REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXXIII - Nº 949 Bogotá, D. C., miércoles, 19 de junio de 2024 EDICIÓN DE 18 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

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE EN CÁMARA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 424 DE 2024 CÁMARA, 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.

Bogotá, D.C. 18 de junio de 2024

Honorable Representante:
MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE
Presidenta
Comisión VII Constitucional Permanente
Cámara de Representantes

Asunto: INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE EN CÁMARA DEL PROYECTO DE LEY No. 424 DE 2024 CÁMARA – 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".*

Respetada presidenta:

De acuerdo a la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, según lo dispuesto en la Constitución Política y en los artículos 150 y 153 la Ley 5ta de 1992, nos permitimos rendir informe de ponencia positiva para Primer Debate en Cámara al **PROYECTO DE LEY No. 424 DE 2024 CÁMARA – 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".*

De los Honorables Representantes,

GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

JUAN CAMILO LONDOÑO
Ponente
Representante a la Cámara

GERMÁN JOSÉ GÓMEZ
Ponente
Representante a la Cámara

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY 424 DE 2024 CÁMARA – 055 DE 2023 SENADO

Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los Honorables miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, procedemos a desarrollar el informe de ponencia en el siguiente orden:

1. Antecedentes y trámite legislativo
2. Objeto del proyecto
3. Exposición de motivos
3.1 Situación mundial
3.2 Los trastornos mentales más incapacitantes
3.3 La salud mental luego de la pandemia
3.4 Suicidio en Colombia: Mortalidad latente y preocupante, especialmente en menores de edad y adultos mayores
3.5 Trastorno de salud mental en Colombia
3.6 Antecedentes en cifras
3.7 La salud mental durante la pandemia por el COVID – 19
3.8 La salud mental de los migrantes
3.9 La salud mental y la resiliencia como aporte del sector religioso
3.10 La Salud mental y el Deporte
3.11 Los cuidadores
4. Contenido del Proyecto de Ley
5. Pliego de modificaciones
6. Fundamentos jurídicos
7. Impacto fiscal
8. Circunstancias o eventos que pueden generar posibles conflictos de intereses
9. Bibliografía
10. Proposición
11. Texto propuesto para primer debate

1. ANTECEDENTES Y TRÁMITE LEGISLATIVO

La iniciativa objeto de estudio es de origen parlamentario, radicada en el Congreso de la República el día 1 de agosto de 2023, por parte la Bancada del Partido Político MIRA conformada por los Honorables Senadores Ana Paola Agudelo, Manuel Virgüez Piraquive, Carlos Eduardo Guevara Villabón y la Representante a la Cámara Irma Luz Herrera, fue publicado en la Gaceta del Congreso número 999 de agosto de 2023.

Una vez surtidos los debates en el Senado de la República, conforme a lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992 hizo tránsito a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, donde su Mesa Directiva, mediante oficio No. 3.7-472-24 del 30 de mayo de 2024, designó como Coordinador Ponente al H. R Germán Rogelio Rozo Anís y como Ponentes a los H.R Juan Camilo Londoño Barrera y Germán José Gómez López, con el fin de rendir el presente informe de ponencia para primer debate.

Iniciativas previas

El presente proyecto de Ley fue radicado previamente por los mismos autores, en cuyo trámite incorporaron las recomendaciones presentadas por la comunidad desde distintas regiones, y en especial por expertos, entre quienes se destaca el Colegio Colombiano de Psicólogos. Durante su trámite realizaron una mesa técnica con la Asociación Colombiana de Psiquiatría quienes dieron a conocer sus observaciones para ser incluidas dentro del proyecto.
El proyecto fue archivado por términos 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.

2. OBJETO DEL PROYECTO

El objeto del presente proyecto de 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.

3. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

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).

3.1 Situación Mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define 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.

La salud mental es el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, 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.

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).

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).

3.2 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).

3.3 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 (ibíd.):

- 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 (ibíd., 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 amplía, 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*".

3.4 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 etario, 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.

Al mes de julio de 2023, Medicina Legal reportó un 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.

Tabla 1

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 mas)	43	285	352	72	752
Por determinar	2	-	-	-	2
Total	13.341	8.301	3.595	2.835	28.072

Fuente: Instituto Colombiano de Medicina Legal (2022)

Tabla 2

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
Total	7.962	4.792	2.147	1.810	16.711

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

Tabla 3

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)

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.*

3.6 Antecedentes en cifras

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 100.0 (DANE, 2019). Las 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).

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 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.

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).

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).

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 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).

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).

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.

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.

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%.

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:

- Aumento coordinación intersectorial.
- Fortalecimiento entornos sociales y Desarrollo de competencia socioemocionales
- Fortalecimiento del talento humano en salud.

3.5 Trastorno de salud mental en Colombia

Si bien, en determinados períodos 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 el 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

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.

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.

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.

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.

Personas Atendidas por Salud Mental:
2019 - 2.437.732
2020 - 1.880.928
Junio 2021 - 917.535

N° Eventos Atendidos por Salud Mental:
2019 - 7.265.485
2020 - 6.553.789
Junio 2021 - 2.344.873

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.

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 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.

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.

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.
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.

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.

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.

3.7 La salud mental durante la pandemia por el COVID - 19

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)

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 agravarán afectando también la salud mental de los pacientes 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 Molinares 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 ha 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).

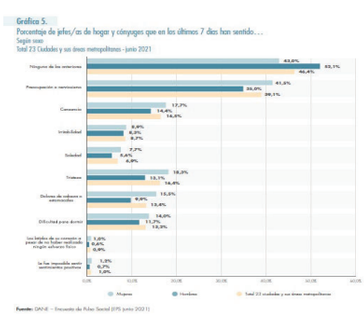
Es importante resaltar que las consultas neurológicas se incrementaron en más de un 35%, pero entre el 60 y el 70% de los pacientes no asistieron a consulta y el 50% tuvo dificultades para reclamar sus medicamentos. Es así como los casos de dolor de cabeza como la migraña y la cefalea tensional aumentaron 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.

Tabla 4



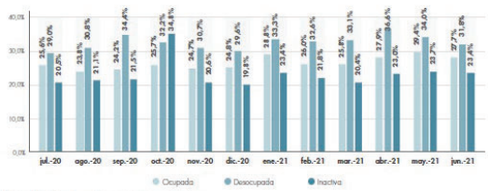
Al observar los resultados de manera desagregada por sexo se puede afirmar que, durante todos los meses analizados han sido las mujeres jefas de hogar quienes más han experimentado sentimientos de "preocupación o nerviosismo" en comparación con los hombres, al presentar mayores porcentajes de reporte.

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.

Tabla 5

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

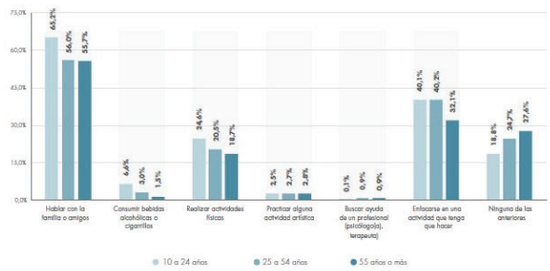


Fuente: DANE- Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH, mayo
Nota: El dominio total nacional no incluye a la población de los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada y San Andrés

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:

Tabla 6

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 Pulso 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.

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 pos pandemia, 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 centros de trabajo y quienes laboran en trabajo remoto y a distancia.

3.8 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).

3.9 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).

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.** 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 Universidad 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.

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

Tabla 6



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

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, se ha nutrido con todos los resultados que se han dado desde las distintas modalidades de apoyo que han surgido de las comunidades religiosas.*
5. *De manera que se tiene no sólo un propósito común, sino una experiencia que se ha logrado a través de las comunidades religiosas en particular y una evidencia que podemos fortalecer para poder llegar a este propósito común.*
6. *Se tienen acuerdos conceptuales relacionados con el desarrollo de capacidades y su importancia para la salud mental; del efecto protector que tienen las redes de apoyo y que cuando se asocian a una afiliación espiritual y a una serie de recursos para nutrir la vida espiritual, resultan ser protectores.*
7. *Se resalta también el papel central que tienen las comunidades religiosas en el apoyo a las familias y en la comprensión del rol que tienen para generar habilidades socioemocionales y en mejorar los niveles de involucramiento parental, participando conjuntamente de iniciativas que justamente fomenten este tipo de habilidades en las comunidades.*
8. *A la par de ese propósito común, de la experiencia que tienen las comunidades para ser multiplicadoras, se puede potenciar este relacionamiento con el sector salud para, sobre todo, para potenciar esta experiencia, implementar intervenciones basadas en la evidencia, garantizar la calidad de estas intervenciones y avanzar hacia esto que queremos, que es poder, no sólo implementar las acciones, sino poder que sirvan de sustento para generar nueva evidencia. Esto es fundamental porque le va a permitir a otras instancias e incluso a otras comunidades de otros territorios el poder replicar experiencias exitosas.*
9. *Es un punto de partida muy importante para afianzar lo que propone la estrategia nacional de prevención de la conducta suicida, reconociendo y nutriéndose de toda la experiencia que tienen las comunidades religiosas y, sobre todo, de esta voluntad conjunta de trabajar en pro de las personas, las familias y las comunidades.*

10. Es una enorme y valiosa oportunidad poder contar con esta participación activa y seguir haciendo crecer las experiencias como la que ya hemos tenido en formación de la primera ayuda psicológica, dando pasos más adelante, en la implementación de estrategias estructuradas y programáticas que se vinculen a las distintas instancias y mecanismos que existen en los distintos territorios.

Por otro lado, el documento de memorias del *IV Coloquio. La prevención del suicidio: El rol del sector religioso*, destaca una síntesis de las ventajas de integrar al sector religioso en las acciones de salud mental, a continuación, se mencionan algunas de ellas:

- La capacidad del sector de llegar a muchas personas.
- Se trata de un sector multiplicador de alcance y realización de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles ODS.
- Está entre su misma causa social el trabajo por prevención de suicidio.
- Las organizaciones religiosas también cuentan con organizaciones de tipo social y otras con alcance en materia de salud, educación donde pueden contribuir a la promoción de la salud mental.
- Pueden articularse mediante la ya vigente Política Pública de Libertad Religiosa.

Así mismo, el documento de memorias del Coloquio menciona la intervención de la Primera Autoridad Proyecto ODS-PNU, Dra. Martha Ruiz, quien en el desarrollo de su ponencia hace énfasis en la caracterización del sector religioso en los departamentos de Cundinamarca, Bolívar, Valle del Cauca, Risaralda y Norte de Santander; destacando que el 70% de las organizaciones religiosas en estos 5 departamentos consideran y abordan como una de las más importantes problemáticas el suicidio y depresión.

Tabla 7



Teniendo en cuenta su aporte en este tema, se encuentran directamente ligados las metas e indicadores de la agenda 2030 en el tema de salud ODS 3, puntualmente en el 3.4.1 "lograr la reducción a una tercera parte la tasa de suicidio", y 3.5.1 porcentaje de personas atendidas en términos de salud mental y de drogadicción, aquí se destaca el aporte del sector religioso a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y el apoyo que brinda a las familias.

Las memorias destacan las cifras presentadas sobre la labor del Sector Religioso durante la pandemia, sobresaliendo un número cercano a *554000 acompañamientos en temas de depresión, suicidio, divorcios y adicciones;* en ese contexto, *el 45% de las entidades religiosas estuvieron en la pandemia trabajando fuertemente en la atención y prevención del suicidio* (*p.13).*

Para finalizar este aparte, es preciso mencionar que las organizaciones del sector religioso tienen un rol multiplicador, se destacan como un factor protector, consolidador de la resiliencia mediante la acción, y actor clave en la estrategia de prevención de la conducta suicida, siendo ese evento uno de los desenlaces más críticos en materia de salud mental. Partiendo de ello, un enfoque complementario que además del deporte, el acompañamiento a los cuidadores, la terapia psicológica, entre otros, incluya el aporte de las organizaciones religiosas, permite potenciar desde el marco comunitario el alcance de las distintas estrategias de salud mental desarrolladas por el Estado, todo ello bajo la garantía y respeto de la libertad de confesar o no una religión o creencia.

3.10 La Salud mental y el Deporte

El estado de ánimo de una persona incide en otros ámbitos de su vida, por ejemplo, la psicología del deporte ha señalado que se debe comprender mejor la relación entre mente y cuerpo, pues se ha observado que hay trastornos que influyen en el rendimiento deportivo. De igual manera, se ha identificado que el ambiente deportivo puede ser un ámbito donde las personas sometidas a un alto nivel competitivo pueden experimentar situaciones como: síndrome de sobre entrenamiento, depresión, trastornos alimenticios, y adicciones (Discapnet, retomando www.ashisports.es).

Por otra parte, el portal de la Universidad de la Sabana destaca que, para promover una buena salud mental, es necesario incentivar la actividad física regular, una alimentación saludable y buenos espacios de soporte familiar y social. Sugiriendo además que "las personas que practican ejercicio de manera regular tendrán beneficios sobre su salud física y un impacto favorable sobre su salud mental" (Universidad de la Sabana, 2021).

Coherente con lo anterior, *estudios recientes han demostrado que el deporte y el ejercicio físico produce beneficios psicológicos y sociales, siendo importantes tanto a nivel terapéutico, como preventivo, produciendo un aumento de la autoconfianza, sensación de bienestar y mejora del funcionamiento cognitivo. Lo que impacta de manera positiva la salud mental, la calidad de vida, los estados emocionales y el autoconcepto; así como, disminuciones en los niveles de ansiedad, depresión y estrés* (Barbosa, 2016).

Cada vez vemos, como la actividad física se vuelve parte de la cotidianidad de la población, muchos de ellos incursionan en el mismo buscando mantenerse en forma o bajar de peso, sin embargo, a 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).

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 el riesgo de padecer enfermedades mentales en los individuos suficientemente activos (los que se situaban en niveles altos o moderados de ejercicio) se reducía más de un 50 por ciento cuando se comparaba con los insuficientemente activos.

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.

La Viceministra del Deporte, 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, emprendiminto 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.

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 los suicidios, por eso es muy importante prevenir.

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.

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.

3.11 Los cuidadores

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.

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)

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 & Pamela, 2016).

4. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de Ley consta de 23 artículos, incluida la vigencia, siendo estos:

- **Artículo 1°** Objeto.
- **Artículo 2º.** Ámbito de Aplicación.
- **Artículo 3°**. Principios.
- **Artículo 4°.** Coordinación y gobernanza.
- **Artículo 5°.** Fomento de la formación, la Investigación y la participación comunitaria.
- **Artículo 6.** Actualización y elaboración de guías y protocolos y rutas de atención en salud.
- **Artículo 7.** Caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental.
- **Artículo 8°.** Apoyo comunitario y 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°.** El deporte como factor protector de la Salud Mental.
- **Artículo 12.** Inclusión social.
- **Artículo 13°.** Atención Especial al Adulto Mayor.
- Red de atención en salud mental.
- **Artículo 14°**. Habitabilidad de calle y enfermedad mental.
- **Artículo 15°**. Orientación a connacionales.
- **Artículo 16°**. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas.
- **Artículo 17°**. Prevención de la adicción.
- **Artículo 18°.** Red de atención en salud mental
- **Artículo 19°**. Derecho a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento
- **Artículo 20°.** Dispensación de medicamentos
- **Artículo 21°:** Atención en salud mental para personas privadas de la libertad
- **Artículo 22 °:** Reglamentación
- **Artículo 23°:** Vigencia.

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO APROBADO EN PLENARIA DE SENADO	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE CÁMARA	OBSERVACIÓN
"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**	**"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~~ COLOMBIA, DECRETA**	Se corrige el título con base en lo que dispone el artículo 193 de la Ley 5ta de 1992, en el cual se establece la forma de cómo deben titularse las leyes expedidas por el Congreso de la República.
CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES	**CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES**	Sin cambios
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 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.	Sin cambios
Artículo 2º. 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 2º. Ámbito de Aplicación.** La presente ley ~~deberá~~ **se** implementar~~se~~ 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,~~ **igualmente,** se aplicará sobre un enfoque de derechos humanos con especial atención en grupos vulnerables.	Se hacen cambios de forma.
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. **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. **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. **g)** Economía. **h)** Eficiencia y celeridad en los trámites. **i)** Acceso oportuno y claro a la información. **j)** Innovación y progresividad en la atención integral. **k)** Respeto irrestricto a la convicción espiritual y de	**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. **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. **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. **g)** Economía. **h)** Eficiencia y celeridad en los trámites. **i)** Acceso oportuno y claro a la información. **j)** Innovación y progresividad en la atención integral.	Sin cambios

conciencia del paciente y su red de apoyo. **l)** Respeto por parte de los profesionales de la salud al paciente y a su familia.	**k)** Respeto irrestricto a la convicción espiritual y de conciencia del paciente y su red de apoyo. **l)** 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.	**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.	Sin cambios
CAPÍTULO II **FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN**	**CAPÍTULO II** **FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS EN SALUD MENTAL Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN**	Sin cambios
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 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 a toda la atención integral de salud; para lograr este objetivo en el marco de la autonomía universitaria se articulará con las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas en los diferentes territorios del país. **Parágrafo.** 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.	**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 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 a toda la atención integral de salud~~;~~ .~~P~~**P**ara lograr este objetivo en el marco de la autonomía universitaria se articulará con las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas ~~en los diferentes territorios~~ del país. **Parágrafo.** ~~Asimismo,~~ **Se** facilitará el acceso y difusión de material pedagógico ~~en~~ **relacionado con la** promoción, prevención, orientación y primeros auxilios psicológicos para la ciudadanía en general y los servidores públicos, promoviendo de esta manera la participación comunitaria.	Se realizan cambios de forma para mejorar la redacción
Artículo 6º. Actualización y elaboración de guías, protocolos y rutas de atención en salud. 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 y paliación integral y orientación en salud mental, trastornos de la conducta alimentaria y riesgos del 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.	**Artículo 6º. Actualización y elaboración de guías, protocolos y rutas de atención en salud.** 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 y paliación integral y orientación en salud mental, trastornos de la conducta alimentaria y riesgos del 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.	Sin cambios
Artículo 7º. Caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental. 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. **Parágrafo 1.** 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. **Parágrafo 2.** 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.	**Artículo 7º. Caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental.** 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. **Parágrafo 1.** 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. **Parágrafo 2.** 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.	Se realiza un cambio de forma.
CAPÍTULO III **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA,**	**CAPÍTULO III** **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA,**	Sin cambios

INTERSECTORIAL y ENFOQUES COMPLEMENTARIOS EN LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL	**INTERSECTORIAL y ENFOQUES COMPLEMENTARIOS EN LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL**	
Artículo 8°. Apoyo comunitario y del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental. 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. 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. En virtud del diálogo social multitemático e integral promovido por los actores comunitarios y del sector Interreligioso, en concordancia con la ley 133 de 1994; 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: 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. 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. 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. 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. 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. **Parágrafo 1.** 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. **Parágrafo 2.** 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.	**Artículo 8°. Apoyo comunitario y del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental.** ~~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,~~ e**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 **Nacional** y el Ministerio del Interior, ~~determinarán y~~ desarrollarán **conjuntamente** las acciones pertinentes **para que las Instituciones de educación superior y el sector religioso puedan hacer parte, de manera voluntaria, de las estrategias de prevención de los problemas y trastornos de salud mental implementadas por el Gobierno Nacional, con el fin de brindar un efectivo acompañamiento a los miembros de sus comunidades y teniendo en cuenta el respeto irrestricto a la voluntad de participación de las personas.** ~~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.~~ 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. En virtud del diálogo social multitemático e integral promovido por los actores comunitarios y del sector Interreligioso, en concordancia con la ley 133 de 1994~~;~~ ~~:~~ 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: 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. 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. 3. La articulación entre la ~~n~~**N**ación, el territorio y las comunidades en coordinación con las Secretarías de Salud departamentales, municipales y distritales con los Comités Locales de Libertad Religiosa, ~~i~~**I**nstituciones e**E**ducativas y demás instancias comunitarias. 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. ~~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.~~ **Parágrafo 1.** 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. **Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional coordinará con los entes del nivel nacional y **las** 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.	Se modifica la parte inicial del artículo para simplificarlo, según lo coordinado con los autores del proyecto de ley. Se hacen también modificaciones de forma en el resto del artículo. Se suprime un inciso por reiterativo.
Artículo 9º. Estudio del Impacto de las Acciones Intersectoriales y Comunitarias en la salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social **solicitará información** al Ministerio del Interior, el Departamento Nacional de Planeación - DNP y el DANE, para desarrollar estudios **periódicos** que permitan identificar, determinar y reconocer el impacto de los diferentes actores comunitarios, organizaciones, sectores económico, social, religioso,	**Artículo 9º. Estudio del Impacto de las Acciones Intersectoriales y Comunitarias en la salud mental.** El Ministerio de Salud y Protección Social solicitará información al Ministerio del Interior, el Departamento Nacional de Planeación - DNP y el DANE, para desarrollar estudios periódicos que permitan identificar, determinar y reconocer el impacto de los diferentes actores comunitarios, organizaciones, sectores	Se quita el resaltado en negrita que tienen ciertas palabras. Se elimina la numeración del parágrafo puesto que hay un parágrafo único.

académico o de otra índole en materia de salud mental y el aporte al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo. **Parágrafo 1.** 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.	económico, social, religioso, académico o de otra índole en materia de salud mental y el aporte al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo. **Parágrafo 1.** 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.	
Artículo 10°. Economía del Cuidado. 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. **Parágrafo 1.** 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.	**Artículo 10°. Economía del Cuidado.** 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. **Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección social y el Consejo Nacional de Salud Mental **en coordinación** con el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, como con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales~~,~~ y departamentales~~,~~ **y distritales,** 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.	Se realizan modificaciones para mejorar la redacción del artículo.

Parágrafo 2. 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 o quien haga sus veces, 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.	**Parágrafo 2.** 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 o quien haga sus veces, 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.	
Artículo 11º. 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 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.	**Artículo 11º. El ~~D~~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 **Nacional**, las Secretarías de Educación y las entidades territoriales a nivel nacional, departamental**, distrital** 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.	Se realizan modificaciones para mejorar la redacción del artículo.

Artículo 12°. Inclusión Social. 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. 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.	**Artículo 12°. Inclusión Social.** El Gobierno Nacional emitirá reconocimiento**s** 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. 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.	Se hace una corrección de forma
CAPÍTULO IV **FORTALECIMIENTO EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN POBLACIONES VULNERABLES**	**CAPÍTULO IV** **FORTALECIMIENTO EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN POBLACIONES VULNERABLES**	Sin cambios
Artículo 13°. Atención Especial al Adulto Mayor. 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	**Artículo 13°. Atención Especial al Adulto Mayor.** 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	Se hace una corrección de forma

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.	las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, **distritales** 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.	
Artículo 14°. Habitabilidad de calle y enfermedad mental. 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	**Artículo 14°. Habitabilidad de calle y enfermedad mental**. 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 **y distritales**, 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	Se realizan modificaciones para mejorar la redacción del artículo.

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. 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.	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. 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 **o quien haga sus veces,** 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.	
Artículo 15°. Orientación a connacionales. 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.	**Artículo 15°. Orientación a connacionales.** 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.	Sin cambios
Artículo 16°. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas. 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 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. 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.	**Artículo 16°. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas.** 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 y a su creencia, **si así lo manifiestan,** 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. 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.	Se modifica para dejar claro que se respetará la autonomía de la persona.
Artículo 17°. Prevención de la adicción. El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el INVIMA y el Consejo Nacional de Salud Mental, las EAPB e IPS o quienes hagan sus veces, 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.	**Artículo 17°. Prevención de la adicción.** El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el INVIMA y el Consejo Nacional de Salud Mental, las EAPB e IPS o quienes hagan sus veces, desarrollará**n** 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.	Se realiza modificación de forma
CAPÍTULO V **RED ATENCIÓN EN SALUD, ATENCIÓN, EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS**	**CAPÍTULO V** **RED ATENCIÓN EN SALUD, ATENCIÓN, EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS**	Sin cambios
Artículo 18°. Red de atención en salud mental. 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: **1.** Talento humano suficiente en salud para cubrir la demanda. **2.** Personal de apoyo cualificado. **3.** Centros o instalaciones de atención en salud mental especializados necesarios. Para fortalecer y garantizar una red de atención en salud humanizada y con calidad en esta materia.	**Artículo 18°. Red de atención en salud mental.** 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**, distritales** 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: **1.** Talento humano suficiente en salud para cubrir la demanda. **2.** Personal de apoyo cualificado. **3.** Centros o instalaciones de atención en salud mental especializados necesarios. **Lo anterior,** para fortalecer y garantizar una red de atención en salud humanizada y con calidad en esta materia.	Se realizan modificaciones para mejorar la redacción del artículo.
Artículo 19°. Derecho a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento. 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. Los exámenes diagnósticos, medidas terapéuticas y citas necesarias deberán ser: **a)** Suministrados de forma célere 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	**Artículo 19°. Derecho a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento**. 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. Los exámenes diagnósticos, medidas terapéuticas y citas necesarias deberán ser: **a)** Suministrados de forma célere 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	Se modifica el artículo para mejorar la redacción del mismo.

ingresen por atención de urgencias; **b)** Efectivamente registrados en la historia clínica electrónica interoperable para la debida caracterización y seguimiento de los pacientes. **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. 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. **d)** Dispuestos en canales de atención virtual, telefónicos y físicos para el agendamiento de citas. **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, 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	ingresen por atención de urgencias; **b)** Efectivamente registrados en la historia clínica electrónica interoperable para la debida caracterización y seguimiento de los pacientes. **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**.** ~~,~~ ~~e~~**E**n caso de requerirse autorización previa para la cita, la respuesta de la EPS no podrá exceder los **cinco (**5**)** días hábiles desde el momento de la radicación. 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. **d)** Dispuestos en canales de atención virtual, telefónicos y físicos para el agendamiento de citas. **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, 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**s** 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**rá** 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.	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: **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 reposé sobre la historia clínica del mismo. **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. **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. **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	**Artículo 20°. Dispensación de medicamentos.** La entidad prestadora de salud **o quien haga sus veces,** 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~~: **a)** **Se** ~~G~~**g**arantizar~~á~~**á** 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, **o las entidades que hagan sus veces, el** 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 reposé sobre la historia clínica del mismo. **b)** **Se** ~~D~~**d**eberá contar con firma digital del médico tratante, donde sea posible, para la debida prescripción de exámenes, tratamientos y órdenes médicas que se considere necesarios. **c)** **Se** ~~D~~**d**eberá facilitar por parte de las EPS **o quien haga sus veces,** 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)** **Se** ~~G~~**g**arantizará la entrega de los medicamentos por el tiempo prescrito~~,~~ **.** ~~a~~**A**quellos tratamientos prescritos y catalogados como permanentes no podrán ser suspendidos ~~so~~ **por** excusa de falta de actualización de la fórmula o autorización médica. En caso de escasez o desabastecimiento de medicamentos, el ~~g~~**G**obierno ~~n~~**N**acional deberá disponer lo pertinente para el reemplazo oportuno del medicamento más óptimo para el paciente.	

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.	**e)** Se ~~S~~**s**olicitará 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 **anterior,** ~~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°. Atención en salud mental para personas privadas de la libertad: El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Justicia en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar que el componente de apoyo espiritual haga parte de la atención integral en salud mental y prevención de trastornos de salud mental, en respeto a la voluntad y derecho al libre culto y de conciencia de las personas privadas de la libertad, su red de apoyo; y de las comunidades.	**Artículo 21°. Atención en salud mental para personas privadas de la libertad:** 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, el Ministerio de Justicia en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar que el componente de apoyo espiritual haga parte de la atención integral en salud mental y prevención de trastornos de salud mental, en respeto a la voluntad y derecho al libre culto y de conciencia de las personas privadas de la libertad, su red de apoyo~~;~~ y de las comunidades**., siempre y cuando así sea solicitada.**	Se deja expresa la declaratoria de la autonomía de la persona.
Artículo 22°. 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.	**Artículo 22°. 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 **seis (**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.~~	Se modifica para separar la vigencia de la norma y que quede en un artículo distinto.
	ARTÍCULO NUEVO: Artículo 23°: Vigencia: La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	Se adiciona para que la vigencia quede en un artículo distinto a la reglamentación.

6. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Constitución Política de Colombia:

Los artículos 44, 48 y 49 de la **Constitución Política de Colombia** 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.

Convención Americana sobre Derechos Humanos:
"Artículo 12: 1. 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.
2. 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."

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos:
"Artículo 18: 1. 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.
2. Nadie será objeto de medidas coercitivas que puedan menoscabar su libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección.
3. 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."

En lo relacionado a la resocialización, la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** y la **Ley 1346 de 2009** han resaltado la importancia de proveer medios de acceso cultural y religioso a quienes están en proceso de rehabilitación

"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."

"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; "

Fundamentos legales:

-La **Ley 715 de 2001** 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.

En 2005, el entonces Ministerio de la Protección Social, junto con la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social -FES, elaboraron los **Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia** 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…".

-La **Ley 1122 de 200**7 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.

-La **Ley 1171 de 2007**: *"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:

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.

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.

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.

-La **Ley de 1414 de 2010** 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.

ARTÍCULO 65. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL. 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.

-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 **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.

Fundamentos jurisprudenciales:

En la **Sentencia T-979 de 2012**, 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

"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" Corte Constitucional, 2012.

CONPES:

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.

7. IMPACTO FISCAL

Respecto del concepto impacto fiscal que los proyectos de ley pudieran generar, la Corte ha dicho:

> *"Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso.*
>
> *Lo anterior, en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso haya valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. (…). El artículo 7º de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo, afecte la validez constitucional del trámite respectivo".* (Sentencia C-315 de 2008).

Como lo ha resaltado la Corte, si bien compete a los miembros del Congreso la responsabilidad de estimar y tomar en cuenta el esfuerzo fiscal que el proyecto bajo estudio puede implicar para el erario público, es claro que es el Poder Ejecutivo, y al interior de aquel, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el que dispone de los elementos técnicos necesarios para valorar correctamente ese impacto, y a partir de ello, llegado el caso, demostrar a los miembros del órgano legislativo la inviabilidad financiera de la propuesta que se estudia.

Sin embargo, frente a las disposiciones propuestas en el presente escrito de ponencia, consideramos que las mismas no generan un impacto fiscal adicional, puesto que los beneficios aquí contenidos son de carácter potestativo, lo que implica que no se generen esfuerzos fiscales adicionales para el erario público, ni para las entidades territoriales.

8. CIRCUNSTANCIAS O EVENTOS QUE PUEDEN GENERAR POSIBLES CONFLICTOS DE INTERESES

Teniendo en cuenta el artículo 3° de la Ley 2003 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5ª de 1992 en su artículo 291, estableciendo la obligación al autor del proyecto de presentar la descripción de las posibles circunstancias o eventos que podrán generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, siendo estos, criterios guías para que los congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento.

En este sentido, con el fin de ilustrar en el análisis frente a los posibles impedimentos que podrían derivar en conflictos de intereses producto de la actividad legislativa realizada, se citarán textualmente los criterios determinados en el artículo 1 de la ley 2003 de 2019:

> ***"ARTÍCULO 1o.*** *El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:*
>
> ***Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas.*** *Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.*
>
> *Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.*
>
> *a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*
>
> *b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*
>
> *c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.*
>
> *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) <Literal INEXEQUIBLE>*
>
> *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.*
>
> ***PARÁGRAFO 1o.*** *Entiéndase por conflicto de interés moral aquel que presentan los congresistas cuando por razones de conciencia se quieran apartar de la discusión y votación del proyecto.*
>
> ***PARÁGRAFO 2o.*** *Cuando se trate de funciones judiciales, disciplinarias o fiscales de los congresistas, sobre conflicto de interés se aplicará la norma especial que rige ese tipo de investigación.*

PARÁGRAFO 3o. *Igualmente se aplicará el régimen de conflicto de intereses para todos y cada uno de los actores que presenten, discutan o participen de cualquier iniciativa legislativa, conforme al artículo 140 de la Ley 5 de 1992 (…)".*

Frente al presente proyecto, consideramos que no se generan conflictos de interés alguno, puesto que las disposiciones aquí contenidas son generales y no generan beneficios particulares, actuales y directos a los congresistas.

Sin perjuicio de lo anterior, se debe tener en cuenta que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, no exime del deber del Congresista que, en su esfera privada, identifique causales adicionales que a su juicio considere pertinentes y exponerlas durante el trámite correspondiente.

9. BIBLIOGRAFÍA

Barbosa. S. (2016). Deporte y actividad física: La mejor defensa para su salud mental. Disponible en: https://www.ucc.edu.co/prensa/2016/Paginas/deporte-y-actividad-fisica-la-mejor-defensa-para-su-salud-mental.aspx

Benavides K. Montiel M. (2020), "Habrá una pandemia de salud mental": Asociación Colombiana de Psiquiatría, El País. [Internet] Disponible en: https://www.elpais.com.co/salud/habra-una-pandemia-de-salud-mental-asociacion-colombiana-de-psiquiatria.html

Boehmer M: Does psychiatry need religion and spirituality in its treatment approach? Narcissism as an example. South African Journal of Psychiatry 2016; Recuperado de: http://dx.doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v22i1.563

Corte Constitucional de Colombia (2012). Sentencia T979-12 [Internet] Disponible en: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-979-12.htm

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.

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: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2019.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2019). Base de datos de defunciones no fetales (2010-2019) [Internet]. Bogotá, D.C [Consultado 14 jul 2021]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales

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: https://www.dane.gov.co/files/webinar/presentacion-webinar-salud-mental-en-colombia-21-10-2020.pdf

Defensoria del Pueblo (2022). Boletín de Prensa. Septiembre 2022. Defensor advierte un aumento del suicidio de menores de edad, Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/-/defensor-advierte-un-aumento-del-suicidio-de-menores-de-edad

Discapnet (s.f) Deporte y salud mental, escrito porww.ashisports.es . Disponible en: https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/educar-en-salud/deporte-y-salud-mental

Espinoza R., Valiente C., (2017) ¿QUÉ ES EL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DURADERO? eduPsykhé, 2017, Vol. 16-1, 4-14 Disponible en: https://Dialnet-QueEsElTrastornoMentalGraveYDuradero-7428605.pdf

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: 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/

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF. (2018). Forensis 2018. Datos para la vida. [Internet] Disponible en: https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 2022 y 2023. Boletines Estadísticos Mensuales. Recuperado de: https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/boletines-estadisticos-mensuales

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. Psychiatria Danubina, 2017; Vol. 29, No. 3, pp 238-244 https://doi.org/10.24869/psyd.2017.238

Koenig H, Futterman 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.

Koenig HG. Religion, spirituality and medicine: application to clinical practice. JAMA. 2000;284:1708.

Mayo Clinic (2020), Mental illness, Disponible en https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968?p=1

Mendoza Marín, R., & 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.

Ministerio de Salud y protección social Colombia- Colciencias. Análisis De Situación De Salud (ASIS) Colombia [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf

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

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 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-centros-de-escucha.pdf

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: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-asunto-de-todos.aspx

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: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32152-9/fulltext

Naciones Unidas (NU). (10 de octubre de 2020). 2020: Un año desafiante para la salud mental. Disponible en: https://news.un.org/es/story/2020/10/1482212

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: 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

Observatorio de Drogas de Colombia (2016). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá. [Internet] Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf

Observatorio Nacional de Salud (Noviembre de 2019). Acceso a los servicios de salud mental en Colombia. [Internet] Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf

OIM & UNFPA (2012). Manual de Referencia: Migración Saludable en América Central. Disponible en https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/manual_referencia_1.pdf

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.

Organización Mundial de la Salud. Salud mental (2014), Prevención del suicidio, un imperativo global. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2018). Mental Health Promotion and mental health care in refugees and migrants: technical guidance. [Internet] Disponible en: http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-promotion-and-mental-health-care-in-refugees-andmigrants-2018

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: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-eng.pdf%3Fua%3D1

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2 de septiembre de 2019).Suicidio. [Internet] Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

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: 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

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: https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey

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:

https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (8 de octubre de 2020). No hay salud sin salud mental. [Internet] Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental

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: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/informe_131/pdf/cap3_1.pdf

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.

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: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825775

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: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

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 & Soul Foundation, Universidad Católica de Manizales. Colombia.

Semana, Salud. (16 de Mayo de 2019). Así combatirá Minsalud los problemas de salud mental en Colombia. [Internet] Disponible en: 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/

Simon Dein, Kate Loewenthal, Christopher Alan Lewis & Kenneth I. Pargament (2020) COVID-19, mental health and religion: an agenda for future research, Mental Health, Religion & Culture, 23:1, 1-9, DOI: 10.1080/13674676.2020.1768725: https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1768725

Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine Lancet. 1999;353:664-667.

Taha N, Florenzano U, Sieverson RC, Aspillaga HC, Alliende 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: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400006&lng=es.

Universidad de la Sabana. (2021). Consejos de nuestro deportólogo: La actividad física y la salud mental. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/al-dia/la-actividad-fisica-y-la-salud-mental/

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: https://www.youtube.com/watch?v=UBIIO4Tnqww

10. PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir **PONENCIA POSITIVA** y, en consecuencia, solicitamos de manera respetuosa a la Honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar **PRIMER DEBATE** al **PROYECTO DE LEY No. 424 DE 2024 CÁMARA – 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".*

11. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 424 DE 2024 CÁMARA – 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 Colombia,
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 2º. Ámbito de Aplicación. La presente ley se implementará 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. Igualmente, 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.

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.

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.

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.

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.

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.

g) Economía.

h) Eficiencia y celeridad en los trámites.

i) Acceso oportuno y claro a la información.

j) Innovación y progresividad en la atención integral.

k) Respeto irrestricto a la convicción espiritual y de conciencia del paciente y su red de apoyo.

l) 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 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 a toda la atención integral de salud. Para lograr este objetivo en el marco de la autonomía universitaria se articulará con las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas del país.

Parágrafo. Se facilitará el acceso y difusión de material pedagógico relacionado con la promoción, prevención, orientación y primeros auxilios psicológicos para la ciudadanía en general y los servidores públicos, promoviendo de esta manera la participación comunitaria.

Artículo 6º. Actualización y elaboración de guías, protocolos y rutas de atención en salud. 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 y paliación integral y orientación en salud mental, trastornos de la conducta alimentaria y riesgos del 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.

Artículo 7º. Caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental. 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.

Parágrafo 1. 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.

Parágrafo 2. 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.

CAPÍTULO III

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, INTERSECTORIAL y ENFOQUES COMPLEMENTARIOS EN LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

Artículo 8°. Apoyo comunitario y del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental. 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 Nacional y el Ministerio del Interior, desarrollarán conjuntamente las acciones pertinentes para que las Instituciones de educación superior y el sector religioso puedan hacer parte, de manera voluntaria, de las estrategias de prevención de los problemas y trastornos de salud mental implementadas por el Gobierno Nacional, con el fin de brindar un efectivo acompañamiento a los miembros de sus comunidades y teniendo en cuenta el respeto irrestricto a la voluntad de participación de las personas.

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.

En virtud del diálogo social multitemático e integral promovido por los actores comunitarios y del sector Interreligioso, en concordancia con la ley 133 de 1994, 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:

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.

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.

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.

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.

Parágrafo 1. 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 demás normas vigentes sobre la Política Pública Integral de Libertad Religiosa y de Cultos.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional coordinará con los entes del nivel nacional y las 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.

Artículo 9º. Estudio del Impacto de las Acciones Intersectoriales y Comunitarias en la salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social solicitará información al Ministerio del Interior, el Departamento Nacional de Planeación - DNP y el DANE, para desarrollar estudios periódicos 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.

Parágrafo. 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.

Artículo 10°. Economía del Cuidado. 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.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección social y el Consejo Nacional de Salud Mental en coordinación con el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, como con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, departamentales y distritales, 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.

Parágrafo 2. 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 o quien haga sus veces, 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.

Artículo 11º. El 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 Nacional, las Secretarías de Educación y las entidades territoriales a nivel nacional, departamental, distrital 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.

Artículo 12°. Inclusión Social. El Gobierno Nacional emitirá reconocimientos 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.

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.

CAPÍTULO IV

FORTALECIMIENTO EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN POBLACIONES VULNERABLES

Artículo 13°. Atención Especial al Adulto Mayor. 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, distritales 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.

Artículo 14°. Habitabilidad de calle y enfermedad mental. 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 y distritales, 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.

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 o quien haga sus veces, 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.

Artículo 15°. Orientación a connacionales. 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.

Artículo 16°. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas. 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 y a su creencia, si así lo manifiestan, 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.

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.

Artículo 17°. Prevención de la adicción. El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el INVIMA y el Consejo Nacional de Salud Mental, las EAPB e IPS o quienes hagan sus veces, desarrollarán 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.

CAPÍTULO V

RED ATENCIÓN EN SALUD, ATENCIÓN, EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS

Artículo 18°. Red de atención en salud mental. 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, distritales 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:

1. Talento humano suficiente en salud para cubrir la demanda.

2. Personal de apoyo cualificado.

3. Centros o instalaciones de atención en salud mental especializados necesarios.

Lo anterior, para fortalecer y garantizar una red de atención en salud humanizada y con calidad en esta materia.

Artículo 19°. Derecho a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento. 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.

Los exámenes diagnósticos, medidas terapéuticas y citas necesarias deberán ser:

a) Suministrados de forma célere 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;
b) Efectivamente registrados en la historia clínica electrónica interoperable para la debida caracterización y seguimiento de los pacientes.
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 cinco (5) días hábiles desde el momento de la radicación.

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.

d) Dispuestos en canales de atención virtual, telefónicos y físicos para el agendamiento de citas.
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, 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 localizados 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 deberá 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 o quien haga sus veces, 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~~:

a) 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, o las entidades que hagan sus veces, el 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 reposé sobre la historia clínica del mismo.

b) Se 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.

c) Se deberá facilitar por parte de las EPS o quien haga sus veces, 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) Se garantizará la entrega de los medicamentos por el tiempo prescrito. Aquellos tratamientos prescritos y catalogados como permanentes no podrán ser suspendidos por 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) Se 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 anterior, 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°. Atención en salud mental para personas privadas de la libertad: 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, el Ministerio de Justicia en coordinación con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar que el componente de apoyo espiritual haga parte de la atención integral en salud mental y prevención de trastornos de salud mental, en respeto a la voluntad y derecho al libre culto y de conciencia de las personas privadas de la libertad, su red de apoyo~~,~~ y de las comunidades, siempre y cuando así sea solicitada.

Artículo 22°. Reglamentación: 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 seis (6) meses a la entrada en vigencia de la misma.

Artículo 23°: Vigencia: La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Representantes,

GERMAN ROGELIO ROZO ANIS
Coordinador Ponente
~~Representante a la Cámara~~

JUAN CAMILO LONDOÑO
Ponente
Representante a la Cámara

GERMAN JOSE GOMEZ
Ponente
Representante a la Cámara