Bogotá D.C., 2 de agosto de 2023

Doctor
GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario Senado de la República
Congreso de la República

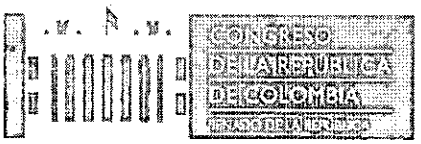
Asunto: Radicación Proyecto de Ley **"Por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer la atención en salud mental en entornos especiales, se actualiza la Ley 1616 de 2013, y se dictan otras disposiciones"**

En calidad de Senadores de la República y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 150 de la Constitución Política de Colombia, nos permitimos por medio de su conducto, poner a consideración del Honorable Senador de la República el siguiente Proyecto de Ley **"Por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer la atención en salud mental en entornos especiales, se actualiza la ley 1616 de 2013, y se dictan otras disposiciones"**

De los Honorables Congresistas,

LORENA RÍOS CUELLAR SENADORA DE LA REPÚBLICA Partido Colombia Justa Libres	**PEDRO FLOREZ PORRAS** SENADOR DE LA REPÚBLICA Pacto Histórico Coalición
ENRIQUE CABRALES BAQUERO Senador de la República	
ENRIQUE CABRALES BAQUERO SENADOR DE LA REPÚBLICA Partido Centro Democrático	**GUSTAVO MORENO HURTADO** SENADOR DE LA REPÚBLICA Partido EN MARCHA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA



PROYECTO DE LEY NÚMERO 063 2023

"Por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer la atención en salud mental en entornos especiales, se actualiza la ley 1616 de 2013, y se dictan otras disposiciones"

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA

PROYECTO DE LEY _____ DE 2022

Artículo 1. Objeto. Establecer medidas para fortalecer la atención en salud mental en el territorio nacional, actualizar elementos de la ley 1616 de 2013 con el fin de avanzar en la garantía progresiva e integral del derecho a la salud, promover la atención diferenciada en entornos especiales y la recuperación de la salud mental de los colombianos como consecuencia de las afectaciones mentales generadas por la pandemia COVID – 19, y adoptar un enfoque psicoespiritual en la atención en salud mental.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones incluidas en la presente ley buscan ampliar las garantías existentes al derecho a la salud en lo relacionado con la salud mental en el marco del Sistema General de Salud y Protección Social, la población privada de la libertad dentro del sistema penitenciario y carcelario tanto para aquellos que poseen medida de aseguramiento intramural o prisión domiciliaria, así como del personal de custodia y guarda; el talento humano en salud de acuerdo con las disposiciones del artículo 2 de la Ley 1616 de 2013, en el sistema educativo colombiano en los entornos de los componentes de educación básica, educación media y educación superior, de manera complementaria a las disposiciones establecidas en la Ley 1616 de 2013.

CAPÍTULO I.
DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL PARA EL ENTORNO CARCELARIO

Artículo 3. Servicios de salud mental para la población privada de la libertad. En desarrollo del artículo 4 y demás normas concordantes de la Ley 1616 de 2013, el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social, creará e implementará, en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley, un protocolo y guías de atención integral con base en evidencia científica y sin perjuicio del cumplimiento de la pena, para la promoción, prevención y seguimiento en materia de salud mental para la población privada de la libertad dentro del sistema penitenciario y carcelario del país así como para la reducción de los efectos de la prisionalización.

Los protocolos y lineamientos creados en virtud del presente artículo deberán incluir brigadas de salud mental atendidas por profesionales idóneos y dirigidas a atender las necesidades de los privados de la libertad de manera particular y se complementarán con los avances preexistentes en materia de promoción del derecho a la salud mental dentro del sistema penitenciario y carcelario de Colombia fortaleciendo la articulación con Organizaciones de la Sociedad Civil.

Además, deberán considerar e incluir mecanismos integrales de acción dirigidos al entorno familiar cercano de la persona privada de la libertad los cuales se implementarán en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF.

Parágrafo 1. Las políticas subyacentes al presente artículo podrán hacer uso de herramientas virtuales, tecnologías de tele medicina, y demás herramientas tecnológicas existentes que permitan ejercer de manera eficaz el derecho a la salud mental.

Parágrafo 2. Los protocolos y lineamientos de los que trata el presente artículo se revisarán y ajustarán cada dos (2) años a partir de su expedición.

Artículo 4. Medidas de garantía del derecho a la salud mental del personal de guardia. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, con el acompañamiento del Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá adaptar al ámbito penitenciario y carcelario un protocolo de respeto, garantía y fomento del derecho a la salud mental del personal de guardia que labora dentro del sistema penitenciario y carcelario del país, así como los demás profesionales que desarrollan tareas dentro del entorno penitenciario.

Las medidas establecidas en el protocolo del que trata el presente artículo, deberán considerar e incluir la creación de canales de atención en materia de salud mental, así como brigadas atendidas por profesionales idóneos para la atención del personal que trabaja dentro del sistema penitenciario y carcelario del país,

Parágrafo. El protocolo y los lineamientos de los que trata el presente artículo se revisarán y ajustarán cada dos (2) años a partir de su expedición.

Artículo 5. Garantía para el ejercicio del derecho a la salud mental. Las Entidades Promotoras de Salud que prestan sus servicios dentro del sistema penitenciario y carcelario, con la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud y bajo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, deberán crear un protocolo de promoción, prevención y seguimiento a la salud mental de la población privada de la libertad con base en evidencia científica.

Dicho protocolo comprenderá una atención periódica y dirigida al tratamiento de las necesidades de los privados de la libertad de manera particular, acompañada de un seguimiento efectivo a personas privadas de libertad con el propósito de incidir de forma eficaz en su salud mental y el cuidado psicológico del interno y su familia.

Parágrafo. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC promoverán la presencia y vinculación organizaciones de la sociedad civil y de profesionales idóneos y con experiencia en la atención de salud mental contemplados en la Ley 1616 de 2013 para la atención de la población privada de la libertad en centros de reclusión y establecimientos carcelarios del sistema penitenciario del país.

Artículo 6. Adiciónese un numeral al artículo 30 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 30. Funciones del consejo nacional de salud mental. Son funciones del Consejo:
(...)
6. Proponer lineamientos, programas y políticas tendientes a garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental de la población privada de la libertad en Colombia, como una medida de resocialización efectiva y de protección frente a los efectos de la prisionalización

Artículo 7. Colaboración Armónica. En virtud del principio de colaboración armónica, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá promover y concertar con los demás sectores administrativos y ramas del poder público, aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para cumplir con el objeto de la presente ley.

PARÁGRAFO ÚNICO. El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario -INPEC- y las entidades prestadoras del servicio de salud priorizarán y fortalecerán los programas que se estén desarrollando en cumplimiento del artículo 4 de la Ley 1616 de 2.013.

CAPÍTULO II.
DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD

Artículo 8. Salud mental del talento humano en salud. Para efectos de la presente Ley, la salud mental del talento humano en salud se enmarca según lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 1616 de 2013 y se entiende como una garantía en el cuidado de la vida, la dignidad y de la integridad de quienes prestan sus labores dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, en razón a la naturaleza de las labores desempeñadas por la profesión u oficio, cuyo desempeño acarrea una alta exposición a estrés laboral, presión y extenuantes jornadas de trabajo.

Artículo 9. Política de atención integral preventiva en Salud Mental para el talento humano en salud. En aras de desarrollar y actualizar los lineamientos, programas y

necesidades en materia de garantía plena del derecho a la salud mental del talento humano en salud contemplados en el artículo 21 de la Ley 1616 de 2013, y en un plazo no mayor a seis (6) meses a la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social formulará e implementará los lineamientos, protocolos de atención y guías de atención integral y las directrices necesarias para la promoción y prevención del personal de salud en la garantía del derecho a la salud mental, la rehabilitación psicosocial, el cuidado psicológico y el de su entorno familiar y la salud mental positiva contenida en el artículo 34 de la Ley 1616 de 2013. Se tendrá especial consideración de las afectaciones ocasionadas a la salud mental del talento humano en salud durante la pandemia COVID- 19 con el ánimo de mitigar sus impactos y revertir los daños ocasionados.

Esta política se construirá a partir de un proceso de socialización plural, abierto público con todos los actores dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, tales como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Consejo Nacional de Salud Mental, las Administradoras de Riesgos Laborales, agremiaciones, sindicatos del sector salud y trabajadores organizados, organizaciones de profesionales en salud, colegios de profesionales en salud, organizaciones de pacientes y cuidadores, familiares organizaciones de estudiantes y demás actores necesarios que considere invitar el Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta política se revisará y ajustará cada dos (2) años a partir de su expedición.

Artículo 10. Adiciónese un parágrafo al artículo 21 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

(...)

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá diseñar un protocolo de seguimiento al cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, buscando identificar el cumplimiento y adhesión de la protección al derecho a la salud mental del talento humano en salud empleados dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. En todo caso, la protección especial de que trata el presente artículo aplicará de manera inmediata en el ejercicio de sus labores a la totalidad del talento humano en salud definido en el artículo 17 de la Ley 1164 de 2007.

Artículo 11. Ruta de atención y denuncia de hechos de vulneración del derecho a la salud mental del personal de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio Trabajo, dispondrá de un canal de comunicación de denuncia anónima atendida por personal capacitado y con experiencia en la materia frente a episodios de afectación y vulneración del derecho a la salud mental, con seguimiento, reportes conocidos por la red de observatorios de salud.

Artículo 12. Indicadores cuantitativos de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales, el Observatorio de Salud Mental, el Observatorio Nacional de Salud, el Observatorio de

Envejecimiento Humano y Vejez, el Observatorio de Drogas, el Observatorio de Violencias de Género, las encuestas nacionales y territoriales de salud pública deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia para identificar los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud mental del talento humano en salud, el entorno carcelario y penitenciario y el entorno educativo del país. Dichos registros serán orientados a la atención, seguimiento e intervención de los determinantes, mediante medidas tendientes a garantizar el derecho a la salud mental, en un marco de Derechos Humanos de la población colombiana, en los términos dispuestos por la presente ley y las políticas que puedan derivar de la misma.

Parágrafo 1. Los datos producidos y recolectados en el marco del presente artículo se integrarán por medio de una estrategia de manejo interoperable de la información que será utilizada para crear estrategias de salud pública que mitiguen la prevalencia de trastornos y enfermedades mentales, consumos de sustancias psicoactivas y hechos de violencia en los entornos especiales para la atención en salud mental que se definen en la presente ley.

Parágrafo 2. La información recolectada será tratada conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 de Hábeas Data y Ley 527 de 1999 o aquellas normas que las modifiquen, adicionen o complementen.

Parágrafo 3. Los datos producidos tendrán un enfoque diferencial e interseccional para identificar condiciones particulares de población. Se tomará en cuenta el principio de voluntariedad, respetando el fuero íntimo de las personas y las comunidades.

Artículo 13. Medidas de protección del derecho a la salud mental en la formación del personal de salud. Las Instituciones de Educación Superior en el marco del respeto a la autonomía universitaria podrán diseñar y promover la implementación de lineamientos y políticas dirigidas por profesional idóneo y con experiencia en la materia, tendientes a prevenir afectaciones y vulneraciones al derecho a la salud mental del talento humano en salud durante su proceso educativo y formativo. El Ministerio de Educación Nacional en el ejercicio de sus funciones de inspección y vigilancia hará un seguimiento a la adopción de lo dispuesto en el presente artículo.

Parágrafo. Las disposiciones contenidas en este artículo contemplarán adicionalmente a los profesionales de la salud que ejerzan el Servicio Social Obligatorio e igualmente serán aplicables dentro del ámbito funcional y legal de la Ley 1917 de 2018. Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán formación y actualización permanente en acciones de promoción y prevención de la salud mental para el talento humano en salud en los términos del artículo 19 de la Ley 1616 de 2013.

CAPÍTULO III.
DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO COLOMBIANO

Artículo 14. Adiciónese un inciso al artículo 24° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 24. Integración escolar. El Estado, la familia y la comunidad deben propender por la integración escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastorno mental.

Los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, deben unir esfuerzos, diseñando estrategias que favorezcan la integración al aula regular y actuando sobre factores que puedan estar incidiendo en el desempeño escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales.

Las Entidades Territoriales Certificadas en Educación deben adaptar los medios y condiciones de enseñanza, preparar a los educadores según las necesidades de la población estudiantil del Departamento y/o Municipio contando con el apoyo de un equipo interdisciplinario calificado en un centro de atención en salud cercano al centro educativo.

Igualmente, las Entidades Territoriales certificadas en salud deberán contar con un grupo de profesionales en salud mental, los cuales serán los encargados de brindar apoyo a la comunidad educativa de la respectiva entidad territorial cuando se presenten situaciones relacionadas con la salud mental y garantizar la atención médica terapéutica a la población afectada.

Artículo 15. Adiciónese un parágrafo al artículo 25 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

(...)

Parágrafo. Los actores enunciados en el presente artículo, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, crearán un protocolo de promoción y prevención en el que se logre consolidar un modelo de atención en materia de salud mental para niños y jóvenes dentro del sistema educativo nacional, privilegiando la garantía del derecho a la salud mental.

Artículo 16. Salud mental dentro de las Escuelas para padres y madres de familia y cuidadores en el sistema educativo. En atención a lo dispuesto en la Ley 2025 del 2020, las Escuelas para Padres y Madres de Familia y cuidadores deberán propender por fomentar y apoyar el acceso efectivo y el ejercicio del derecho a la salud mental de niños y jóvenes dentro de los entornos escolares.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Ministerio de Salud Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, y las Secretarías de Educación departamentales, distritales y/o municipales coordinarán la asistencia técnica para el cumplimiento del presente artículo.

Artículo 17. Difusión de contenidos pedagógicos en materia de salud mental y atención preventiva en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. El Gobierno Nacional deberá crear, difundir y promover de forma periódica, en radio, televisión y medios digitales, campañas pedagógicas y de sensibilización masivas en materia de salud mental considerando las diferentes características de la población del país con un enfoque de protección y prevención en la población de niñez, adolescencia y juventud.

La Comisión de Regulación de Comunicaciones destinará, de acuerdo con la normatividad vigente, un espacio institucional en horario prime, en el servicio público de televisión, en los canales nacionales, regionales y locales, tanto privados como públicos, para que, mediante una producción audiovisual producida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se emitan mensajes pedagógicos y de promoción en materia de salud mental y atención preventiva en niños y jóvenes.

De igual manera, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones deberá realizar la destinación de espacios que estén a cargo de la nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales, considerando la reglamentación que se expida en la materia.

Artículo 18. Intervención. En virtud del literal j del artículo 5 de la Ley Estatutaria 1751 de 2.015, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá intervenir el mercado de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos que se requieran para reestablecer y garantizar la salud mental de los colombianos, especialmente la de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.

Artículo 19. Acompañamiento y seguimiento a estudiantes. Los estudiantes que presenten signos, síntomas, trastornos o enfermedades mentales en las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado, así como las instituciones de educación superior públicas y privadas contarán con acompañamiento y seguimiento, sin perjuicio de la voluntariedad del menor y de la familia respecto al conocimiento de su diagnóstico u otros componentes de su historia clínica por la entidad educativa u otras entidades fuera del sistema de salud.

Las instituciones educativas en el marco de su autonomía deberán desarrollar un seguimiento a los estudiantes con signos, síntomas, trastornos o enfermedades mentales, en el que se prolonguen los procesos de seguimiento y alerta desde el ingreso de los estudiantes hasta finalizar los estudios en la institución, con la finalidad de que se proporcionen los apoyos y ajustes razonables en el marco de las competencias del sector educativo y cuando se considere necesario. Así mismo, activará de manera prioritaria la ruta de atención en salud

mental, durante periodos relacionados con las situaciones estresantes que detonan comportamientos que ponen en riesgo la interacción consigo mismos y con los demás.

Parágrafo 1. En época de evaluaciones, las instituciones de las que trata este artículo deben priorizar la atención de estudiantes que presenten signos o síntomas de enfermedades mentales, propender por llevar citas de control y poner a disposición canales de comunicación prioritarios con el fin de atender urgencias que puedan tener los estudiantes derivados del estrés, ansiedad o depresión o cualquier otra alteración que genere dicha época en específico.

Parágrafo 2. De conformidad a la Ley 2050 de 2020 y a su reglamentación, se promoverá desde la participación de las familias en los procesos educativos de los establecimientos educativos oficiales y no oficiales, de educación preescolar, básica y media, para promover el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes, el acompañamiento y seguimiento a estudiantes que trata la presente disposición, sin perjuicio de la voluntariedad de la familia y el menor.

Artículo 20. Capacitaciones al personal de las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado, así como las instituciones de educación superior. Las instituciones de educación en el marco de su autonomía podrán conformar equipos de apoyo con docentes, cuerpo administrativo y los estudiantes y padres de familia interesados, y desarrollar con el apoyo y acompañamiento del sector salud, estrategias de capacitación y sensibilización, con el fin de brindarles herramientas que les permitan identificar factores de riesgo, los signos y síntomas de las enfermedades mentales y los problemas psicosociales, así como el uso de sustancias psicoactivas, con la finalidad que estos puedan prestar primeros auxilios psicológicos y dar un trato adecuado e informar las rutas de atención previstas en la institución, y las rutas de atención públicas para la atención integral de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo espacios libres de estigmatización a los estudiantes que presenten esta condición.

De igual manera, podrán desarrollar estrategias conjuntas con el ICBF y los programas de convivencia y seguridad ciudadana de la Policía Nacional y comisarías de familia, para sensibilizar a la comunidad académica y a los padres de familia en materia de promoción, prevención y atención de la salud mental.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, establecerá las directrices para que las secretarías de salud y de educación de las Entidades Territoriales certificadas, aborden las temáticas mencionadas en el presente artículo.

Parágrafo 2. Las entidades mencionadas en el parágrafo anterior propenderán por el fortalecimiento temático enfocado en la protección, inclusión y reducción de la estigmatización y respeto de la población estudiantil que presente trastornos en salud mental.

Artículo 21. Articulación intersectorial entre Salud y Educación. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, brindarán orientaciones técnicas, pedagógicas y administrativas a las instituciones de educación preescolar, básica, media y superior públicas y privadas, basados en los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales, así como los factores de riesgo y protectores que faciliten la implementación de acciones para el fortalecimiento del desarrollo socioemocional y estilos de vida saludable en niñas, niños y adolescentes para la promoción de la salud mental y prevención de trastornos en salud mental de manera asertiva.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social se articulará con las Entidades Territoriales, quienes a su vez podrán aunar esfuerzos con los diferentes actores de la cooperación internacional, la Policía Nacional de Colombia, el sector privado, las Entidades sin Ánimo de Lucro - ESAL y la sociedad civil, para el cumplimiento del propósito del presente artículo.

Artículo 22. Fortalecimiento de las competencias parentales. En el marco de la alianza familia escuela, las instituciones educativas de preescolar, básica y media desarrollarán procesos orientados al fortalecimiento de las capacidades de las familias para establecer vínculos, favorecer el diálogo y la concertación así como la afianzar los principios, los valores, el diálogo y la concertación, y las capacidades de las familias para generar entornos seguros frente al cuidado, la crianza y el involucramiento como factor protector y promotor de la salud mental y emocional de niñas, niños y adolescentes.

CAPÍTULO IV

DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO POST PANDEMIA COVID-19

Artículo 23. Política de Salud Mental Post COVID – 19. Además de lo previsto en la Ley 1616 de 2.013 y demás disposiciones legales y reglamentarias que la desarrollan y la complementan, corresponde ejecutar al Ministerio de Salud y Protección Social, junto con las entidades territoriales, las Empresas Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud y las Administradoras de Riesgos Laborales, las siguientes acciones con el fin de restablecer y garantizar la salud mental de los colombianos:

1. Identificar los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan propagado a raíz de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.

2. Priorizar todas aquellas acciones previstas en la Ley 1616 de 2.013 que sean aplicables y que resulten necesarias con el fin de promocionar y garantizar la salud mental de las personas, especialmente la de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, que estén padeciendo algún trastorno mental y/o discapacidad mental, transitoria o permanente, a raíz

de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.

3. Garantizar a nivel nacional la atención prioritaria, oportuna, eficaz y de calidad para preservar, mejorar, promocionar y restablecer o recuperar la salud mental de todas aquellas personas, especialmente la de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, que estén padeciendo algún trastorno mental y/o discapacidad mental, transitoria o permanente, a raíz de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.

4. Capacitar a sus funcionarios, empleados, contratistas y demás colaboradores sobre los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan propagado a raíz de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.

5. Generar espacios de sensibilización en torno a la salud mental, especialmente, en todo aquello relacionado con los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan propagado a raíz de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.

6. Crear planes o programas cuyo objeto sea el de fortalecer la capacidad diagnóstica y clínica para pacientes con trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes.

7. Establecer un plan institucional y sectorial que fortalezca los planes, programas y proyectos existentes sobre medidas de prevención en materia de salud mental e intervención en los factores de riesgo que puedan generar y agravar los trastornos mentales y/o las discapacidades mentales.

8. Evaluar el impacto que en materia de salud mental tuvo cada una de las restricciones sociales adoptadas en el marco de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19.

9. Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de la salud mental de aquellas personas que hayan padecido o estén padeciendo algún trastorno mental y/o discapacidad mental, transitoria o permanente, a raíz de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.

10. Adoptar la regulación y las políticas necesarias para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera prioritaria y oportuna a todas aquellas personas, especialmente los niños, niñas, adolescentes y adultos

mayores, que estén padeciendo algún trastorno mental y/o discapacidad mental, transitoria o permanente, a raíz de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.

Artículo 24 Cartilla virtual. El Ministerio de Salud y Protección Social publicará una cartilla didáctica virtual con el propósito de generar conciencia con respecto a los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan propagado a raíz de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas. La cartilla deberá incluir:

1. Mensajes alusivos y tendientes a reconocer a la salud mental como un derecho fundamental de interés y prioridad nacional.
2. Mensajes alusivos a los trastornos mentales y/o discapacidades mentales transitorias o permanentes identificados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Mensajes alusivos a las restricciones sociales adoptadas en el marco de la crisis sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y el impacto de estas en la salud mental de los colombianos, especialmente en los niños, niñas y adolescentes y adultos mayores.

4. Mensajes alusivos a los programas, planes y proyectos dispuestos por el Gobierno Nacional y las entidades territoriales para prevenir, diagnosticar y atender de manera integral los trastornos y/o discapacidades mentales.

5. Mensajes alusivos al manejo y control de la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, al desmonte progresivo de las restricciones sociales implementadas con el fin de evitar la propagación masiva del virus.

6. Mensajes alusivos a los canales de atención y redes y grupos de apoyo dispuestos por el Gobierno Nacional, por las entidades territoriales y por los demás actores o agentes del sistema de salud para atender y apoyar a las personas que padezcan algún trastorno mental y/o discapacidad mental.

PARÁGRAFO 1. La redacción del contenido y el diseño de la cartilla deberá ser atractiva y de fácil entendimiento para los niños, niñas y adolescentes. Esta cartilla se promocionará y difundirá en todas las instituciones educativas del país, públicas y privadas, incluyendo a las Instituciones de Educación Superior.

PARÁGRAFO 2. Esta cartilla deberá ser promocionada y difundida por todas las entidades territoriales, por las Empresas Promotoras de Salud, por las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud y por las Administradoras de Riesgos Laborales.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Artículo 25. Programa "No temas". Créese el programa institucional "No temas" a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social el cual tendrá por objeto comunicar y resaltar los logros del Gobierno Nacional, de la comunidad científica y del personal sanitario en el manejo y control de la pandemia COVID – 19, el estado actual de la situación epidemiológica del país, los avances científicos con respecto al SARS – CoV – 2, el desmonte progresivo y responsable de las restricciones sociales adoptadas y, en general, todas aquellas acciones que han permitido la reactivación social y económica a nivel global, especialmente, en Colombia. Toda acción que se desarrolle en el marco de la ejecución del programa tendrá como finalidad coadyuvar el proceso de mejoramiento de la salud mental de las personas que padezcan algún trastorno y/o discapacidad mental.

El desarrollo de este programa implicará espacios de socialización, sensibilización y participación ciudadana, difusión de contenidos a través de redes sociales y medios de comunicación masiva nacional y local y todas aquellos espacios o medios que permitan transmitir el objetivo y mensaje del mismo.

El programa "No temas" será difundido y promocionado de manera especial por el Ministerio de Educación Nacional y por todas las instituciones educativas, públicas y privadas, del país.

El programa "No temas" será financiado con recursos del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Gobierno reglamentará todos los aspectos relativos a la creación y puesta en funcionamiento del programa.

PARÁGRAFO ÚNICO. El diseño y redacción de los contenidos que se generen en desarrollo del programa "No temas" deberán ser atractivos y de fácil entendimiento para los niños, niñas y adolescentes.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES PARA EL ENFOQUE PSICOESPIRITUAL EN LA SALUD MENTAL

Artículo 25. Definición del enfoque psicoespiritual en la salud mental. Adiciónese un numeral al artículo 5 de la Ley 1616 de 2013 para que quede así:

(...)

Enfoque psicoespiritual. Se entenderá como la integración y consideración de la dimensión espiritual en la atención en salud mental de la persona cuando así las circunstancias lo requieran. Para tal fin, los profesionales de la salud mental podrán desarrollar colaboración conjunta con líderes religiosos para abordar las necesidades psicoespirituales de la persona

conforme a los protocolos reglamentarios que se desarrollen en el marco de la presente ley. La adopción de dicho enfoque respetará el principio de voluntariedad del paciente.

Artículo 26. Protocolo para la adopción del enfoque psicoespiritual para la atención en Salud Mental.

El Ministerio de Salud con la participación de entidades y organizaciones del sector religioso, con base en los principios y lineamientos previstos en la Ley 133 de 1994 y el Decreto 437 de 2018, desarrollará las rutas y protocolos para garantizar el abordaje del enfoque psicoespiritual dentro de la política de atención y promoción de la salud mental en los entornos y con las disposiciones descritas en la presente ley.

CAPÍTULO VI. OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 27. Obligatoriedad. Los estudios, planes, programas, proyectos y demás acciones que el Ministerio de Salud y Protección Social realice en cumplimiento de la presente ley, serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, las Empresas Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Administradoras de Riesgos Laborales y serán objeto de seguimiento y evaluación a través de los indicadores de implementación que fije el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 28. Informe y divulgación. El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará los estudios y evaluaciones a que se refieren los numerales 1 y 8 del artículo primero de la presente ley.

Con base en ellos, deberá estructurar e implementar las políticas y regulaciones necesarias con el fin de garantizar y promover la salud mental de los colombianos y bajo el enfoque a que se refiere la presente ley.

Todo informe, estudio o evaluación que realicen el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales en cumplimiento de la presente ley, deberá ser presentado a todos los agentes del sistema de salud.

Artículo 29. Informes al Congreso de la República. En consonancia con las responsabilidades dispuestas por la Ley 1616 de 2013 en materia de vigilancia, control y sanción, la Superintendencia Nacional de Salud deberá presentar de forma anual un informe diagnóstico a las Comisiones Séptimas del Senado de la República y de la Cámara de Representantes respecto del estado de cumplimiento de la presente ley y de la protección y garantía del derecho a la salud mental dentro del sistema penitenciario y carcelario del país, el talento humano en salud y dentro del sistema educativo colombiano.

Artículo 30. Inclúyase un parágrafo al artículo 27 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

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

Artículo 31. Reglamentación. El Gobierno Nacional reglamentará la presente ley dentro de los seis (6) meses siguientes contados a partir de su promulgación.

Artículo 31. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Congresistas,

LORENA RÍOS CUELLAR SENADORA DE LA REPÚBLICA Partido Colombia Justa Libres	**PEDRO FLOREZ PORRAS** SENADOR DE LA REPÚBLICA Pacto Histórico Coalición
ENRIQUE CABRALES BAQUERO Senador de la República	
ENRIQUE CABRALES BAQUERO SENADOR DE LA REPÚBLICA Partido Centro Democrático	**GUSTAVO MORENO HURTADO** SENADOR DE LA REPÚBLICA Partido EN MARCHA

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 02 del mes Agosto del año 2023 se radicó en este despacho el proyecto de ley N°. 63 Acto Legislatívo N°. _____, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales por: HS Lorena Ríos Cuéllar, Pedro Pablo Flórez Enrique Sabonales Baquero, Gustavo Moreno Hurtado

_____

SECRETARIO GENERAL

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO DE LA INICIATIVA

El presente proyecto de ley busca establecer medidas efectivas para garantizar la atención en salud mental en el territorio nacional mediante la actualización de disposiciones establecidas en la Ley 1616 de 2013 y la promoción de la atención diferenciada en entornos especiales como: 1. La población privada de la libertad dentro del sistema penitenciario y carcelario del país. 2. El talento humano en salud definido en el artículo 2 y 17 de la Ley 1164 de 2007. 3. El sistema educativo colombiano, especialmente en la educación preescolar, básica media y sus respectivos entornos escolares. Así también, el proyecto busca se busca promover la recuperación de la salud mental de los colombianos como consecuencia de las afectaciones mentales generadas por la pandemia COVID – 19.

2. ANTECEDENTES

El proyecto integra elementos contenidos en proyectos de ley que fueron radicados durante la legislatura 2022-2023 del Senado de la República, los cuales a saber son:

- **El Proyecto de ley No. 130 de 2022 Senado.** Este proyecto contó con conceptos de la Comisión Nacional de Regulación del pasado 26 de septiembre de 2022 y del Ministerio de Educación, publicado en Gaceta 490 de 2023. En su momento, los conceptos fueron estudiados y acogidos por los ponentes para la elaboración de esta ponencia.

- **El Proyecto de ley No. 166 de 2022 Senado.** Este proyecto buscaba modificar la Ley 1616 de 2013 garantizando de manera real y efectiva el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, mediante la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, a partir de la implementación de programas pedagógicos para el desarrollo socioemocional y programas especializados para el manejo psicológico y de salud mental en las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado, así como en los centros educativos e instituciones de educación superior públicas y privadas.

- **El Proyecto de Ley No. 289 de 2023 Senado.** Este proyecto de ley estableció como objetivos establecer lineamientos generales para que el Ministerio de Salud y Protección Social, junto con las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud -IPS-y Administradoras de Riesgos Laborales -ARL- ejecuten acciones contundentes y tendientes a restablecer y garantizar la salud mental de los colombianos, especialmente la de los menores de edad, como consecuencia de las afecciones o trastornos mentales que se hayan generado a raíz de la crisis sanitaria producto de la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales que en su momento se dictaron para evitar la propagación del virus.

3. JUSTIFICACIÓN

Sobre la salud mental

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, de manera que puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad[1]. Esta concepción pone de manifiesto una noción positiva de la salud mental, la cual se aparta de la mera ausencia de trastornos o discapacidades y, en consecuencia, amplía el enfoque de intervención al pasar de un limitante tratamiento de la enfermedad a un amplio espectro de interacciones cotidianas, desde una integralidad de componentes y determinantes. En este sentido, la salud mental debe ser abordada desde un enfoque de intervención sobre (i los entornos de desarrollo individuales y colectivos; ii) los determinantes sociales que afectan el estado de bienestar de las personas; y, iii) las diferencias poblacionales, culturales y territoriales que condicionan y moldean las diferentes formas de vida.

En el caso colombiano, concretamente, el abordaje normativo en materia de salud mental no se ha distanciado de la noción anteriormente expuesta. Así, la Ley 1616 de 2013 (ley de salud mental), la define como un "estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad"[2]; y, adicionalmente señala que este es un asunto "de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas"[3], con lo cual se reafirma su importancia no solo desde el punto de vista de salud pública sino también como el mandato de los derechos fundamentales, lo cual impone al Estado colombiano el deber de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población mediante la promoción de la salud mental y su prevención de manera integral e integrada.

Diferenciación entre Problema Mental y Trastorno Mental

Resulta pertinente en primer lugar, tener claridad respecto de los conceptos referentes a problema mental y trastorno mental, toda vez que son transversales en la presente iniciativa. Los mismos, fueron definidos en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la siguiente manera:

---

[1] Organización Mundial de la salud (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

[2] Ley 1616 de 2013, "Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones".

[3] Ibídem.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

- ***"Problema mental*** *como el malestar y las dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental. En esta categoría se encuentran las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas y las reacciones emocionales ante las pérdidas significativas tales como, síntomas depresivos y/o ansiosos, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, problemas de aprendizaje, problemas de comunicación, dificultades de socialización, conductas de riesgo alimentario (no comer aunque se tenga hambre, malestar con el acto de comer, atracones, vómito después de comer) y alteraciones en el sueño, entre otros".*
- ***"Trastorno mental*** *como "un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental". Se entiende así que los problemas mentales se diferencian de los trastornos mentales en la severidad de la sintomatología y el grado la disfuncionalidad psicosocial que originan".*

Ahora bien, de acuerdo con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud en su página web:

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

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

"En Colombia la Ley 1616 de 2003 define la salud mental como "un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad".

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

1. La forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales.

2. La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo."[4]

---

[4] *Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. (2014, octubre). ABECÉ SOBRE LA SALUD MENTAL, SUS TRASTORNOS Y ESTIGMAS. 2020, mayo 11, de MINSALUD Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf.*

De acuerdo con lo expuesto, es clara la importancia que tiene la salud mental, toda vez que, el preservar esta, va a permitir a las personas desenvolverse en sus relaciones interpersonales de la manera adecuada, además de permitirles desarrollar y disfrutar actividades de cualquier tipo, pues se parte de la base que se goza de un estado completo de bienestar físico, mental y social. Es por esto que, la mayoría de países han venido implementando normatividad con el fin de desarrollar medidas específicas para la prevención y de atención integral a las enfermedades mentales.

Sin embargo, es importante señalar que la Salud Mental no siempre ha tenido el mismo reconocimiento e importancia. *"Hace unos años, las enfermedades mentales eran problemas característicos de la sociedad adulta de clase obrera entre los 40 y los 55 años de edad, que, motivada por el estrés del trabajo, el hogar y su entorno veía perjudicada su salud. Ahora las condiciones han cambiado, se exige más en el trabajo, se tiene menos tiempo, los horarios han modificado nuestros hábitos y las tecnologías se han apoderado de nuestro día a día. La evolución de la sociedad va de la mano del progreso de este tipo de patologías.*

Las personas que sufren obsesiones mentales pueden tardar una media de 8-10 años en acudir al psicólogo o al psiquiatra. Sin ser conscientes, comienzan a transformar sus hábitos cotidianos y a ser subordinados de su trastorno. Solo cuando esos problemas empiezan a afectarles en su día a día y a ocasionarles serias dificultades en su vida laboral o personal deciden dar el paso y acudir a un especialista, normalmente empujados por algún familiar cercano".[5]

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

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

Así las cosas, la salud mental no es un tema que actualmente se circunscribe a un sector específico de la sociedad, sino que dado el ritmo y los avances de todo tipo a los que se enfrenta la sociedad y las personas en el día a día, cualquier persona puede presentar trastornos mentales en algún momento de su vida; de ahí la importancia que debe representar para los países desarrollar y adoptar estrategias, planes y programas encaminados a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales desde edades tempranas, puesto que si se proporcionan herramientas adecuadas cuando las personas se encuentran en sus procesos iniciales de crecimiento y aprendizaje, con seguridad se van a prevenir trastornos o enfermedades de tipo mental en un futuro.

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

---

[5] *Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios. (2020). Las enfermedades mentales del siglo XXI. 2020, mayo 11, de ISES Recuperado de https://www.isesinstituto.com/noticia/las-enfermedades-mentales-del-siglo-xxi*

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

En el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia.

De acuerdo con la información publicada en la Encuesta Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social colombiano (2015)[6], los problemas mentales afectan la manera en que una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero sus manifestaciones no son suficientes para incluirlos dentro de un trastorno específico según los criterios de clasificación internacionales de trastornos mentales; están asociados a dificultades de aprendizaje y de comunicación, conductas de riesgo alimentario, alteraciones del sueño, exposición a eventos traumáticos, síntomas de depresión y ansiedad, entre otros.

Por su parte, los trastornos mentales son alteraciones clínicamente significativas de tipo emocional, cognitivo o comportamental que generan disfunción del desarrollo de las funciones mentales, procesos psicológicos o biológicos en el individuo[7]. Estos se diferencian de los problemas mentales en la severidad de la sintomatología, grado de disfuncionalidad del individuo y condiciones crónicas asociadas a trastornos depresivos y de ansiedad, esquizofrenia, epilepsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de la memoria, entre otros. En términos mas específicos del ordenamiento jurídico nacional, en la Ley 1616 de 2013 encontramos la siguiente definición:

> *"Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida".*

Salud mental y talento humano en salud

En el año 2000, la OMS incluyó el síndrome de Burnout en la undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y lo caracteriza como un síndrome ocupacional que se debe únicamente al estrés crónico en el lugar de trabajo. Dentro de los síntomas que permiten identificar el trastorno, la OMS hace mención de: i) sentimientos de agotamiento extremo; ii) aumento de la distancia mental del trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo; y iii) reducción de la eficacia laboral. La mayor parte de

[6] Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental.
[7] Ibídem.

las veces se da por exceso de horas laborando, sumado al poco descanso que termina en desgaste físico y mental[8].

Específicamente, en el caso colombiano encontramos que las Encuestas Nacionales de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales, realizadas por el Ministerio del Trabajo durante los años 2007 y 2013, en empresas de diferentes actividades económicas y regiones del país, se identificó la presencia de los factores de riesgo psicosociales como prioritarios por parte de los trabajadores y empleadores. En este sentido, dos de cada tres trabajadores manifestaron estar expuestos a factores psicosociales durante la última jornada laboral completa y entre un 20% y 33% sentir altos niveles de estrés.

Para el caso de los trabajadores de la Salud, a partir de una iniciativa del Colegio Médico Colombiano (CMC) se logra hacer un primer acercamiento a las condiciones laborales de este personal en Colombia; es así como la Encuesta Nacional de Situación Laboral para los Profesionales de la Salud 2019[9] reveló que el país atraviesa por una precarización de las condiciones laborales del personal de salud, que ha llevado al aumento de casos de Burnout y suicidios. Según los datos de la encuesta, el 36% de los médicos generales en el país trabaja en dos o tres sitios, y el 30% de los especialistas labora en tres o más centros médicos. También se encontró que los médicos rurales están trabajando 264 o más horas al mes; es decir, laboran unas 66 horas a la semana, y el 33% de los médicos especialistas también trabaja de 48 a 66 horas a la semana. En relación con las afectaciones en el ámbito laboral, el 80% de los médicos generales, el 81% de los especialistas, el 52% de los rurales y el 75% de otros profesionales de la salud afirman haber tenido inconvenientes en el trabajo, siendo las principales causas los cambios en las condiciones del trabajo, constricción del ejercicio profesional y acoso laboral.

Las consecuencias de estas condiciones laborales no son de menor importancia. Según un estudio realizado por el Programa de Psiquiatría del Harlem Hospital Center en Nueva York[10], el riesgo de morir por suicidio entre los médicos hombres es el doble que en la población general, y en médicas mujeres es el triple o el cuádruple; adicionalmente, comparado con otras profesiones, los médicos tienen un riesgo de suicidarse mucho mayor que cualquier otra profesión, situaciones que se asocian con la depresión que se presentan en el 12 % de los médicos y hasta en el 20 % de las médicas. Con esto, queda de manifiesto el preocupante panorama que enfrentan los Trabajadores de la Salud en materia de salud mental, lo que, sumado a las condiciones de sobrecarga laboral, hace ineludible emprender acciones de promoción, prevención y atención integral.

En cuanto a los antecedentes normativos en esta materia, es importante mencionar que la Ley 1122 de 2007 ordenó la inclusión de acciones orientadas a la promoción de la salud mental en

---

[8] Organización Mundial de la Salud (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases.* https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

[9] Se trata de un estudio realizado por el Colegio Médico Colombiano (CMC), en el que se recopilan las respuestas de 8.249 médicos y profesionales de la salud en todo el país para conocer la realidad de la situación laboral del Talento Humano en Salud.

[10] Medscape (2018). *Physicians Experience Highest Suicide Rate of Any Profession.* https://www.medscape.com/viewarticle/896257

los planes de Salud Pública y en los planes de desarrollo nacional y territorial. Así mismo, incorporó estrategias para la promoción de la salud mental, tratamiento de los trastornos mentales, prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. Estos lineamientos fueron incluidos en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, posicionando la salud mental como una prioridad nacional, fomentando su incorporación en los planes territoriales de salud (PTS) y asignando la responsabilidad de la promoción, con énfasis en el ámbito familiar, a las EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales e IPS. De igual manera, estos lineamientos se retomaron para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012- 2021, incorporando la salud mental y la convivencia social dentro de las ocho dimensiones prioritarias.

Por su parte, en el ámbito laboral, con la Ley 1010 de 2006 se tipifica la sobrecarga de trabajo como una modalidad de acoso laboral y con la Ley 1616 de 2013, además de garantizarse el derecho a la salud mental, se instaura la obligación al empleador de realizar acciones para la promoción de la salud mental en ámbitos laborales y se reitera la obligación respecto del monitoreo de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo como parte de las acciones del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo. Ahora bien, aunque en 2019 el Ministerio del Trabajo expidió la Resolución 2404, la cual establece los requerimientos para la identificación, evaluación, monitoreo e intervención de factores de riesgo psicosocial en el entorno laboral, actualmente se desconoce si las empresas utilizan la Batería de riesgo psicosocial para el diseño, ajuste e implementación de sus políticas internas.

Privación de la libertad y salud mental en entornos carcelarios

Diversos estudios coinciden en señalar que la prisión es un lugar que genera efectos totalmente contrarios a la promoción de un bienestar psicológico, toda vez que están asociados a la pérdida del derecho a la libertad, restricciones frente al estilo de vida, pérdida de autonomía, de empleo, de vivienda y de relaciones interpersonales, incluyendo relaciones con la pareja, padres e hijos. A lo anterior deben sumarse las dinámicas de violencia imperantes en dichos entornos, lo que en muchos casos resulta en abusos y victimización[11].

La privación de la libertad supone para la persona en esta situación el enfrentamiento a eventos estresantes y diferentes a su contexto normal, como la pérdida de privacidad y de autonomía, la distorsión del tiempo y el espacio, la sensación de soledad debido al rompimiento abrupto de las relaciones sociales, el tedio y otras situaciones propias de la vida y el entorno carcelario. Estos aspectos –sumados al hacinamiento, la incertidumbre, la violencia y las precarias condiciones de salud–, se convierten en factores de riesgo cuando no se cuentan con los recursos psicológicos suficientes para sobrellevarlos y podrían acarrear el desencadenamiento de distintos problemas y trastornos mentales durante toda la estancia en prisión.

Ahora bien, al abordar el caso colombiano es importante mencionar que si bien en el país ha ido aumentando el interés por el estudio de la situación de salud mental –tanto que se han observado distintos esfuerzos por un mayor desarrollo normativo y la formulación de

[11] Aponte M.C; Espinosa S; González D (2019). *Salud Mental en Centros Penitenciarios.*

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

políticas públicas sobre el tema–, se observa una notable ausencia de información cuando se trata de la población privada de la libertad y los entornos carcelarios. Entre la poca información disponible al respecto, encontramos cifras del INPEC que para el año 2015 reportaban que de 121.421 personas privadas de la libertad, cerca de 2.400 padecían alguna patología mental. Sin embargo, la evaluación psiquiátrica que determinaba esta cifra no es realizada a todos los reclusos y es posible que los trastornos existieran antes de ingresar o que se desencadenaran por la privación de la libertad. De hecho, hasta enero de 2019 en el país habían 187.477 recluidos, cifra que demuestra el incremento de la población carcelaria –en una situación de hacinamiento ampliamente conocida– y el posible incremento del número de presos con patologías mentales y en constante exposición a ella.

Según el Código Penitenciario y Carcelario[12], esta población debería recibir tratamiento en establecimientos de tipo asistencial y terapéutico situados fuera de las cárceles. No obstante, con el nivel de hacinamiento, a las cárceles siguen llegando personas que padecen trastornos mentales. Para albergar a esta población, el INPEC cuenta con dos unidades de salud mental, una en la cárcel La Modelo de Bogotá y otra en la de Villahermosa de Cali, en las que se encuentran todo tipo de casos: Reclusos a la espera de que un juez los declare inimputables, otros que ya han sido condenados y pese a padecer un trastorno mental no fueron eximidos penalmente y, además, se recibe de forma temporal a los presos de los patios comunes cuando presentan una crisis o un episodio psicótico. Otro aspecto que resulta problemático es que esas plazas están destinadas únicamente a los hombres, pues, aunque las mujeres tras las rejas tienen más probabilidades de padecer un trastorno mental, sus establecimientos no cuentan con una unidad de atención especializada.

En el año 2015, la Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria realizó visitas de inspección a 12 establecimientos[13] y encontró que la farmacodependencia es el trastorno mental más frecuente al interior de los establecimientos, seguidos por la esquizofrenia, el trastorno de ansiedad y trastornos del afecto como depresión y trastorno afectivo bipolar. A partir de este estudio, la Defensoría pudo concluir que el servicio de atención en salud prestado en los establecimientos no garantiza los estándares mínimos de atención en salud mental para la población privada de la libertad contemplados en el artículo 6 de la Ley 1616 de 2013 y además señala que situaciones como el suministro diario de medicamentos y la atención psiquiátrica mensual, bimestral y en algunas ocasiones trimestral no satisface las necesidades de tratamiento de la mayoría de las patologías presentadas por los internos.

Por su parte, el Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el sistema penitenciario y carcelario colombiano de 2016, realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes y la Escuela de Salud Pública de Harvard, resalta la incidencia de depresión en los internos (24% en la cárcel La Modelo), un dato que no es de menor importancia si se tiene en cuenta que según la Encuesta Nacional de Salud Mental el

[12] Ley 65 de 1993. *"Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario"*. Artículo 24: Establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente.

[13] En cada uno se realizó una entrevista al personal encargado, revisión de historias clínicas, registros de entrega de medicamentos y lugar en el que estos son almacenados.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

4,7% de los colombianos padece este trastorno. De otro lado, el Laboratorio de Psicología Jurídica de la Universidad Nacional presentó en 2017 el Informe nacional de prisiones, donde se evalúan diversos indicadores que con incidencia directa sobre la salud mental de las personas privadas de la libertad, evidenciando que, por ejemplo, el hacinamiento registrado fue del 47%, sobrepasando en algunos establecimientos el 100 %, la tasa de suicidios pasó de 9,05 en 2016 a 10,34 en 2017, y la de homicidio pasó de 25,63 en 2016 a 27,58 en 2017; respecto a los indicadores de atención en salud, se encontró que solo el 12% de los internos tuvo examen de ingreso, y el porcentaje de reclusos que habían recibido atención primaria en salud fue del 25,7%.

En cuanto a los antecedentes normativos en materia de salud mental en entornos penitenciarios, se debe mencionar el artículo 105 de la Ley 65 de 1993 el cual dispone que, dentro de los establecimientos penitenciarios y carcelarios, los reclusos contarán con la atención de un servicio médico integrado por médicos, psicólogos, odontólogos, psiquiatras, terapistas, enfermeros y auxiliares de enfermería. En la modificación al Código Penitenciario y Carcelario, realizada por la Ley 1709 de 2014, se afirma que los establecimientos especiales para personas que padecen trastorno mental, contarán con este mismo tipo de atención médica, la cual se especializará en tratamiento psiquiátrico y rehabilitación mental con miras a la inclusión familiar, social y laboral; y, en la misma ley se establece que las personas privadas de la libertad deben tener acceso a todos los servicios del sistema general de salud sin discriminación por su condición jurídica, con garantía de recibir acciones, basadas en el respeto de la dignidad humana, de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de todas las patologías físicas y mentales.

Al respecto, la Corte Constitucional se ha pronunciado en varias oportunidades y ha señalado que, en atención al carácter de fundamental del Derecho a la Salud, este no puede verse ni suspendido ni restringido cuando se trata de una persona privada de la libertad. En este sentido, la protección al Derecho a la Salud incluye la protección de las personas que padecen enfermedades mentales dentro de los establecimientos penitenciarios y carcelarios, así mismo, esta protección se brinda garantizando los servicios médicos necesarios para el tratamiento de diagnósticos psiquiátricos, lo cual incluye la reclusión dentro de las instalaciones idóneas y propicias, de acuerdo al estado de salud de los internos[14]. En otro pronunciamiento, la Corte resalta que Colombia ha suscrito una serie de instrumentos jurídicos internacionales que le son vinculantes y traen como consecuencia automática el respetar y garantizar los derechos de esta población. Entre ellos se encuentra la Convención Americana de Derechos Humanos que establece que el Estado debe garantizar las condiciones dignas de reclusión, y el tratamiento médico al que haya lugar en el caso que la persona privada de la libertad padezca de algún tipo de enfermedad, obligación que se ha desarrollado vía jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y que ha sido recogida por la Corte Constitucional[15].

[14] Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-149 de 2014.
[15] Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-750A de 2012.

Salud mental en entornos educativos

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 se encontró que el 44,7% de los niños y niñas de 7 a 11 años requiere de una evaluación formal por parte de un profesional de la salud mental para descartar problemas o posibles trastornos. Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia en este grupo de edad fueron: lenguaje anormal (19,6%), asustarse o ponerse nervioso sin razón (12,4 %), presentar cefaleas frecuentes (9,7 %) y jugar poco con otros niños (9,5 %).

En adolescentes, se encontró que el 12,2% ha presentado síntomas de problemas mentales en el último año, la prevalencia de cualquier trastorno mental fue de 4,4%, la fobia social (3,4%) y cualquier trastorno de ansiedad (3,5%). En los adultos, la prevalencia de problemas mentales fue de 9,6% a 11,2% y de trastornos mentales de 4%. La depresión de cualquier tipo, y la ansiedad de cualquier tipo, fueron los eventos más prevalentes.

Si observamos con mas detalle la situación en niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con el Boletín de salud mental del año 2018[16], se encontró que el número de personas de 0 a 19 años que consultan por trastornos mentales y del comportamiento es cada día mayor. De 2009 a 2017 se atendieron 2.128.573 niños, niñas y adolescentes con diagnósticos con código CIE 10: F00 a F99 (que agrupa los trastornos mentales y del comportamiento), con un promedio de 236.508 de personas atendidas por año.

Sumando a lo expuesto, resulta importante señalar que la importancia de generar espacios de promoción y atención preventiva e integral en materia de salud mental en los entornos escolares radica en la existencia de varios factores de riesgo en el entorno educativo que pueden afectar la salud mental de la niñez y adolescencia, entre ellos se encuentra la violencia, el consumo de SPA, la baja capacidad para proporcionar un ambiente apropiado para apoyar el aprendizaje, y la provisión inadecuada del servicio educativo[17].

Según la Encuesta de Salud de Escolares[18], el 20,5 % de los estudiantes refirió haber sido víctima de agresiones durante el último año. Específicamente, uno de cada cuatro escolares en Colombia participó en peleas físicas en el último año, y el 15,4 % de los escolares refirió haber sido intimidado al menos una vez en el último mes. Respecto al consumo de Sustancias Psicoactivas, según el Estudio Nacional de Consumo de SPA[19], se encontró que el 41,29 % de los menores considera que se distribuyen drogas dentro del colegio y el 48,29 % alrededor de este. Así mismo, el 24,84 % de los estudiantes ha visto personalmente a un alumno vendiendo o pasando droga en el colegio y el 35,76 % ha visto consumir drogas dentro o alrededor del colegio. En la población escolar entre los 12 y 18 años, el alcohol es la sustancia más

[16] Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Boletín de salud mental: Salud mental en niños, niñas y adolescentes.* Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf

[17] Organización Mundial de la Salud (2005). Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. 13 Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Encuesta de Salud de Escolares (ENSE).

[18] Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Encuesta de Salud de Escolares (ENSE).

[19] Observatorio de Drogas de Colombia (2016). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar.

consumida (6 de cada 10 reportaron haber consumido alcohol en el último año, y en promedio el consumo inició a los 13,1 años); con relación al consumo de SPA ilícitas, 6 de cada 100 reportaron su consumo, siendo la marihuana la más consumida, seguida de la cocaína.

Ante el panorama descrito, es fundamental reconocer el entorno escolar como uno de los escenarios con mayor cercanía a las necesidades psicosociales de los estudiantes y sus familias, y, por lo tanto, donde más pueden presentarse factores de riesgo. De esta forma, al ser uno de los espacios donde las niñas, niños y adolescentes pasan gran parte del tiempo, se hace indispensable que desde la comunidad educativa se implementen medidas de prevención y mecanismos de identificación y tratamiento oportuno de síntomas asociados a problemas y trastornos mentales.

En cuanto a los antecedentes normativos en la materia, se debe mencionar que con la Ley 1616 de 2013 se empezó a garantizar el derecho a la salud mental, con prioridad en la niñez y adolescencia. Esta ley estableció que la política publica en salud mental debía basarse en el concepto de salud mental positiva, el cual se considera un desarrollo positivo a toda la población residente en el territorio colombiano interviniendo determinantes tales como: la inclusión social, la eliminación del estigma y la discriminación, la seguridad económica y alimentaria, el buen trato y la prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso escolar, prevención del suicidio y la prevención del consumo de SPA. En esta línea, en el ámbito educativo se expidió la Ley 1620 el 2013 la cual crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y formación para los DDHH, la educación para la sexualidad y prevención de la violencia escolar. Además, creó mecanismos para la promoción, prevención, atención, detección y manejo de conductas que vayan en contra de la convivencia escolar, incluyendo el involucramiento activo de los padres y familiares en el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.

Deficiencias en la promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales en establecimientos educativos de preescolar, básica y media de carácter oficial y privado

Es importante comenzar señalando que en Colombia si ha existido una amplia voluntad para proteger y garantizar el derecho a la salud mental, y esto se ve reflejado en las diferentes normas expedidas, las cuales han servido de base a Ministerios y entidades locales con el fin de plantear las estrategias, planes y programas de salud mental. Entre las normas expedidas, podemos destacamos las siguientes:

- Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud mental)
- Decreto 0658 de 2013 (cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013)
- Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de sustancias psicoactivas 2014 - 2021
- El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 – 2021
- Política Nacional de Salud mental, 15 de noviembre de 2018
- Documento CONPES 3992, 14 de abril de 2020 - Estrategia para la Salud Mental en Colombia

No obstante lo anterior, actualmente subsisten deficiencias en cuanto a la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, así como en la atención de esta.

Después de haber realizado un análisis detallado de la normatividad vigente sobre salud mental, pudimos concluir que, en parte, los problemas se deben a que, tanto los lineamientos o directrices expuestos en las normas, como los programas o políticas publicas impuestas en ese sentido, son demasiado generales o se centran en otros problemas similares, pero no en salud mental específicamente.

Ahora bien, en el caso de establecimientos educativos de preescolar, básica y media de carácter oficial y privado, lo anterior fue confirmado con la respuesta emitida por el Ministerio de Educación Nacional, frente a un Derecho de petición enviado, en el que se le solicitó información acerca de las políticas, planes, programas y proyectos que tiene actualmente el Ministerio de Educación en los diferentes centros de estudio (públicos y/o privados), para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental.

Al respecto, el Ministerio de Educación Nacional señaló:

"El Ministerio de Educación Nacional ha desarrollado diversas acciones en materia de promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de promoción de la convivencia, de acuerdo con lo establecido en el Plan Nacional para la Promoción de la salud y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021, en el componente de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, que dispone el artículo 6° de la Ley 1566 de 2012 , por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas, en la "Política Integral para enfrentar el problema de Drogas-Ruta Futuro aprobado en el marco del Consejo Nacional de Estupefacientes el 13 de diciembre de 2018, y la Resolución 89 del 16 enero de 2019 por la cual se adopta la "Política Integral de Prevención y Atención del consumo de Sustancias Psicoactivas".

Por otro lado, en el marco de la Ley 1620 de 2013, "Por la cuàl se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar", desde el Ministerio de Educación Nacional, se viene liderando el Comité Nacional de Convivencia Escolar y el acompañamiento y fortalecimiento al funcionamiento de los 96 Comités Territoriales de Convivencia Escolar de las Entidades Territoriales Certificadas en Educación.

Esta Ley estableció diversas estrategias que aportan a la prevención de las violencias en el ámbito escolar:

(i) La creación de los Comités Nacionales y Territoriales de Convivencia Escolar y una instancia de participación dentro del Gobierno Escolar, denominado Comité Escolar de Convivencia. Estas instancias tienen entre sus funciones fomentar procesos de formación que apuntan a la reflexión y transformación de los imaginarios colectivos en torno a la convivencia, la perspectiva de género, el ejercicio y rol activo de los estudiantes frente a sus Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, así como articular todas las acciones con las políticas relacionadas en el marco de su jurisdicción.

(ii) Ruta de Atención Integral, integrada por cuatro componentes básicos: Promoción, Prevención, Atención y Seguimiento. El propósito de la ruta es posicionar y garantizar los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos, a través de la promoción del bienestar y las prácticas que promuevan la convivencia, así como la identificación de los riesgos y situaciones que pueden afectar negativamente esos derechos, incluyendo las violencias basadas en género, con el fin de prevenirlas y saber cómo actuar cuando estas se presenten. Esta ruta se desarrolla a través de diversos protocolos para la prevención y abordaje de algunas situaciones que afectan la convivencia escolar.

(iii) La conformación de alianzas con universidades para fortalecer la orientación escolar como una oportunidad de llevar atención integral a los estudiantes y sus docentes para mejorar situaciones de conflicto que afecten la convivencia pacífica y complementar la labor pedagógica de prevención que impulsan los directivos y docentes.

Es fundamental reconocer que ya se vienen abordando desde el sector educativo proyectos pedagógicos y el desarrollo de competencias ciudadanas y socioemocionales, como herramientas fundamentales para el fortalecimiento de la salud mental y la convivencia escolar en niños, niñas y adolescentes; se precisa que en el año 2019, el Ministerio de Educación Nacional distribuyó 341.851 textos de emociones para la vida para estudiantes de básica primaria, como proceso de fortalecimiento de acciones de prevención y promoción asociadas a salud mental.

Por último, el Ministerio de Educación Nacional participó en la elaboración del Documento CONPES 3992 de 14 de abril de 2020 de Salud Mental priorizando acciones para la formación docentes en el desarrollo de competencias ciudadanas y socioemocionales, el fortalecimiento de las alianzas entre las escuelas y las familias y el abordaje de rutas intersectoriales. priorizando las siguientes acciones:

- Realizar acompañamiento a las 96 entidades territoriales certificadas para la promoción de acceso y permanencia educativa, a través de la búsqueda activa de NNA, jóvenes y personas adultas, y de manera especial a aquellos que presentan discapacidad mentalpsicosocial. Esto se realiza con el fin de garantizar la inclusión y equidad en la educación, y promover el desarrollo integral y las trayectorias educativas completas.

- Promover el registro, seguimiento y atención a casos de violencia con el uso e implementación del Sistema de Información Unificado de Convivencia Escolar en coordinación con el SIM del ICBF y la aplicación de los protocolos de abordaje pedagógico y rutas de atención en establecimientos educativos del país. El fin de esta acción es la participación del entorno educativo en la prevención de las violencias, consumo de sustancias psicoactivas, problemas y trastornos mentales.

- Diseñar e implementar contenidos, metodologías y herramientas para fortalecer capacidades de las familias en materia de cuidado, crianza y promoción del desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, en el marco de la Alianza Familia - Escuela.

-Actualizar los referentes técnicos de competencias ciudadanas y socioemocionales para orientar a la comunidad educativa (directivos, docentes y estudiantes) en educación inicial, básica y media. Esto se realiza con el propósito de promover la convivencia ciudadana y herramientas para el manejo efectivo de situaciones de la vida diaria en la comunidad educativa.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

- *Realizar formación a docentes en el desarrollo de las competencias ciudadanas y socioemocionales.*

- *Acompañar a establecimientos educativos en la implementación de estrategias de formación a orientadores para fortalecer sus capacidades en el desarrollo de competencias socioemocionales para la convivencia escolar.*

- *Promover actividades deportivas, culturales y estilos de vida saludables en establecimientos educativos con Jornada Única...".* (Subrayado fuera del texto)

Teniendo en cuenta lo expuesto, observamos que, aunque el Ministerio de Educación Nacional señala que ha desarrollado diversas acciones en materia de promoción de la salud mental, cuando se hace un análisis de las acciones que exponen, encontramos que estas están dirigidas principalmente a la prevención de las violencias en el ámbito escolar; y aunque no se puede desconocer la importancia que tienen todas estas estrategias planteadas y la relevante conexión que pueden tener con la salud mental, no son estrategias o programas encaminados específicamente para la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental.

De las diferentes acciones expuestas la única que se refiere específicamente a la salud mental es la distribución que hizo el Ministerio de Educación Nacional de 341.851 textos de emociones para la vida para estudiantes de básica primaria, como proceso de fortalecimiento de acciones de prevención y promoción asociadas a salud mental.

En cuanto a la participación del Ministerio de Educación Nacional en la elaboración del Documento CONPES 3992 de 14 de abril de 2020 de Salud Mental, se señalan cuáles fueron las acciones que se priorizaron para la formación de docentes en el desarrollo de competencias ciudadanas y socioemocionales, el fortalecimiento de las alianzas entre las escuelas y las familias y el abordaje de rutas intersectoriales. Sin embargo, nuevamente observamos que ninguna de estas hace referencia específicamente a la salud mental.

Así las cosas, consideramos que es necesario que se empiecen a desarrollar e implementar en las instituciones educativas programas específicos en este sentido, pues la generalidad que ha caracterizado las estrategias y programas desarrollados no permite que haya un mejoramiento o garantía real en la salud mental de los estudiantes.

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

"Acciones para transformar la salud mental colombiana

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

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

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Fun Friends en niños de pre-jardín y primero de primaria y Friends for Life en niños de cuarto y quinto de primaria, son programas reconocidos internacionalmente que se realizan en las escuelas y ayudan a construir resiliencia y disminuir el riesgo de trastornos de ansiedad en jóvenes. Mental Health First Aid es una estrategia para personas que debutan con problemas emocionales o mentales. Ayuda a reconocer los signos y síntomas, provee ayuda inicial y guía la búsqueda de ayuda profesional.

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

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

Deficiencias en la promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales en instituciones de educación superior oficiales y privadas

Teniendo en cuenta los acontecimientos ocurridos en los últimos años, en los cuales se han presentado suicidios e intentos de suicidio por parte de estudiantes en las universidades, resulta absolutamente pertinente reforzar a nivel legal la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en las instituciones de educación superior oficiales y privadas, pues al parecer no se están tomando las medidas necesarias, ni se le está proporcionando a los estudiantes el acompañamiento que deberían tener para evitar este tipo de situaciones tan lamentables.

Al respecto, vale la pena señalar lo siguiente:

"Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, cada año se suicidan aproximadamente un millón de personas. La tasa de mortalidad general por suicidio es de 16 por cada 100.000 habitantes, lo que representa una muerte cada 40 segundos. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. En los últimos 45 años, las tasas de suicidio han aumentado un 60% a nivel mundial. Estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. La OMS estima que para el año 2020 el suicidio representará 2,4% de la carga global de morbilidad.

En Colombia, el suicidio representa la cuarta causa de muerte violenta y en jóvenes constituye la tercera causa de muerte por causas externas, después del homicidio y los accidentes. Entre 2004 y 2014 la tasa no superó el 4,4 por 100.000 habitantes, presentando un comportamiento estable. El año de mayor incremento fue 2002, con una tasa 4,9 y el más bajo 2013 con 3,8. Llama la atención las elevadas tasas de suicidio en hombres en relación con las mujeres en los diferentes grupos de edad. Por cada mujer que se suicida, hay entre 3 y 4 hombres que lo hacen, y en mayores de 70 años la relación llega a ser de 1/12. Es importante señalar el incremento gradual en las tasas de suicidio de mujeres adolescentes y jóvenes."[20] (Subrayado fuera del texto)

---

[20] *Franco, S & Gutiérrez, M & Sarmiento, J & Cuspoca, D & Tatis, J & Castillejo, A & Barrios, M & Ballesteros-Cabrera, M & Zamora, S & Rodriguez, C. (2017, enero). Suicidio en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia, 2004–2014. 2020, junio 3, de Scielo Salud Pública Recuperado de https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n1/269-278/#*

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Con la imposición legal para las instituciones de educación superior oficiales y privadas de desarrollar un plan anual de conferencias mensuales sobre salud mental y las otras medidas desarrolladas en el articulado, se pretende estandarizar las medidas que deben tomar todas las instituciones de este tipo, y otorgarle el carácter de obligatorio al desarrollo e implementación de dichas medidas, con el fin de afrontar la problemática actual por la cual se encuentran atravesando los jóvenes del país.

Finalmente, consideramos que los procesos de aprendizaje y convivencia que se generan al interior de las instituciones educativas abordadas en el articulado, esto es, establecimientos educativos de preescolar, básica y media de carácter oficial y privado e instituciones de educación superior oficiales y privadas, son escenarios perfectos para reforzar la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, pues dichas instituciones tienen en su mayoría presencia de niños, niñas, adolescentes y jóvenes hasta los 25 años, los cuales, por su edad, son más vulnerables y están más propensos a sufrir enfermedades de tipo mental, pero si desde las instituciones educativas se empiezan a desarrollar programas que permitan a los estudiantes conocer los signos y síntomas de las enfermedades mentales, adquirir herramientas y técnicas que les permitan afrontar de mejor manera las emociones que pueden generar diversas situaciones en sus vidas y se les enseña la importancia de preservar su salud mental, de seguro va a ver cambios notables en las cifras que actualmente tenemos.

La Salud mental y el enfoque psicoespiritual

La integración de la atención psicoespiritual en la salud mental en Colombia, apenas es un campo por explorar tanto en el ámbito académico como clínico. Si bien son escasas las experiencias y buenas prácticas en la materia, vale la pena resaltar que desde el punto de vista normativo el ámbito espiritual, ha sido uno de los aspectos reconocidos por la Corte Constitucional como una de las expresiones materiales del a dignidad humana, al respecto refiere:

"el referente concreto de la dignidad humana está vinculado con tres ámbitos exclusivos de la persona natural: la autonomía individual (materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de determinarse según esa elección), unas condiciones de vida cualificadas (referidas a las circunstancias materiales necesarias para desarrollar el proyecto de vida) y la intangibilidad del cuerpo y del espíritu (entendida como integridad física y espiritual, presupuesto para la realización del proyecto de vida)" (Sentencia T-881/02)

En la misma sentencia referida anteriormente, la Corte Constitucional conmina al Estado a implementar políticas públicas de inclusión social que corrija cualquier tipo de afectaciones a una de los ámbitos mencionados, entre los cuales se encuentran la espiritual:

"conductas dirigidas a la exclusión social mediadas por un atentado o un desconocimiento a la dimensión física y espiritual de las personas se encuentran constitucionalmente prohibidas al estar cobijadas por los predicados normativos de la dignidad humana; igualmente tanto las autoridades del Estado como los particulares están en la obligación de adelantar lo necesario para conservar la intangibilidad de estos bienes y sobre todo en la de promover políticas de

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

inclusión social a partir de la obligación de corregir los efectos de situaciones ya consolidadas en las cuales esté comprometida la afectación a los mismos" (Sentencia T-881/02)

De la misma manera, en el ámbito propiamente del campo de la salud, en 1991 el Ministerio de Salud y Protección Social incorporó al ordenamiento jurídico nacional, la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34ª Asamblea en 1981) sobre *los derechos del paciente* (Resolución 13437 de 1991, Ministerio de la Salud). En el decálogo de los derechos del paciente se cita lo siguiente: "(...) *su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa".*

Así también, el numeral 10 del artículo 6 de la ley vigente 1616 de 2013, que garantiza la atención en salud mental, reconoce entre los derechos de las personas, el "*Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias".*

Desde el punto de vista académico, la dimensión psicoespiritual se podría definir como la integración de la dimensión espiritual en la práctica clínica de la salud mental, reconociendo que la espiritualidad desempeña un papel relevante en el proceso terapéutico y recuperación del paciente. El sistema de creencias y valores religiosos otorgan influyen en la manera como cómo se afrontan los trastornos y desafíos emocionales y psicológicos. Así lo reconocen académicos e investigadores del campo de la psicología clínica, como Kenneth Pargament,), David Lukoff ( ) , Christiana Puchalski ( ), Harold Koenig y Ellen Idler[21].

Por lo anterior, la adopción de un enfoque psicoespiritual en el tratamiento de la salud mental recalca la importancia que los profesionales de la salud mental deben tomar en cuenta las creencias y prácticas espirituales de los pacientes y considerar cómo los mismos pueden repercutir en el bienestar mental de los pacientes. También implica la importancia de una colaboración respetuosa y constructiva entre profesionales y líderes religiosos para abordar las necesidades psicoesitituales de los pacientes.

Pertinencia del Proyecto de Ley – El contexto actual de la Salud en Colombia

En el estudio de la Salud Mental en Colombia 2015, se evidenció que el 44,7% de los niños y niñas de 7 a 11 años, requiere evaluación con un profesional de la salud mental para descartar problemas o trastornos, esta población presentaba síntomas como: "*lenguaje anormal (19,6%), asustarse o ponerse nervioso sin razón (12,4 %), presentar cefaleas frecuentes (9,7 %) y jugar poco con otros niños (9,5 %)*".[22]

El 12.2% de la población de 12 a 17 años son positivos en el tamizaje para algún trastorno mental; el 52.9% tiene uno o más síntomas de ansiedad; el 19.7% manifiesta cuatro o más

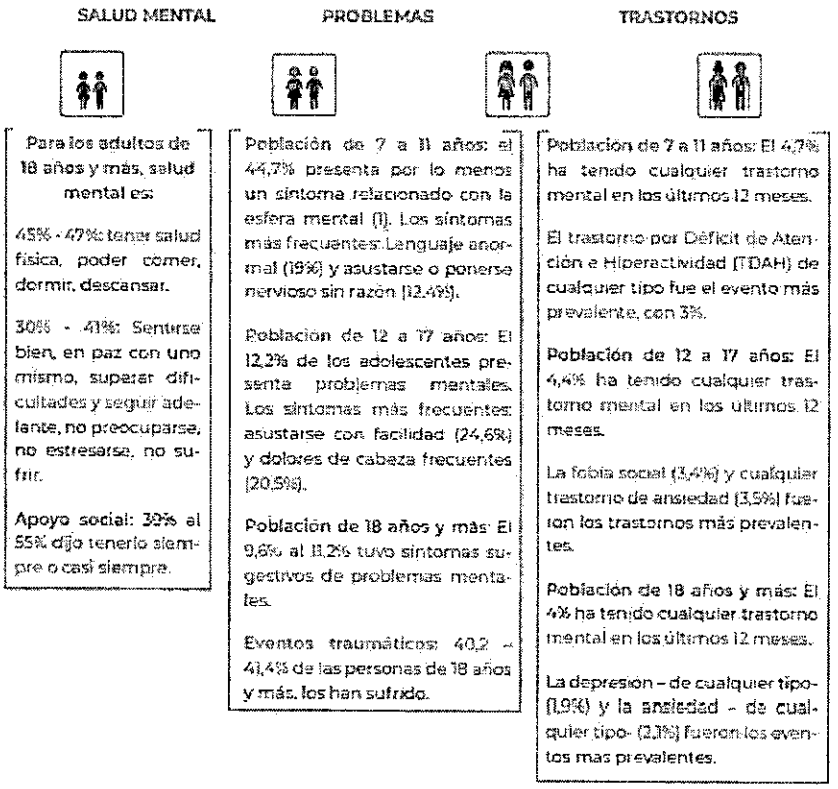
[21] Ver Pargament, K (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred. Guildford Press.* 348 p. Mark Cobb, Christina M Puchalski, Bruce Rumbold (2012). The Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare. Oxford University Press.

[22] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf.

síntomas de depresión, el 3,4% presentan fobia social y el 2% de los adolescentes presenta síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia.[23]

En los adultos cuya población es de 18 años y más, "*la prevalencia de problemas mentales fue de 9,6% a 11,2% y los trastornos mentales (cualquiera en los últimos 12 meses) fue de 4%. La depresión de cualquier tipo, y la ansiedad de cualquier tipo, fueron los eventos más prevalentes*".

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, en Colombia.



Fuente: MSPS - Dirección de Promoción y Prevención, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

El reforzar la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales en establecimientos educativos de preescolar, básica y media de carácter oficial y privado e instituciones de educación superior oficiales y privadas -que cuentan con la presencia principalmente de niños, niñas, adolescentes y jóvenes hasta los 25 años-, a través de la implementación de planes específicos como los que se plantea en las disposiciones, va a contribuir con lo siguiente:

[23] https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5383/1/DDMEPCEPNA98.pdf

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Cifras actuales

Salud mental en niños, niñas y adolescentes

De la información y cifras contenidas en el boletín de Salud Mental No. 4, salud mental en niños, niñas y adolescentes, actualizado en octubre de 2018, destacamos la siguiente información relevante:

Epidemiología de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento a nivel mundial:

A nivel global entre 10 y 15 niños, niñas y adolescentes (NNA) de cada 100, presentan problemas y/o trastornos mentales, los cuales se han asociado a la presencia de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, abandono escolar, conductas delictivas y otros problemas sociales. En América Latina y el Caribe las cifras son similares (prevalencia del 12,7% al 15%) y se han vinculado a estos los problemas nutricionales, lesiones perinatales, falta de estimulación temprana, entre otros.

Los expertos consideran que el desarrollo de las habilidades sociales y las capacidades de afrontamiento, ayudarán a prevenir enfermedades como la depresión y ansiedad, la anorexia, la bulimia y otros trastornos alimenticios, así como el consumo de sustancias psicoactivas y algunos problemas relacionales; ya que permiten que los niños y adolescentes reaccionan de mejor manera ante situaciones difíciles de la vida diaria.

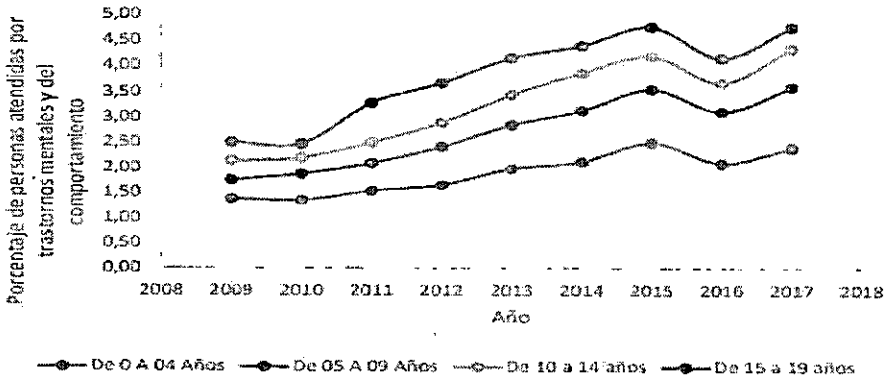
Situación actual del país- Trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes:

En relación con los trastornos mentales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM 5- los define, en singular como "un síndrome con relevancia clínica; esto es, una colección de síntomas (pueden ser conductuales o psicológicos) que causa a la persona discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral".

Lo que se ha observado en Colombia es que el número de personas de 0 a 19 años que consultan por trastornos mentales y del comportamiento es cada día mayor. De 2009 a 2017 se atendieron 2.128.573 niños, niñas y adolescentes con diagnósticos con código CIE 10: F00 a F99 (que agrupa los trastornos mentales y del comportamiento), con un promedio de 236.508 de personas atendidas por año, la tendencia es al aumento de casos cada año, con un descenso importante en 2016.

Los jóvenes de 5 a 9 años fueron quienes más asistieron a consulta durante toda la serie estudiada, no se observaron diferencias significativas según el sexo en relación con la distribución del evento.

Gráfico 3. Porcentaje de personas de 0 a 19 años atendidas por trastornos mentales y del comportamiento en Colombia, de 2009 a 2017.

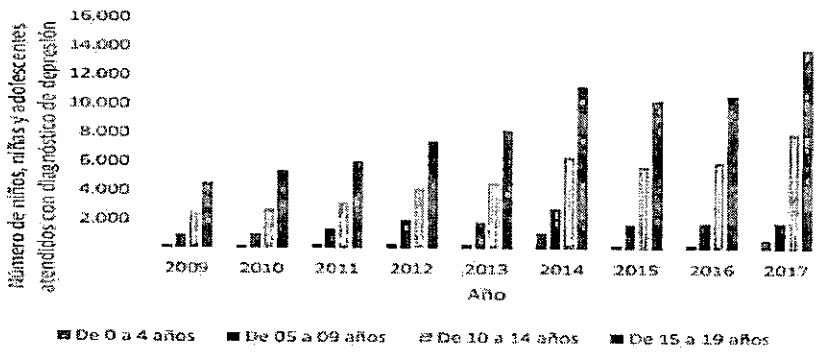


Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro Individuales de Prestación de Servicios, RIPS. Consulta realizada en septiembre de 2018.

Depresión

La depresión puede afectar a personas de todas las edades, se han asociado factores psicológicos, biológicos y sociales con la presencia de la enfermedad. La bodega de datos del SISPRO muestra que entre 2009 y 2017, asistieron a consulta por esta causa 141.364 personas de 0 a 19 años (Códigos CIE10 F32 y F33), en promedio se atendieron 15.707 por año. El año en que más población se atendió fue 2017, con 24.554.

Gráfico 4. Número de personas de 0 a 19 años atendidas por diagnóstico de depresión (CIE10: F32-F33), de 2009 a 2017, en Colombia.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro Individuales de Prestación de Servicios, RIPS. Consulta realizada en septiembre de 2018

El 59,3% de los NNA atendidos son de sexo femenino. El tipo de depresión más frecuentemente diagnosticado es el episodio depresivo moderado, con el 32,7% de los casos. El grupo de 15 a 19 años son los más afectados por la enfermedad.

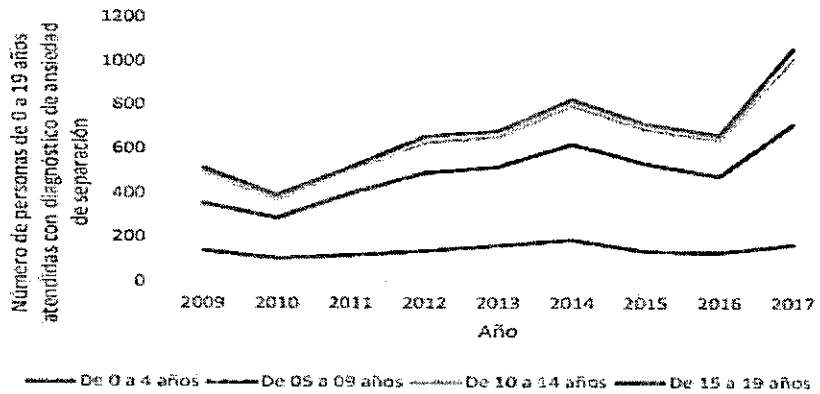
Ansiedad

La ansiedad incluye un espectro amplio de diagnósticos (el CIE 10 menciona al menos 12 tipos distintos), en los niños el más frecuente es el trastorno de ansiedad de separación en la niñez, otros menos frecuentes son el trastorno de ansiedad fóbica en la niñez y el trastorno de ansiedad social en la niñez. En la adolescencia y la adultez son reportados con mayor

frecuencia los trastornos de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica), otros trastornos de ansiedad especificados y los no especificados, entre otros. Los síntomas de ansiedad se pueden presentar solos o asociados con diferentes desórdenes mentales (trastornos mixtos).

El trastorno de ansiedad de separación en la niñez se caracteriza por una ansiedad excesiva y anormal frente a la separación del hogar o de aquellos a quienes el niño está apegado.

Gráfico 5. Número de personas niños, niñas y adolescentes atendidos por diagnóstico de Trastorno de ansiedad de separación en la niñez (CIE10: F930) de 2009 a 2017, en Colombia



Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro Individuales de Prestación de Servicios, RIPS. Consulta realizada en septiembre de 2018

Se encontró que de 2009 a 2017 se atendieron 5.991 personas de 0 a 19 años con trastorno de ansiedad de separación en la niñez, con un promedio de 666 personas atendidas por año, el 50,5% del sexo femenino y el 49,5 del sexo masculino.

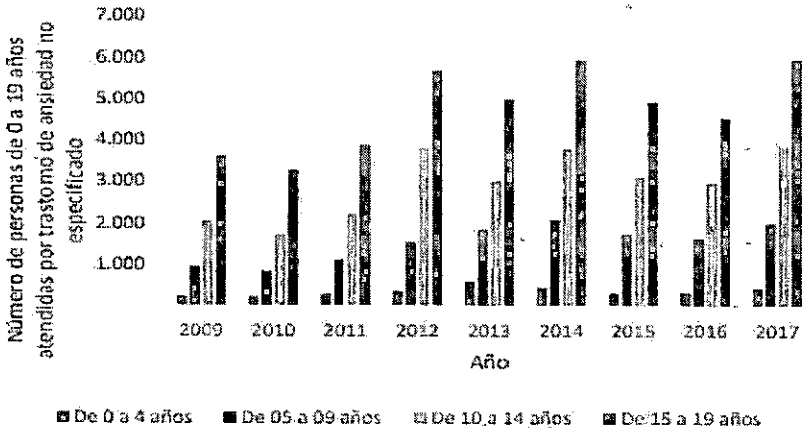
El grupo más afectado es el de 10 a 19 años, la tendencia del evento fue ascendente hasta 2014, a partir del cual comenzó a disminuir el número de casos y en 2017 volvió a elevarse l número de atenciones.

En frecuencia le sigue el trastorno de ansiedad social en la niñez, con un promedio de 554 personas de 0 a 19 años, atendidas por año. En el grupo de 5 a 9 años se dio el mayor número de atenciones en el período estudiado, con 2.229 (44,7% del total). Hay otros trastornos menos frecuentes como el trastorno de ansiedad fóbica en la niñez, con este diagnóstico se atendieron 2.600 personas de 0 a 19 años de 2009 a 2017, con un promedio de 289 personas atendidas por año.

En la adolescencia los diagnósticos más frecuentes relacionados con ansiedad son el trastorno de ansiedad, no especificado (CIE10: F419) y el trastorno mixto de ansiedad y depresión (CIE10: F412), del primero se atendieron 86.269 niños, niñas y adolescentes entre 2009 y 2017 (con un promedio anual de 9.585 atendidos), a mayor edad, mayor número de consultas, la tendencia de consulta ha sido variable, con un incremento en los dos últimos años.

Se atendieron 68.880 personas de 0 a 19 años con trastorno mixto de ansiedad y depresión en el mismo período (con promedio anual de 7.653).

Gráfico 6. Número de personas niños, niñas y adolescentes atendidos por diagnóstico de Trastorno de ansiedad no especificado (CIE10: F419) de 2009 a 2017, en Colombia.

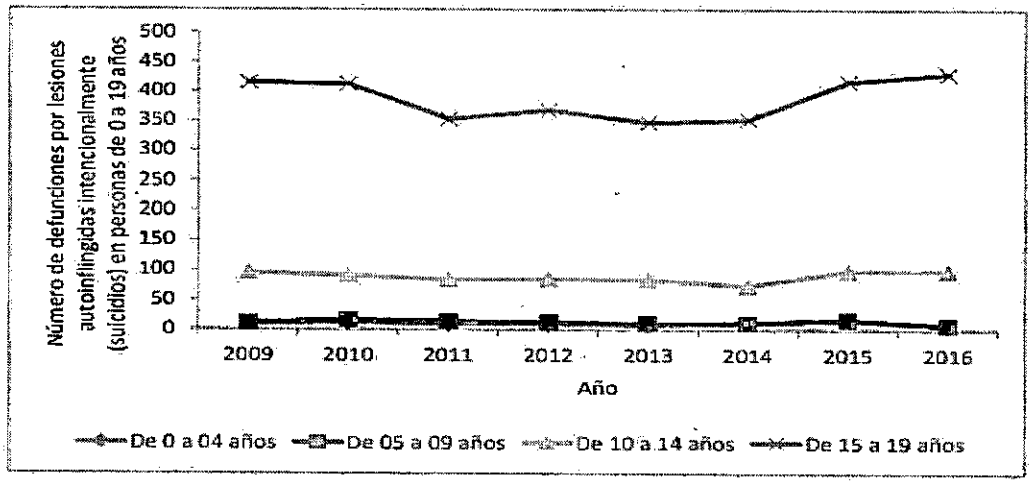


Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro Individuales de Prestación de Servicios, RIPS. Consulta realizada en septiembre de 2018

Mortalidad por suicidio

Se analizó el comportamiento del suicidio de 2009 a 2016 en personas de 0 a 19 años, se encontró que en esta serie de tiempo se presentaron 3.094 suicidios, con un promedio de 387 por año.

Gráfico 8.Número de suicidios en población de 0 a 19 años, de 2009 a 2016, en Colombia.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, consultado el 20 de octubre de 2018.

El grupo entre 15 y 19 años presentó el mayor número de casos en los 8 años estudiados, con 2.382 que corresponde al 77% de los casos en niños, niñas y adolescentes. El suicidio es más frecuente en hombre (65,1%) que en mujeres (34,9%).

Carga económica

"La carga económica de los trastornos mentales

Dada la prevalencia de los problemas de salud mental y de la dependencia de sustancias en adultos y jóvenes, no sorprende que exista una enorme carga emocional, así como financiera para los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto. Los impactos económicos de las enfermedades mentales se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma - y, frecuentemente, de sus cuidadores - para trabajar, en la productividad en el ámbito de trabajo, en la contribución a la economía nacional, así como en el aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo. El costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. Más aún, las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico. Afortunadamente, el costo del tratamiento se compensa como resultado de la reducción en el número de días de ausentismo y la productividad disminuida en el trabajo.

(...) ***Los problemas de salud mental en la niñez generan costos adicionales en los adultos***

Los costos de los desórdenes de la niñez pueden ser muy altos y permanecer ocultos. El comienzo precoz del trastorno mental afecta la educación y la carrera temprana profesional. Las consecuencias en la adultez pueden ser enormes si no se proveen intervenciones efectivas. Knapp muestra en el diagrama 4 que niños con trastornos de conducta generan costos adicionales en las edades de 10 a 27 años.

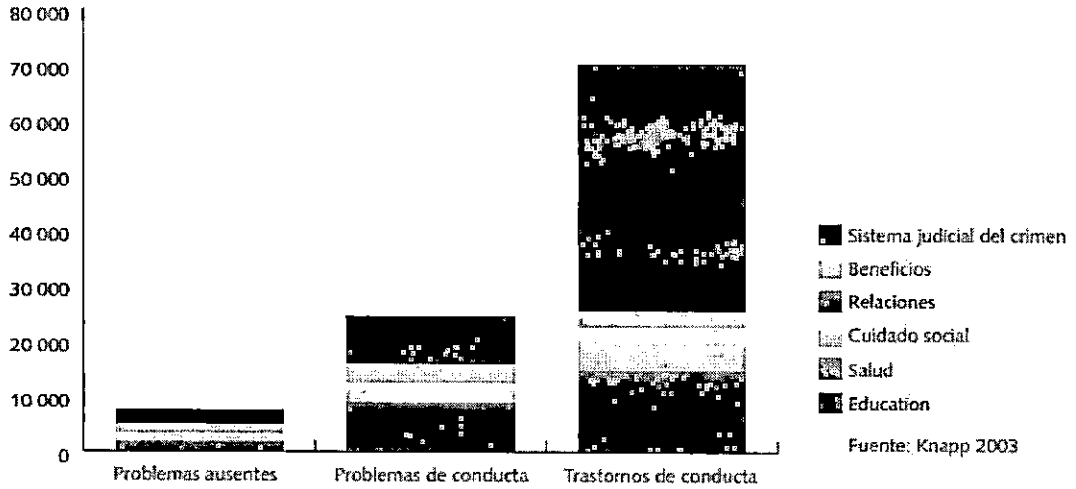
Estos no sólo se relacionan con la salud, como sería de esperar, sino con los sistemas de educación y justicia, lo cual crea riesgos al capital social."[24]

---

[24] *Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud. (2004). INVERTIR EN SALUD MENTAL. Ginebra, Suiza: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.*

Costos en la adultez de problemas de salud mental en la niñez

Costos adicionales en las edades 10-27 años (en libras esterlinas)



Fuente: Knapp 2003

De acuerdo con lo expuesto, es claro que los problemas derivados de la salud mental no están relacionados únicamente con la salud en si misma de la persona que padece trastornos o enfermedades mentales, sino que existen otras variables tanto económicas como sociales que se ven afectadas. De igual forma, es evidente que, si no se previenen y tratan a tiempo los signos y síntomas de las enfermedades mentales -en edades tempranas-, con el pasar de los años estos se pueden agudizar, generando problemas de salud más graves no solo a nivel mental, sino también físico, y un incremento en la carga económica de todos los actores involucrados en esta problemática.

Así pues, consideramos acertado afirmar que una combinación adecuada de estrategias de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales aterrizadas en programas específicos *"...puede evitar años vividos con discapacidad e, incluso, la muerte prematura, reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales, aumentar considerablemente el capital social, ayudar a reducir la pobreza y a promover el desarrollo del país"*[25].

De la Salud Mental durante el aislamiento por la pandemia del COVID-19.

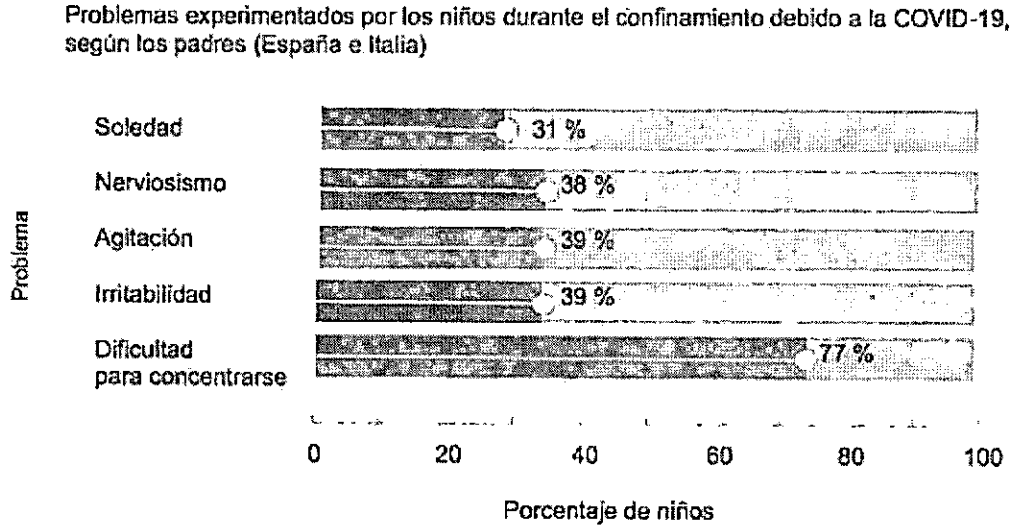
De acuerdo con la información que se encuentra en la página de la Organización Mundial para la Salud – OMS[26], los desafíos que trajo consigo en aislamiento por la pandemia del COVID 19 conlleva a un cambio en las actividades cotidianas de las personas. Los retos han sido de gran magnitud para todos los sectores de la población; para el personal de la salud, que hoy presta sus servicios en circunstancias muy complejas y de riesgo, para trabajadores en general no ha sido fácil lograr separar la vida laboral de la familiar y tratar de conciliar entre estas dos una jornada, que les permita tener un equilibrio entre los compromisos del trabajo y la vida privada, las personas con enfermedades mentales han tenido que estar más

[25] *Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud. (2004). INVERTIR EN SALUD MENTAL. Ginebra, Suiza: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.*

[26] https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/world-mental-health-day-2020.

aisladas ahora que antes, para las familias que perdieron un ser querido durante el aislamiento fue muy complejo no poder llevar a cabo el duelo y poder despedir de la mejor forma a ese ser querido y qué decir de los estudiantes en general, para ellos ha sido un reto lograr mantener la concentración y continuar desarrollando su formación académica ahora desde el hogar, esto sumado a la ansiedad que conlleva no tener claro lo que traerá consigo su futuro académico y laboral.

Según un informe de políticas publicado en mayo de 2020 por la Organización de las Naciones Unidas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental, la salud mental de las personas durante el aislamiento fue altamente afectada y en especial la salud mental de los niños.



Fuente: Informe de la Organización de las Naciones Unidas, mayo de 2020 en relación a la salud mental de los niños.[27]

De los niños encuestados el 31% experimentó problemas de soledad durante el aislamiento, 31,38% nervios, el 39% agitación, el 39% irritabilidad y el 77% dificultad para concentrarse.

No existe en la historia de la humanidad un antecedente que permita evidenciar lo ocurrido recientemente en relación al cierre de las instituciones educativas por la pandemia del COVID, de acuerdo con el informe de políticas: Las repercusiones de la COVID-19 en los niños[28] un total de 188 países impusieron un cierre a nivel nacional las instituciones, que afectaron a más de 1.500 millones de niños y jóvenes en todo el mundo.

En Sudamérica la Universidad Javeriana llevó a cabo en Perú, Argentina y Colombia el estudio de Salud mental y resiliencia en adultos jóvenes de Sudamérica durante el aislamiento

[27] https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
[28] https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/informe_guterres_covid_infancia.pdf

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

(distanciamiento social obligatorio) por la pandemia de COVID-19[29], encuestó a 1.000 jóvenes en Bogotá y reveló que el 68,1 % presentó diferentes niveles de depresión según la Escala PHQ 8 con un puntaje mayor de 10. El 29% tenía niveles leves, 22% moderados y 17% severos.

A su vez se evidenció que el 70,3% de las mujeres y un 63,4% de los hombres presentaban depresión y que el 53,4 % reportó diferentes niveles de ansiedad de acuerdo con la escala GAD 7.

El 49,8% de los jóvenes encuestados respondió que la pandemia afectó mucho sus vidas y 42,2 % que de una u otra forma. La mitad de ellos expresó dificultades para estudiar virtualmente. Uno de cada tres dijo que alguna persona de su hogar ha perdido su trabajo o ha dejado de trabajar. Igualmente uno de cada cinco que han tenido dificultades para comprar sus alimentos y el 4,8% relata haber tenido un familiar con covid-19.

Frente al aumento de los problemas de salud mental que afectan en gran manera a la comunidad educativa por el aislamiento por el COVID 19, se hace necesario como lo ha señalado el Gobierno Nacional, ir recuperando vida productiva e ir reactivando las instituciones educativas y consigo generar mecanismos a través de los cuales se generen mayores herramientas de protección a la salud mental de los estudiantes a partir de la inclusión de programas específicos.

Por ello también es importante contemplar entra las capacitaciones los **Primeros Auxilios Psicológicos,** ya que "con ellos se ayuda a la persona a superar la etapa crítica, comprender lo sucedido, expresar sentimientos, facilitar la búsqueda de soluciones y apoyo familiar, social o institucional, recuperar el funcionamiento y estabilidad emocional que tenía antes del incidente y prevenir la aparición de trastornos mentales", de acuerdo a lo expresado por Nubia Bautista, subdirectora de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social.

Estas intervenciones de primera instancia en el lugar donde ocurre la emergencia, generalmente son cortas y cualquier persona de la comunidad que se encuentre presente en un momento de crisis puede brindar el apoyo, se debe buscar que haya un espacio cómodo y tranquilo, donde haya privacidad.

El objetivo es que en los distintos espacios, ya sea educativos, empresariales, gubernamentales, fuerza pública, el sector salud, las personas se formen para brindar estos primeros auxilios psicológicos de una manera más profesional y efectiva.[30]

29

https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/ESM+Jo%C2%BFvenes+-+Present+MinSalud+versi%C3%B3n+3.pdf/c5414e93-e0 78-4e0a-971f-99dfd9adbdb

30

https://integracion-academica.org/25-volumen-5-numero-15-2017/173-primeros-auxilios-psicologicos#:~:text=Es%20la%20intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20en,cognitivo%20y%20conductual%20(social).

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

De acuerdo a lo expresado por Nubia Bautista, para aplicar los primeros auxilios psicológicos se deben tener en cuenta las siguientes indicaciones:[31]

Paso 1 - Empatía: lograr que la persona se sienta activamente escuchada, aceptada, comprendida y apoyada. Esto reduce la intensidad del aturdimiento emocional y reactiva la capacidad de resolución de problemas.

Paso 2 - Evaluación de la situación: Indagar sobre el presente (qué sucedió, qué siente la persona, qué piensa y qué puede hacer); el pasado inmediato, acontecimientos desencadenantes de la crisis emocional (quién, qué, dónde, cuándo, cómo); el futuro inmediato (identificar posibles riesgos y definir soluciones inmediatas).

Paso 3 - Sondeo de alternativas y curso de acción: acompañar a la persona para encontrar alternativas a las necesidades inmediatas y a las que pueden dejarse para después. Se puede definir un curso/plan de acción a seguir con metas a corto plazo.

Paso 4 - Iniciar acciones concretas: ayudar a la persona a ejecutar una acción concreta. Implica asumir una actitud facilitadora orientadora o de asistencia y direccionamiento, de acuerdo con las circunstancias.

Paso 5 - Seguimiento y retroalimentación: mediante un encuentro posterior, teléfono, email, etc.

Así mismo, es importante resaltar que por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, para mayo de 2021 formó a más de 5.000 profesionales y técnicos del sector salud, así como de otros sectores. De igual manera, se resalta que a esa misma fecha se habían realizado más de 18.800 intervenciones de teleorientación con personas de todas las edades y de todas las regiones del país.

Participación Social en Salud Mental

Se debe propender por fomentar el desarrollo social y el empoderamiento comunitario, con el fin de poder conocer las necesidades e intereses que tengan incidencia en la decisiones de interés colectivo, afianzando así los lazos entre el estado y la sociedad, incentivando a las personas y comunidades a tener una participación activa, intersectorial y diferencial.
Las políticas en salud mental, deben incorporar en los programas del sector gubernamental y no gubernamental la promoción de la salud mental, y es indispensable la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

Por ejemplo en el ámbito educativo, una forma concreta de fomentar la salud mental puede ser por medio de "programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños". También por medio de legislación y campañas contra la discriminación; promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

---

31 https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-fortalecio-atenci%C3%B3n-en-primeros-auxilios-psicologicos.aspx#:~:text=Es%20importa nte%20recordar%20que%20los,sitio%20c%C3%B3modo%20y%20tranquilo%2C%20que

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Las ofertas sociales son un complemento a la atención en salud, lo que permite que se potencialicen las capacidades y recursos de las personas con problemas o trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas a nivel del país. En este aspecto se debe seguir trabajando, con el fin de lograr una articulación efectiva en beneficio de la comunidad.

Bienestar Psicológico

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define la salud mental como el *"estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades"*.

De igual manera, el concepto de bienestar es relacionado dentro de la rama de la salud mental positiva; sus análisis datan desde 1959 con el trabajo de la psicóloga Jahoda, quien proponía un modelo de bienestar psicológico de seis componentes principales, los cuales son: la auto aceptación, el crecimiento personal, la integración del yo, la autonomía, la percepción preservada de la realidad y el dominio del medio ambiente.

Treinta años más tarde (1989) y con los aportes de Ryff, se desarrolló el concepto de bienestar psicológico y bienestar emocional o subjetivo (Diener, 1984 citado en Yukelson, 2020).

Ahora bien, Reig, Cabrero y Tudela (2009) no diferencian los conceptos de bienestar psicológico y salud mental. Según los autores, los dos conceptos se utilizan indistintamente y, en general, tienen que ver con la dimensión psicológica o funcionamiento psicológico de la salud. Esta dimensión se traduce en reducidas cuentas, al grado de manifestación emocional (calidad, frecuencia e intensidad afectiva) que presenta el individuo y que acompaña la evolución de su estado de salud y de su calidad de vida.

A partir de los grandes avances de la investigación, se suman más tarde Joshanloo, Sirgy y Park (2018), quienes agregaron el modelo tripartito de salud mental, incluyendo una concepción multidimensional al bienestar subjetivo o emocional, el bienestar psicológico y el bienestar social.

Dichos autores explican que el bienestar emocional incluye aspectos positivos de satisfacción con la vida y la ausencia de factores negativos, el psicológico se enfoca en el crecimiento y desarrollo de la persona, involucrando las dimensiones de autoaceptación y sentido en la vida; por su parte, el social, pone foco en los aspectos positivos del bienestar humano respecto a la interacción con otros y la comunidad.

De igual manera, Ryan y Deci (2001), añaden que el bienestar psicológico, a diferencia de la salud física y social (que pueden analizarse bajo el comportamiento del individuo), abarca sentimientos que pueden o no manifestarse en el comportamiento observable.

Los autores antes mencionados, sugieren que el bienestar mental de las personas es un constructo multidimensional que incluye dos dimensiones: la hedónica y la eudaimónica. La primera se refiere a la felicidad de la persona en relación a la frecuencia de emociones positivas (interés, alegría, vitalidad) sobre las negativas (sentimientos de tristeza, miedo o rabia). Esta felicidad que describen, resulta ser subjetiva y se refiere al placer versus el displacer.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Asimismo, según Ryan y Deci, la eudamónica, se refiere al potencial humano al alcanzar metas vitales importantes a nivel personal.

Por otro lado, Sanabria et al., (2021) considera que existe una brecha entre las necesidades en salud mental y las soluciones efectivas para enfrentarlas. Esto se debe principalmente al déficit de investigaciones que permitan identificar el estado de salud mental, concebida más allá de los trastornos, y a otros factores involucrados.

Pese a la evolución del estudio en el tema de bienestar psicológico y salud mental, han estado estigmatizados relacionándolos únicamente con trastornos psiquiátricos y, aunque la atención para las necesidades de las personas en este tema de vital importancia para su desarrollo, no han sido priorizadas en las políticas públicas, ni en la asignación de recursos para su investigación y en la implementación de acciones para promoverla (Sanabria et al., 2021).

Corroborando lo anterior, la OMS (2022) constató que para 2019, casi mil millones de personas- entre ellas un 14% de adolescentes en todo el mundo- estaban afectadas por trastornos mentales, los suicidios representan más de una de cada 100 muertes y el 58% de ellos ocurrían antes de los 50 años de edad.

La estigmatización, la discriminación y violación de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales han estado siendo extendidas en la sociedad y en los sistemas de atención de todo el mundo; de hecho, en 20 países aún se penalizan los intentos de suicidio.

A nivel mundial las personas más pobres y desfavorecidas son las que mayores riesgos corren de verse afectadas por la mala salud mental y también son aquellas las que menos posibilidades tienen de recibir los servicios adecuados.

Para Aragonés, Labad y Piñol (2005), la problemática se agudiza en la medida que existe una alta prevalencia del malestar psicológico en las personas, jugando con la probabilidad de capacidad de los médicos para valorar y atender adecuadamente la salud mental de los pacientes, sumado al elevado costo de los recursos sanitarios (farmacéuticos y asistencia total).

Si bien es cierto, existen algunas deficiencias en el sistema de salud que no permiten cubrir la demanda de las necesidades globales, a esto se suman las situaciones problemáticas que agravan las condiciones de vida de las personas, afectando así su bienestar psicológico. Según la OMS (2022), los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad y son responsables de generar la muerte en personas que las padecen en un promedio de 10 a 20 años antes que la población en general, la mayoría de las veces por enfermedades físicas prevenibles. Otros causantes del deterioro y generadores de amenazas estructurales de la salud mental son abusos sexuales en la infancia y acosos por intimidación, así como las desigualdades sociales y económicas, las emergencias de salud pública, las guerras y las crisis climáticas.

Pandemias y epidemias de la historia- COVID- 2019

La enfermedad forma parte de la historia de la humanidad de manera intrínseca. Desde el origen de las organizaciones sociales y la creación de núcleos de personas que conviven juntos dentro de un espacio territorial, las enfermedades contagiosas toman especial protagonismo. A medida que la población mundial fue creciendo, las enfermedades se

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

extendían y afectaron varias regiones del planeta, convirtiéndose en amenazas para la población en general (Huguet, 2020).

El análisis de las enfermedades de contagio masivo permite reconocer que el primer caso documentado se dio en el año 541 con la plaga de la peste bubónica. Según lo expuesto por Huguet (2020), la enfermedad se extendió por Constantinopla, una ciudad de casi 800.000 habitantes, a una velocidad vertiginosa. Al final de la epidemia, la capital imperial había perdido casi el 40% de su población y en todo el imperio había cobrado la vida de 4 millones de personas.

El segundo brote significativo dentro de las enfermedades fue la peste negra en el siglo XIV (entre 1346 y 1353), cuya velocidad de propagación la convirtió en una de las mayores pandemias de la historia. Dentro de las medidas tomadas por las autoridades, se empleó la cuarentena para hacerle frente a la enfermedad. Si bien se dio en Europa en 1346, irrumpió en el mundo occidental 10 años después y hasta cinco siglos más tarde no se descubrió su origen animal (Huguet, 2020; Yukelson, 2020).

La última de una serie de pandemias fue la gran plaga de Londres en 1665, siendo causa de cientos de muertes de ciudadanos. Posteriormente, en el mundo occidental se han generado grandes preocupaciones de salud pública, pues la aparición de enfermedades como la tuberculosis, el cólera y la fiebre amarilla tomaron la vida de gran parte de las poblaciones (Drews, 2013 citado en Yukelson, 2020).

Por último, según Esparza (2016), en los últimos años ocurrieron alrededor de 11 pandemias o epidemias importantes causadas por diversos tipos de virus. En este grupo se incluyen las epidemias de Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG), Influenza Porcina (A-H1N1), Sarampión, MERS, Síndrome Respiratorio de Oriente Medio, Ébola, Zika, entre otros. Para el autor, las epidemias y pandemias virales siguen aumentando su frecuencia debido a la sobrepoblación, cambios climáticos, urbanización y aumento de viajes internacionales.

Pandemia SARS COV-2, medidas de control y afectaciones en la salud mental

A comienzos de diciembre de 2019, la enfermedad Coronavirus, fue identificada e incluía síntomas de neumonía, la cual fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una pandemia en marzo de 2020, posterior al reporte de los primeros casos en Wuhan (China).

Para hacer frente a la pandemia producida por la COVID- 19, los países tomaron medidas de control forzadas como el confinamiento, aislamiento de casos y contactos, cancelación de eventos, cierre de instituciones educativas y actividades laborales de manera remota.

Pese a los esfuerzos y las medidas de control tomadas en el mundo entero, el virus se propagó generando consigo un evento estresante para la población, pues se trató de una situación repentina que ponía en peligro la integridad física de las poblaciones, cambiando así, las formas de vida del mundo entero.

Ahora bien, Abad, Fearday y Safdar (2010), argumentan que, pese a la necesidad de aislar la población para el control de las infecciones, estas medidas generan efectos adversos en los pacientes, dentro de los cuales se ha podido percibir altos niveles de depresión, ansiedad y enojo en muchos momentos de la historia humana. Las restricciones sociales impuestas a

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

personas aisladas pueden conducir a sentimientos de soledad, abandono, exclusión social y estigmatización, situaciones que afectan el tiempo de recuperación del paciente.

La pandemia, por lo tanto, creó incertidumbre a los pacientes aislados y a las personas que se encontraban en confinamiento desde sus hogares. La incertidumbre se creó en el ámbito económico, financiero, en las relaciones sociales y en la salud en general. El distanciamiento social y el aislamiento causarían periodos más tarde, daños severos psicológicos.

Se ha podido observar que la reducción del bienestar psicológico producto de la incertidumbre económica y laboral que crearon las medidas de control generaron depresión. Autores como Godinic y Obrenovic (2020), relacionaron esta amenaza a la salud mental con la pérdida de relaciones sociales y la disminución de la autodeterminación.

Se debe resaltar que el impacto psicológico a causa de la pandemia se expresó entonces en síntomas mentales que aun en nuestros días (posterior a la pandemia) se han ido agudizando. Diversos estudios permiten describir e identificar casos de ansiedad, tristeza, irritabilidad, incremento en el consumo de drogas, conductas evitativas e incluso comportamientos de agresividad en las personas. Yang y Ma (2020), sostienen que dicha situación de estrés conllevó a la existencia de mayor número de casos de violencia doméstica e incluso de conductas suicidas.

A comienzos de la pandemia, la OMS advirtió que la crisis del coronavirus y sus consecuencias afectarían la salud mental de muchas personas, asegurando que se podrían registrar aumento en los suicidios y de los síntomas relacionados a trastornos psicológicos, por lo que advirtió la importancia de que los países no dejaran de lado la atención psicológica de sus poblaciones. Así pues, la OMS detectó en China un aumento de la angustia en un 35%, en Irán un 60% y en Estados Unidos un 40% (Castañeda, Rodríguez y Romero, S.f.).

En China, inmediatamente después del brote del coronavirus se encontró que el inicio de la epidemia condujo a una disminución del 74% en el bienestar emocional general. Estudios realizados por Yang y Ma (2020), lograron analizar las encuestas nacionales realizadas para identificar los factores más significativos y se encontró que los factores asociados con la probabilidad de contraer la enfermedad, vivir cerca del epicentro de brote, la edad y problemas relacionales, promueven el deterioro del bienestar psicológico durante la pandemia. También, se logró percibir que las variables relacionadas con el mayor nivel del conocimiento sobre la enfermedad, permitían sentir un mayor nivel de control y esto disminuye el miedo en las personas. Asimismo, la edad fue una variable significativa, ya que para las poblaciones de edad avanzada se experimentó una reducción de bienestar emocional en la medida de considerar que los daños físicos podrían hacer más perjudicial a este tipo de población que a personas de edades tempranas.

Yang y Ma (2020), además sostuvieron que las parejas casadas que se encontraban en confinamiento durante largos periodos de encierro, podían potencialmente presentar o agudizar los problemas relacionales que empeoran el bienestar emocional. Este patrón fue consistente con el aumento de los problemas matrimoniales después del brote de la COVID 19 (Financial Times, 2020 citado en Yang y Ma, 2020).

Por su parte, Ubillos et al., (2020), hicieron un análisis respecto al género de las poblaciones y determinaron que, pese a que las mujeres utilizaban mayor número de estrategias de afrontamiento a la situación intentando minimizar las consecuencias adversas de la pandemia y el confinamiento, mostraban un peor bienestar hedónico, eudaimónico. social y emocional

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

respecto a los hombres. Para los autores, los hombres presentaban una mejor relación entre afectos positivos y negativos que las mujeres, quienes sentían menos emociones positivas, menos energía, menos seguridad y confianza en el futuro, distancia social, preocupación e inquietud, infelicidad, entre otros. Las mujeres durante la cuarentena reflejaron un mayor nivel de depresión y de síntomas de ansiedad y estrés postraumático por la COVID 19.

Según el documento de Salud Mental e Infancia en el Escenario de la COVID-19 presentado por UNICEF (2020), el cierre prolongado de las escuelas y el confinamiento en el hogar también afectó la salud física y mental de niños y niñas.

Siendo la niñez la población más vulnerable, quienes están propensos a desarrollar trastornos agudos de ansiedad y estrés, trastornos de adaptación, debido a la cantidad de información sobre la pandemia en medios de comunicación o redes sociales a través de la tecnología, muchas veces sin supervisión, al tiempo de estar experimentando nuevos cambios de la edad (factores básicos para fomentar la resiliencia ante acontecimientos traumáticos), generó modificaciones de su personalidad. La ansiedad, la poca sociabilidad y la reducción de oportunidades para la relajación y regulación del estrés han sido las principales preocupaciones para el desarrollo saludable de los niños y niñas.

Dentro de los datos más significativos de la afectación a los niños, niñas y jóvenes, UNICEF (2020) resaltó los siguientes:

- Entre el 10 y el 20% de todos los niños del mundo experimenta algún problema relacionado con la salud mental.
- Casi la mitad de los niños con problemas de salud mental los desarrolla hasta los 14 años.
- El suicidio es la segunda causa de mortalidad entre jóvenes de entre 15 y 29 años (Secretario General de la ONU, Policy Brief, op. Cit.)
- En 2017, 1 de cada 100 niños en España tenía un problema de salud mental (Encuesta Nacional de Salud, ENSE, 2017)
- En España, los niños de entornos sociales más desfavorecidos, tienen peor salud mental en lo relacionado con "síntomas emocionales" (Encuesta Nacional de Salud, ENSE, 2017)
- La población infantil nacida fuera de España presenta mayor riesgo que la autóctona de mala salud mental en casi todas las dimensiones de la salud mental y en ambos sexos (Encuesta Nacional de Salud, ENSE, 2017)
- Según expertos en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y de la Adolescencia, uno de cada cuatro niños que han sufrido aislamiento por COVID-19 presenta síntomas depresivos y/o de ansiedad[32].

Balluerka et al., (2020), identificaron dentro de la población infantil, la pérdida de algunas rutinas cotidianas como la ausencia de los hábitos alimenticios, patrones de sueños irregulares y sedentarismo. Los infantes experimentaron estrés, así como también, miedo a infectarse, frustración y aburrimiento.

De igual manera, algunas de las sensaciones o emociones más significativas para los infantes en este periodo fueron además la incertidumbre, conductas desafiantes, problemas de ira,

---

[32] Disponible en: https://www.anpir.org/salud-mental-en-la-era-del-desconfinamiento-delcovid-19-posicionamiento-de-las-asociaciones-de-psiquiatria-y-psicologiaclinica-especialmente-en-ninos-y-adolescentes/

tensión, temor, irritabilidad, involución en aprendizajes, ausencia de concentración y atención, rechazo a la escuela e inquietud.

Según Rosero, Córdova y Balseca (2021), se realizaron pruebas sobre estrés postraumático en los infantes y las puntuaciones arrojaron tres veces más en promedio con niños y niñas en encierro. Cabe resaltar que el 30% de los infantes posterior al trauma desarrollaron estrés que suele agravarse con el tiempo al no comprender los sucesos y al enfrentar limitaciones en la comunicación, sin poder expresar o controlar sus emociones (Organización Panamericana de la Salud, 2010 citado en Rosero, Córdova y Balseca, 2021).

Asimismo, para otro tipo de estudiantes como lo son los inscritos en educación superior, las condiciones psicológicas se agudizaron. Siendo catalogados como un grupo vulnerable (antes de la pandemia) ya que sufren por lo menos un 20% de alteraciones en la salud mental. A los efectos de la pandemia, se le suman los episodios de ansiedad, del ánimo y consumo de sustancias a causa de los factores ambientales de la universidad, como la carga y la exigencia académica, el respaldo financiero, la interacción social con pares y profesores e incluso experiencias traumáticas con el acoso escolar (Pedrelli et al., 2015 citado en Zapata et al., 2021).

Efectos de la pandemia en Colombia

En Colombia, la salud mental ha sido un tema de atención de expertos y autoridades desde antes de la pandemia, debido a los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud Mental en 2015[33]. Tras la llegada de la COVID- 19, las afectaciones se habían acrecentado y las consecuencias cada vez más notorias se encontraban sobre el personal sanitario y la población en general (MINSALUD, 2021).

La emergencia sanitaria desencadenó el miedo colectivo a comienzos de 2020 y con este panorama, un gran número de personas sufrieron crisis de depresión en tiempos de cuarentena (Castañeda, Rodríguez y Romero, S.f.).

Según fuentes oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social (2021), en los últimos cinco años aumentó el número de personas atendidas en salud mental en un 34,6%; sin embargo, la frecuencia de uso de servicios fue constante con un indicador de cuatro atenciones /año por persona (Ver Tabla 1).

[33] Algunos de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (Tomo 1) fueron: 1) La alteración más frecuentemente reportada por los colombianos es la presencia de "moderado dolor o malestar" con prevalencia de 8,9% (IC95%: 8,3-9,6); 2) Dentro de las principales alteraciones frecuentes reportadas por los colombianos se encontraba estar "moderadamente angustiado o deprimido" con prevalencia de un 4,4% (IC95%;11,3-12,7); 3) Estar moderadamente deprimido o angustiado reporta prevalencias en la población del 12% (IC95%:11,3-12,7). Con prevalencias globales de alrededor del 13% cuando agregó severamente deprimido o angustiado; 4) Las mujeres reportan más frecuentemente estados asociados a "moderado dolor o malestar" que los hombres (9,87% vs. 7,53%); 5) Los hombres asignan puntajes promedio mayores a los estados que comprometen el estado de salud con presencia de angustia o depresión, que las mujeres que los reportan; 6) Hay una tendencia a valorar mejor su estado de salud actual entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores; 7) Solamente el 36,4% de las personas con alguno de los trastornos mentales medidos presentan el mejor estado de salud (11111), mientras el 69,0% de las personas sin ninguno de los trastornos mentales lo refieren; 8) El vivir en situación de pobreza y tener bajo nivel de educación (ningún estudio o solo estudios de primaria) son los principales determinantes de la valoración que hacen los colombianos sobre su estado de salud; 9) Las personas que viven en situación de pobreza o tienen bajo nivel educativo tienen una menor calidad de vida relacionada con salud que los que viven en situación de no pobreza o tienen nivel superior de estudios.

Por el lado de la variación porcentual del registro de atenciones en salud mental entre 2019 y 2020, hubo una disminución de -23%; en personas con trastorno mental por consumo de sustancias psicoactivas en un -32% y con diagnóstico de epilepsia en -14%.

Según el boletín de prensa No. 761 de 2021, MINSALUD sostiene que la atención para este periodo de tiempo fue mayor en mujeres en general, pero se registró un número de atenciones en hombres de 10 a 14 años por trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas. Dentro de los departamentos con mayor número de personas atendidas se encuentran Magdalena, Atlántico, Córdoba, Antioquia, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Boyacá, Cundinamarca, Quindío, Caldas, Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Tolima y Risaralda. En promedio, la población atendida en un 80% vivía en zona de cabecera Urbana.

Para la población infantil en niños y niñas menores de 5 años, el diagnóstico más registrado fue trastorno de desarrollo del lenguaje. En población de 6 años en adelante, fue el trastorno mixto de ansiedad y depresión (MINSALUD, 2021).

Para el año 2022 y con el Boletín de Prensa No. 481 (de 2022), el Ministerio de Salud y Protección Social sostuvo que conforme a los reportes del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), el Observatorio Nacional de Convivencia y Salud Mental, y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), en 2021 se notificaron 29.792 casos de intento suicida, que representan una tasa de incidencia de intento suicida del 58.4 por cada 100.000 habitantes. Mientras que, en 2020 se reportó una tasa ajustada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento del 2.19, por lesiones autoinfligidas intencionalmente del 5.29, y por epilepsia del 1.74. También, una tasa de años de vida potencialmente perdidos por lesiones autoinfligidas intencionalmente del 247.7, y por trastornos mentales y del comportamiento del 35.6.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2022), 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. Para el caso de los adolescentes, los trastornos más frecuentes son la ansiedad, fobia social y depresión; la ideación suicida se presenta en el 6,6% (7,4% en mujeres y 5,7% en hombres). En adultos, el 6,7% ha experimentado trastornos afectivos.

Por ello también es importante contemplar entra las capacitaciones los **Primeros Auxilios Psicológicos,** ya que "con ellos se ayuda a la persona a superar la etapa crítica, comprender lo sucedido, expresar sentimientos, facilitar la búsqueda de soluciones y apoyo familiar, social o institucional, recuperar el funcionamiento y estabilidad emocional que tenía antes del incidente y prevenir la aparición de trastornos mentales", de acuerdo a lo expresado por Nubia Bautista, subdirectora de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social.

Estas intervenciones de primera instancia en el lugar donde ocurre la emergencia, generalmente son cortas y cualquier persona de la comunidad que se encuentre presente en un momento de crisis puede brindar el apoyo, se debe buscar que haya un espacio cómodo y tranquilo, donde haya privacidad.

El objetivo es que en los distintos espacios, ya sea educativos, empresariales, gubernamentales, fuerza pública, el sector salud, las personas se formen para brindar estos primeros auxilios psicológicos de una manera más profesional y efectiva.[34]

De acuerdo a lo expresado por Nubia Bautista, para aplicar los primeros auxilios psicológicos se deben tener en cuenta las siguientes indicaciones:[35]

Paso 1 - Empatía: lograr que la persona se sienta activamente escuchada, aceptada, comprendida y apoyada. Esto reduce la intensidad del aturdimiento emocional y reactiva la capacidad de resolución de problemas.

Paso 2 - Evaluación de la situación: Indagar sobre el presente (qué sucedió, qué siente la persona, qué piensa y qué puede hacer); el pasado inmediato, acontecimientos desencadenantes de la crisis emocional (quién, qué, dónde, cuándo, cómo); el futuro inmediato (identificar posibles riesgos y definir soluciones inmediatas).

Paso 3 - Sondeo de alternativas y curso de acción: acompañar a la persona para encontrar alternativas a las necesidades inmediatas y a las que pueden dejarse para después. Se puede definir un curso/plan de acción a seguir con metas a corto plazo.

Paso 4 - Iniciar acciones concretas: ayudar a la persona a ejecutar una acción concreta. Implica asumir una actitud facilitadora orientadora o de asistencia y direccionamiento, de acuerdo con las circunstancias.

Paso 5 - Seguimiento y retroalimentación: mediante un encuentro posterior, teléfono, email, etc.

Así mismo, es importante resaltar que por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, para mayo de 2021 formó a más de 5.000 profesionales y técnicos del sector salud, así como de otros sectores. De igual manera, se resalta que a esa misma fecha se habían realizado más de 18.800 intervenciones de teleorientación con personas de todas las edades y de todas las regiones del país.

Participación Social en Salud Mental

Se debe propender por fomentar el desarrollo social y el empoderamiento comunitario, con el fin de poder conocer las necesidades e intereses que tengan incidencia en la decisiones de interés colectivo, afianzando así los lazos entre el estado y la sociedad, incentivando a las personas y comunidades a tener una participación activa, intersectorial y diferencial.
Las políticas en salud mental, deben incorporar en los programas del sector gubernamental y no gubernamental la promoción de la salud mental, y es indispensable la participación de los

---

34 https://integracion-academica.org/25-volumen-5-numero-15-2017/173-primeros-auxilios-psicologicos#:~:text=Es%20la%20intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20en,cognitivo%20y%20conductual%20(social).

35 https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-fortalecio-atenci%C3%B3n-en-primeros-auxilios-psicologicos.aspx#:~:text=Es%20importa nte%20recordar%20que%20los,sitio%20c%C3%B3modo%20y%20tranquilo%2C%20que

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

Por ejemplo en el ámbito educativo, una forma concreta de fomentar la salud mental puede ser por medio de "programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños". También por medio de legislación y campañas contra la discriminación; promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

Las ofertas sociales son un complemento a la atención en salud, lo que permite que se potencialicen las capacidades y recursos de las personas con problemas o trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas a nivel del país. En este aspecto se debe seguir trabajando, con el fin de lograr una articulación efectiva en beneficio de la comunidad.

4. DISPOSICIONES DEL ORDENAMIENTO JURÍDICO COLOMBIANO

- **CONSTITUCIONALES**

Artículos: 1, 2, 4, 5, 11, 13, 14, 16, 18 19, 20, 23, 27, 37, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 54, 67, 70, 71, 74, 75, 78, 79, 81, 84, 85, 87, 114, 115, 150 (No. 1, 8, 23), 154, 157, 189, 200, 208, 209, 298, 311, 339, 345, 346, 350, 356, 359, 365 y 366.

Especificamente los artículos 13, 44, 45, 47 y 49 de la Constitución Política de Colombia establecen que el "Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan". Así mismo, los derechos fundamentales de la niñez, las obligaciones de la familia, la sociedad y el Estado para velar y ser garantes de los mismos. De igual manera, con relación a los adolescentes que tiene derecho a ser protegidos y contar con una formación integral, donde el Estado y la sociedad deben garantizar su participación activa. En este sentido, la Constitución Política indica que el Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran". Finalmente, "se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud."

- **LEGALES**

En el ordenamiento jurídico nacional encontramos que con la Ley 100 de 1993 y la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se empezó a hacer referencia a la protección integral en todos los niveles, desde la promoción de la salud mental, hasta la atención de problemas y trastornos mentales, que incluye el diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación. Lo anterior se materializó a través del Plan Obligatorio de Salud (POS) y a través del Plan de Atención Básica (PAB) que corresponde al conjunto de intervenciones encaminadas a promover la salud y prevenir la enfermedad. Luego, en 1998, con la expedición por parte del Ministerio de Salud de la Resolución 2358, se formuló la Política de Salud Mental, esta política incluyó directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre atención primaria y promoción de la salud emocional, desarrollo

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

socioeconómico y calidad de vida y apuntó a la prevención en la aparición de la enfermedad mental, reorientación y mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud y actuación conjunta con la vigilancia en salud pública.

En 2007, la Ley 1122 ordenó la inclusión de acciones orientadas a la promoción de la salud mental en los planes de Salud Pública y en los planes de desarrollo nacional y territorial e incorporó estrategias para la promoción de la salud mental, tratamiento de los trastornos mentales, prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. Estos lineamientos fueron incluidos en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, posicionando la salud mental como una prioridad nacional, fomentando su incorporación en los planes territoriales de salud (PTS) y asignando la responsabilidad de la promoción, con énfasis en el ámbito familiar, a las EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales e IPS. De igual manera, estos lineamientos se retomaron para la formulación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012- 2021, incorporando la salud mental y la convivencia social dentro de las ocho dimensiones prioritarias.

Ley 1616 de 2.013 *"Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones"*, la cual tiene como objeto "garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud".

Ley 1751 de 2.015 *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"*

Posteriormente, en 2005, se 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 que incluyera acciones de promoción de la salud mental, prevención de los impactos negativos de problemas psicosociales sobre individuos, familias y comunidades y la reducción del impacto negativo de los trastornos mentales sobre las comunidades.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 y la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, junto con la Política de Atención Integral en Salud de 2016, establecieron la necesidad de ampliar los enfoques para la promoción de la salud, la gestión integral del riesgo en salud y los procesos de atención integral e integrada como elementos importantes para reconocer a las personas como el centro de las atenciones y titulares del derecho a la salud, así como las particularidades territoriales, mediante el fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la redefinición de los administradoras y prestadores de servicios en salud.

En el año 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social formuló la Política Nacional de Salud Mental, la cual busca promover la salud mental para el desarrollo integral de los sujetos individuales y colectivos, la reducción de riesgos asociados a problemas y trastornos

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

mentales, suicidio, violencias y epilepsia y la integralidad de atenciones en salud e inclusión social. Más recientemente, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 propuso avanzar en la expedición del documento CONPES de salud mental, el cual aborda de manera intersectorial la gestión integral para la salud mental de la población colombiana.

- Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de sustancias psicoactivas 2014 - 2021, el cual tiene por objeto "reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública".

- En este Plan Nacional las instituciones educativas juegan un rol muy importante, toda vez que "deben incluir en su proyecto educativo institucional procesos de prevención integral. Para tal efecto se desarrollarán en las instituciones educativas planes de formación a través de seminarios, talleres, encuentros, eventos especiales, foros, pasantías, que posibiliten la reflexión, movilización, participación y organización en torno al fenómeno cultural de las drogas y el desarrollo de propuestas y proyectos escolares y comunitarios como alternativas de prevención integral". Entre otras responsabilidades que se les asignan al Ministerio de Educación Nacional, el SENA, ICFES, Secretarías de Educación y el ICBF.

- El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 – 2021, en la dimensión de convivencia social y salud mental se identifican dos componentes:

- Promoción de la salud mental y la convivencia - contempla el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud mental, sus factores protectores y la generación de entornos familiares, educativos, comunitarios y laborales favorables para la convivencia social.

- Entre las estrategias del componente se encuentran: la generación de entornos protectores de la salud mental, favorables para la convivencia, la conformación de Redes socio-institucionales, uso de las TICs en pro de la salud mental, entre otros.

- Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia - "contempla las estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno, y alteran las habilidades de las personas para identificar sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad; igualmente incluye la prevención de la violencia en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales y la atención del impacto de las diferentes formas de violencia sobre la salud mental".[36]

---

[36] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

- Política Nacional de Salud Mental, 15 de noviembre de 2018 - "Esta política propone la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en término de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos, y reconoce la salud como un derecho fundamental en consonancia con lo establecido por la Ley 1751 de 2015 -Estatutaria de Salud- y con la Política de Atención."

- Entre las estrategía del Eje de Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos encontramos la "articulación de las actividades de salud con las iniciativas de los distintos sectores a fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población: La promoción de la salud mental exige del concurso activo de sectores como educación, trabajo, vivienda, cultura, deporte, entre otros, toda vez que están estrechamente relacionados con el bienestar y la calidad de vida, con la participación intersectorial en los territorios donde las personas, familias y comunidades se desarrollan".

- Documento CONPES 3992, 14 de abril de 2020 - Estrategia para la Salud Mental en Colombia, la misma tiene como objetivo el "promover la salud mental de la población colombiana 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 o abuso de sustancias psicoactivas, y las víctimas de violencias".

- **REGLAMENTARIAS**

Decreto 0658 de 2013 "Por el cual se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013".

Decreto 780 de 2.016 *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud Protección Social"*

IMPACTO FISCAL

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

> *"Las obligaciones previstas en el artículo 7° 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 7° 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.

En consecuencia, sin perjuicio de que el Proyecto de Ley continúe su trámite en el Honorable Senado de la República, los ponentes designados acordamos solicitar concepto de la presente iniciativa legislativa al Ministerio de Hacienda, el cual deberá adjuntarse al Proyecto una vez llegue la respuesta al mismo, toda vez que en el trámite del proyecto en la Cámara el Misterio se abstuvo de entregar concepto favorable.

CONFLICTO DE INTERÉS

Conforme al artículo 3 de la ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la ley 5 de 1992, este proyecto de ley reúne las condiciones del literal a y b, de las circunstancias en las cuales es inexistente el conflicto de intereses del artículo 286 de la ley 5 de 1992, toda vez que es un proyecto de Ley de interés general, que puede coincidir y fusionarse con los intereses del electorado.

PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones, nos permitimos presentar ponencia positiva y solicitamos a los miembros de la Plenaria del Senado de la República, dar segundo debate al Proyecto de

Ley No. 042 del 2022 "Por medio de la cual se garantiza el manejo de la salud e higiene menstrual en el país y se provee de manera gratuita artículos para la gestión menstrual a población en condición de vulnerabilidad socioeconómica"

De los honorables Congresistas,

LORENA RÍOS CUELLAR SENADORA DE LA REPÚBLICA Partido Colombia Justa Libres	**PEDRO FLOREZ PORRAS** SENADOR DE LA REPÚBLICA Pacto Histórico Coalición
ENRIQUE CABRALES BAQUERO Senador de la República	
ENRIQUE CABRALES BAQUERO SENADOR DE LA REPÚBLICA Partido Centro Democrático	**GUSTAVO MORENO HURTADO** SENADOR DE LA REPÚBLICA Partido EN MARCHA

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 02 del mes Agosto del año 2023 se radicó en este despacho el proyecto de ley N°. 63 Acto Legislativo N°. _____, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales por: H.S Lorena Ríos Cuellar, Pedro Floret Pumar, Enrique Cabrales Baquero, Gustavo Moreno Hurtado

SECRETARIO GENERAL