de modo directo y concreto a la protección de bienes o a la satisfacción de intereses o a la realización de valores, ligados con el respeto, vigencia, ejercicio y efectividad de los derechos y libertades fundamentales. El derecho de los trabajadores a hacer la huelga con el fin de mejorar sus condiciones de trabajo y sociales, si bien representa un derecho constitucional protegido, en el sentido de que contribuye a la realización efectiva de principios y valores consagrados en la Carta, no es oponible a los derechos fundamentales de los usuarios de los servicios públicos, por el mayor rango que estos tienen en el ordenamiento constitucional. Además, es mayor el perjuicio que se causa en sus derechos fundamentales a los usuarios, cuando aquellos son afectados, que los beneficios que los trabajadores derivan de la huelga para mejorar sus condiciones de trabajo.*

Por otro lado, en la Sentencia C – 432 de 1996<sup>4</sup>, el Magistrado Carlos Gaviria Díaz, estableció de manera diáfana cual era el núcleo esencial del derecho a la huelga, de lo que se colige la manera correcta en que el legislador debe regularlo. Se establece lo siguiente:

*Puede señalarse como núcleo esencial del derecho de huelga, la facultad que tienen los trabajadores de presionar a los empleadores mediante la suspensión colectiva del trabajo, para lograr que se resuelva de manera favorable a sus intereses el conflicto colectivo del trabajo. Esta facultad no es absoluta. La huelga constituye un mecanismo cuya garantía implica el equilibrar las cargas de trabajadores y empleadores en el marco del conflicto colectivo de trabajo. Las restricciones al derecho de huelga deberán tener en cuenta este propósito, de modo que, si bien tal derecho puede ser limitado con el fin de proteger otros de mayor jerarquía o el interés general, el poder que la Constitución pretende reconocer a los trabajadores no puede quedar desfigurado.*

Esta posición que afirma una interpretación amplificativa del derecho a la huelga fue ratificada más adelante en la Sentencia C - 201 del 2002<sup>5</sup> en cabeza del Magistrado Jaime Araujo. Allí, también se señaló que la regulación que pueda hacer el legislador de los derechos en colisión a causa de la huelga no puede desfigurar la misma.

Luego, en el año 2008, la Corte Constitucional al analizar la figura de la huelga encontró que sobre la misma ya se había pronunciado y que existía cosa juzgada constitucional. En la Sentencia C - 691 de 2008<sup>6</sup> se estableció entonces un encuadre de la huelga y la doble

<sup>4</sup> Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C 432 de 1996, disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-432\\_1996.html#1](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-432_1996.html#1)

<sup>5</sup> Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C 201 de 2002, disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-201\\_2002.html#C-201-2002](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-201_2002.html#C-201-2002)

<sup>6</sup> Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C 691 de 2008, disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-691\\_2008.html#1](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-691_2008.html#1)

En esa misma decisión, la Corte Constitucional, estableció dos elementos de importancia crucial para lo que pretende el Proyecto de ley que aquí se analiza, pues la Magistratura constitucional, estableció allí cuando la huelga alcanza el rango de derecho fundamental y cuál es el núcleo fundamental de la misma; dejando claro así, que la regulación de la huelga y de los servicios públicos esenciales comporta todo un análisis que evite en todo caso la supresión de la misma o la restricción injustificada para los trabajadores. El argumento de la Corte fue el siguiente:

*(...) La Corte se ha pronunciado sobre el contenido y alcance del derecho a la huelga, destacando la especial protección que le brinda el ordenamiento constitucional, incluyendo en dicho parámetro los instrumentos internacionales ratificados por Colombia, y ha subrayado su relevancia constitucional como mecanismo válido y legítimo para alcanzar un mayor equilibrio y justicia en las relaciones de trabajo, mediante la efectividad de los derechos de los trabajadores. Asimismo ha sostenido que a pesar de no tener estatus de derecho fundamental y estar reglamentado mediante la ley, puede adquirir tal carácter cuando con su limitación se vulneran los derechos fundamentales al trabajo y a la libre asociación sindical, y que sólo puede excluirse en el caso de los servicios públicos de carácter esencial.(...)*

*(...) En cuanto al núcleo esencial del derecho a la huelga la jurisprudencia de esta Corte ha establecido, que aquel se encuentra en la facultad que tienen los trabajadores de adoptar el mecanismo de la suspensión o cesación colectiva del trabajo como medio para presionar a los empleadores a fin de lograr que se resuelva el conflicto colectivo del trabajo de modo favorable a sus intereses como trabajadores asalariados(...)*

*(...) La Corte ha establecido que si bien el derecho a la huelga no es un derecho absoluto, su limitación sólo puede proceder cuando se trate de un servicio público de carácter esencial, siendo fijadas por la Corte dos condiciones, una material y otra formal, para que se pueda limitar legítimamente el derecho de huelga: (i) en primer lugar y desde un punto de vista material, que se desarrolle respecto de un servicio público que por su propia naturaleza pueda ser considerado como servicio público esencial; (ii) en segundo lugar y desde un punto de vista formal, que adicionalmente el legislador haya expresamente regulado no sólo respecto de la definición de la actividad de que se trate como un servicio público esencial, sino que adicionalmente haya restringido de manera expresa el derecho de huelga respecto de dicha actividad, siguiendo para ello el criterio material de servicio público esencial en cuanto que afecte el núcleo esencial de derechos fundamentales(...)*

Como se ha visto hasta aquí, contrario a lo que pretende el Proyecto de Ley 053 de 2023 Senado, la Corte Constitucional como interprete autorizado de la Constitución, ha fomentado una interpretación ampliada y no restrictiva de la huelga, que promueve el reconocimiento de los derechos, garantías y libertades de los trabajadores. Finalmente, en la Sentencia C 122 del 2012<sup>8</sup>, la Corte ratificó todo lo anterior de la siguiente forma:

*(...)La huelga es fundamental para la conformación de un Estado democrático, participativo y pluralista, pues surge de la necesidad de conducir los conflictos laborales por cauces*

<sup>8</sup> Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C 122 de 2012, disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-122\\_2012.html#INICIO](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/c-122_2012.html#INICIO)

democráticos. También se ha señalado que la huelga es un derecho que responde “a la utilidad pública, al interés general de un Estado que se concibe a sí mismo como un Estado social, constitucional y democrático de Derecho, en cuanto se encuentra encaminado a hacer efectivos los derechos de la gran mayoría de los trabajadores asalariados y a buscar un mayor equilibrio, justicia y equidad en las relaciones laborales propias de un modelo económico capitalista basado en la dinámica trabajo-capital, dinámica respecto de la cual es claro para esta Corporación que el trabajador constituye la parte débil de la relación, razón por la cual se justifican las medidas protectoras, garantistas y correctivas por parte del Estado a favor de los trabajadores”. En el documento “La Libertad sindical” de la Oficina de Internacional del Trabajo se señalan una serie de criterios fundamentales para el análisis de este derecho: i) es un derecho fundamental de los trabajadores y de sus organizaciones únicamente en la medida en que constituya un medio de defensa de sus intereses económicos; ii) constituye uno de los instrumentos esenciales para promover y defender sus intereses profesionales; iii) es corolario indisoluble del derecho de sindicación protegido por el Convenio número 87; iv) no busca sólo la obtención de mejores condiciones de trabajo o las reivindicaciones colectivas de orden profesional, sino también la búsqueda de soluciones a las cuestiones de política económica y social; y v) puede ser objeto de restricciones o incluso de prohibición y garantías compensatorias. De esta manera, el derecho a la huelga está dotado de una doble protección constitucional, pues además de estar consagrado en el artículo 56 de la Constitución Política, tiene una relación estrecha con la libertad sindical como derecho desarrollado por el Convenio número 87 de la Organización Internacional del Trabajo, el cual hace parte del Bloque de Constitucionalidad, tal como ha señalado esta corporación. Teniendo como base su naturaleza y desarrollo constitucional, así como también el estudio de los documentos de la Oficina de Internacional del Trabajo.(...)

(...) Es abundante la jurisprudencia de esta Corporación en relación con el contenido y alcance del referido derecho, así como su especial protección dentro del ordenamiento constitucional, incluyendo los instrumentos internacionales ratificados por Colombia (...)

**IV. Sobre la OIT**

El Comité de Libertad Sindical de la OIT han expresado a los gobiernos colombianos, en múltiples ocasiones, la preocupación por las prohibiciones que el ordenamiento jurídico tiene respecto a la huelga. Esas limitaciones son:

- Se prohíbe la huelga a federaciones y confederaciones.
- Se prohíbe en empresas o servicios públicos que no son esenciales atendiendo al criterio material.
- No existe servicio mínimo para garantizar la huelga en servicios públicos esenciales de acuerdo con la doctrina de la OIT.
- La huelga sólo se permite con el cierre total de la empresa. Impidiendo otras formas de reivindicación y protesta laboral.
- Se permite el despido por parte de los empleadores de los trabajadores que participaron en una huelga que fue declarada ilegal.

- que las organizaciones de trabajadores involucradas tengan la posibilidad de participar en la definición de dichos servicios, junto con los empleadores y las autoridades públicas.

Es altamente deseable

- que las negociaciones sobre la definición y organización del servicio mínimo no se realicen durante un conflicto laboral, para que las partes puedan examinar el asunto con objetividad y serenidad;
- que las partes prevean la creación de un organismo paritario o independiente, responsable de examinar rápidamente las dificultades planteadas por la definición y aplicación de dicho servicio mínimo, y que estuviera facultado para emitir decisiones aplicables (...)<sup>10</sup>

En consecuencia, debe reglamentarse el procedimiento para la definición del servicio mínimo previo al inicio del conflicto colectivo laboral, en la cual tenga participación los trabajadores y los empleadores. El Proyecto de ley 053 pasa por alto de esta forma cualquier fórmula dialógica y establece sin estudios previos la calidad de servicio público esencial a algunas actividades que no es claro si lo son. Y aun cuando lo fueran, no establece mecanismos alternativos para garantizar los derechos- garantías de los trabajadores.

**V. Reacciones al Proyecto de Ley**

En artículo publicado el 10 de agosto de 2023<sup>11</sup> por la Escuela Nacional Sindical se evalúan las distintas posturas de la OIT, la Corte Constitucional y la Sala laboral de la Corte Suprema de Justicia. En las tres, hay un acuerdo en que es necesario presentar algunas restricciones en la huelga, solamente en los casos en los que “aquellos servicios cuya interrupción podría conllevar riesgos para la vida, seguridad o salud de las personas en cualquier parte de la población”. En el caso de la OIT, a través del Comité de Libertad Sindical, se especificaron cuáles eran los parámetros para las actividades que no pueden ser considerados servicios públicos esenciales, y expresamente determinó que el servicio de educación no lo es.

Por parte de la Corte Constitucional, abarca un concepto más amplio de los servicios públicos esenciales y presenta cuatro criterios para especificar si es uno.

- i) cuando la actividad está atada a la satisfacción de intereses o a la realización de valores, ligados con el respeto, vigencia, ejercicio y efectividad de los derechos y libertades fundamentales; ii) la interrupción del mismo

<sup>10</sup> Guía sobre legislación laboral, OIT. Disponible en <https://www.ilo.org/legacy/spanish/dialogue/ifpdial/llg/index.htm>

<sup>11</sup> Agencia de Información Laboral, disponible en: <https://ail.ens.org.co/opinion/un-nuevo-ataque-al-derecho-a-la-huelga/>

Por otro lado, es importante anotar que a nivel internacional existe una suerte de conceso de cómo se debería regular lo que se entiende por servicio público esencial, dado que esta definición es soporte para restricción de ese derecho -garantía. Así la definición más aceptada por los países, por la OIT y por el Comité de Libertad Sindical es:

...se entiende servicio público esencial los servicios cuya interrupción podría poner en peligro la vida, la seguridad o la salud de la persona, en toda o en parte de la población.

Este criterio o definición de servicio público esencial proviene de las interpretaciones que han realizado dos órganos de control de la OIT –Comité de Libertad Sindical y la Comisión de Expertos en Aplicación de Convenios y Recomendaciones (CEACR) en la cual definen los servicios públicos esenciales, como aquellos “cuya interrupción podría poner en peligro la vida, la seguridad o la salud de la persona en todo parte de la población”. Esta conceptualización no es acogida por el proyecto de ley, a pesar de que las altas cortes del país, como la Corte Suprema de Justicia en su Sala Laboral o la Corte Constitucional han recurrido a la interpretación de la OIT para la definición o calificación de huelgas o la exequibilidad o inexecutable de las normas que han sido demandadas.

Por otro lado, la falta de regulación de la huelga en Colombia al tenor de las definiciones de la OIT ha impedido que se hable de modalidades de la misma, desapareciendo así del panorama la huelga parcial. Aquí es importante anotar que la huelga parcial ha sido el mecanismo conciliador entre la colisión de derechos fundamentales que se da entre la huelga y los servicios públicos esenciales. Es decir, la huelga parcial, o la prestación de servicios mínimos como lo ha establecido la OIT es la posibilidad de garantizarle en todo caso ese derecho- garantía a todos los trabajadores.

Ahora bien, la OIT ha desarrollado de múltiples maneras los convenios 87, 98 y 154 que hacen parte de nuestro bloque de constitucionalidad. Para esto, hay que acudir a los lineamientos que la Organización Internacional del Trabajo OIT ha decantado en la *Guía sobre la legislación del trabajo*<sup>9</sup> de la siguiente manera:

Los órganos de control de OIT han considerado que la disposición sobre un servicio mínimo en dichas actividades podría ser una alternativa apropiada, en la medida en que no cuestione el derecho de huelga de la gran mayoría de los trabajadores. Además han considerado que dicho servicio debería satisfacer por lo menos las siguientes condiciones:

- Que debe tratarse de real y exclusivamente de un servicio mínimo, es decir un servicio limitado a las operaciones estrictamente necesarias para cubrir las necesidades básicas de la población, o satisfacer las exigencias mínimas del servicio, sin menoscabar la eficacia de los medios de presión;

<sup>9</sup> Organización Internacional del Trabajo, 2004, disponible en: <https://www.ilo.org/static/spanish/dialogue/ifpdial/llg/noframes/ch9.htm>

pueda poner en peligro la vida, la seguridad o la salud de la persona en toda o parte de la población; iii) concepto de servicios públicos esenciales necesariamente comporta una ponderación de valores e intereses que se suscita entre los trabajadores que invocan su derecho a la huelga y los sacrificios válidos que se pueden imponer a los usuarios de los servicios; y iv) Se debe tener en cuenta la evolución política, económica y social del Estado para poder determinarlo.

La Sala laboral de la Corte Suprema de Justicia, hace un estudio sobre la huelga en servicios públicos esenciales, allí diferencia “entre actividad y servicio, donde la primera es genérica y la segunda específica, lo que significa que dentro de una actividad puede haber múltiples servicios y solo algunos de esos servicios son esenciales y sería allí donde no se podría realizar el cese de actividades.”

Por otro lado, en un boletín publicado por la Federación Colombiana de Trabajadores de la Educación se señaló el rechazo a la iniciativa de ley, al igual que se reivindicó los logros de Fedode históricamente, donde han liderado luchas en Colombia “en defensa de la profesión docente, de la comunidad educativa y, especialmente, por una educación en condiciones dignas para niños, niñas y adolescentes. Producto de esas luchas han contribuido a la democracia del país, a la Constituyente, la Ley General de Educación, al Estatuto 2277 de 1979, entre muchos otros logros”.

De igual manera, señalan que en los momentos en que ha existido cese de actividades, los contenidos y la reposición de las actividades se ha asegurado extraordinariamente. “Omiten los senadores en el contenido de su proyecto la razón de esos paros, porque precisamente en los últimos cuatro años, el gobierno de Duque (también del Centro Democrático) sumió a la educación en una grave crisis al no adelantar la reforma constitucional al Sistema General de Participaciones, que incluso estaba en su Plan Nacional de Desarrollo; congeló el escalafón de los docentes del estatuto 1278; jamás respondió por el derecho a la salud y dejó a los docentes sin Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo; retrasó los proyectos de infraestructura y su gestión fue nula en el apoyo a la educación durante la pandemia y los miles de millones de pesos que se robaron para conectividad”.

**VI. Consideraciones del Ponente**

La definición y reglamentación de la huelga en el artículo 429 Código Sustantivo del Trabajo CST proviene de una legislación dictada en el marco del estado de sitio en 1949 a través del Decreto 3518 de 1949. En consecuencia, la primera necesidad de reformar y redefinir la huelga es superar el concepto restrictivo que el ordenamiento jurídico colombiano le ha imprimido a este mecanismo de negociación y defensa de intereses laborales y sociales. A contrario sensu el Proyecto de Ley 053, pretende devolvernos como ya se vio al hacer el análisis jurisprudencial a un estadio preconstitucional, es decir, una versión restrictiva del derecho a la huelga y una negación completa del bloque de constitucionalidad colombiano.

Han sido ya más o menos 5 los intentos de regular la huelga de tal forma que entre en armonía con el bloque de constitucionalidad, a pesar de ello, estos proyectos no han terminado su trámite y se ha mantenido una situación de incertidumbre normativa no solo para los trabajadores sino, para los empleadores y el conjunto del Estado. Este Proyecto, lejos de aclarar las sombras que se posicionan sobre el derecho- garantía que es la huelga, promueve un oscurecimiento de la interpretación de la norma y aleja al país de los estándares de la OIT. Es importante señalar, que actualmente, surte trámite una iniciativa del Ministerio de Trabajo, el Proyecto de Ley 166 de 2023 Cámara, que regula mejor la huelga y que nos pone como país en sintonía con los organismos internacionales y las mejores prácticas de resolución de conflictos. Ese proyecto que tiene una visión integral del derecho individual y colectivo del trabajo regula la huelga de la siguiente manera:

**CAPÍTULO 3. HUELGA ARTÍCULO 79. Derecho de Huelga. Modifíquese el artículo 429 del Código Sustantivo del Trabajo quedará así: ARTÍCULO 429. DERECHO DE HUELGA. La huelga es un derecho y un medio de presión que tiene por finalidad la promoción y defensa de los intereses y los derechos de los trabajadores. El Estado garantizará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la huelga en todas sus modalidades y en favor de todos los trabajadores, estén sindicalizados o no. Podrán celebrarse huelgas parciales. ARTÍCULO 80. Huelga en los servicios esenciales. Modifíquese el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo quedará así: ARTÍCULO 430. HUELGA EN LOS SERVICIOS ESENCIALES. Cuando el ejercicio del derecho de huelga pueda comprometer servicios esenciales, se deberá garantizar la prestación de servicios mínimos para evitar su interrupción. Para tales efectos, se consideran esenciales aquellos servicios que, en desarrollo de sus funciones, determinen como tales los órganos de control de la Organización Internacional del Trabajo, por tratarse de servicios cuya interrupción, en sentido estricto, puede poner en peligro la vida, la seguridad o la salud de toda o parte de la población. La fijación de los servicios mínimos se hará de común acuerdo entre el o los empleadores o asociaciones de empleadores concernidos, por una parte, y las organizaciones de trabajadores o grupos de trabajadores, por otra. En las empresas que presten servicios públicos esenciales, en tiempos de normalidad laboral, deberán promoverse escenarios de diálogo social para acordar los servicios mínimos en casos de huelga. El Ministerio del Trabajo identificará estos servicios de oficio o a solicitud de parte y acompañará esos escenarios procurando un acuerdo sobre la prestación de servicios mínimos. De no lograrse el acuerdo, la fijación de los servicios mínimos será decidida por un comité independiente. El Ministerio del Trabajo, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley, reglamentará o concerniente a la integración y funcionamiento de este comité. La reglamentación que al efecto se expida deberá estar acorde con los criterios de los organismos de control de la Organización Internacional del Trabajo y en ningún caso deberá privar de efectividad el ejercicio del derecho fundamental de huelga.**

Como se puede apreciar no basta con decir, donde no se puede hacer la huelga como pretende el Proyecto 053, sino que, una regulación que supere el limbo jurídico y el estado preconstitucional de la huelga, debe en todo caso regular todos los detalles. Es decir, el

Proyecto de Ley 053 es altamente insuficiente al tenor de las necesidades legislativas del país y de los diferentes exhortos de las Cortes. Dicho de otro modo, el 053 no solo es insuficiente sino inconveniente puesto que no supera los problemas ya señalados por la jurisprudencia y por los organismos multilaterales de los que hace parte Colombia. Es por ello, que el proyecto debe ser archivado.

**VII. Conflictos de interés**

La Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, establece que se configura o no el conflicto de interés, cuando:

- 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.*

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

- a) *Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de Ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.*
- b) *Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.*
- c) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.*
- d) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.*
- e) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.*
- f) *Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos.*

Para el caso del proyecto de Ley 053 de 2023, no se estima que nadie pueda esgrimir ningún beneficio o perjuicio particular actual o directo en tanto se trata de una norma de carácter general. Aun así, se recomienda revisar la situación particular de quienes actúen como

empleadores por sí mismos, a través de personas jurídicas o sus familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo grado de afinidad, que actualmente estén inmersos en conflictos laborales que implique la definición de la huelga.

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.

**X. Proposición**

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, me permito rendir informe de **PONENCIA NEGATIVA** y en consecuencia se solicita a los honorables miembros de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República ARCHIVAR el Proyecto de Ley N°.053 de 2023 Senado.

Del Congresista,



**OMAR DE JESUS RESTREPO CORREA**  
Senador de la República  
Ponente

**Comisión Séptima Constitucional Permanente**

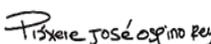
**LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA.** - Bogotá D.C., a los ocho (8) días del mes noviembre del año dos mil veintidós (2023) - En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República**, Informe de Ponencia para Primer Debate.

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 156 de Reglamento Interno del Congreso (Ley 5ª de 1992), remito a su Despacho en medio electrónico para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República la siguiente ponencia, así:

**INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE**  
**NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY:** 053 DE 2023 SENADO  
**TÍTULO DEL PROYECTO:** "POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 430 DEL CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, PROHIBICIÓN DE LA HUELGA EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS ESENCIALES".  
**INICIATIVA:** HH. SS. MARÍA FERNANDA CABAL MOLINA, PALOMA VALENCIA LASERNA, HH. RR. CRISTIAN GARCÉS ALJURE, HERNAN DARÍO CADAVID MÁRQUEZ.  
**RADICADO:** EN SENADO: 01-08-2023 EN COMISIÓN: 15-08-2023  
**GACETA DEL CONGRESO DONDE ESTA EL TEXTO ORIGINAL:** 999/2023  
**NÚMERO DE FOLIOS:** DIECISIETE (17)  
**RECIBIDO EL DÍA:** OCHO (8) DE NOVIEMBRE DE 2023.  
**HORA:** 10:26 A.M.

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El secretario,

  
**PRAXERE JOSÉ OSPINO RÉY**  
Secretario General Comisión Séptima  
Senado de la República

**INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA SEGUNDO DEBATE  
AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 55 DE 2023 SENADO**

*por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.*

<p>Bogotá D.C., noviembre de 2023</p> <p>Doctora <b>MARTHA ISABEL PERALTA EPIEYÚ</b> Presidenta Comisión Séptima del Senado Ciudad</p> <p><b>Asunto:</b> Informe de ponencia para <b>segundo debate</b> en la Comisión Séptima del Senado al Proyecto de Ley 055 de 2023 Senado "Por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Estimada presidente,</p> <p>En cumplimiento de la honrosa designación hecha por la mesa directiva de esta célula legislativa, de la manera más atenta por medio del presente escrito y dentro del término establecido para el efecto, procedo a rendir <b>informe de ponencia positiva para segundo debate al Proyecto de Ley 055 de 2023 Senado</b> "Por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones"</p> <p>De la honorable senadora</p>  <p><b>ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA</b> Coordinadora Ponente Senadora de la República Partido Político MIRA</p>	<p><b>INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE</b> Proyecto de Ley 055 de 2023 Senado "Por medio de la cual se fortalece la política nacional de prevención y atención de la salud mental y se dictan otras disposiciones"</p> <p><b>1. ORIGEN DEL PROYECTO DE LEY</b></p> <p><b>Autores:</b> H.S. ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA, MANUEL VIRGUEZ PIRAQUIVE, CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN, H.R. IRMA LUZ HERRERA RODRÍGUEZ.</p> <p><b>Ponente:</b> H.S. ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA</p> <p><b>Origen:</b> SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p><b>Tipo de Ley:</b> ORDINARIA</p> <p><b>Fecha de Presentación:</b> 01 Agosto 2023</p> <p><b>Texto Radicado:</b> Gaceta 999/2023</p> <p><b>Fecha de Envío a Comisión Séptima:</b> 15 Agosto 2023</p> <p><b>Designación de Ponencia:</b> 31 de agosto de 2023</p> <p>Después del estudio de la iniciativa, se concluye que cumple con los requisitos contemplados en los artículos 154 y 169 de la Constitución Política que hacen referencia a la iniciativa legislativa y al título de la ley, respectivamente.</p> <p><b>Aprobación en Primer Debate Comisión Séptima:</b> 03 de octubre de 2023</p> <p><b>1.2 ANTECEDENTES</b></p> <p>Esta iniciativa legislativa fue radicada por primera vez en la Secretaría de Senado el 18 de agosto de 2021, por los Honorables Congresistas Carlos Eduardo Guevara Villabón, Ana Paola Agudelo García, Irma Luz Herrera Rodríguez y Aydeé Lizarazo Cubillos; una vez fue repartido a la Comisión Séptima de Senado y publicado en la Gaceta del Congreso 1103 de 2021.</p>
<p>Numerado como PL 169 de 2021 S; para la ponencia en primer debate, se incorporaron las recomendaciones presentadas por la comunidad desde distintas regiones, y en especial por expertos, entre quienes se destaca el Colegio Colombiano de Psicólogos. En ese mismo proceso se realizó una mesa técnica con la Asociación Colombiana de Psiquiatría quienes nos dieron a conocer sus observaciones para ser incluidas en el segundo debate.</p> <p>En el debate de la primera ponencia se asignó por parte del Presidente de la Comisión Séptima, una subcomisión para la revisión de 4 proposiciones, las cuales fueron presentadas por el H.S. Carlos Motoa y la H.S. Laura Fortich. Atendiendo a la designación se llevó a cabo la subcomisión, donde se revisaron las proposiciones con el Ministerio de Salud y Protección Social y la H.S. Laura Fortich, llegando a un consenso en la redacción de los artículos que motivaron la subcomisión, cuyo informe fue aprobado en la sesión del 17 de noviembre del año en curso, en dicha sesión se designó como ponente única a la S. Aydeé Lizarazo como única ponente para el segundo debate en la Plenaria del Senado.</p> <p>Para la construcción de la ponencia para el segundo debate, tuvimos la oportunidad de realizar mesas técnicas con la Asociación Colombiana de Psiquiatría, Sanitas, ciudadanía y expertos en la materia de quienes se recogieron sus observaciones, para el fortalecimiento de la iniciativa.</p> <p>La ponencia de segundo debate fue radicada por la HS Aydeé Lizarazo Cubillos, en la Gaceta 782 de 2022, no obstante, por el cambio de periodo legislativo y dado que la Congresista Aydeé Lizarazo no continuó como senadora de la República para el periodo 2022-2026, por lo cual la Mesa Directiva se sirvió reasignar a los ponentes del presente proyecto de ley para dar continuidad a su trámite.</p> <p>El proyecto 169 de 2021 S, fue archivado por términos el 20 de julio de 2023, por no haber logrado surtir los debates necesarios. Por lo cual, la Bancada del Partido MIRA lo radicó nuevamente para someter a discusión y aprobación en la legislatura 2023-2024.</p> <p>Fue aprobado por unanimidad en la Comisión Séptima del Senado el 03 de octubre de 2023; con la inclusión de proposiciones de los HHSS: Norma Hurtado, Jose Alfredo Marin y Honorio Enriquez; dirigidas a fortalecer el proyecto en materia de protección y prevención para la infancia y la adolescencia; como de la participación voluntaria del sistema educativo.</p> <p><b>2. OBJETO DE LA INICIATIVA</b></p> <p>Este proyecto tiene el propósito de fortalecer la política nacional de salud mental, en materia de promoción y prevención ofreciendo enfoques complementarios y disponiendo acciones orientadas a</p>	<p>garantizar una atención integral e integrada en salud mental para los colombianos residentes en el territorio nacional, e información en salud mental a los colombianos en el exterior.</p> <p><b>3. NECESIDAD DEL PROYECTO</b></p> <p>La enfermedad mental o "trastorno de salud mental", se refiere a las distintas afectaciones de la salud mental, es decir, trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento. Son ejemplos de enfermedad mental la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación y los comportamientos adictivos (Mayo Clinic, 2020).</p> <p><b>Situación Mundial</b></p> <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) define <u>la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.</u></p> <p>La salud mental es el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, <u>en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia</u>, el trabajo y la recreación, por lo que es de suma importancia para el buen desarrollo de la persona en sociedad y para que sea capaz de desarrollar todas sus potencialidades como individuo.</p> <p>La OMS señala que 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta; alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año; cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos; una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental (OMS, 2014).</p> <p>En 2016 según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más del 79% de los suicidios se generaron en países de ingresos bajos y medianos siendo la tercera causa de muerte para los jóvenes entre los 15 y 19 años (OMS, 2019). En las Américas según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en 2016 aproximadamente 100.000 personas se suicidaron de las cuales el 36% se encontraba entre los 25 y 44 años (OPS, 2020).</p>

La OPS señala que los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de drogas representan el 10% de las causas de muerte en el mundo, 1000 millones de personas viven con un trastorno mental, 1 de cada 5 niños y adolescentes padece una enfermedad mental, 3 millones de personas mueren por el consumo excesivo de alcohol y una persona en el mundo se suicida cada 40 segundos (OPS, 2020). En los adultos mayores enfermedades como el Alzheimer y la depresión contribuyen significativamente al deterioro de la salud, en las Américas prevalecen enfermedades como la demencia en un 8,48% en adultos mayores de 60 años (OMS, 2020).

En los países que perciben ingresos bajos y medianos según el Secretario General de Naciones Unidas más del 75% de la población que sufre algún problema de salud mental no puede acceder a ningún tratamiento (NU, 2020). En promedio los países invierten el 1% del presupuesto dedicado a la salud para la salud mental a pesar de que cada dólar que se invierte representa una mejora en trastornos como la depresión lo que representa a su vez un rendimiento de 5 dólares en mejora a la salud y productividad (OMS, 2020).

**Los Trastornos Mentales más Incapacitantes**

De acuerdo a los datos reportados por la Organización Mundial de la Salud, (2019 y 2020), los trastornos mentales más incapacitantes son:

- **Depresión:** afecta a más de 264 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.
- **Trastorno Afectivo Bipolar:** Afecta alrededor de 45 millones de personas de todo el mundo.
- **Esquizofrenia:** Afecta alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo.
- **Trastornos del desarrollo, incluido el autismo:** Aproximadamente 1 de cada 160 niños tiene un Trastorno del Espectro Autista (TEA).

**LA SALUD MENTAL LUEGO DE LA PANDEMIA**

Según Naciones Unidas y la OMS (UN 2022) *"Nunca como ahora ha sido tan necesario priorizar la salud mental"*, en el entendido que la pandemia del COVID 19, tuvo un daño colateral sobre la población en general, repercutiendo en quienes ya contaban con alguna patología diagnosticable y sobre personas que sufrieron los efectos de las múltiples variables ocasionadas por la pandemia. Así, la ONU Calcula (ibid.):

- Antes de la pandemia, casi mil millones de personas ya sufrían algún trastorno mental diagnosticable, el 82 % de las cuales vivían en países de renta baja y media.
- La esperanza de vida de personas con trastorno mental grave es 10 a 20 años menor que la población en general.

- La pandemia ha incrementado entre un 25 % y un 27 % la prevalencia de la depresión y la ansiedad a escala mundial.

En Colombia, el Observatorio Nacional de Salud, del Instituto Nacional de Salud, en su análisis del impacto de la salud mental en la pandemia arroja, en síntesis (ONS – INS 2021):

- La población más afectada y más propensa a la depresión, ansiedad y demás trastornos derivados del estrés, variables biológicas y ambientales son hombres y mujeres entre 18-30 años con bajos ingresos (ibid., PP. 12); especialmente por la dificultad de acceso al mercado laboral y la formalización. Es decir la mayoría de colombianos en edad de trabajar.
- Dentro de las recomendaciones se especifica la necesidad de una caracterización más amplia, sobre todo en menores de edad, población rural y étnica; análisis comparativo periódico sobre los datos de salud mental; garantizar la atención primaria en salud mental, eliminar barreras de acceso; fortalecer los entornos protectores y redes de apoyo a través de estrategias comunitarias; y fomentar actividades para el uso del tiempo libre.

La Defensoría del Pueblo ha alertado sobre el aumento y persistencia del suicidio en menores de edad (Defensoría 2022), con cifras preocupantes y ante las cuales solicitan una mayor profundidad a la Ley 1616 de 2013, con miras a fortalecer los entornos protectores de la niñez, incluyendo los mismos hogares y las escuelas:

*"En Colombia, en el 2019 y 2020 se registraron en el SIVIGILA 17.211 intentos de suicidio en menores de 18 años. El 2019 fue el año con mayor número de casos, 9.957, de los cuales el 74% (12.733) de los intentos registrados corresponden a niñas y adolescentes y el 26% (4.478) a niños y adolescentes. Así mismo, el análisis de datos dio como resultado que para los años 2016, 2018, 2019 y 2020, entre el 2,8% y el 4,2% de los intentos de suicidio terminan en acto suicida.*

*Por otro lado, el DANE registró en el primer cuatrimestre de 2022 un total de 903 lesiones auto infligidas y secuelas; de las cuales, el 16,16% (146) del total de casos corresponden a suicidios en niños, niñas y adolescentes entre los 0 y 19 años de edad. De estos, 28 ocurrieron en menores de 14 años y 118 en adolescentes, entre los 15 y 19 años de edad.*

*Vale destacar que entre los 5 y 13 años de edad los principales motivos de intentos de suicidio son el maltrato físico, psicológico y sexual en el entorno escolar; mientras que entre los 14 y 19 años están asociados a factores familiares".*

**Suicidio en Colombia, mortalidad latente y preocupante, especialmente en menores de edad y adultos mayores.**

Si las cifras de intentos de suicidio son escalofriantes, lo son más los reportes de suicidio, especialmente por grupo etareo, con cifras consistentes y en aumento año tras año. **En 2022 se reportaron más de 2.800 suicidios, con 3 sucesos en menores de 5 a 9 años y 486 decesos en menores de 19 años y 467 muertes en mayores de 60.**

A lo que va del año, al mes de **julio de 2023**, Medicina Legal reporta 1 deceso en menores de 5 a 9 años, y **267 muertes en menores de 19 años y 339 de mayores de 60 años**, por suicidio; con un total a esa fecha de más de 1.800 suicidios, apenas a la mitad del año, lo que demuestra una tendencia en aumento. **Nuestros niños, niñas y ancianos se están suicidando.**

Colombia, año 2022\* (enero-diciembre)

Grupo de edad	Homicidio	Eventos de transporte	Accidental	Suicidio	Total
(00 a 04)	41	78	217	-	336
(05 a 09)	23	46	84	3	156
(10 a 14)	63	99	105	113	380
(15 a 17)	507	268	95	199	1.069
(18 a 19)	671	337	67	171	1.246
(20 a 24)	2.548	1.196	247	421	4.412
(25 a 29)	2.577	1.048	246	344	4.215
(30 a 34)	2.030	885	242	236	3.393
(35 a 39)	1.516	685	238	217	2.656
(40 a 44)	1.098	609	227	191	2.125
(45 a 49)	745	458	193	162	1.558
(50 a 54)	546	462	218	137	1.363
(55 a 59)	396	462	238	174	1.270
(60 a 64)	255	440	245	140	1.080
(65 a 69)	166	382	215	96	859
(70 a 74)	74	304	206	103	687
(75 a 79)	40	257	160	56	513
(80 y más)	43	285	352	72	752
Por determinar	2	-	-	-	2
<b>Total</b>	<b>13.341</b>	<b>8.301</b>	<b>3.595</b>	<b>2.835</b>	<b>28.072</b>

Fuente: Instituto Colombiano de Medicina Legal (2022).

**Muertes violentas según grupo de edad y manera de muerte.**  
Colombia, año 2023\* (enero-julio)

Grupo de edad	Homicidio	Eventos de transporte	Accidental	Suicidio	Total
(00 a 04)	29	41	105	-	175
(05 a 09)	12	30	34	1	77
(10 a 14)	29	47	63	66	205
(15 a 17)	286	196	64	105	651
(18 a 19)	407	207	47	95	756
(20 a 24)	1.439	677	126	261	2.503
(25 a 29)	1.528	624	152	210	2.514
(30 a 34)	1.295	464	128	177	2.064
(35 a 39)	908	376	122	127	1.533
(40 a 44)	713	366	136	126	1.341
(45 a 49)	423	265	111	97	896
(50 a 54)	323	267	127	117	834
(55 a 59)	226	242	155	89	712
(60 a 64)	135	275	151	93	654
(65 a 69)	102	203	133	95	533
(70 a 74)	52	174	127	74	427
(75 a 79)	23	148	108	36	315
(80 y más)	26	188	258	41	513
Por determinar	6	2	-	-	8
<b>Total</b>	<b>7.962</b>	<b>4.792</b>	<b>2.147</b>	<b>1.810</b>	<b>16.711</b>

Fuente: Instituto Colombiano de Medicina Legal (2023).

De lo anterior, se evidencia una necesidad de atención transversal en todas las poblaciones, teniendo en cuenta que cada porción de la población se ve afectada por variables aún indeterminadas que deben ser atendidas no solo por el sistema de salud, sino mediante redes de apoyo comunitarias y desde todos los actores. La salud mental en Colombia es responsabilidad de todos. Es preocupante que es precisamente en ciudades capitales en donde se presume una mejor calidad y acceso al

sistema de salud; en que se tiene mayor recurrencia de suicidios, con una tendencia constante no menor en ciudades intermedias.

Total	5.103	2.854	1.243	1.333	10.533
Bogotá, D.C.	1.054	612	333	399	2.398
Medellín	386	250	139	214	989
Santiago de Cali	949	328	151	108	1.536
Pasto	46	71	58	51	226
Ibagué	78	90	32	47	247
Barranquilla	363	115	40	46	564
Cartagena de Indias	369	151	51	41	612
Pereira	115	90	40	40	285
Valledupar	149	78	22	38	287
Villavicencio	91	131	37	37	296
Popayán	76	70	25	35	206
Cúcuta	255	84	28	34	401
Manizales	35	52	37	34	158
Bucaramanga	115	84	26	29	254
Santa Marta	197	97	41	28	363
Neiva	84	66	31	21	202
Armenia	78	68	24	20	190
Montería	114	100	11	20	245
Riohacha	53	47	11	17	128
Yopal	22	60	12	11	105
Sincelejo	89	39	8	10	146
Florencia	36	30	15	9	90
Tunja	8	33	11	9	61
Mitú	3	4	5	8	20
Quibdó	179	14	19	7	219
San José del Guaviare	26	13	9	7	55
Arauca	49	15	6	6	76
San Andrés	26	28	5	4	63
Leticia	31	4	2	2	39
Puerto Carreño	15	9	2	1	27

Fuente: Instituto Colombiano de Medicina Legal (2023)

**Trastorno de salud mental en Colombia**

Si bien, en determinados periodos se cuenta con información generada desde la institucionalidad, **no existe una caracterización plena con actualización periódica del trastorno de la salud mental en Colombia**, más allá que las cifras de suicidio y de algunos reportes que se publican. Es necesario contar con una caracterización del trastorno mental en Colombia, para proteger la vida y la salud de todos los colombianos.

Según en Ministerio de Salud, *"En Colombia, la depresión es la segunda causa de carga de enfermedad. El 44,7 % de niñas y niños tienen indicios de algún problema mental y el 2,3 % tiene trastorno por déficit de atención e hiperactividad.*

*En la adolescencia los trastornos más frecuentes son la ansiedad, fobia social y depresión; la ideación suicida se presenta en el 6,6 % de esta población (7,4 % en mujeres y 5,7 % en hombres). En la adultez, el 6,7 % ha experimentado trastornos afectivos"* (Minsalud 2022).

Estos trastornos son padecidos por gran parte de los colombianos desde antes de la pandemia por la Covid - 19 y aumentaron a causa de la misma. La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 reportó que en Colombia el 53% de los colombianos padecía ansiedad y el 80% depresión (Profamilia, 2020). En 2017 "una de cada diez personas padeció un trastorno mental los cuales se posicionan entre las 20 primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre 2008 y 2018 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019)" CONPES 3992, 2020.

Estos trastornos causan altos costos en salud, **los cuales se podrían disminuir si se fortalece la prevención, se amplía la concepción de la salud mental como un aspecto transversal de la vida, y un asunto de abordaje permanente, complementaria e intersectorial.** Durante 2010 en Europa los gastos en el ramo de la salud a causa de los trastornos mentales ascendieron a €798 billones, el costo promedio por habitante fue de €5.550. En billones de euros el costo anual por trastornos fue; €74,4 trastornos de ansiedad, €65,7 adicciones, €27,3 trastornos de personalidad, €0,8 trastornos de conducta alimentaria, €113,4 trastornos afectivos, €93,9 trastornos psicóticos, €35,4 trastornos del sueño y €105,2 demencia (Olesen J, Gustavsson A, 2012).

De 2005 a 2013 en China los costos anuales de los trastornos mentales aumentaron de USD\$1.094,8 a USD\$ 3.665,4, por persona y de USD\$ 21,0 billones a USD\$ 88,8 billones para toda la sociedad. Estos costos representan el 1,5% del PIB y el 15 % del gasto total en salud. En España, los costos sociales de los trastornos neuropsiquiátricos son de €84 billones; trastornos como la demencia

requieren una inversión cerca de €15 billones y otros como trastornos de la conducta alimentaria de €65 millones (Parés-Badell O , 2014).

En el mismo sentido consecuencias de estos trastornos como el suicidio consumado o el intento de suicidio generan altos costos para el sector de la salud, los comportamientos suicidas y el suicidio consumado en países como Australia generaron gastos superiores a 6.73 billones de dólares durante el año 2014 y cerca de 25.000 millones de dólares en Estados Unidos (Klonsky ED,2016).

La atención de trastornos mentales abarca el tratamiento y la rehabilitación; consultas médicas, hospitalización y medicamentos entre los cuales la hospitalización representa el 77% de los gastos, la rehabilitación un 4% y los medicamentos el 5% (Carr VJ, Nei, 2003).En Colombia el Hospital Mental de Antioquia destinó 270.321 dólares entre el 2014 y 2016 (Min. Salud, 2017).

Frente a este panorama, el presente proyecto está en sintonía con el Ministerio de Salud (2022), dado que sus objetivos responden a cada una de las recomendaciones de la entidad, a saber:

- *Visibilizar la salud mental como un asunto de todos, una prioridad, y la necesidad de que las personas, instituciones y diferentes sectores sociales y comunitarios hagan su parte para fortalecer la salud mental de todos y todas.*
- *Reflexionar sobre los efectos que el conflicto armado en el país ha tenido sobre la salud mental y la calidad de vida de la población colombiana, y cómo se debe avanzar en aportar desde allí para la transformación de las condiciones históricas que han estado presentes en el mismo y que condicionan la posibilidad de tener una vivencia óptima de la salud mental.*
- *Redoblar esfuerzos para garantizar la atención oportuna y con calidad de las personas que tienen problemas y trastornos mentales, generando acciones tendientes a reducir el estigma y discriminación asociados a la salud mental.*
- *Difundir líneas de teleorientación y herramientas virtuales presentes en el territorio, para acompañar a las personas y para que estas busquen ayuda cuando la necesiten.*
- *Propiciar escenarios de conversación y construcción de acuerdos en el orden territorial e institucional, en los que se hable sobre salud mental y la forma como, desde la competencia de cada uno de los actores presentes, se puede proteger, cuidar y promover la salud mental.*
- *Fortalecer los esfuerzos tendientes a generar condiciones en el territorio, que permitan un mayor trabajo intersectorial para la prevención de la conducta suicida, entendiendo esta como el peor desenlace en salud mental.*

<p><b>Antecedentes en cifras</b></p> <p>En Colombia según el DANE, anualmente fallecen 2.363 personas a causa del suicidio. Las tasas durante 2017, 2018 y 2019, habían permanecido de 4 por cada 100.000 habitantes y subió a 6 por 100.000 (DANE, 2019). La principales causas según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses son: enfermedades físicas o mentales, maltrato o violencia sexual, muerte de seres queridos, conflictos de pareja y dificultades socioeconómicas (INMLCF, 2018).</p> <p>En 2015 la tasa de violencia contra las mujeres fue del 202,57 por cada 100.000 habitantes en la cual las más afectadas fueron mujeres entre 20 y 34 años, la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes llega a ser el 67,47 x 100.000 habitantes, en adultos mayores de 30,94 x 100.000 habitantes y otros familiares de 54,38 x 100.000 habitantes (Min. Salud, 2016).</p> <p>La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 reportó que en Colombia el 53% de los colombianos padece ansiedad y el 80% depresión (Profamilia, 2020). En 2017 "una de cada diez personas padeció un trastorno mental y estos se posicionan entre las 20 primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre 2008 y 2018 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019)" CONPES 3992, 2020.</p> <p>En la población entre 12 y 17 años se encuentra que el 12,2% (IC95%:10,6%-14,1%) el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad, el 19,7% manifiesta cuatro o más síntomas de depresión, 2,0% de los adolescentes tienen síntomas sugestivos de epilepsia o convulsiones y 10,1% síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis. De igual forma, la proporción de abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita con respecto a los consumidores era del 57,7%. Algo preocupante sobre este punto, es que en 2016 el inicio de consumo de estas sustancias era en promedio a los 13,6 años (Observatorio de Drogas de Colombia, 2016).</p> <p>El estudio de carga global de enfermedad analizó 264 causas de muerte en 195 países en el período 1980 - 2016, y considerando el índice sociodemográfico, encontró que las autolesiones fueron la causa número diez de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en 2016 en Colombia (Murray, JL, 2016). Al año siguiente 2017 el DANE identificó el suicidio como la tercera causa externa de muerte con el 9,5% de todo este grupo de causas. De 2.711 muertes por suicidio, el 81,3% corresponden al sexo masculino (DANE, 2017).</p> <p>Según el análisis del Observatorio Nacional de Salud, el 10,1% de los adultos y el 16,0% de adolescentes con algún trastorno mental fueron atendidos en servicios de salud mental, en consecuencia 91% en adultos y 84% de adolescentes no accedieron a terapias o tratamientos (Observatorio Nacional de Salud, 2019). En adultos, los porcentajes de las personas que no recibieron</p>	<p>terapia son similares entre regiones, varían entre el 87,6% y el 91,0%. Caso contrario sucede en adolescentes, cuyos valores se encuentran entre 60% en la región Atlántica y 88% en la región Central (Observatorio Nacional de Salud, 2019).</p> <p>En 2019 el ministro de salud Juan Pablo Uribe afirmó que al menos el 40,1% de la población entre 18 y 65 años de edad ha sufrido o sufrirá alguna vez de un trastorno mental, en el país son la segunda causa de enfermedad y serían la primera si no hubiera estigmatización pues parte de quienes padecen estas enfermedades prefieren no recibir tratamiento por temor al rechazo social (Semana, 2019).</p> <p>En el Foro de Salud Mental en Colombia: Retos y Desafíos, realizado por la Procuraduría General de la Nación, donde la Procuradora General de la Nación dio a conocer su preocupación por el número exagerado y el incremento de los casos de suicidio en nuestro país, donde factores como el desplazamiento forzado, la violencia sexual influyen, así como, la pobreza, la informalidad laboral, el acoso laboral, maltrato a Niños, Niñas y adolescentes, mujeres y personas de la tercera edad.</p> <p>De acuerdo a los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud en el 2020 se presentaron 26.132 intentos de suicidio. De acuerdo al Instituto Nacional de Medicina Legal, la cifra de suicidios del primer semestre del año 2021 supera con 1489 suicidios la totalidad del año 2020 con 1.127 casos.</p> <p>Atendiendo a las cifras anteriores, se evidencia que las mayores cifras de suicidio se presentan en los siguientes grupos etarios 15 - 19 años con 221 casos, 20 - 24 años 347 casos, este año a junio se presentaron 173 en la población de 15 - 19 años y en la población de 20 - 24 años también se presentó un aumento en un casi el 50%.</p> <p>Se evidencia una gran dificultad y es la baja coordinación intersectorial, barreras y limitaciones en inclusión social. Por ello se busca trabajar en los siguientes ejes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento coordinación intersectorial.</li> <li>- Fortalecimiento entornos sociales y Desarrollo de competencia socioemocionales</li> <li>- Fortalecimiento del talento humano en salud.</li> </ul> <p>La inseguridad laboral, la baja perspectiva de formación, la baja remuneración, la carencia de elementos laborales y la falta de valor por las labores pueden generar depresión, estrés y ansiedad, que son 3 de las causas de morbilidad laboral.</p> <p>La Procuraduría ha hecho seguimiento a 32 entes territoriales, 8 entidades prepagadas, 14 entidades del régimen especial y a 8 ARL del país y también a estamentos del Gobierno Nacional como al Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo y la Dirección Nacional de Planeación los mismos enfocados al seguimiento del cumplimiento de la Ley 1616 de 2013.</p>
<p>En este seguimiento se pudo determinar que más del 50% de las Entidades Promotoras de Salud - EPS no están atendiendo de forma integral como lo dice la ley 1616 de 2013, que refiere se debe garantizar el acceso oportuno con calidad e integralidad, "no se garantizó un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias, por ende no se puede asegurar un trato digno y obtener los resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida". Los tratamientos integrales en salud mental sólo representan 4% de los servicios contratados para salud mental, el resto se concentra en eventos - cita (lo que encarece dichos servicios y no garantiza la atención integral de los pacientes que así lo requieren), no permitiendo así, que se haga el seguimiento correcto y esto se ve reflejado en suicidios, por ello lo correcto es tratar por atención completa por tratamiento, actividades y servicios prestadas.</p> <p>De acuerdo con el reporte presentado por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB, quienes tienen el deber legal de la caracterización de la población a su cargo y garantizar el acceso oportuno e integral en condiciones de calidad. Se logra evidenciar que la problemática en Salud Mental viene en incremento, de acuerdo con los datos recopilados por el Ministerio de Salud, en el año 2021 no se cuenta con la totalidad de las IPS con información cargada.</p> <p><b>Personas Atendidas por Salud Mental:</b>  <b>2019</b> - 2.437.732  <b>2020</b> - 1.880.928  <b>Junio 2021</b> - 917.535</p> <p><b>N° Eventos Atendidos por Salud Mental:</b>  <b>2019</b> - 7.265.485  <b>2020</b> - 6.553.789  <b>Junio 2021</b> - 2.344.873</p> <p>De acuerdo a la respuesta entregada por las 32 EPS, "para la prestación de los 2.132.718 servicios de salud mental a junio de 2021, usaron el 20% de la red habilitada, al reportar que tienen contratación con un total 3.323 IPS de 16.217 habilitadas para atender dichos servicios, así mismo están prestando servicios de salud mental con 173 IPS que no tienen habilitación para estos efectos.</p> <p>Por su parte el Viceministro de Salud en 2021, Alexander Moscoso dio a conocer, que la salud mental es un integrante vital de nuestra sociedad y de nuestro diario vivir. En nuestro país la salud mental se ve afectada por dinámicas particulares, por ejemplo, la Fobia social, los trastornos afectivos, el</p>	<p>consumo de sustancias psicoactivas que en nuestro país se inicia su uso en un promedio de 13 años, y todo esto aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas.</p> <p>Según la Comisión de Lancet cada año se pierden 12 mil millones de días hábiles en el mundo debido a las enfermedades mentales, entre 2011 y 2030, esto costará a la economía global 16 billones de dólares, más de lo que cuestan algunas patologías crónicas.</p> <p>En Colombia la depresión es la segunda causa de enfermedad mental según la encuesta nacional el 44,7% de los niños tienen indicio de algún problema mental y el 2,3% tienen un trastorno de déficit de atención o de hiperactividad.</p> <p>En la adolescencia los trastornos más frecuentes son la ansiedad, la fobia social, la depresión y la ideación suicida que se presenta en el 6,6% de la población encuestada.</p> <p>Desde el Ministerio del trabajo, el Ministro Ángel Custodio, refiere que la OMS dio a conocer que la depresión y la ansiedad cuestan 1 millón de dólares en pérdida de la productividad. De igual forma cita a Fasecolda quien reporta que los sectores donde más se afecta la salud mental en Colombia como enfermedad laboral son, en primer lugar, la administración pública, sectores como defensa y la industria manufacturera, donde las principales enfermedades asociadas son: episodio depresivo, trastorno de adaptación y trastorno de ansiedad generalizada.</p> <p>Así mismo el Ministro realizó un llamado de atención frente al subregistro de los reportes realizados, por ello se propuso en medio del Foro, que se haga bien la caracterización y los registros que tiene que ver con la salud mental de los colombianos y sobre todo de los trabajadores afectados en su salud mental.</p> <p><b>La salud mental durante la pandemia por el COVID - 19</b></p> <p>Varios estudios que se han realizado con respecto a las pandemias que ha sufrido la humanidad, han dejado en evidencia que su atención genera daños colaterales. En el caso de nuestro país, las acciones emprendidas para "disminuir la exposición de la población, el número de contagios y la tasa de letalidad conllevan a un enfoque en la reducción de la mortalidad, sin embargo, el colapso del sistema de salud puede provocar un número mayor de muertes." (Abdo Francis et al., 2020)</p> <p>En Colombia el Gobierno Nacional implementó medidas como la tele-asistencia o telemedicina, la consulta telefónica, domiciliaria y entrega de medicamentos a domicilio, se reforzó el autocuidado y campañas de hábitos saludables. Sin embargo, al paso de un año la desatención que se presentó a otras patologías, hizo que las mismas se agravaran afectando también la salud mental de los pacientes</p>

y del personal de salud. Es menester hacer mención que la represión en la atención de patologías crónicas o enfermedades diferentes al COVID no se dio solamente en nuestro país sino en la mayoría de los países del mundo.

La pandemia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incrementado la demanda en los servicios de salud mental pues el aislamiento, la pérdida de ingresos, el miedo y el duelo generan o agravan problemas de salud mental ya existentes, incrementando el consumo de sustancias nocivas para la salud como el alcohol y las drogas.

Según el estudio realizado durante 2020 a 130 países la pandemia generó que los servicios a la salud mental se vieran perturbados en más del 60% de los países, entre los cuales la orientación psicológica y de psicoterapia se vio afectada en un 67%, el 30% de los países señaló perturbaciones en el acceso a medicamentos diseñados para tratar trastornos mentales, neurológicos y derivados del consumo de drogas (OMS, 2020). De estos 130 países el 89% contempla el apoyo psicosocial como parte de su plan de respuesta al Covid- 19. Sin embargo, solo el 17% cuenta con la financiación suficiente para garantizarla (OMS, 2020).

En Colombia Astrid Isabel Arrieta Molineras Presidenta de la Asociación Colombiana de Psiquiatría ha advertido que se avecina una pandemia de salud mental la cual atribuye a la afectación que se ha generado directamente en la población medica quien ha tratado el virus así como en la población que a sufrido la pérdida de seres queridos de forma inesperada, se refirió al respecto diciendo "Debe ser obligatorio por parte del Gobierno, con la estrategia que cree, que las EPS den prioridad y tengan programas completos y específicos en la prevención del suicidio, que emplee varias vías: con los medios de comunicación, las EPS y la campaña directa con entes territoriales e investigaciones asociadas a estas campañas para medir sus impactos" El país, 2020.

Según cifras de la OMS retomadas por Infobae el 80% de la población colombiana ha presentado entre uno y tres síntomas de depresión en algún momento de su vida, de este 80% un 25% son niños y adolescentes. Sin embargo, durante el confinamiento por la pandemia en "una muestra de 18.000 colombianos se encontró que el 35% había presentado problemas depresivos en el periodo de junio a septiembre del 2020" según un estudio del psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia, realizado por el Dr. Bernardo Useche en conjunto con especialistas de la Universidad de Barcelona (Infobae, 2021).

Informes preliminares del estudio PSY COVID realizado por el Dr. Bernardo Useche Presidente Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic informan que durante la cuarentena el 53% de las mujeres entre los 18 y 29 años, con bajos ingresos han presentado síntomas de depresión y el 40% de ansiedad. En el mismo también se afirma que no es congruente pretender una reactivación económica

que no atienda los problemas de salud mental que enfrentaba la población colombiana y que se agravaron con la pandemia pues existe una asociación directa entre la productividad económica y la salud mental (Useche, 2020).

La encuesta realizada entre el 8 y el 20 de abril de 2020 por la Asociación Profamilia a cinco de las ciudades más afectadas por el Covid-19 en el país encontró que durante la cuarentena de 3549 personas mayores de 18 años, el 88% se ha sentido nervioso, el 69% teme caer en la depresión y la ansiedad, el 66% se ha sentido poco útil, el 52% se ha sentido desesperanzado y el 40% se ha sentido tan triste que nada podía calmarlo (Profamilia, 2020).

Es importante resaltar que las consultas neurológicas se incrementaron en más de un 35%, pero entre el 60 y el 70% de los pacientes no asistieron a consulta y el 50% tuvo dificultades para reclamar sus medicamentos. Es así como los casos de dolor de cabeza como la migraña y la cefalea tensional aumentaron más del 50%, las crisis de migraña en un 70%, así mismo los síntomas de insomnio entre el 30 y 40%, y a nivel cognitivo los síntomas relacionados con demencia en un 50%. En un estudio en el cual se encuestaron 800 pacientes de todo el país, se observó que observó que "el estrés y la ansiedad (40%), el teletrabajo y la exposición a pantallas (25%), los cambios en rutinas del sueño, el desorden en los horarios de alimentación (20%) son los factores que empeoraron la migraña durante la pandemia".

Así mismo, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, en coherencia con el objetivo 3 de Salud y Bienestar de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS, y su meta 3.4 relacionada con la salud mental, presentó un reporte estadístico sobre Salud mental en medio de la pandemia, del cual se destaca lo siguiente:

*Con la llegada de la pandemia del COVID-19, la salud mental se ha vuelto un tema de mayor relevancia ya que el miedo a contraer el virus, la pérdida de familiares y conocidos a causa de la enfermedad, así como las diferentes medidas que han tomado los gobiernos en pro de contener el contagio han generado impactos en la vida cotidiana, y con ello en la salud mental (DANE, 2021, p. 11).*

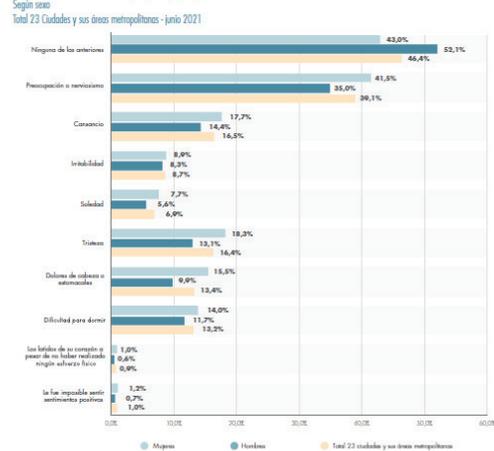
*(...)  
De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH y haciendo un análisis por grupos poblacionales, las mujeres son quienes más han presentado sentimientos de soledad, estrés, preocupación o depresión como consecuencia de la pandemia. Por ejemplo, en la GEIH de junio 2021, mientras que el 28,5% de las mujeres reportó haberse sentido sola, estresada, preocupada o deprimida como consecuencia de la pandemia, el 23,2% de los hombres reportó haberse sentido así. Por su parte la población de 55 años y más es quien*

*reporta mayor porcentaje de estos sentimientos (32,9%) en comparación con la población de 10 a 24 años (16,9%) y de 25 a 54 años (28,2%). (DANE, 2021, p. 43).*

*(...)  
entre julio 2020 y junio 2021 la población desocupada es quien reporta mayores porcentajes sobre haberse sentido solo/a, estresado/a, preocupado/a, o deprimido/a como consecuencia de la pandemia, en comparación con la población ocupada e inactiva. Por ejemplo, para el último mes analizado (junio 2021) se observa que el 31,8% de la población desocupada reportó haberse sentido solo/a, estresado/a, preocupado/a, o deprimido/a, seguida por la población ocupada con 27,7% y de la población inactiva con 23,4%. (DANE, 2021, p. 44).*

De igual forma, relaciona los resultados respecto de sentimientos como: la imposibilidad de sentir sentimientos positivos, latidos del corazón a pesar de no haber realizado esfuerzo físico, dificultades para dormir, dolores de cabeza o estomacales, tristeza, soledad, irritabilidad, cansancio, preocupación o nerviosismo.

**Gráfico 5.**  
Porcentaje de jefes/as de hogar y cónyuges que en los últimos 7 días han sentido...  
Según sexo  
Total 23 Ciudades y sus áreas metropolitanas - junio 2021



Al observar los resultados de manera desagregada por sexo se puede afirmar que, durante todos los meses analizados han sido las mujeres jefas de hogar quienes más han experimentado sentimientos de "preocupación o nerviosismo" en comparación con los hombres, al presentar mayores porcentajes de reporte

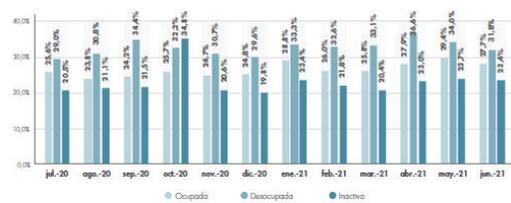
El mismo reporte informó que las personas entre 10 y 24 años son quienes reportaron haber experimentado sentimientos de preocupación y nerviosismo (41,2%) en mayor medida, seguido por la población de 25 a 54 años (39,2%), luego por la población de 55 años o más (38,6%). Sin embargo, para la mayoría de los sentimientos sobre los cuales indaga la encuesta es la población de 25 a 54 años quien reporta los porcentajes más altos, situación que sucede en sentimientos como "cansancio", "soledad", "tristeza", "dolores de cabeza o estomacales" y "dificultad para dormir".

**Lo anterior lleva a ratificar la importancia de fortalecer la política de salud mental, teniendo presente que es fundamental en el hogar, en el ciclo de vida, especialmente para quienes pasan de niños a jóvenes, y de jóvenes a adultos. Así mismo, porque tiene un impacto en poblaciones en edad productiva y una especial incidencia en quienes prestan trabajo doméstico y de cuidado.**

**Gráfica 10.**

Porcentaje de personas que reportan haberse sentido solo/a, estresado/a, preocupado/a o deprimido/a como consecuencia de la pandemia del COVID-19

Según ocupados, desocupados e inactivos



Fuente: DANE. Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH, mayo  
 Nota: El dominio total nacional no incluye a la población de los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Guaviare, Guayas, Putumayo, Vaupés, Vichada y San Andrés.

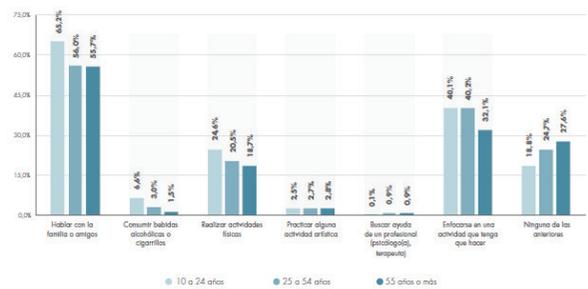
Por otra parte, el mismo reporte relaciona las actividades que realizan las personas para sentirse mejor, no obstante, no midió actividades espirituales o religiosas, relevantes según la literatura relacionada en la exposición de motivos del proyecto objeto de estudio, a continuación, se observa:

**Gráfica 17.**

Porcentaje de jefes/as de hogar y cónyuges que durante los últimos 7 días, ha realizado alguna de las siguientes actividades para sentirse mejor

Según grupo etario

Total 23 ciudades y sus áreas metropolitanas – mayo 2021



Fuente: DANE. Encuesta de Pólso Social (EPS junio 2021)

Adicionalmente, el documento expedido por el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 3992 de 2020 sugiere que el deterioro de la salud mental en el país se debe a causas como: La baja coordinación interinstitucional en la gestión de la salud mental, las barreras que se encuentran en el entorno de los individuos, las competencias emocionales de los individuos y las dificultades que impiden prestar una atención integral a las personas que padecen trastornos mentales. Aspectos que precisamente busca intervenir el presente proyecto de ley.

Un tema que también es muy importante tener en cuenta, como lo indicaba el Ministro del Trabajo Ángel Custodio Cabrera, es que la salud mental no es solamente para las personas que están laborando, sino también para las personas que perdieron sus puestos de trabajo durante la pandemia, por ello se tiene que mirar las garantías laborales para esas personas que salieron. Desde el ministerio han venido trabajando en esa situación y por eso a través de los recursos de las cajas de compensación familiar.

Así mismo, las ARL tienen una gran responsabilidad con las normas de teletrabajo, trabajo en casa, trabajo remoto, se deben establecer los mecanismos de acción y prevención en salud mental en los

centros de trabajo, en trabajo virtual y postpandemia, el desafío es que los empleadores y ARL implementen las diferentes resoluciones que se han expedido por el Ministerio.

Otro reto, es el retorno laboral en pos pandemia, en condiciones seguras en las empresas o sitios de trabajo. El desafío es que se realicen acciones y medidas de prevención de las empresas conducentes al bienestar de los trabajadores de diferentes entes económicos que se incorporen a los centro de trabajo y quienes laboran en trabajo remoto y a distancia.

**Informes del Instituto Nacional de Salud - Observatorio Nacional de Salud**

En medio de la Audiencia Pública “Avances y Retos de la Salud Mental en Colombia” la Dra. Martha Ospina, da a conocer que se evidencio que en el suicidio hay una prevalencia mayor en hombres, con asociación con determinantes de la salud, vinculado con personas con falta de empleo, dificultades de acceso a los diferentes servicios de todo tipo, asociado al fenómeno migratorio y desenlaces asociados como aculturación, desarraigo, conflicto familiar y territorial, así como violencias intrafamiliares.

También se ha evaluado el conflicto armado y la afectación en la salud mental, donde los municipios con mayor presencia de conflicto donde hay desigualdades territoriales es más notorio los problemas de salud mental.

A pesar de los progresos normativos existentes en Colombia, persisten notoriamente las brechas en la atención clínica para la salud mental y falta fortalecer la articulación intersectorial para disminuir el estigma y formar un talento humano que realmente funcione de acuerdo a las necesidades territoriales.

El estudio de Accesos a Servicios de Salud mental evidencia las grandes desigualdades regiones y en disciplinas como la medicina, enfermería y psicología hay una distribución inequitativa del talento humano en Colombia con una alta concentración en los municipios capitales de los departamentos y aún dentro de los mismos hay inequidad ya que la distribución se concentra en algunas de las IPS y no en todas las del municipio.

Los efectos indirectos de la pandemia en la salud mental muestran una gran repercusión en violencia física mayormente en mujeres y niños, afectación relacionada con la depresión y un mayor número de casos de feminicidios durante la cuarentena más notorio en comunidades étnicas y migrantes.

La Doctora Martha en su intervención concluyó:

1. El Ministerio de Salud y Protección social dirige el Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales en Colombia, no se puede olvidar que estas encuestas son fundamentales para tener datos sobre enfermedades no transmisibles, la encuesta de consumo de sustancias

psicoactivas y la encuentra de Salud Mental es fundamental poder hacerlas regularmente y se requiere recursos y disposición del Ministerio de Salud.

2. No existe en Colombia ni es posible un sistema en tiempo real de un evento crónico como los eventos de salud mental, como está en la ley.
3. Las Instituciones de Educación Superior que son responsables de forma a los psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, tiene que tener la garantía que los servicios de salud contraten este personal, la contratación no está siendo distribuida en todo el territorio Nacional y es necesario que se dé una reorganización en la habilitación de los servicios de salud por parte del Ministerio de Salud para estos profesionales sean contratados de manera obligatoria.
4. El Ministerio de Educación Nacional debe garantizar las condiciones para que psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales estén en los colegios, universidades, etc., y esta condición sea indispensable para su funcionamiento.
5. Finalmente, refiere que se debe considerar que el Servicio Social Obligatorio también sea prestado por psicólogos como parte de la estrategia de distribución del personal relacionado con la salud mental a lo largo y ancho del territorio Nacional.

Así mismo, la Asociación Colombiana de Salud Pública en el marco de la Audiencia Pública, ratifica que Colombia tiene grandes inequidades, y la concentración de la atención se da en las grandes ciudades y hay territorios que requieren que se refuerce la atención porque hay problemas de migración, conflictos armados, paros armados, por eso es necesario proteger a las poblaciones que más lo necesitan que generalmente son los más pobres y vulnerables.

Es necesario comprender que significa salud mental y el rol de la atención primaria en la salud mental la cual puede coadyuvar a resolver las problemáticas es Salud mental, y esto se requiere se revise en el Plan Decenal de Salud Pública.

Es necesario revisar la sostenibilidad financiera, la contratación de los equipos de profesionales, así como el rol de las universidades que forman al talento humano en salud.

Se requiere que en la caracterización de la población se pueda hacer una intervención breve y la atención primaria en salud pueda tener los medios para recopilar información de caracterización y pueda dar solución, y se requiere digitalización, alianza entre las Universidades, Ministerio de Educación, y diferentes actores porque hay cifras graves donde se ve que una tercera parte de la población en Colombia como lo indica el DANE sufren de algún trastorno de salud mental, que se expresan en diferentes signos y síntomas.

Es necesario que, en los diferentes espacios familiares, educación, trabajo se enseñe la resolución de conflictos, aprender a dialogar, llegar a consensos, saber las diferencias, ser menos violentos es parte de la salud mental y en todo esto puede aportar la atención primaria en salud.

Se debe revisar si ¿una consulta de psicología de solo 10 minutos es suficiente? y si la destinación de recursos para la atención en salud mental también lo es, o se requiere replantear estos aspectos.

**La salud mental de los migrantes**

Los procesos migratorios con todo lo que conlleva adaptarse a nuevas culturas, idiomas y tradiciones pueden generar un aumento en los niveles de estrés durante y después del proceso migratorio para todo tipo de migrantes (económicos, refugiados, migrantes irregulares). En los migrantes la prevalencia de los trastornos psicológicos en comparación a la prevalencia de los mismos en las poblaciones de acogida es de dos a tres veces mayor, la prevalencia de la depresión oscila entre el 5% y el 44% en los grupos de refugiados y migrantes mientras que en la población general es del 8-12%, la prevalencia de trastornos como la ansiedad, oscilaba entre el 4% y el 40%, en comparación con prevalencia del 5% en la población general (OMS, 2018).

La población migrante es especialmente vulnerable y susceptible de sufrir inequidades en los servicios de salud (OIM, 2012), se enfrentan a un limitado acceso a información sobre el sistema de salud del país de acogida, a limitada cobertura del sistema de seguridad social, a discriminación no solo por sufrir una enfermedad mental sino también por ser migrante y a barreras del lenguaje (OMS, 2018).

**La salud mental y la resiliencia como aporte del sector religioso.**

El Inter Agency Standing Committee (IASC) en la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes contempla en la lista de acciones que comprenden la respuesta mínima apartado apoyo comunitario **“Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas cultural y religiosamente apropiadas” como un mecanismo para hacer frente al estrés colectivo (IASC,2007)** que pueden causar situaciones de emergencia como la que se ha desarrollado debido al Covid-19.

The Royal College of Psychiatrist en 2013 afirmó que la religión puede afectar significativamente e influir en los determinantes de la salud mental pública y global. La evidencia y las opiniones de quienes practican alguna religión o se consideran espirituales sugieren que estas prácticas son beneficiosas para los tratamientos clínicos (Jakovljevic, M., 2017).

A pesar de que las prácticas religiosas y/o espirituales sean diferentes alrededor del mundo, la mayoría promueve en sus feligreses buenos comportamientos sociales como la empatía, compasión, amabilidad, gentileza, veracidad, autocontrol, etc. e invitan a evitar malos comportamientos como la crueldad, ira orgullo y envidia, quienes practicaron los buenos comportamientos puede experimentar que los mismos pueden contribuir a la paz interior, la satisfacción y el bienestar del individuo por lo que resultan positivos para su salud mental (Jakovljevic 2005, Boehmer 2016).

Profesar una fé puede ser un mecanismo protector ante los factores que determinan la salud mental porque ofrece al individuo un sentido de valor como persona moral, sentido de pertenencia y apoyo de una comunidad y una vida con hábitos saludables que pueden llevar a pensar saludablemente lo que aporta significativamente a la estabilidad mental (Taha N., 2011). Por ejemplo “En Chile, la religiosidad y la espiritualidad se han visto como un factor protector del suicidio en mujeres depresivas” (Taha N., 2011).

En personas que practican alguna religión se ha visto que la oración es una forma común de afrontar la adversidad. Quando ocurre una adversidad, las personas buscan la cercanía con Dios a través de la oración (Simon Dein, 2020) lo que según Pargament (1996) puede facilitar a las personas la superación de situaciones que escapan a su control (Simon Dein, 2020). En pacientes con enfermedades como el cáncer según una de USA Today de más de mil encuestados, encontró que casi el 80% de los pacientes cree que la oración puede ayudar a la gente a recuperarse de una enfermedad (Sloan RP, 1999)

Las personas con fuertes creencias religiosas o espirituales suelen gozar de una mejor salud mental y se adaptan mejor al estrés (Koenig HG, 2000). Un metaanálisis de 89 estudios sobre religión y salud mental demostró que la participación regular en actividades religiosas organizadas se asocia a un riesgo relativamente menor de padecer depresión (Koenig HG, 1995). El Psiquiatra que realmente desea considerar los aspectos biopsicosociales de un paciente necesita evaluar, comprender y respetar sus creencias religiosas, como cualquier otra dimensión psicosocial (Papaleontiou,2021).

Ahora bien, se destaca que cada persona es libre de creer o no en función de su básica libertad religiosa, y este proyecto es respetuoso de todo lo que esta libertad implica. Lo cual no obsta, para señalar que se presentan estudios y evidencia que refuerza la premisa de que un individuo que se ocupa de su ser en su sentido más completo, puede gozar de una mejor salud mental y mayor capacidad de afrontar con optimismo y resiliencia las circunstancias.

Recientemente, se publicaron *las Memorias del IV Coloquio de Prevención del Suicidio: El Rol del Sector Religioso (12.10.2021)*, Cuyos participantes fueron el PNUD, el Ministerio de Salud, El Ministerio del Interior, Mind Soul foundation y la Universida Católica de Manizales. En estas memorias se plantea una pregunta: *¿Qué actores pueden llegar a formar parte de un diálogo social en el que se*

busque comprender y tomar medidas en pro de prevenir y atender la conducta suicida? En respuesta a este interrogante y en clave de Diálogo interinstitucional entre el MinInterior y Minsalud, así como el Programa de Naciones Unidas se encontró lo siguiente:

se ha encontrado que las comunidades religiosas ayudan en distintos momentos de la conducta suicida de las personas: en la etapa de identificación de la conducta, en la realización de campañas educativas por el valor a la vida, así como la etapa posterior al suicidio consumado, fortalecimiento a familiares y personas cercanas que están viviendo el duelo por la persona que ha partido.

En el mismo documento se enfatiza en la relación de la estrategia de prevención de la conducta suicida, desarrollada por MinSalud Decreto 4197/11, con la integración del sector religioso; el vínculo se da en virtud del diálogo social integral que logra propiciar este sector.

En las memorias, también se destaca la presentación del Ministerio de Salud, el cual señaló el Decreto 4197 de 2011, y entre sus principales y recientes resultados el diseño de una estrategia para la prevención de la conducta suicida en Colombia. En el anexo de su presentación sobresale:

1. El suicidio es el peor desenlace en salud mental. **Es un evento prevenible.**
2. El suicidio es producto de la interacción entre: La susceptibilidad de un individuo, la exposición a una amenaza, las capacidades de respuesta, los determinantes sociales, la percepción del riesgo.

**“El suicidio generalmente no es producto de una decisión espontánea, sino que el continuum autodestructivo se va gestando en la intimidad del sufrimiento de una persona” (Martínez, 2017)**

p.27

Particularmente importante es el énfasis que se realiza en la prevención de la conducta suicida:



p.28

De igual forma es imprescindible mencionar algunas de las conclusiones del Ministerio de Salud de Colombia, las cuales fueron relacionadas en el documento de memorias del IV Coloquio. La prevención del suicidio: El rol del sector religioso (2021, p.24,25):

1. *Tenemos preocupaciones comunes centradas en el desarrollo y bienestar de las personas, familias y comunidades y que todos los fenómenos que se asocian a las violencias y los problemas y trastornos mentales, relacionales y vinculares que surgen en las familias y en las comunidades, el consumo de sustancias psicoactivas; y por supuesto, este desenlace que es la conducta suicida, son percibidas de manera muy sentida y ya con una experiencia de trasfondo por las comunidades religiosas que hoy nos acompañan.*
2. *Esta experiencia que se ha logrado al interior de las comunidades, es tremendamente valiosa para poder llegar de manera mucho más asertiva, justamente a las personas que participan de estos escenarios, que se convierten en escenarios de apoyo mutuo, de construcción de redes sociales y de vínculos.*
3. *Hay una tarea muy importante, en poder reconocer cuál es la orientación técnica que se ha dado desde las políticas y nutrirla con la experiencia del sector religioso, que además tiene la capacidad de llegar a muchísimas personas y de ser multiplicador; y en esa medida, debe aportar de manera cualificada a intervenciones basadas en la evidencia.*
4. *Todo el trabajo que han realizado las comunidades religiosas y que hoy se ha detallado de distintas maneras, no riñe de forma alguna con la evidencia, al contrario,*



<p>través de la constancia también empiezan a evidenciar que el deporte, no impacta únicamente de manera positiva la parte física, sino también su estado emocional y mental, toda vez que se reducen los niveles de estrés, de depresión, de ansiedad, así mismo se mejora el estado de ánimo, la función cognitiva y el sueño. Esto obedece a que cuando se realiza actividad física el cerebro tiene una mayor circulación, de sangre y oxigenación. De igual forma, el cerebro libera endorfinas, produciendo cambios químicos en el cerebro, que mejoran el estado de ánimo, la respuesta ante el estrés, así mismo ayuda a mejorar la memoria y la recordación, también permite la relajación muscular. (Clínica San Pablo, 2020).</p> <p>Otros estudios como el realizado en el 2015 por la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, de la Universidad Politécnica de Madrid, realizado en una población de 1.4000 personas residentes en Madrid, entre los 15 y 74 años, tuvo como principal conclusión que "los sujetos con niveles altos o moderados de actividad física total y en el tiempo libre presentan niveles de salud mental superiores a los de aquellos que realizan un nivel bajo de actividad física". Así mismo, se constató que "el nivel de la actividad física realizada en el tiempo libre se relaciona de forma inversa con la vulnerabilidad a los trastornos mentales". El 15% de la población padecía de algún tipo de trastorno mental y el 19,8% realizaba ejercicio de forma insuficiente. Al evaluar solo la actividad física en el tiempo libre se observó que <u>el riesgo de padecer enfermedades mentales en los individuos suficientemente activos (los que se situaban en niveles altos o moderados de ejercicio) se reduce más de un 50 por ciento cuando se comparaba con los insuficientemente activos.</u></p> <p>Adicional a la liberación de la endorfina cómo se relacionaba con anterioridad, se evidencia que con la actividad física se liberan otras hormonas como: a) la Serotonina, la cual eleva la autoestima y la confianza; la misma se libera porque el deporte implica superación de retos, aquellas personas con depresión y ansiedad presentan niveles bajos de esta hormona. b) Dopamina, neurotransmisor del placer por excelencia, en el deporte cuando hay superación de retos o reconocimiento y esto trae consigo placer e impulsa a las personas a seguir en la práctica del deporte. Y la c) Oxitocina, hormona encargada de equilibrar los vínculos emocionales y afectivos, con el deporte se establecen relaciones interpersonales que hacen que esta hormona sea segregada.</p> <p>La Viceministra del Deporte Daniela Maturana, en su participación en la Audiencia Pública "Avances y Retos de la Salud Mental en Colombia" da a conocer que desde el Ministerio se viene realizando un trabajo articulado con los jóvenes, en más de 500 mesas de trabajo donde los jóvenes indican que además del empleo, emprendimiento para ellos era fundamental que en la agenda pública estuviese incluida la salud mental, por eso es que se viene trabajando en conjunto para dar herramientas colaborativas con esta población.</p>	<p>Actualmente se está preparando insumos para realizar un curso virtual para la educación en salud mental, así como fortalecimiento de la actividad física, lúdica y recreativa en la gestión de las emociones y de la salud mental. En los jóvenes la tercera causa de muerte después de las lesiones personales y los accidentes viales son <b>los suicidios, por eso es muy importante prevenir.</b></p> <p>En el deporte se ha venido hablando la salud mental de los deportistas y se evidencio en los Juegos Olímpicos de Tokio, por eso hay un grupo en el Ministerio, que viene trabajando con los deportistas, con el fin de generar condiciones donde puedan practicar su carrera con todas las condiciones y se les acompaña cuando tienen situaciones en materia de salud mental a los deportistas que están en la proyección de alto rendimiento.</p> <p>Invertir en salud, invertir en la actividad física es vital, toda vez que está comprobado que estar activo mínimo 1 hora al día ayuda a los problemas de salud mental, ansiedad, depresión y por eso todas las personas debemos incorporarlo en nuestra vida.</p> <p><b>Los cuidadores</b></p> <p>Los trastornos mentales graves y duraderos (TMGD) son los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos mayores, y los trastornos de personalidad que generan una afectación importante en el funcionamiento laboral, social y familiar de una persona (Espinoza R., 2017). Estas enfermedades alteran las relaciones y dinámicas familiares pues frecuentemente un miembro de la familia es quien ejerce el cargo de cuidador.</p> <p>En un metaanálisis de 84 artículos se evidenció que quienes son cuidadores a largo plazo empiezan a presentar daños en la salud mental pues presentan síntomas de depresión, estrés, autoeficacia y bienestar subjetivo en comparación con personas no cuidadoras; Fungir como cuidador de un familiar enfermo afecta gravemente a la salud física y mental. Razón por la cual en algunos países industrializados se adoptan políticas de apoyo económico hacia cuidadores de personas discapacitadas (Pinquart M., 2003)</p> <p>Los niveles de depresión del cuidador son correlacionados con el grado de discapacidad intelectual del paciente, y aumentan según el tiempo que lleva a cargo del individuo. (Mendoza Marin &amp; Pamela, 2016).</p> <p><b>Centros de Escucha y Zonas de Orientación</b></p> <p>En reunión con actores del Centro de Escucha de Popayán, se expuso la necesidad de incluir alguna disposición que armonizara estas iniciativas, comprendiendo su importancia, aporte y efecto sobre las</p>
<p>comunidades en las que funcionan, de acuerdo al marco del proyecto y su potencial en materia de prevención de salud mental y en consonancia con la política de sustancias psicoactivas.</p> <p>Del anterior aporte, se incluye un parágrafo nuevo en el artículo 8vo del pliego de modificaciones, comprendiendo la definición y el alcance de los centros de escucha y de las zonas de orientación presentado por los ciudadanos:</p> <p><i>Las zonas de orientación (ZO) y los centros de escucha (CE) son una propuesta basada en el modelo de Inclusión Social del consumidor de sustancias psicoactivas (SPA) , aplicable también a otras situaciones; mediante las cuales se promueve la escucha activa, la acogida, la mediación, la organización, la orientación, el acompañamiento, la capacitación y la canalización o derivación de niñas, niños, jóvenes y adultos en vulnerabilidad social, de manera que se puedan establecer redes de apoyo, transformación de condiciones y generación de opciones más saludables a considerar en sus proyectos de vida (Minsalud).</i></p> <p><i>¿Qué objetivos pretende alcanzar las ZONAS DE ORIENTACIÓN Y CENTROS DE ESCUCHA?</i></p> <p><i>Las Zonas de Orientación (ZO) y los Centros de Escucha (CE) tienen como objetivos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Generar capacidades individuales y colectivas en la comunidad para enfrentar situaciones de fragilidad y vulnerabilidad social, generando procesos reflexivos y de inclusión social. Incluye la capacitación, la generación conjunta y entrega de herramientas que propicien la motivación y participación activa en los procesos de promoción de la Salud, prevención y mitigación de riesgos o daños.</i></li> <li><i>2. Impulsar respuestas integrales a las necesidades de salud y bienestar de la población mediante encuentros y alianzas de cooperación que faciliten o fortalezcan procesos de canalización y orientación a servicios de salud, sociales y comunitarios.</i></li> <li><i>3. Escuchar activa, empática y asertivamente a las personas o familias de la comunidad que lo requieran, para acompañarlos y aportar una orientación efectiva en relación con las situaciones que manifiestan y que están afectando su salud y su calidad de vida.</i></li> <li><i>4. Desarrollar trabajo en red que involucre a los diferentes actores sociales del territorio en la gestión de las políticas públicas y en el desarrollo de las respuestas a las necesidades, situaciones y demandas que manifiestan las personas, los grupos, las familias y la comunidad.</i></li> <li><i>5. Propiciar espacios de investigación y producción académica para lograr una visión interdisciplinaria con proyección hacia la promoción social.</i></li> </ol> <p><i>Se da a conocer que actualmente se encuentra en desarrollo la estrategia de prevención SOPi (Servicio de Orientación en Prevención Integral), como herramientas básicas para la atención primaria</i></p>	<p><i>en salud mental, donde se inicia con el pilotaje en las instituciones educativas del municipio de Popayán como medida para prevenir las situaciones de riesgos psicosociales en la niñez y adolescencia , tomando acciones preventivas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes, padres de familia) y generando espacios de creación y fortalecimiento de la red operativa con las diversas entidades que hacen parte de los servicios de salud, educación , entre otros. Para lo cual se inicia con la capacitación en los primeros auxilios de salud mental, cuyo objetivo es contener, dar apoyo, reducir el riesgo de que ocurran situaciones más graves, facilitar el equilibrio emocional y servir de puente a la atención profesional.</i></p> <p>En este contexto, se ratifica la importancia de las iniciativas comunitarias como enclaves importantes, potenciales y complementarios para la efectividad de la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p><b>Bibliografía:</b></p> <p>Barbosa. S. (2016). Deporte y actividad física: La mejor defensa para su salud mental. Disponible en: <a href="https://www.ucc.edu.co/prensa/2016/Paginas/deporte-y-actividad-fisica-la-mejor-defensa-para-su-salud-mental.aspx">https://www.ucc.edu.co/prensa/2016/Paginas/deporte-y-actividad-fisica-la-mejor-defensa-para-su-salud-mental.aspx</a></p> <p>Benavides K. Montiel M. (2020), "Habrà una pandemia de salud mental": Asociación Colombiana de Psiquiatría, El País. [Internet] Disponible en: <a href="https://www.elpais.com.co/salud/habra-una-pandemia-de-salud-mental-asociacion-colombiana-de-psiquiatria.html">https://www.elpais.com.co/salud/habra-una-pandemia-de-salud-mental-asociacion-colombiana-de-psiquiatria.html</a></p> <p>Boehmer M: Does psychiatry need religion and spirituality in its treatment approach? Narcissism as an example. South African Journal of Psychiatry 2016; Recuperado de: <a href="http://dx.doi.org/10.4102/sajpspsychiatry.v22i1.563">http://dx.doi.org/10.4102/sajpspsychiatry.v22i1.563</a></p> <p>Corte Constitucional de Colombia (2012). Sentencia T979-12 [Internet] Disponible en: <a href="https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-979-12.htm">https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-979-12.htm</a></p> <p>Carr VJ, Neil AL, Halpin SA, Holmes S, Lewin TJ. Costs of schizophrenia and other psychoses in urban Australia: indings from the Low Prevalence (Psychotic) Disorders Study. The Australian and New Zealand journal of psychiatry. 2003;37(1):31-40.</p> <p>Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Estadísticas Vitales: Cifras definitivas año 2017. [Internet]. Bogotá, D.C. Dirección de Censos y Demografía, DANE, 2018. [Consultado 14 jul 2021]. Disponible en: <a href="https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2019.pdf">https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2019.pdf</a></p>

<p>Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2019). Base de datos de defunciones no fatales (2010-2019) [Internet]. Bogotá, D.C [Consultado 14 jul 2021]. Disponible en: <a href="https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fatales">https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fatales</a></p> <p>Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. (21 de octubre de 2020). Salud mental en Colombia: una aproximación desde las estadísticas oficiales en el contexto de pandemia. [Internet] Disponible en: <a href="https://www.dane.gov.co/files/webinar/presentacion-webinar-salud-mental-en-colombia-21-10-2020.pdf">https://www.dane.gov.co/files/webinar/presentacion-webinar-salud-mental-en-colombia-21-10-2020.pdf</a></p> <p>Defensoría del Pueblo (2022). Boletín de Prensa. Septiembre 2022. Defensor advierte un aumento del suicidio de menores de edad. Disponible en: <a href="https://www.defensoria.gov.co/-/defensor-advierte-un-aumento-del-suicidio-de-menores-de-edad">https://www.defensoria.gov.co/-/defensor-advierte-un-aumento-del-suicidio-de-menores-de-edad</a></p> <p>Discapnet (s.f) Deporte y salud mental, escrito porwww.ashisports.es . Disponible en: <a href="https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/educar-en-salud/deporte-y-salud-mental">https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/educar-en-salud/deporte-y-salud-mental</a></p> <p>Espinoza R., Valiente C., (2017) ¿QUÉ ES EL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DURADERO? eduPsykhé, 2017, Vol. 16-1, 4-14 Disponible en: <a href="https://Dialnet-QueEsElTrastornoMentalGraveYDuradero-7428605.pdf">https://Dialnet-QueEsElTrastornoMentalGraveYDuradero-7428605.pdf</a></p> <p>Infobae (19 de enero de 2021). La salud mental de los colombianos, una de las mayores preocupaciones en medio de la pandemia. Trastornos mentales como la depresión y la ansiedad son comunes en el proceso que enfrenta la humanidad a causa de la pandemia del covid-19. [Internet] Disponible en: <a href="https://www.infobae.com/america/colombia/2021/01/19/la-salud-mental-de-los-colombianos-una-de-las-mayores-preocupaciones-en-medio-de-la-pandemia/">https://www.infobae.com/america/colombia/2021/01/19/la-salud-mental-de-los-colombianos-una-de-las-mayores-preocupaciones-en-medio-de-la-pandemia/</a></p> <p>Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF. (2018). Forensis 2018. Datos para la vida. [Internet] Disponible en: <a href="https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60">https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60</a></p> <p>Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2022 y 2023. Boletines Estadísticos Mensuales. Recuperado de: <a href="https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/boletines-estadisticos-mensuales">https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/boletines-estadisticos-mensuales</a></p>	<p>Jakovljevic, M., (2017) RESILIENCE, PSYCHIATRY AND RELIGION FROM PUBLIC AND GLOBAL MENTAL HEALTH PERSPECTIVE Dialogue and Cooperation in the Search for Humanistic Self, Compassionate Society and Empathic Civilization. Psychiatry Danubina, 2017; Vol. 29, No. 3, pp 238-244 <a href="https://doi.org/10.24869/psyd.2017.238">https://doi.org/10.24869/psyd.2017.238</a></p> <p>Koenig H, Futerman A. Religion and health outcomes: a review and synthesis of the literature. Presented at: Conference on Method- ological Advances in the Study of Religion, Health and Aging; March 16-17, 1995; Kalamazoo, MI.</p> <p>Koenig HG. Religion, spirituality and medicine: application to clinical practice. JAMA. 2000;284:1708. Mayo Clinic (2020), Mental illness, Disponible en <a href="https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/svc-20374968?p=1">https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/svc-20374968?p=1</a></p> <p>Mendoza Marín, R., &amp; Pamela, N. S. (2016). Relación entre el nivel de depresión del cuidador valorado con la escala de Beck y el grado de discapacidad intelectual del usuario del bono "Joaquín Gallegos Lara" en los pacientes del Centro de Salud de Conocoto desde el mes de Julio hasta Agosto del 2. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina.</p> <p>Ministerio de Salud y protección social Colombia- Colciencias. Análisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia [Internet]. 2016. Disponible en: <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf</a></p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. 2017; 6: 1-46</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para el desarrollo de las Zonas de Orientación (ZO) y Centros de Escucha (CE) en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-centros-de-escucha.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-centros-de-escucha.pdf</a></p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social (2022) . Salud Mental, Asunto de Todos. Boletín de prensa conmemoración 10 octubre día mundial de la salud mental. Disponible en: <a href="https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-asunto-de-todos.aspx">https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-asunto-de-todos.aspx</a></p>
<p>Murray, JL, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Global Health Metrics. Lancet [Internet]. 2017; 390: 1151–1209. Disponible en: <a href="https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32152-9/fulltext">https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32152-9/fulltext</a></p> <p>Naciones Unidas (NU). (10 de octubre de 2020). 2020: Un año desafiante para la salud mental. Disponible en: <a href="https://news.un.org/es/story/2020/10/1482212">https://news.un.org/es/story/2020/10/1482212</a></p> <p>Naciones Unidas (NU). (octubre de 2022). Estado de la salud mental tras la pandemia del COVID-19 y progreso de la Iniciativa Especial para la Salud Mental (2019-2023) de la OMS. Disponible en: <a href="https://www.un.org/es/cr/c3/B3nica-onu/estado-de-la-salud-mental-tras-la-pandemia-del-covid-19-y-progreso-de-la-iniciativa">https://www.un.org/es/cr/c3/B3nica-onu/estado-de-la-salud-mental-tras-la-pandemia-del-covid-19-y-progreso-de-la-iniciativa</a></p> <p>Observatorio de Drogas de Colombia (2016). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá. [Internet] Disponible en: <a href="http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf">http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf</a></p> <p>Observatorio Nacional de Salud (Noviembre de 2019). Acceso a los servicios de salud mental en Colombia. [Internet] Disponible en: <a href="https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf">https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf</a></p> <p>OIM &amp; UNFPA (2012). Manual de Referencia: Migración Saludable en América Central. Disponible en <a href="https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/manual_referencia_1.pdf">https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/manual_referencia_1.pdf</a></p> <p>Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jonsson B. The economic cost of brain disorders in Europe. European journal of neurology: the official journal of the European Federation of Neurological Societies. 2012;19(1):155-62.</p> <p>Organización Mundial de la Salud. Salud mental (2014). Prevención del suicidio, un imperativo global. Organización Mundial de la Salud.</p> <p>Organización Mundial de la Salud (2018). Mental Health Promotion and mental health care in refugees and migrants: technical guidance. [Internet] Disponible en: <a href="http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-promotion-and-mental-health-care-in-refugees-and-migrants-2018">http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-promotion-and-mental-health-care-in-refugees-and-migrants-2018</a></p>	<p>Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, (Technical guidance on refugee and migrant health) [Internet] Disponible en: <a href="https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-enq.pdf?3Fua%3D1">https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-enq.pdf?3Fua%3D1</a></p> <p>Organización Mundial de la Salud (OMS). (2 de septiembre de 2019). Suicidio. [Internet] Disponible en: <a href="https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide">https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide</a></p> <p>Organización Mundial de la Salud (OMS). (27 de agosto de 2020). Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental. [Internet] Disponible en: <a href="https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health">https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health</a></p> <p>Organización Mundial de la Salud (OMS). (5 de octubre de 2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. [Internet] Obtenido de: <a href="https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey">https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey</a></p> <p>Organización Panamericana de la Salud (OPS). (10 de septiembre de 2020). Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio. [Internet] Disponible en: <a href="https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio">https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio</a></p> <p>Organización Panamericana de la Salud (OPS). (8 de octubre de 2020). No hay salud sin salud mental. [Internet] Disponible en: <a href="https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental">https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental</a></p> <p>Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud. Galvis, Cantor (2021?). Salud mental en tiempos de COVID-19. ¿Qué le ha dejado la pandemia por COVID-19 a la salud mental en Colombia? Disponible en: <a href="https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/informe_131/pdf/cap3_1.pdf">https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/informe_131/pdf/cap3_1.pdf</a></p> <p>Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. PLoS One. 2014;9(8):e105471.</p>

<p>Pinquart M. Sörensen S. Differences Between Caregivers and Non Caregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta Analysis. Psychol Aging [Internet]. 2003;18(2):250-67. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825775">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825775</a></p> <p>Profamilia. (11 de Mayo de 2020). Informe 3. Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia. [Internet] Disponible en: <a href="https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Informe-3-Ansiedad-depresion-y-miedo-impulsores-mala-salud-mental-durante-pandemia-Estudio-Solidaridad-Profamilia.pdf">https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Informe-3-Ansiedad-depresion-y-miedo-impulsores-mala-salud-mental-durante-pandemia-Estudio-Solidaridad-Profamilia.pdf</a></p> <p>Red Académica para el Respeto y Garantía de la Libertad Religiosa. (12 de Octubre de 2021). Memorias del IV Coloquio-La prevención del suicidio, creando esperanza a través de la acción: El rol del sector Religioso. Participantes: Ministerio del Interior de Colombia, Ministerio de Salud de Colombia, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, Mind &amp; Soul Foundation, Universidad Católica de Manizales. Colombia.</p> <p>Semana, Salud. (16 de Mayo de 2019). Así combatirá Minsalud los problemas de salud mental en Colombia. [Internet] Disponible en: <a href="https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/salud-mental-en-colombia-el-plan-del-ministerio-de-salud-para-combatir-el-suicidio-y-la-depresion/615808/">https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/salud-mental-en-colombia-el-plan-del-ministerio-de-salud-para-combatir-el-suicidio-y-la-depresion/615808/</a></p> <p>Simon Dein, Kate Loewenthal, Christopher Alan Lewis &amp; Kenneth I. Pargament (2020) COVID-19, mental health and religion: an agenda for future research, Mental Health, Religion &amp; Culture, 23:1, 1-9, DOI: 10.1080/13674676.2020.1768725: <a href="https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1768725">https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1768725</a></p> <p>Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine Lancet. 1999;353:664-667.</p> <p>Taha N, Florenzano U, Sieverson RC, Aspillaga HC, Allende L. La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. Rev chil neuro-psiquiatr. 2011 [citado 2015 sep 7]; 49(4):347- 60. Disponible en: <a href="http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0717-92272011000400006&amp;lng=es">http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0717-92272011000400006&amp;lng=es</a>.</p> <p>Universidad de la Sabana. (2021). Consejos de nuestro deportólogo: La actividad física y la salud mental. Disponible en: <a href="https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/al-dia/la-actividad-fisica-y-la-salud-mental/">https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/al-dia/la-actividad-fisica-y-la-salud-mental/</a></p> <p>Audiencia Pública "Avances y Retos de la Salud Mental en Colombia" realizada en la Comisión de Derechos Humanos y Audiencias del Senado de la República. Disponible en: <a href="https://www.youtube.com/watch?v=UBII04Tnqwv">https://www.youtube.com/watch?v=UBII04Tnqwv</a></p>	<p><b>4. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL</b></p> <p>Los artículos 44, 48 y 49 de la <b>Constitución Política de Colombia</b> amparan el derecho a la salud y la seguridad social estableciendo la obligación en cabeza del Estado de brindar este servicio público bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p><b>Convención Americana sobre Derechos Humanos:</b>  <i>"Artículo 12:</i>  1. <i>Toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y de religión. Este derecho implica la libertad de conservar su religión o sus creencias, o de cambiar de religión o de creencias, así como la libertad de profesar y divulgar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado.</i>  2. <i>Nadie puede ser objeto de medidas restrictivas que puedan menoscabar la libertad de conservar su religión o sus creencias o de cambiar de religión o de creencias."</i></p> <p><b>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos:</b>  <i>"Artículo 18:</i>  1. <i>Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza.</i>  2. <i>Nadie será objeto de medidas coercitivas que puedan menoscabar su libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección.</i>  3. <i>La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás."</i></p> <p>La <b>Ley 715 de 2001</b> que le otorga al Ministerio de Salud y Protección Social la competencia para definir diseñar e implementar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública como consecuencia de esta ley se generan los lineamientos en salud mental que desde 2005 se incluyen en los planes de desarrollo territorial en salud.</p> <p>En 2005, el entonces Ministerio de la Protección Social, junto con la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social -FES, elaboraron los <b>Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia</b></p>
<p>con "...el propósito de facilitar el debate público sobre la situación de la salud mental de los colombianos, sus necesidades y los enfoques posibles para su abordaje en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema de la Protección Social, para la formulación y desarrollo de una Política Nacional...".</p> <p>La <b>Ley 1122 de 2007</b> le dio competencia al Ministerio de Salud para definir los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales e incluye la intervención psicosocial en personas en condición de vulnerabilidad con el fin de incluir en el Plan Nacional de Salud Pública acciones que promuevan el tratamiento de los trastornos que más afectan a la población como la drogadicción, violencia, el maltrato y el suicidio.</p> <p>La <b>Ley 1171 de 2007</b>, "por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores". Dicha norma enfatiza en la accesibilidad en salud para esta población, a saber:  <i>Artículo 12. Consultas médicas. Sin perjuicio de los derechos que les asisten a los niños y a las niñas, las Empresas Promotoras de Salud deberán asignar los servicios de consulta externa médica, odontológica y por médico especialista y apoyos diagnósticos a los afiliados mayores de 62 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos.</i></p> <p><i>Artículo 13. Fórmula de medicamentos. Cuando la Entidad Promotora de Salud no suministre de manera inmediata los medicamentos formulados que estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud a las personas mayores de 62 años, deberá garantizar su entrega en el domicilio del afiliado dentro de las 72 horas siguientes, salvo si esta es de extrema urgencia a la solicitud por parte de este.</i></p> <p><i>Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los artículos 12 y 13 e impondrá las sanciones a que haya lugar de conformidad con el ámbito de sus competencias.</i></p> <p>El <b>Decreto 3039 de 2007</b> considera la salud mental como una prioridad para Colombia y establece una distinción entre el régimen subsidiado y el contributivo. El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, garantiza la prevención de riesgos, determina las prioridades nacionales en salud, la recuperación, la vigilancia en salud, la superación de los daños y la gestión del conocimiento.</p> <p>En lo relacionado a la resocialización, la <b>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</b> y la <b>Ley 1346 de 2009</b> han resaltado la importancia de proveer medios de acceso cultural y religioso a quienes están en proceso de rehabilitación</p>	<p><i>"Artículo 26: Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas: b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales."</i></p> <p><i>"Artículo 30: Los Estados Parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad: a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles;"</i></p> <p>La <b>Ley de 1414 de 2010</b> Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral. En el mismo sentido, la Ley 1438 de 2011 contempla que todas las acciones de salud deben garantizar el derecho a la Salud mental de los colombianos y colombianas.</p> <p><b>ARTÍCULO 65. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL.</b> <i>Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental.</i></p> <p>En la <b>Sentencia T-979 de 2012</b>, se dispuso que las personas con enfermedades mentales tuvieran el derecho a acceder a servicios necesarios para propender por su rehabilitación y recuperación funcional, siendo las EPS las responsables de los costos cuando fuese necesario</p> <p><i>"Por lo tanto, las personas que sufren enfermedades mentales tienen derecho a acceder a servicios que les permitan gozar del mejor estado posible de salud mental y que propendan por su rehabilitación y recuperación funcional, correspondiéndole a las EPS, bien sea dentro del régimen contributivo o del subsidiado, asumir el costo de los mismos, cuando sea necesario"</i> Corte Constitucional, 2012.</p>

La Ley 1616 de 2013, ley de Salud Mental establece la salud mental como un bien de interés y prioridad nacional, un derecho fundamental y un tema prioritario de salud pública para en principio garantizar a la población colombiana el ejercicio pleno del derecho a la salud mental.

La Resolución 1841 de 2013 por el cual el Ministerio de Salud adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 contempla un aparte para la convivencia social y la salud mental como elementos fundamentales, priorizando desafíos por región. La Resolución 5521 de 2013 actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS) y deroga los acuerdos 029/11, 031 y 034 de 2012, actualizando así la lista de procedimientos y medicamentos del POS. La Resolución 1281 de 2014 del Ministerio de Salud definió los lineamientos para almacenar la información generada por el Observatorio Nacional de Salud y los registros, observatorios y sistemas de seguimiento nacionales (ROSS) con el fin de que se articule con el Sistema de Información en Salud y Protección Social (Sispro).

La Ley 1751 de 2015, la cual regula el derecho fundamental a la salud y establece el desarrollo del principio integral de atención a la salud. La Resolución 429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política de Atención Integral en Salud - PAÍS y dispuso un modelo operacional para su implementación denominado Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS que contempla estrategias para direccionar de manera coordinada las acciones de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS.

La Resolución 4886 de 2018 por la cual se adoptó la Política Nacional de Salud Mental. El Decreto 538 de 2020, adoptó algunas medidas en el sector salud para mitigar la pandemia y garantizar la prestación de los servicios de salud durante la emergencia. Sin embargo, no se refiere a la salud mental. La Resolución 089 de 2019, por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

El documento expedido por el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 3992 de abril de 2020 "Estrategia para la promoción de la Salud mental" tiene como objetivo promover la salud mental de la población a través del fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en salud mental, con el fin de reducir la incidencia de problemas o trastornos mentales, el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias.

La política contempla tres objetivos específicos a saber:

1. Aumentar la coordinación intersectorial para lograr una implementación efectiva de la promoción, la prevención, la atención integral y la inclusión social de las personas con problemas o trastornos mentales, con consumo o abuso de SPA, o víctimas de violencias.

2. Fortalecer los entornos en los que se desarrolla la población colombiana, así como sus competencias socioemocionales individuales y colectivas, para prevenir los problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las violencias
3. Mejorar la atención en salud mental y la inclusión social para disminuir el número de personas con problemas o trastornos mentales, con consumo o abuso de SPA y víctimas de violencias.

5. IMPACTO FISCAL

En concordancia con el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, los gastos que genere la presente iniciativa se entenderán incluidos en los presupuestos y en el Plan Operativo Anual de Inversión de la entidad competente. Es relevante mencionar que la Corte Constitucional en la Sentencia C-911 de 2007, puntualizó que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa; especialmente en el acceso oportuno y efectivo al servicio de salud, como derecho fundamental.

6. ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de ley radicado consta de los siguientes 21 artículos:

- Artículo 1° Objeto.
- Artículo 2°. Ámbito de Aplicación.
- Artículo 3°. Coordinación y gobernanza.
- Artículo 4°. Principios.
- Artículo 5°. Fomento de la formación, la Investigación y la participación comunitaria.
- Artículo 6. Actualización y elaboración de guías y protocolos.
- Artículo 7. Caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental.
- Artículo 8°. Apoyo del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental.
- Artículo 9. Estudio del Impacto de las Acciones Intersectoriales y Comunitarias en la salud mental.
- Artículo 10°. Economía del Cuidado.
- Artículo 11°. Atención Especial al Adulto Mayor.
- Artículo 12. Deporte como factor protector de la Salud Mental.
- Artículo 13°. Red de atención en salud mental.
- Artículo 14°. Derecho a la evaluación, diagnóstico, atención y tratamiento.
- Artículo 15°. Dispensación de medicamentos.
- Artículo 16°. Habitabilidad de calle y enfermedad mental.
- Artículo 17°. Orientación a connacionales.

- Artículo 18°. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas.
- Artículo 19°. Prevención de la adicción.
- Artículo 20°. Inclusión Social.
- Artículo 21° Reglamentación y Vigencia.

7. CIRCUNSTANCIAS O EVENTOS QUE PODRÍAN GENERAR CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, atentamente nos disponemos a señalar algunos criterios guías en los que se podría configurar conflictos de intereses, para que los congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran inmersos en alguna de estas causales, sin embargo, pueden existir otras causales en las que se pueda encontrar cada congresista, las cuales deberán ser determinadas para cada caso en particular por su titular, siendo estos criterios meramente informativos y que deben ser analizados teniendo en cuenta lo expresado en el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019.

Entre las situaciones que señala el artículo 1o antes mencionado, se encuentran: **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; y **el 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."

Por lo anterior, las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés serían aquellos que tengan un beneficio particular, actual y directo en materias relacionadas con la salud mental y los servicios que se prestan alrededor de ésta. Sin embargo, la Ley 2003 de 2019, establece que para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés "Cuando el Congresista participe, discuta, vote un Proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del Congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores", situación que puede acontecer con el presente Proyecto de ley.

8. Pliego de Modificaciones.

Texto aprobado en Primer Debate	Propuesta de modificación Segundo Debate
<p><b>Artículo 8°. Apoyo comunitario y del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental.</b> En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 6 de la Ley 1616 de 2013, como de la normativa que la complementa o sustituya, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, y el Ministerio del Interior, determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar la participación de manera voluntaria del sector religioso y las facultades de psicología de las universidades públicas y privadas en los procesos de acompañamiento voluntario como parte de la prevención de los problemas y trastornos de salud mental en respeto a la voluntad de las personas, su red de apoyo y de las comunidades.</p>	<p><b>Artículo 8°. Apoyo comunitario y del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental.</b> En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 6 de la Ley 1616 de 2013, como de la normativa que la complementa o sustituya, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, <u>el Ministerio de Educación</u> y el Ministerio del Interior, determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar la participación de manera voluntaria del sector religioso y <u>de</u> las facultades de psicología de las universidades públicas y privadas en los procesos de acompañamiento voluntario <u>a miembros de sus comunidades</u>, como parte de <u>sus estrategias de</u> prevención de los problemas y trastornos de salud mental, en respeto <u>irrestricto</u> a la voluntad <u>de participación</u> de las personas, su red de apoyo y de las comunidades.</p> <p><u>Las instituciones de educación superior podrán, en el marco de su autonomía, diseñar e implementar estrategias como centros de escucha u otro tipo de metodologías, para facilitar espacios de prevención en salud mental a la comunidad universitaria y a la ciudadanía en general.</u></p>
<p><b>Justificación:</b> Se mejora la redacción del inciso primero del artículo 8 y se agrega un inciso adicional; con el fin de incluir al Ministerio de Educación como cabeza del sector educativo; y se</p>	

especifica el alcance de la propuesta de inclusión de Instituciones de Educación Superior, en el entendido en que el acompañamiento desde las facultades de psicología de las IES, **NO suple ni corresponde a la debida atención en salud mental profesional**; sino que, en ejercicio de su autonomía, puedan facilitar espacios de prevención en salud mental para la comunidad universitaria y para la ciudadanía en general. Esto como figura homóloga a los consultorios jurídicos de las facultades de derecho, sin que estos constituyan ningún tipo de vinculación profesional o representación jurídica al público en general; sino a modo orientativo de los procesos básicos en el acceso a la justicia. Para el caso, se propone que en su ejercicio académico con orientación social, puedan hacer uso de sus herramientas y experiencia para brindar un acompañamiento preventivo en salud mental; teniendo en cuenta la necesidad de fortalecer los entornos protectores en escenarios educativos y comunitarios.

**Artículo 11°. Deporte como factor protector de la Salud Mental.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio del Deporte, las Secretarías de Educación y las entidades territoriales a nivel nacional, departamental y municipal, incluirán en sus planes de desarrollo metas que propendan por el fomento del deporte, la actividad física, las actividades lúdicas y el aprovechamiento del tiempo libre en los diferentes ciclos de la vida, beneficiando así a la población residente en Colombia en el fortalecimiento y optimización de los procesos cognitivos y emocionales.

**Artículo 11°. Deporte como factor protector de la Salud Mental.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio del Deporte, **el Ministerio de Educación**, las Secretarías de Educación y las entidades territoriales a nivel nacional, departamental y municipal, **armonizarán la implementación de las políticas de en sus planes de desarrollo metas que propendan por el fomento del deporte, la actividad física, las actividades lúdicas y el aprovechamiento del tiempo libre en los diferentes ciclos de la vida, con las políticas del orden nacional, departamental, distrital y municipal de salud mental, para el aprovechamiento del deporte como factor protector de la salud mental, beneficiando así a la población residente en Colombia en el fortalecimiento y optimización de los procesos cognitivos y emocionales.**

**Justificación:**

De conformidad al concepto institucional del Ministerio de Educación, radicado el 10 de octubre de 2023, en que argumenta sus reservas sobre el **artículo 11°**: *son acciones que ya se están llevando a cabo por parte del sector educativo, en el marco de sus competencias a través de estrategias relacionadas con más tiempo de experiencias para el desarrollo y la formación integral.*

*reconociendo que las mismas, si bien aportan al desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, por si solas, no garantizarán la transformación de los determinantes estructurales o factores de riesgo relacionadas con la salud mental".*

Se propone el ajuste del artículo para que, dentro de las acciones ya existentes desde el ámbito educativo, se armonicen con las políticas a nivel nacional y territorial en salud mental, considerando su potencial y relación transversal, sobre sustento científico (Barbosa y Urrea 2018):

*"El deporte y la actividad física son herramientas que benefician tanto a la salud física como la salud mental, las participaciones basadas en la actividad física son de eficacia probada y asociadas positivamente a las intervenciones en salud mental. Señalando de esta manera que existe una relación positiva entre los niveles altos de actividad física y un menor riesgo de padecer enfermedades de carácter físico y/o mental (Weinek, 2001). De igual forma, también existe suficiente evidencia teórica sobre los beneficios en variables emocionales y físicas resaltando la ansiedad, depresión y disminución del estrés; de la misma manera mejora de las capacidades cognitivas, habilidades sociales, autoconcepto, resiliencia y reducción de enfermedades degenerativas como la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Otro de los puntos pertinentes, es el de empoderar a las personas de todas las edades, desarrollando programas que disminuyan los factores de riesgo que comienzan en la infancia y aumenta con la edad; trasladando consigo un detrimento de la calidad de vida y muerte prematura. Esto implica que la actividad deportiva puede considerarse como un elemento central y fundamental en los programas de políticas en promoción de la salud".*

Sergio Humberto Barbosa Granados, Ángela María Urrea Cuelilar Katharsis. Revista de Ciencias Sociales, ISSN-e 2500-5731, ISSN 0124-7816, N° 25, 2018 (Ejemplar dedicado a: enero-junio 2018), págs. 141-160) Recuperado de <https://doi.org/10.15446/rscs.v25n25.6369972>

**9. PROPOSICIÓN**

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicito a la Honorable Plenaria del Senado de la República **dar Segundo debate** al Proyecto de Ley 055 de 2023 Senado "Por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones", y **aprobar el presente informe de ponencia POSITIVO**; para que con su aprobación pueda hacer tránsito y se convierta en Ley de la República.

Atentamente,

De la honorable senadora

  
**ANA PAOLA ACUDELE GARCÍA**  
 Coordinadora Ponente  
 Senadora de la República  
 Partido Político MIRA

**TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE DEL SENADO DE LA REPÚBLICA  
 AL PROYECTO DE LEY N° 055 DE 2023 SENADO**

**"POR MEDIO DE LA CUAL SE FORTALECE LA LEY 1616 DE 2013 Y LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".**

**EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

**DECRETA**

**CAPÍTULO I**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1° Objeto.** El objeto de la presente ley es fortalecer la Política Nacional de Salud Mental, mediante la participación comunitaria, intersectorial y enfoques complementarios, para garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población colombiana por medio de la promoción de salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad al artículo 49 de la Constitución; con fundamento en los enfoques promocionales de calidad de vida, así como en los enfoques de curso de vida, territoriales, diferenciales, de género, derechos humanos, psicosociales, incluyendo tanto los determinantes sociales en salud como las estrategias y principios de la Atención Primaria en Salud; y dictar disposiciones relacionadas.

**Artículo 2°. Ámbito de Aplicación.** La presente ley deberá implementarse a nivel nacional con un enfoque de atención integral basada en la promoción de la salud y prevención universal, selectiva e indicada de los trastornos de salud mental, así como, en estilos de vida que propendan por el bienestar y la convivencia sociales. Así mismo, se aplicará sobre un enfoque de derechos humanos con especial atención en grupos vulnerables.

**Artículo 3°. Principios.** Además de los principios rectores ya establecidos en la normativa vigente sobre salud mental, y de los que la reglamentación periódica estime convenientes, se deberán orientar las acciones propuestas dentro de la Política Nacional de Salud Mental sobre los siguientes principios:

- a) Inclusión social y no discriminación por motivo de enfermedad mental.
- b) Prevención, atención integral y atención temprana.
- c) Protección especial de menores, personas con discapacidad y adultos mayores.
- d) Confidencialidad.

<p>e) Derecho a la atención e intervención psicológica, farmacológica o social según las necesidades, tanto en consulta externa como en hospitalización; y al debido diagnóstico.</p> <p>f) Fortalecimiento, formación y fomento continuo de la red de atención en salud mental, en los ámbitos público, privado, familiar, del tercer sector y de las entidades religiosas para la prevención y atención integral de pacientes y sus familias.</p> <p>g) Economía.</p> <p>h) Eficiencia y celeridad en los trámites.</p> <p>i) Acceso oportuno y claro a la información.</p> <p>j) Innovación y progresividad en la atención integral.</p> <p>k) Respeto irrestricto a la convicción espiritual y de conciencia del paciente y su red de apoyo.</p> <p>l) Respeto por parte de los profesionales de la salud al paciente y a su familia.</p> <p><b>Artículo 4°. Coordinación y gobernanza.</b> Para su implementación el Gobierno Nacional aplicará un enfoque de coordinación interinstitucional, intersectorial y de gobernanza que permita la amplia participación de autoridades del orden nacional y territorial, así como de organizaciones, de la ciudadanía en sus distintos espacios de diálogo y participación, redes, del Consejo Nacional de Salud Mental y los Consejos departamentales de salud mental, comités locales, municipales y departamentales; para lo cual desarrollará mecanismos de articulación y diálogo alrededor de la formulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO II</b></p> <p style="text-align: center;"><b>FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN</b></p> <p><b>Artículo 5°. Fomento de la formación y la Investigación en Salud Mental.</b> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental o las entidades que hagan sus veces, coordinará con las demás entidades del Estado y entidades del sector privado el desarrollo de acciones para el fomento de la investigación en salud mental en Colombia, así como la capacitación y formación continua en la materia del talento humano en salud fortaleciendo así la atención primaria en salud.</p>	<p><b>Parágrafo.</b> Asimismo, facilitará el acceso y difusión de material pedagógico en promoción, prevención, orientación y primeros auxilios psicológicos para la ciudadanía en general y los servidores públicos, promoviendo de esta manera la participación comunitaria.</p> <p><b>Artículo 6°. Actualización y elaboración de guías, protocolos y rutas de atención en salud.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, elaborará o actualizará los protocolos, guías y rutas de atención en salud que abarque la promoción y prevención, intervención, tamizaje paliación y orientación en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, las cuales deberán ser socializadas y acogidas de forma obligatoria para la formación, actualización periódica y atención en salud de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud competentes, incluso desde los niveles de atención de la salud no especializada o primaria. Los protocolos y guías se armonizarán con el reconocimiento de las libertades individuales, el derecho a la igualdad, el derecho a la libertad de conciencia y toma de decisiones.</p> <p><b>Artículo 7°. Caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación y apoyo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE o la entidad que haga sus veces, el Consejo Nacional de Salud Mental, el Observatorio Nacional de Salud Mental y las demás entidades que se considere necesario convocar, deberán recopilar, consolidar y reportar la información necesaria con el fin de adelantar una caracterización plena y continua del trastorno mental y de la salud mental en Colombia; con el fin de generar datos y evidencia de base sobre la carga de la enfermedad, la predictibilidad de la misma, los determinantes sociales de la salud, los factores de riesgo y los protectores; y demás información relevante para garantizar el bienestar físico y mental de la población colombiana, mediante el diseño e implementación de soluciones de acuerdo a la Política Nacional de Salud Mental y la atención integral en salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre las demás que se consideren necesarias, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá emitir un reporte anual, el cual será de conocimiento público sobre los avances en materia científica, de caracterización y diagnóstico, así como de las acciones y recomendaciones para la formulación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.</p>
<p><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Ciencia, Tecnología e innovación facilitará, apoyará y gestionará propuestas de investigación, con el fin de generar datos y evidencia que aporten al conocimiento del estado de la salud mental en Colombia. Así mismo, brindará un apoyo técnico frente a la metodología a tener en cuenta para el reporte que presentará el Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.</p> <p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO III</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, INTERSECTORIAL Y ENFOQUES COMPLEMENTARIOS EN LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL</b></p> <p><b>Artículo 8°. Apoyo comunitario y del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental.</b> En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 6 de la Ley 1616 de 2013, como de la normativa que la complemente o sustituya, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, el Ministerio de Educación y el Ministerio del Interior, determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar la participación de manera voluntaria del sector religioso y de las facultades de psicología de las universidades públicas y privadas en los procesos de acompañamiento voluntario a miembros de sus comunidades, como parte de sus estrategias de prevención de los problemas y trastornos de salud mental, en respeto irrestricto a la voluntad de participación de las personas, su red de apoyo y de las comunidades.</p> <p>Las instituciones de educación superior podrán, en el marco de su autonomía, diseñar e implementar estrategias como centros de escucha u otro tipo de metodologías, para facilitar espacios de prevención en salud mental a la comunidad universitaria y a la ciudadanía en general.</p> <p>En virtud del diálogo social multitemático e integral promovido por los actores comunitarios y del sector Interreligioso, las entidades mencionadas propenderán por la capacitación y participación voluntaria para promover la generación de entornos y factores protectores y de prevención para la comunidad. Con este fin el Gobierno Nacional desarrollará:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La formación en primeros auxilios psicológicos, para el reconocimiento de signos de alerta y socialización de rutas para acceder al sistema de salud y a la oferta institucional para la promoción de la salud mental, prevención del suicidio, otros trastornos y el consumo de sustancias psicoactivas, de manera prevalente en instituciones educativas públicas y privadas, de educación primaria y secundaria, con participación de los padres de familia.</li> <li>2. La difusión y fácil acceso a la Estrategia Nacional de la Prevención de la Conducta Suicida, como a las rutas de atención en salud mental; con enfoque prioritario en los niños, niñas y adolescentes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. La articulación entre la nación, el territorio y las comunidades en coordinación con las Secretarías de Salud departamentales, municipales y distritales con los Comités Locales de Libertad Religiosa, instituciones educativas y demás instancias comunitarias.</li> <li>4. El acompañamiento en campañas que promuevan el autocuidado y autoestima, con especial atención a mujeres, niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad y adultos mayores.</li> </ol> <p>Con el fin que ayuden a articular el rol social de estos actores y sectores con las estrategias de prevención y promoción en salud mental con la población.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Para efectos de la presente disposición, se podrá armonizar con lo dispuesto en las políticas públicas de libertad religiosa a nivel nacional y territorial. De igual forma se podrá articular con los actores, sectores, comités de libertad religiosa, redes, y espacios de participación que hacen parte de esta, de conformidad al artículo 3° de la presente ley y del Decreto 437 de 2018, y demás disposiciones que lo complementen o sustituyan.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Gobierno Nacional coordinará con los entes del nivel nacional y autoridades territoriales, la armonización de la presente ley y de la Política Nacional de Salud mental con el Plan Nacional de Orientación Escolar, los Centros de Escucha, las Zonas de Orientación; y demás estrategias comunitarias que fomenten las acciones de promoción, prevención, atención, servicios y oportunidades para mejorar la calidad de vida de las comunidades.</p> <p><b>Artículo 9°. Estudio del Impacto de las Acciones Intersectoriales y Comunitarias en la salud mental.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social <b>solicitará información</b> al Ministerio del Interior, el Departamento Nacional de Planeación - DNP y el DANE, para desarrollar estudios <b>periódicos</b> que permitan identificar, determinar y reconocer el impacto de los diferentes actores comunitarios, organizaciones, sectores económico, social, religioso, académico o de otra índole en materia de salud mental y el aporte al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Para el desarrollo de los estudios <b>periódicos</b> se podrá realizar convenios con entidades públicas, privadas y/o de cooperación internacional para su realización, conforme a los criterios técnicos que se definan para dichos efectos.</p> <p><b>Artículo 10°. Economía del Cuidado.</b> El Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos multidisciplinarios e interdisciplinarios encaminados al reconocimiento, la formalización y fomento de la economía del cuidado, así como para el apoyo a los cuidadores y al entorno familiar.</p>

<p><b>Parágrafo 1.</b> El Ministerio de Salud y Protección social y el Consejo Nacional de Salud Mental con el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, como con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales y departamentales, <b>coordinarán</b> el análisis de la prestación de servicios de salud y conexos, para determinar <u>la</u> demanda social; así como el desarrollo de objetivos y metas en la materia, a fin de integrarlos con la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, el acceso a bienes y servicios complementarios podrá ser suministrado por parte de las EAPB, previo cumplimiento de los requisitos de autorización de prestación de los mismos de acuerdo a los procedimientos legales y reglamentarios establecidos, la evidencia científica que los sustente y la justificación del especialista en el área de la salud. El Ministerio de Salud deberá reglamentar la asignación presupuestal que corresponda a este servicio, formas y periodos de pago.</p> <p><b>Artículo 11°. Deporte como factor protector de la Salud Mental.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio del Deporte, el Ministerio de Educación, las Secretarías de Educación y las entidades territoriales a nivel nacional, departamental y municipal, armonizarán la implementación de las políticas de fomento del deporte, la actividad física, las actividades lúdicas y el aprovechamiento del tiempo libre en los diferentes ciclos de la vida, con las políticas del orden nacional, departamental, distrital y municipal de salud mental, para el aprovechamiento del deporte como factor protector de la salud mental.</p> <p><b>Artículo 12°. Inclusión Social.</b> El Gobierno Nacional emitirá reconocimiento para las empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones del tercer sector y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las personas sujetos de la Política de Salud Mental.</p> <p>Las entidades territoriales estarán autorizadas para realizar reconocimientos públicos a empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones del tercer sector y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las personas sujetos de la Política de Salud Mental. Así mismo, podrán incluir en sus planes de desarrollo metas de inclusión social para los pacientes en rehabilitación en salud mental y sus cuidadores.</p>	<p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO IV</b></p> <p style="text-align: center;"><b>FORTEALECIMIENTO EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN POBLACIONES VULNERABLES</b></p> <p><b>Artículo 13°. Atención Especial al Adulto Mayor.</b> El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental, o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales y departamentales, acciones dirigidas a la inclusión del adulto mayor en programas permanentes para la prevención y atención integral de trastornos mentales, con especial énfasis en diagnósticos de deterioro cognoscitivo y demencias; así como el apoyo en la creación de hábitos activos de vida saludable, la actividad física y cognitiva para acrecentar su bienestar y su habilitación psicosocial; en reconocimiento y procura de orientación inclusiva y voluntaria como agentes activos de su familia, comunidad y de la sociedad en general.</p> <p><b>Artículo 14°. Habitabilidad de calle y enfermedad mental.</b> De conformidad a la Ley 1641 de 2013, y complementarias; el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, estrategias para atender a las personas en condición de habitabilidad de calle con enfermedad mental, por dependencia a sustancias psicoactivas, o por causa de la misma enfermedad; y prestar la atención integral a esta población, de acuerdo a los parámetros establecidos en la presente ley y complementarias. Igualmente podrán establecer convenios con entidades públicas, privadas y de cooperación, para la debida atención, inclusión social y acompañamiento de los pacientes en condición de habitabilidad de calle.</p> <p>Para la atención por urgencias de trastornos mentales de las personas en condición de habitabilidad de calle, de conformidad al artículo 11 de la ley 1996 de 2019, la IPS podrá solicitar a la Defensoría del Pueblo o a la Personería, la valoración de apoyos para el acompañamiento al paciente en la atención de urgencias, tratamiento, diagnóstico y seguimiento.</p> <p><b>Artículo 15°. Orientación a connacionales.</b> El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces y el Ministerio de Relaciones Exteriores, coordinarán las acciones pertinentes para orientar a los connacionales, sobre las rutas de acceso a atención psicosocial desde el exterior; así como para garantizar la difusión de la oferta sobre prevención y atención integral de enfermedad mental en Colombia y en el país de acogida.</p>
<p><b>Artículo 16°. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas.</b> La entidad rectora de la Política de Salud Mental incluirá acciones para brindar atención en salud mental a las personas en proceso de tratamiento y/o desintoxicación de sustancias psicoactivas, quienes podrán recibir asistencia espiritual en su proceso en respeto a su voluntad y a su creencia, en articulación con la normativa vigente en materia de consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera, se contemplará la orientación y la atención en salud mental para el núcleo familiar de quien presente dependencia a sustancias psicoactivas.</p> <p>Las entidades encargadas de la política de consumo de sustancias psicoactivas deberán dar aviso inmediato al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en los casos de afectación directa o indirecta de menores de edad dentro del núcleo familiar en atención, para que esta entidad realice los seguimientos y procesos correspondientes.</p> <p><b>Artículo 17°. Prevención de la adicción.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el INVIMA y el Consejo Nacional de Salud Mental, las EAPB e IPS desarrollará campañas de prevención y evaluación continua ante la prescripción de tratamientos, o medicamentos que repercutan en el desarrollo de trastornos mentales como efecto secundario de su uso. Con este fin publicará un listado anual de alertas sobre el uso y limitaciones del uso prolongado de determinados medicamentos; junto con el llamado al consumo y prescripción responsable de medicamentos que generen dependencia o efectos secundarios sobre la salud mental.</p> <p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO V</b></p> <p style="text-align: center;"><b>RED ATENCIÓN EN SALUD, ATENCIÓN, EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS</b></p> <p><b>Artículo 18°. Red de atención en salud mental.</b> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinará con las demás entidades del Estado, entidades territoriales y autoridades municipales y departamentales, el estudio y evaluación de la demanda en la atención ambulatoria, de urgencias y de hospitalización por problemas o trastornos de salud mental, así como de tratamiento, de cuidado y atención psicológica y social en todo el territorio nacional, con el fin de establecer las metas a cubrir, sin perjuicio de las que además se definan, en materia de:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Talento humano suficiente en salud para cubrir la demanda.</li> <li>2. Personal de apoyo cualificado.</li> <li>3. Centros o instalaciones de atención en salud mental especializados necesarios.</li> </ol> <p>Para fortalecer y garantizar una red de atención en salud humanizada y con calidad en esta materia.</p> <p><b>Artículo 19°. Derecho a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento.</b> En concordancia de los derechos de las personas consagrados en el artículo 6° de la Ley 1616 de 2013, las entidades del Sistema de Salud deberán garantizar el derecho a la efectiva promoción y acceso a programas de prevención, convivencia y psicoeducación, la planeación e intervención psicológica y social relacionada al trastorno de salud mental y su cuidado.</p> <p>Los exámenes diagnósticos, medidas terapéuticas y citas necesarias deberán ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Suministrados de forma celer e oportuna por la entidad prestadora de salud dentro de los términos que defina el profesional de la salud, asegurando el acceso efectivo a promoción, prevención, tratamiento y diagnóstico del trastorno de salud mental, especialmente para quienes ingresen por atención de urgencias;</li> <li>b) Efectivamente registrados en la historia clínica electrónica interoperable para la debida caracterización y seguimiento de los pacientes.</li> <li>c) Agendados de forma oportuna en ambos regímenes. Las EPS o quien haga sus veces, mantendrán las agendas abiertas para la asignación de citas durante todo el año, en caso de requerirse autorización previa para la cita, la respuesta de la EPS no podrá exceder los 5 días hábiles desde el momento de la radicación.</li> </ol> <p>En los casos donde el profesional de la salud tratante, de acuerdo con la condición clínica del paciente, defina un tiempo específico para la atención por especialista, la EPS realizará la gestión correspondiente para asignar la cita dentro dichos tiempos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>d) Dispuestos en canales de atención virtual, telefónicos y físicos para el agendamiento de citas.</li> <li>e) Habilitados en canales de atención como la telemedicina o alternativas a la atención presencial, sin perjuicio de la misma, con el fin de facilitar el acceso al derecho fundamental</li> </ol>

a la salud, al diagnóstico y tratamiento efectivo en todo el país, considerando la afinidad, condiciones geográficas y culturales del entorno del paciente para su adecuada atención. Se dará prelación a estas alternativas de atención, cuando los pacientes tengan limitaciones para asistir de manera presencial por su condición física o mental o en su desplazamiento por encontrarse localizado en zonas rurales o de difícil acceso y que requieran autorización de fórmulas médicas reiterativas.

**Parágrafo 1.** En los casos de hospitalización por causa de trastorno mental, no podrán desatenderse las demás patologías físicas que sufra el paciente. El tratamiento propenderá por la recuperación y atención integral.

**Parágrafo 2.** Para la prestación del servicio de urgencias, se debe atender a los usuarios con trastornos de salud mental con el debido enrutamiento y celeridad de acuerdo al sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias - triage y a los estándares internacionales sobre protocolos y tiempos de atención de esta población. Así mismo, se debe realizar el seguimiento del tratamiento por parte de la entidad prestadora de salud asignada.

**Parágrafo 3.** Se prohíben las conductas dilatorias o atribuibles a condiciones administrativas ajenas al paciente, que afecten su atención profesional y especializada, así como la continuidad que requiera el paciente en el marco de su tratamiento y control.

**Artículo 20°. Dispensación de medicamentos.** La entidad prestadora de salud deberá asegurar la continuidad del tratamiento de las personas con trastornos de salud mental, para lo cual no podrá suspender en ningún momento la formulación de medicamentos para el manejo de los mismos, salvo por decisión del médico tratante en coordinación con el paciente y su red de apoyo dentro del marco de rehabilitación.

Para la dispensación de medicamentos se:

- Garantizará su entrega a nivel nacional, para lo cual el Gobierno Nacional a través del SisPro, o el mecanismo que haga sus veces, definirá la ruta para que las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS, las Entidades Prestadoras de Salud - EPS, Personal de Salud, los dispensarios y farmacias autorizadas y los pacientes, puedan acceder a la orden médica y diagnóstico del paciente, para su efectivo tratamiento y control. De igual manera, la EPS no deberá requerir o exigir al paciente copia de la información que ya reposó sobre la historia clínica del mismo.
- Deberá contar con firma digital del médico tratante, donde sea posible, para la debida prescripción de exámenes, tratamientos y órdenes médicas que se considere necesarios.
- Deberá facilitar por parte de las EPS el trámite de las autorizaciones en un tiempo no mayor a las 24h de la prescripción, y facilitará de manera inmediata la autorización ante las entidades competentes

y prestadoras de los servicios de dispensación dentro del sistema que se desarrolle a partir de la presente disposición.

**d)** Garantizará la entrega de los medicamentos por el tiempo prescrito, aquellos tratamientos prescritos y catalogados como permanentes no podrán ser suspendidos so excusa de falta de actualización de la fórmula o autorización médica. En caso de escasez o desabastecimiento de medicamentos, el gobierno nacional deberá disponer lo pertinente para el reemplazo oportuno del medicamento más óptimo para el paciente.

**e)** Solicitará autorización para la prescripción de medicamentos o servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, con el fin de encontrar el mejor tratamiento posible para el manejo del paciente de salud mental de acuerdo con la particularidad del diagnóstico, si así el médico tratante lo considera basado en el principio de evidencia científica.

El paciente podrá cambiar de médico tratante sin perjuicio de la continuidad del diagnóstico, tratamiento y medicación, previo concepto del comité médico o de otro profesional especializado sobre la pertinencia de la continuidad del diagnóstico. Para lo cual los profesionales de la salud, podrán tener acceso a la historia clínica digital para el debido seguimiento.

**Parágrafo 1.** El Gobierno Nacional establecerá los procedimientos y reglamentación para la dispensación, con base en la historia clínica electrónica y la interoperabilidad de los sistemas de la red de salud, prestadores y dispensarios públicos y privados.

**Parágrafo 2.** Desde los niveles de atención primaria, y con respaldo de las entidades promotoras de salud o las que hagan sus veces, se contará con programas permanentes para el diagnóstico y seguimiento de pacientes en salud mental.

**Artículo 21°. Reglamentación y Vigencia.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las demás entidades respectivas al campo de aplicación, reglamentará lo establecido en la presente Ley en los siguientes 6 meses a la entrada en vigencia de la misma. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De la honorable Congressista:



ANA POLIZA AGUIRRE  
Senadora de la República  
Partido MIRA

**TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE**

**AL PROYECTO DE LEY N° 055 DE 2023 SENADO**

**“POR MEDIO DE LA CUAL SE FORTALECE LA LEY 1616 DE 2013 Y LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.**

**EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

**DECRETA**

**CAPÍTULO I**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1° Objeto.** El objeto de la presente ley es fortalecer la Política Nacional de Salud Mental, mediante la participación comunitaria, intersectorial y enfoques complementarios, para garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población colombiana por medio de la promoción de salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad al artículo 49 de la Constitución; con fundamento en los enfoques promocionales de calidad de vida, así como en los enfoques de curso de vida, territoriales, diferenciales, de género, derechos humanos, psicosociales, incluyendo tanto los determinantes sociales en salud como las estrategias y principios de la Atención Primaria en Salud; y dictar disposiciones relacionadas.

**Artículo 2°. Ámbito de Aplicación.** La presente ley deberá implementarse a nivel nacional con un enfoque de atención integral basada en la promoción de la salud y prevención universal, selectiva e indicada de los trastornos de salud mental, así como, en estilos de vida que propendan por el bienestar y la convivencia sociales. Así mismo, se aplicará sobre un enfoque de derechos humanos con especial atención en grupos vulnerables.

**Artículo 3°. Principios.** Además de los principios rectores ya establecidos en la normativa vigente sobre salud mental, y de los que la reglamentación periódica estime convenientes, se deberán orientar las acciones propuestas dentro de la Política Nacional de Salud Mental sobre los siguientes principios:

- Inclusión social y no discriminación por motivo de enfermedad mental.
- Prevención, atención integral y atención temprana.
- Protección especial de menores, personas con discapacidad y adultos mayores.

- Confidencialidad.
- Derecho a la atención e intervención psicológica, farmacológica o social según las necesidades, tanto en consulta externa como en hospitalización; y al debido diagnóstico.
- Fortalecimiento, formación y fomento continuo de la red de atención en salud mental, en los ámbitos público, privado, familiar, del tercer sector y de las entidades religiosas para la prevención y atención integral de pacientes y sus familias.
- Economía.
- Eficiencia y celeridad en los trámites.
- Acceso oportuno y claro a la información.
- Innovación y progresividad en la atención integral.
- Respeto irrestricto a la convicción espiritual y de conciencia del paciente y su red de apoyo.
- Respeto por parte de los profesionales de la salud al paciente y a su familia.

**Artículo 4°. Coordinación y gobernanza.** Para su implementación el Gobierno Nacional aplicará un enfoque de coordinación interinstitucional, intersectorial y de gobernanza que permita la amplia participación de autoridades del orden nacional y territorial, así como de organizaciones, de la ciudadanía en sus distintos espacios de diálogo y participación, redes, del Consejo Nacional de Salud Mental y los Consejos departamentales de salud mental, comités locales, municipales y departamentales; para lo cual desarrollará mecanismos de articulación y diálogo alrededor de la formulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.

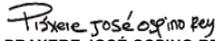
**CAPÍTULO II**

**FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN**

**Artículo 5°. Fomento de la formación y la Investigación en Salud Mental.** El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental o las entidades que hagan sus veces, coordinará con las demás entidades del Estado y entidades del sector

<p>privado el desarrollo de acciones para el fomento de la investigación en salud mental en Colombia, así como la capacitación y formación continua en la materia del talento humano en salud fortaleciendo así la atención primaria en salud.</p> <p><b>Parágrafo.</b> Asimismo, facilitará el acceso y difusión de material pedagógico en promoción, prevención, orientación y primeros auxilios psicológicos para la ciudadanía en general y los servidores públicos, promoviendo de esta manera la participación comunitaria.</p> <p><b>Artículo 6°. Actualización y elaboración de guías, protocolos y rutas de atención en salud.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, elaborará o actualizará los protocolos, guías y rutas de atención en salud que abarque la promoción y prevención, intervención, tamizaje paliación y orientación en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, las cuales deberán ser socializadas y acogidas de forma obligatoria para la formación, actualización periódica y atención en salud de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud competentes, incluso desde los niveles de atención de la salud no especializada o primaria. Los protocolos y guías se armonizarán con el reconocimiento de las libertades individuales, el derecho a la igualdad, el derecho a la libertad de conciencia y toma de decisiones.</p> <p><b>Artículo 7°. Caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación y apoyo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE o la entidad que haga sus veces, el Consejo Nacional de Salud Mental, el Observatorio Nacional de Salud Mental y las demás entidades que se considere necesario convocar, deberán recopilar, consolidar y reportar la información necesaria con el fin de adelantar una caracterización plena y continua del trastorno mental y de la salud mental en Colombia; con el fin de generar datos y evidencia de base sobre la carga de la enfermedad, la predictibilidad de la misma, los determinantes sociales de la salud, los factores de riesgo y los protectores; y demás información relevante para garantizar el bienestar físico y mental de la población colombiana, mediante el diseño e implementación de soluciones de acuerdo a la Política Nacional de Salud Mental y la atención integral en salud.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre las demás que se consideren necesarias, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá emitir un reporte anual, el cual será de conocimiento público sobre los avances en materia científica, de caracterización y</p>	<p>diagnóstico, así como de las acciones y recomendaciones para la formulación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Ciencia, Tecnología e innovación facilitará, apoyará y gestionará propuestas de investigación, con el fin de generar datos y evidencia que aporten al conocimiento del estado de la salud mental en Colombia. Así mismo, brindará un apoyo técnico frente a la metodología a tener en cuenta para el reporte que presentará el Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.</p> <p style="text-align: center;"><b>CAPITULO III</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, INTERSECTORIAL Y ENFOQUES COMPLEMENTARIOS EN LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL</b></p> <p><b>Artículo 8°. Apoyo comunitario y del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental.</b> En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 6 de la Ley 1616 de 2013, como de la normativa que la complementa o sustituya, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, y el Ministerio del Interior, determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar la participación de manera voluntaria del sector religioso y las facultades de psicología de las universidades públicas y privadas en los procesos de acompañamiento voluntario como parte de la prevención de los problemas y trastornos de salud mental en respeto a la voluntad de las personas, su red de apoyo y de las comunidades.</p> <p>En virtud del diálogo social multitemático e integral promovido por los actores comunitarios y del sector Interreligioso, las entidades mencionadas propenderán por la capacitación y participación voluntaria para promover la generación de entornos y factores protectores y de prevención para la comunidad. Con este fin el Gobierno Nacional desarrollará:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La formación en primeros auxilios psicológicos, para el reconocimiento de signos de alerta y socialización de rutas para acceder al sistema de salud y a la oferta institucional para la promoción de la salud mental, prevención del suicidio, otros trastornos y el consumo de sustancias psicoactivas, de manera prevalente en instituciones educativas públicas y privadas, de educación primaria y secundaria, con participación de los padres de familia.</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>2. La difusión y fácil acceso a la Estrategia Nacional de la Prevención de la Conducta Suicida, como a las rutas de atención en salud mental; con enfoque prioritario en los niños, niñas y adolescentes.</li> <li>3. La articulación entre la nación, el territorio y las comunidades en coordinación con las Secretarías de Salud departamentales, municipales y distritales con los Comités Locales de Libertad Religiosa, instituciones educativas y demás instancias comunitarias.</li> <li>4. El acompañamiento en campañas que promuevan el autocuidado y autoestima, con especial atención a mujeres, niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad y adultos mayores.</li> </ol> <p>Con el fin que ayuden a articular el rol social de estos actores y sectores con las estrategias de prevención y promoción en salud mental con la población.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Para efectos de la presente disposición, se podrá armonizar con lo dispuesto en las políticas públicas de libertad religiosa a nivel nacional y territorial. De igual forma se podrá articular con los actores, sectores, comités de libertad religiosa, redes, y espacios de participación que hacen parte de esta, de conformidad al artículo 3° de la presente ley y del Decreto 437 de 2018, y demás disposiciones que lo complementen o sustituyan.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El Gobierno Nacional coordinará con los entes del nivel nacional y autoridades territoriales, la armonización de la presente ley y de la Política Nacional de Salud mental con el Plan Nacional de Orientación Escolar, los Centros de Escucha, las Zonas de Orientación; y demás estrategias comunitarias que fomenten las acciones de promoción, prevención, atención, servicios y oportunidades para mejorar la calidad de vida de las comunidades.</p> <p><b>Artículo 9°. Estudio del Impacto de las Acciones Intersectoriales y Comunitarias en la salud mental.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social <b>solicitará información</b> al Ministerio del Interior, el Departamento Nacional de Planeación - DNP y el DANE, para desarrollar estudios <b>periódicos</b> que permitan identificar, determinar y reconocer el impacto de los diferentes actores comunitarios, organizaciones, sectores económico, social, religioso, académico o de otra índole en materia de salud mental y el aporte al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Para el desarrollo de los estudios periódicos se podrá realizar convenios con entidades públicas, privadas y/o de cooperación internacional para su realización, conforme a los criterios técnicos que se definan para dichos efectos.</p>	<p><b>Artículo 10°. Economía del Cuidado.</b> El Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos multidisciplinares e interdisciplinares encaminados al reconocimiento, la formalización y fomento de la economía del cuidado, así como para el apoyo a los cuidadores y al entorno familiar.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Ministerio de Salud y Protección social y el Consejo Nacional de Salud Mental con el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, como con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales y departamentales, coordinarán el análisis de la prestación de servicios de salud y conexos, para determinar la demanda social; así como el desarrollo de objetivos y metas en la materia, a fin de integrarlos con la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, el acceso a bienes y servicios complementarios podrá ser suministrado por parte de las EAPB, previo cumplimiento de los requisitos de autorización de prestación de los mismos de acuerdo a los procedimientos legales y reglamentarios establecidos, la evidencia científica que los sustente y la justificación del especialista en el área de la salud. El Ministerio de Salud deberá reglamentar la asignación presupuestal que corresponda a este servicio, formas y periodos de pago.</p> <p><b>Artículo 11°. Deporte como factor protector de la Salud Mental.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio del Deporte, las Secretarías de Educación y las entidades territoriales a nivel nacional, departamental y municipal, incluirán en sus planes de desarrollo metas que propendan por el fomento del deporte, la actividad física, las actividades lúdicas y el aprovechamiento del tiempo libre en los diferentes ciclos de la vida, beneficiando así a la población residente en Colombia en el fortalecimiento y optimización de los procesos cognitivos y emocionales.</p> <p><b>Artículo 12°. Inclusión Social.</b> El Gobierno Nacional emitirá reconocimiento para las empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones del tercer sector y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las personas sujetos de la Política de Salud Mental.</p> <p>Las entidades territoriales estarán autorizadas para realizar reconocimientos públicos a empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones del tercer sector y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las personas sujetos de la Política de Salud Mental. Así mismo, podrán incluir en sus planes de desarrollo metas de inclusión social para los pacientes en rehabilitación en salud mental y sus cuidadores.</p> <p style="text-align: center;"><b>CAPITULO IV</b></p> <p style="text-align: center;"><b>FORTALECIMIENTO EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN POBLACIONES VULNERABLES</b></p>

<p><b>Artículo 13°. Atención Especial al Adulto Mayor.</b> El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental, o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales y departamentales, acciones dirigidas a la inclusión del adulto mayor en programas permanentes para la prevención y atención integral de trastornos mentales, con especial énfasis en diagnósticos de deterioro cognoscitivo y demencias; así como el apoyo en la creación de hábitos activos de vida saludable, la actividad física y cognitiva para acrecentar su bienestar y su habilitación psicosocial; en reconocimiento y procura de orientación inclusiva y voluntaria como agentes activos de su familia, comunidad y de la sociedad en general.</p> <p><b>Artículo 14°. Habitabilidad de calle y enfermedad mental.</b> De conformidad a la Ley 1641 de 2013, y complementarias; el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, estrategias para atender a las personas en condición de habitabilidad de calle con enfermedad mental, por dependencia a sustancias psicoactivas, o por causa de la misma enfermedad; y prestar la atención integral a esta población, de acuerdo a los parámetros establecidos en la presente ley y complementarias. Igualmente podrán establecer convenios con entidades públicas, privadas y de cooperación, para la debida atención, inclusión social y acompañamiento de los pacientes en condición de habitabilidad de calle.</p> <p>Para la atención por urgencias de trastornos mentales de las personas en condición de habitabilidad de calle, de conformidad al artículo 11 de la ley 1996 de 2019, la IPS podrá solicitar a la Defensoría del Pueblo o a la Personería, la valoración de apoyos para el acompañamiento al paciente en la atención de urgencias, tratamiento, diagnóstico y seguimiento.</p> <p><b>Artículo 15°. Orientación a connacionales.</b> El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces y el Ministerio de Relaciones Exteriores, coordinarán las acciones pertinentes para orientar a los connacionales, sobre las rutas de acceso a atención psicosocial desde el exterior; así como para garantizar la difusión de la oferta sobre prevención y atención integral de enfermedad mental en Colombia y en el país de acogida.</p> <p><b>Artículo 16°. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas.</b> La entidad rectora de la Política de Salud Mental incluirá acciones para brindar atención en salud mental a las personas en proceso de tratamiento y/o desintoxicación de sustancias psicoactivas, quienes podrán recibir asistencia espiritual en su proceso en respeto a su voluntariedad</p>	<p>y a su creencia, en articulación con la normativa vigente en materia de consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera, se contemplará la orientación y la atención en salud mental para el núcleo familiar de quien presente dependencia a sustancias psicoactivas.</p> <p>Las entidades encargadas de la política de consumo de sustancias psicoactivas deberán dar aviso inmediato al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en los casos de afectación directa o indirecta de menores de edad dentro del núcleo familiar en atención, para que esta entidad realice los seguimientos y procesos correspondientes.</p> <p><b>Artículo 17°. Prevención de la adicción.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el INVIMA y el Consejo Nacional de Salud Mental, las EAPB e IPS desarrollará campañas de prevención y evaluación continua ante la prescripción de tratamientos, o medicamentos que repercutan en el desarrollo de trastornos mentales como efecto secundario de su uso. Con este fin publicará un listado anual de alertas sobre el uso y limitaciones del uso prolongado de determinados medicamentos; junto con el llamado al consumo y prescripción responsable de medicamentos que generen dependencia o efectos secundarios sobre la salud mental.</p> <p style="text-align: center;"><b>CAPÍTULO V</b></p> <p style="text-align: center;"><b>RED ATENCIÓN EN SALUD, ATENCIÓN, EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS</b></p> <p><b>Artículo 18°. Red de atención en salud mental.</b> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinará con las demás entidades del Estado, entidades territoriales y autoridades municipales y departamentales, el estudio y evaluación de la demanda en la atención ambulatoria, de urgencias y de hospitalización por problemas o trastornos de salud mental, así como de tratamiento, de cuidado y atención psicológica y social en todo el territorio nacional, con el fin de establecer las metas a cubrir, sin perjuicio de las que además se definan, en materia de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Talento humano suficiente en salud para cubrir la demanda.</li> <li>2. Personal de apoyo cualificado.</li> </ol>
<p>3. Centros o instalaciones de atención en salud mental especializados necesarios.</p> <p>Para fortalecer y garantizar una red de atención en salud humanizada y con calidad en esta materia.</p> <p><b>Artículo 19°. Derecho a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento.</b> En concordancia de los derechos de las personas consagrados en el artículo 6° de la Ley 1616 de 2013, las entidades del Sistema de Salud deberán garantizar el derecho a la efectiva promoción y acceso a programas de prevención, convivencia y psicoeducación, la planeación e intervención psicológica y social relacionada al trastorno de salud mental y su cuidado.</p> <p>Los exámenes diagnósticos, medidas terapéuticas y citas necesarias deberán ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Suministrados de forma cèlebre y oportuna por la entidad prestadora de salud dentro de los términos que defina el profesional de la salud, asegurando el acceso efectivo a promoción, prevención, tratamiento y diagnóstico del trastorno de salud mental, especialmente para quienes ingresen por atención de urgencias;</li> <li>b) Efectivamente registrados en la historia clínica electrónica interoperable para la debida caracterización y seguimiento de los pacientes.</li> <li>c) Agendados de forma oportuna en ambos regímenes. Las EPS o quien haga sus veces, mantendrán las agendas abiertas para la asignación de citas durante todo el año, en caso de requerirse autorización previa para la cita, la respuesta de la EPS no podrá exceder los 5 días hábiles desde el momento de la radicación.</li> </ol> <p>En los casos donde el profesional de la salud tratante, de acuerdo con la condición clínica del paciente, defina un tiempo específico para la atención por especialista, la EPS realizará la gestión correspondiente para asignar la cita dentro dichos tiempos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>d) Dispuestos en canales de atención virtual, telefónicos y físicos para el agendamiento de citas.</li> <li>e) Habilitados en canales de atención como la telemedicina o alternativas a la atención presencial, sin perjuicio de la misma, con el fin de facilitar el acceso al derecho fundamental a la salud, al diagnóstico y tratamiento efectivo en todo el país, considerando la afinidad,</li> </ol>	<p>condiciones geográficas y culturales del entorno del paciente para su adecuada atención. Se dará prelación a estas alternativas de atención, cuando los pacientes tengan limitaciones para asistir de manera presencial por su condición física o mental o en su desplazamiento por encontrarse localizado en zonas rurales o de difícil acceso y que requieran autorización de fórmulas médicas reiterativas.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> En los casos de hospitalización por causa de trastorno mental, no podrán desatenderse las demás patologías físicas que sufra el paciente. El tratamiento propenderá por la recuperación y atención integral.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Para la prestación del servicio de urgencias, se debe atender a los usuarios con trastornos de salud mental con el debido enrutamiento y celeridad de acuerdo al sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias - triage y a los estándares internacionales sobre protocolos y tiempos de atención de esta población. Así mismo, se debe realizar el seguimiento del tratamiento por parte de la entidad prestadora de salud asignada.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> Se prohíben las conductas dilatorias o atribuibles a condiciones administrativas ajenas al paciente, que afecten su atención profesional y especializada, así como la continuidad que requiera el paciente en el marco de su tratamiento y control.</p> <p><b>Artículo 20°. Dispensación de medicamentos.</b> La entidad prestadora de salud deberá asegurar la continuidad del tratamiento de las personas con trastornos de salud mental, para lo cual no podrá suspender en ningún momento la formulación de medicamentos para el manejo de los mismos, salvo por decisión del médico tratante en coordinación con el paciente y su red de apoyo dentro del marco de rehabilitación.</p> <p>Para la dispensación de medicamentos se:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Garantizara su entrega a nivel nacional, para lo cual el Gobierno Nacional a través del SisPro, o el mecanismo que haga sus veces, definirá la ruta para que las Instituciones Prestadoras de Salud - IPS, las Entidades Prestadoras de Salud - EPS, Personal de Salud, los dispensarios y farmacias autorizadas y los pacientes, puedan acceder a la orden médica y diagnóstico del paciente, para su efectivo tratamiento y control. De igual manera, la EPS no deberá requerir o exigir al paciente copia de la información que ya reposó sobre la historia clínica del mismo.</li> </ol>

<p>b) Deberá contar con firma digital del médico tratante, donde sea posible, para la debida prescripción de exámenes, tratamientos y órdenes médicas que se considere necesarios.</p> <p>c) Deberá facilitar por parte de las EPS el trámite de las autorizaciones en un tiempo no mayor a las 24h de la prescripción, y facilitará de manera inmediata la autorización ante las entidades competentes y prestadoras de los servicios de dispensación dentro del sistema que se desarrolle a partir de la presente disposición.</p> <p>d) Garantizará la entrega de los medicamentos por el tiempo prescrito, aquellos tratamientos prescritos y catalogados como permanentes no podrán ser suspendidos so excusa de falta de actualización de la fórmula o autorización médica. En caso de escasez o desabastecimiento de medicamentos, el gobierno nacional deberá disponer lo pertinente para el reemplazo oportuno del medicamento más óptimo para el paciente.</p> <p>e) Solicitará autorización para la prescripción de medicamentos o servicios de salud no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, con el fin de encontrar el mejor tratamiento posible para el manejo del paciente de salud mental de acuerdo con la particularidad del diagnóstico, si así el médico tratante lo considera basado en el principio de evidencia científica.</p> <p>El paciente podrá cambiar de médico tratante sin perjuicio de la continuidad del diagnóstico, tratamiento y medicación, previo concepto del comité médico o de otro profesional especializado sobre la pertinencia de la continuidad del diagnóstico. Para lo cual los profesionales de la salud, podrán tener acceso a la historia clínica digital para el debido seguimiento.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> El Gobierno Nacional establecerá los procedimientos y reglamentación para la dispensación, con base en la historia clínica electrónica y la interoperabilidad de los sistemas de la red de salud, prestadores y dispensarios públicos y privados.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> Desde los niveles de atención primaria, y con respaldo de las entidades promotoras de salud o las que hagan sus veces, se contará con programas permanentes para el diagnóstico y seguimiento de pacientes en salud mental.</p> <p><b>Artículo 21°. Reglamentación y Vigencia.</b> El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las demás entidades respectivas al campo de aplicación, reglamentará lo establecido en la presente Ley en los siguientes 6 meses a la entrada en vigencia de la misma. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Comisión Séptima Constitucional Permanente</b></p> <p><b>LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA.</b> - Bogotá D.C., a los ocho (8) días del mes de noviembre del año dos mil veintitrés (2023) - En la presente fecha se autoriza la <b>publicación en Gaceta del Congreso de la República</b>, Informe de Ponencia para Segundo Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Segundo Debate.</p> <p><b>INFORME DE PONENCIA PARA: SEGUNDO DEBATE</b>  <b>NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY:</b> 055/2023 SENADO  <b>TÍTULO:</b> "POR MEDIO DE LA CUAL SE FORTALECE LA LEY 1616 DE 2013 Y LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".  <b>INICIATIVA:</b> HH.SS ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA, MANUEL VIRGUEZ PIRAKUIVE, CARLOS EDUARDO GUEVARA VILLABÓN, H.R. IRMA LUZ HERRERA RODRÍGUEZ.  <b>RADICADO:</b> EN SENADO: 01-08-2023 EN COMISIÓN: 15-08-2023  <b>PONENTE:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">PONENTE SEGUNDO DEBATE</th> </tr> <tr> <th>SENADORA</th> <th>ASIGNADO (A)</th> <th>PARTIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA</td> <td>PONENTE ÚNICA</td> <td>MIRA</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>NÚMERO DE FOLIOS:</b> SETENTA Y TRES (73)  <b>RECIBIDO EL DÍA:</b> SIETE (7) DE NOVIEMBRE DE 2023.  <b>HORA:</b> 17.38 P.M.</p> <p>Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.</p> <p>El secretario,</p> <div style="text-align: center;">   <b>PRAXERE JOSÉ OSPINO REY</b>                  Secretario General Comisión Séptima                  Senado de la República             </div>	PONENTE SEGUNDO DEBATE			SENADORA	ASIGNADO (A)	PARTIDO	ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA	PONENTE ÚNICA	MIRA
PONENTE SEGUNDO DEBATE										
SENADORA	ASIGNADO (A)	PARTIDO								
ANA PAOLA AGUDELO GARCÍA	PONENTE ÚNICA	MIRA								

**CONTENIDO**

Págs.

Gaceta número 1567 - Miércoles, 8 de noviembre de 2023

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Informe de ponencia negativa para primer debate al Proyecto de Ley número 53 de 2023 Senado, por medio de la cual se modifica el artículo 430 del Código Sustantivo del Trabajo, prohibición de la huelga en los servicios públicos esenciales.....	1
Informe de ponencia positiva para segundo debate, texto propuesto y texto aprobado al Proyecto de Ley número 55 de 2023 Senado, por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.....	6