



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprensa.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXX - N° 1371

Bogotá, D. C., lunes, 4 de octubre de 2021

EDICIÓN DE 23 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 167 DE 2021 SENADO

por medio de la cual se reforma la Ley 1636 de 2013, se fomenta la generación de empleo y se dictan otras disposiciones.

1. ORIGEN DEL PROYECTO DE LEY

La presente iniciativa legislativa fue radicada en la Secretaría de Senado el 18 de agosto de 2021 por los Honorables Congresistas Carlos Eduardo Guevara Villabón, Ana Paola Agudelo, Irma Luz Herrera Rodríguez y Aydeé Lizarazo Cubillos; una vez repartido a la Comisión Séptima de Senado y publicado en la Gaceta del Congreso 1103 de 2021, he sido designada como ponente única. Después de su estudio, se concluye que cumple con los requisitos contemplados en los artículos 154 y 169 de la Constitución Política que hacen referencia a la iniciativa legislativa y al título de la ley, respectivamente.

2. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

La propuesta legislativa busca reformar y adicionar las Leyes 1636 de 2013 y 789 de 2002, reglamentando nuevos apoyos para el cesante, para los cuidadores y modificando algunos aspectos y funciones del Sistema Nacional de Empleo, con el fin de hacerlo más funcional y propicio frente a las necesidades de los colombianos.

3. NECESIDAD DEL PROYECTO DE LEY

Empleo en Colombia

La Constitución Política Colombiana de 1991 en su artículo 25, consagró el trabajo como "un derecho y una obligación social", por medio de la cual el trabajador "...goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado", e indica que "Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas".

Teniendo en cuenta lo anterior, corresponde al aparato legislativo hacer lo correspondiente para fortalecer el cumplimiento de los derechos de los colombianos, teniendo en cuenta que el trabajo, entre otros aspectos, propicia la obtención de un mínimo vital, una vida familiar y privada armónica, y fomenta la profesionalización para mejorar la competitividad, la inclusión social y la riqueza en el país.

El Observatorio de empleo de Cundinamarca "Observatorio Despliegue" indicó que el mercado laboral en las ciudades y regiones es una forma de posicionar "...lugares atractivos por su calidad de vida y las oportunidades que ofrecen a las personas y a las empresas para desarrollar sus capacidades de innovar y generar riqueza...la creación de entornos institucionales y la creación y el funcionamiento de las empresas, generan empleos de calidad, que redundan en más competencia y calidad de servicios".

Al respecto, el Departamento Nacional de Estadística – DANE indica que para febrero del 2021 la tasa de desempleo alcanzó 15,9%, para marzo la cifra de desempleo fue del 14,2%, y, en el total nacional, para el mismo mes del 2020, la cifra se ubicó en 12,6%. Es decir, en marzo de 2021 la población desocupada en Colombia fue de 3,4 millones de personas, que son 468 mil más que en marzo del 2020¹.

La iniciativa busca generar confianza en las políticas públicas o leyes que se implementen en el territorio nacional sobre empleo, trabajo y emprendimiento, entre otras cosas que inciden en una correcta comunicación y convivencia entre los colombianos.

El DANE destaca que las ciudades con mayor desempleo entre enero y marzo de 2021 fueron: "Riohacha: 23,2% (tasa global de participación: 58,2%; tasa de ocupación: 44,7%; tasa de subempleo objetivo: 19,0%)... Cúcuta A.M.: 22,5% (tasa global de participación: 60,7%; tasa de ocupación: 47,0%; tasa de subempleo objetivo: 14,8%)... Quibdó: 21,9% (tasa global de participación: 49,4%; tasa de ocupación 38,6%; tasa de subempleo objetivo: 3,0%)²". (subrayado fuera de texto).

Las ciudades Riohacha, Cúcuta y Quibdó, para el ejemplo, merecen, que sobre el apoyo que realizan las agencias de empleo, se elabore un informe de por qué su situación en empleabilidad es notoriamente baja, y que sobre esta información se generen mecanismos priorizados nacionalmente, para que en un plazo no lejano esta situación cambie, pues el conocimiento de ella es evidente para el residente de la ciudad, pero no es funcional para sus necesidades, ni para la consecución de sus derechos.

Al respecto, es importante destacar que, pese a que existe el Sistema Público de Empleo, no es posible evidenciar problemáticas sociales y permanecer siendo voceros de ellas, sin generar mecanismos de solución efectiva y transparente a los colombianos.

Con la iniciativa se busca establecer informes que sirvan de sustento para las políticas públicas veraces y duraderas, que resalten el trabajo rural y el trabajo en las ciudades fuera de la capital del país, sin dejar a ningún sector de la economía por fuera.

Asimismo, el DANE indicó que las ciudades con menos desempleo entre enero y marzo de 2021 fueron: "Cartagena: 11,5% (tasa global de participación: 56,6%; tasa de ocupación: 50,1%; tasa de subempleo objetivo: 8,3%)... Barranquilla A.M.: 11,6% (tasa global de participación: 60,7%; tasa de ocupación: 53,6%; tasa de subempleo objetivo: 15,3%)... Bucaramanga A.M.: 15,0% (tasa global de participación: 63,8%; tasa de ocupación: 54,3%;

¹ Departamento Nacional de Estadística – DANE, página web, extraída en el año 2021, mes de agosto. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>

² Ibid.

tasa de subempleo objetivo: 11,1%)³ (subrayado fuera de texto).

Frente a ello, es necesario que se analicen las razones, los contextos y las empresas que tienen mayor acogida y han sido prósperas en su labor, y que han facilitado mayor empleabilidad en su respectiva ciudad frente a la situación del país.

Para un contexto mayor de la actualidad en el país, frente a la empleabilidad, el DANE evidenció que, para el mes de junio de 2021, "...la tasa de desempleo fue 14,4%, lo que representó una reducción de 5,4 puntos porcentuales comparado con el mismo mes del 2020 (19,8%). La tasa global de participación se ubicó en 59,7%, lo que significó un aumento de 2,3 puntos porcentuales respecto al mismo periodo del 2020 (57,4%). Finalmente, la tasa de ocupación se ubicó en 51,1%, lo que representó un aumento de 5,0 puntos porcentuales comparado con junio de 2020 (46,1%)⁴.

Los sectores más afectados en la reducción de la ocupación han sido los servicios, comercio, industria y construcción

Sectores económicos	Abr-jun 2020	Abr-jun 2021	Variación absoluta	Variación porcentual
Chiquitos Bogotá	3.092	3.709	617	20,0%
Actividades inmobiliarias	89	105	16	17,9%
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	3	14	11	363,6%
Actividades artísticas, entretenimiento, recreación y otras actividades de ocio	214	321	107	49,9%
Comercio y reparación de vehículos	597	854	257	43,0%
Construcción	203	276	73	35,9%
Administración pública y defensa, educación y atención de la salud humana	404	506	102	25,2%
Transporte y almacenamiento	228	286	58	25,4%
Industrias manufactureras	410	451	41	10,0%
Albergamiento y servicios de comida	191	205	14	7,3%
Actividades financieras y de seguros	111	117	6	5,4%
Actividades profesionales, científicas, técnicas y servicios administrativos	419	415	-4	-1,0%
Suministro de electricidad, gas, agua y gestión de desechos	52	48	-4	-7,7%
Información y comunicaciones	117	50	-67	-57,3%
Explotación de minas y canteras	5	4	-1	-20,0%
Sin informar	9	-	-9	-100,0%

Fuente: DANE. Mercado laboral. Junio 2021. Publicado 30-julio-2021.

Durante el mismo periodo, "...el número de personas ocupadas en el total nacional fue 20.628 miles de personas. Las ramas que más aportaron positivamente a la variación de la población ocupada fueron Comercio y reparación de vehículos; Transporte y almacenamiento; y Alojamiento y servicios de comida con 2,6, 2,2 y 1,7 puntos porcentuales, respectivamente⁵.

Adicionalmente, se exponen algunas cifras que permiten analizar el panorama actual del país

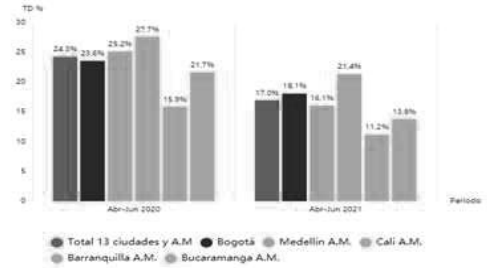
³ Portal de noticias "El Empleo", página web, extraída en el año 2021, mes de agosto. <https://www.empleo.com.co/noticias/noticias-laborales/desempleo-en-colombia-disminuyo-durante-marzo-de-2021-6295>

⁴ Departamento Nacional de Estadística – DANE, página web, extraída en el año 2021, mes de agosto.

⁵ Ibid.

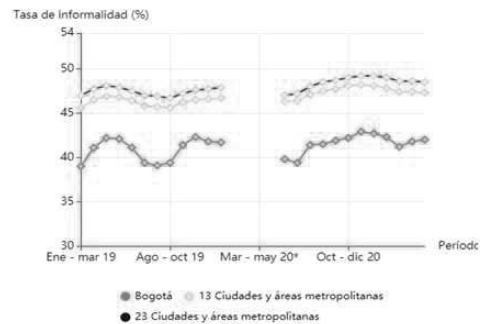
frente al desempleo y a la informalidad laboral, de la siguiente manera:

Tasa de desempleo en las principales ciudades



Fuente Gráfica: Observatorio de empleo de Cundinamarca

Tasa de Informalidad laboral (2019-2021)



Fuente: Tabla - Observatorio de Empleo de Cundinamarca (2021)

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, se ratifica la necesidad de tramitar este Proyecto de Ley, con miras a dictar medidas que ayuden a aumentar y fortalecer el empleo de los colombianos, que ayuden a la población cesante a lograr una estabilidad económica, y que en conjunto con medidas de fortalecimiento del sistema de empleo público, se otorguen una serie de herramientas para la prosperidad de los colombianos.

Estamos viviendo una pandemia que inevitablemente afectó la situación laboral de los colombianos y muchos cesantes han resultado seriamente afectados. Es por ello que se proponen medidas para protegerlos mientras se mantenga su estado de cesantes, y a la vez, se busca facilitar el proceso de empleabilidad que se da mediante el servicio público de empleo.

4. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO DE LEY

MARCO CONSTITUCIONAL

- ARTÍCULO 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.
- ARTÍCULO 26. Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social. Las profesiones legalmente reconocidas pueden organizarse en colegios. La estructura interna y el funcionamiento de éstos deberán ser democráticos. La ley podrá asignarles funciones públicas y establecer los debidos controles.

MARCO LEGAL

- Ley No. 1929 de 2018 "Por medio de la cual se modifica temporal y parcialmente la destinación de un porcentaje de los recursos del fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante, definida en el artículo 6° de la ley 1636 de 2013; y se faculta a las cajas de compensación familiar a destinar recursos para el saneamiento de pasivos en salud y/o el cumplimiento de condiciones financieras aplicables a las EPS"
- Ley 1636 de 2013 "Por medio de la cual se crea el mecanismo de protección al cesante en Colombia."

MEDIDAS TOMADAS POR EL GOBIERNO NACIONAL

- Resolución 0846 de 2021 del Ministerio de Trabajo. Por medio del cual se reglamenta la expedición del Certificado de Primer Empleo y el registro anualizado de las certificaciones que acreditan el Primer Empleo.
- Resolución 2121 de 2020 del Ministerio de Trabajo. Por medio de la cual se ordena el giro directo a las Cajas de Compensación Familiar de los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencia, en el marco del Decreto Legislativo 801 de 2020 priorizando los trabajadores cesantes que se encuentran aún en lista de espera.
- Resolución 2704 de 2020 del Ministerio de Trabajo. Por medio de la cual se ordena el giro directo a las Cajas de Compensación Familiar de los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencia, en el marco del Decreto Legislativo 801 de 2020 para las nuevas postulaciones de los trabajadores cesantes
- Resolución 2954 de 2020 del Ministerio de Trabajo. Por medio de la cual, se establecen lineamientos para la finalización del Programa 40 Mil Primeros Empleos
- Resolución 2919 de 2020 del Ministerio de Trabajo. Por medio de la cual se adopta la distribución anual de recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante - FOSFEC para la vigencia 2021.
- Resolución 3584 de 2019 del Ministerio de Trabajo. Por la cual se modifica la distribución de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante FOSFEC.
- Decreto 553 de 2020 del Ministerio del Trabajo. Por el cual se define la transferencia económica no condicionada para los Adultos Mayores que se encuentran registrados en la lista de priorización del Programa Colombia Mayor y se define la transferencia al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante administrado por las Cajas de Compensación Familiar, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica y se dictan otras disposiciones.
- Decreto legislativo número 770 de 2020 del Ministerio del Trabajo. "Por medio del cual se adopta una medida de protección al cesante, se adoptan medidas alternativas respecto a la jornada de trabajo, se adopta una alternativa para el primer pago de la prima de servicios, se crea el Programa de Apoyo para el Pago de la Prima de Servicios - PAP, Y se crea el Programa de auxilio a los trabajadores en suspensión contractual, en el marco de la Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada mediante el Decreto 637 de 2020"

5. IMPACTO FISCAL DEL PROYECTO DE LEY

El artículo 7° de la Ley 819 del 2003 señala que "(...) En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo (...)".

Frente a esta disposición, cabe señalar que el Proyecto de Ley se encuentra enmarcado en los objetivos de política establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y sus metas plurianuales de inversión, incluyendo presupuesto para las entidades encargadas de promover el crecimiento económico y el empleo. Tal como se mencionó en el marco normativo de referencia, el artículo 4° de la Ley 1955 de 2019, estima alrededor de 27 billones para el Pacto por el emprendimiento, la formalización y la productividad: una economía dinámica, incluyente y sostenible que potencie todos nuestros talentos.

Adicionalmente, la norma referida en relación a la Ley 819 de 2003, ha sido objeto de varios fallos de la Corte Constitucional, como la sentencia C- 307 de 2004 32 (reiterada por la Sentencia C-502 de 2007), que señalan que el mencionado artículo 7 debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa. Por lo expuesto, la propuesta legislativa cumple con lo exigido en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003.

6. PLIEGO DE MODIFICACIONES

La iniciativa ha presentado modificaciones que a continuación se detallan en el cuadro; las mismas corresponden al resultado de una labor realizada con el Ministerio del Trabajo, donde se evaluaron sus importantes aportes y por ello se evidencia la necesidad de integrarlas al presente articulado:

Proyecto de Ley N° 167 de 2021 Senado	Articulado propuesto para primer debate en Comisión VII de Senado	Observaciones
TÍTULO "POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA LA LEY 1636 DE 2013, SE FOMENTA LA GENERACIÓN DE EMPLEO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."	TÍTULO "POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMAN LAS LEYES 1636 DE 2013, 789 DE 2002, SE FOMENTA LA GENERACIÓN DE EMPLEO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"	Sin modificaciones.
Artículo 1° Objeto. La presente Ley tiene el propósito establecer nuevos apoyos al cesante, fortalecer el Sistema Nacional	Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto reformar y adicionar las Leyes 1636 de 2013 y 789 de 2002, estableciendo	

de Empleo para generar una mayor funcionalidad y eficiencia en su servicio, atender las necesidades de la población para acceder al empleo, y establecer medidas para la vinculación laboral de jóvenes entre 18 y 28 años, como política de Estado.	nuevos apoyos para el cesante, para los cuidadores y fortaleciendo el Sistema Nacional de Empleo para generar una mayor funcionalidad y eficiencia en su servicio, atendiendo las necesidades de la población para acceder al empleo.	
Artículo 2 Retiro de Cesantías para emprendimientos. El trabajador que haya quedado cesante podrá retirar de su cuenta de cesantías con el fin de apoyar, impulsar o fortalecer emprendimientos que esté realizando o vaya a realizar. Lo anterior sin perjuicio de las demás causales de retiro de cesantías dispuestas en la Ley 1636 de 2013 o las leyes que la modifiquen o adicionen. El Gobierno Nacional expedirá la reglamentación de lo dispuesto en este artículo, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.	Se elimina	Por cuanto el retiro total de cesantías da libertad al cesante frente al uso de las mismas, el artículo sería innecesario.
Artículo 3. Transferencias económicas para cesantes. Los trabajadores dependientes o independientes que sean cesantes y cotizantes categoría A y B, que hubieren perdido su empleo y que hayan realizado aportes a una Caja de Compensación Familiar durante un (1) año, continuo o discontinuo, en el transcurso de los últimos cinco (5) años, recibirán una transferencia económica para cubrir los gastos, de acuerdo con las necesidades y prioridades de consumo de cada beneficiario, por un valor de dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes, divididos en tres (3) mensualidades con cargo al FOSFEC. A este beneficio se podrá acceder por una única vez cada 10 años.	Artículo 2°. Modifíquese el artículo 3° de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así: Artículo 3. Campo de aplicación. Todos los trabajadores del sector público y privado, dependientes o independientes, que realicen aportes a las Cajas de Compensación Familiar, por lo menos por un (1) año, continuo o discontinuo en los últimos tres (3) años, si es dependiente, y por lo menos dos (2) años continuos o discontinuos en los últimos tres (3) años si es independiente, accederán al Mecanismo de Protección al Cesante, sin importar la forma de su vinculación laboral, y de conformidad con lo establecido por la reglamentación que determine el Gobierno Nacional. Los beneficios económicos a los que tendrán derecho todos los trabajadores que aportaron a las Cajas de Compensación Familiar serán:	Retomando las observaciones realizadas por el Ministerio del Trabajo, se realiza un ajuste para mencionar qué artículo de la Ley 1636 se estaría modificando; además, se mejora la redacción y se da claridad a los beneficios que recibirán los cesantes que accedan al mecanismo de protección.
El aspirante a este beneficio deberá diligenciar una solicitud ante la Caja de Compensación Familiar a la que se encuentre afiliado, esta se podrá		

diligenciar de manera digital. Para este beneficio, se deberán priorizar los grupos vulnerables, personas en situación de discapacidad, adultos mayores, jóvenes entre los 18 y 28 años.	a. Pago de la cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones sobre un (1) SMMLV. b. Una transferencia económica por un valor de dos (2) SMMLV, para aquellos cotizantes en categoría a y b del Sistema de Subsidio Familiar.	
Artículo 4. Siempre que haya sido declarada una emergencia de salud pública de importancia internacional en la Constitución Política que afecten gravemente el mercado laboral o se presente una de las causales que el Gobierno Nacional dispondrá en la reglamentación de esta ley, los empleadores del sector privado podrán recibir hasta por seis (6) meses una financiación de hasta el 50% por parte del Estado con cargo al FOSFEC del aporte de cotización que les corresponde hacer por sus trabajadores al Sistema General de Pensiones con el fin de cubrir el costo del seguro previsional en el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad o el aporte a los fondos de invalidez y sobrevivencia del Régimen de Prima Media, según corresponda, así como el valor de la comisión de administración. Igualmente, los trabajadores independientes podrán recibir hasta por seis (6) meses una financiación de hasta el 50% por parte del Estado con cargo al FOSFEC del aporte de cotización que les corresponde hacer a los sistemas ya mencionados, según corresponda. Las	Artículo 3°. Modifíquese el artículo 11 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así: "Artículo 11. Reconocimiento de los Beneficios. Las Cajas de Compensación Familiar deberán verificar, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la petición del cesante, si cumple o no con las condiciones de acceso a los beneficios del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) establecido en la presente Ley. En el caso que el cesante señale haber realizado ahorro voluntario, las Administradoras de Fondos de Cesantías deberán trasladar a las administradoras del FOSFEC, el monto ahorrado voluntariamente al Mecanismo de Protección al Cesante. La información correspondiente al promedio del salario mensual devengado durante el último año de trabajo de la persona cesante propondrá de lo reportado a las Cajas de Compensación Familiar. El cesante que cumpla con los requisitos de acceso será beneficiario del pago de la cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones, una transferencia	Retomando las observaciones realizadas por el Ministerio del Trabajo, se transforma el presente artículo para establecer un límite de revisión de requisitos por parte de las Cajas de Compensación Familiar, así como establecer la disposición de traslado de ahorro voluntario de cesantías al mecanismo de protección al cesante. Además, se ratifica que el cesante accederá a beneficios de pago de salud, pensión y transferencia económica, entre otros beneficios. Con estas medidas, se ratifica el compromiso con los cesantes colombianos, de los cuales el número aumento en la pandemia que actualmente vive el país. Se deben consolidar acciones para beneficiarlos.


Administradoras del Sistema General de Pensiones deberán tener en cuenta a favor sus afiliados, las semanas correspondientes a los seis (6) meses cotizados en esta modalidad. Cuando se trate de grupos vulnerables personas en situación de discapacidad, adultos mayores, jóvenes entre los 18 y 28 años que por las situaciones descritas en este artículo hubieren quedado cesantes el Estado con cargo al FOSFEC, deberá financiar el 75% del aporte de cotización al Sistema General de Pensiones mencionado en este artículo por un término máximo de seis (6) meses.	económica por un valor de 2 SMMLV por un periodo de cuatro (4) meses, dividida en mensualidades decrecientes por igual número de meses; y será obligatorio iniciar la rula de empleabilidad, remitiéndolo a cualquiera de los operadores autorizados de la Red de Servicios de Empleo (RSE) para iniciar el Proceso de Asesoría de Búsqueda (PAB), orientación ocupacional y capacitación. En el caso de haber realizado ahorros voluntarios de sus cesantías para el Mecanismo de Protección al Cesante (MPC), igualmente recibirá la cuota monetaria del subsidio familiar, de acuerdo con la reglamentación que el Gobierno Nacional expida para tal fin. En caso de que la decisión no sea favorable al acceso del Mecanismo de Protección al cesante, podrá interponer recurso de reposición, que deberá formularse ante la Caja de Compensación Familiar como administradora respectiva del FOSFEC. Parágrafo. Para que proceda el traslado del ahorro voluntario de cesantías, el FOSFEC deberá entregar al cesante la certificación que acredite el cumplimiento de los requisitos para ser beneficiario del mecanismo de protección al cesante."	
No existe.	Artículo 4°. Pago de prestaciones económicas de forma decreciente. La transferencia económica a la que se refiere el literal b del artículo 2 de la presente ley, por un valor de dos (2) SMMLV, con cargo a la Subcuenta de Prestaciones Económicas del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante- FOSFEC, será entregada hasta por un periodo de cuatro (4) meses de manera decreciente, de la siguiente manera: 1. 40% de 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes 2. 30% de 2 salarios mínimos	Con base en las observaciones realizadas por el Ministerio del Trabajo, es necesario aclarar la forma de pago de la transferencia económica que recibirán los cesantes. Precisamente en este artículo se hace esa claridad.

<p>mensuales legales vigentes 3. 20% de 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes 4. 10% de 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes.</p> <p>Artículo 5. Los cotizantes al régimen contributivo y sus beneficiarios cuando se encontraren cesantes y hubieren cotizado continuamente durante un año o discontinuamente durante cinco años, podrán acceder temporalmente al régimen subsidiado de salud del que trata el artículo 242 de la Ley 1955 de 2019 o el que haga sus veces, mediante el mecanismo de contribución solidaria, cuando el cotizante (i) no cumpla con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, (ii) haya finalizado contrato laboral o contrato civil y (iii) haya aportado al Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre un Ingreso Base de Cotización -IBC- de por lo menos un (1) salario mínimo legal mensual vigente -SMLMV.</p> <p>La permanencia en el mecanismo no podrá ser mayor a un (1) año contado a partir de la finalización de la relación laboral o contractual, o hasta el inicio del periodo de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, cuando aplique. En caso de enfermedades catastróficas, se garantizará la permanencia en el mecanismo hasta por el término del tratamiento o hasta el inicio de una nueva relación laboral o contractual. En todo caso, se garantizará que no se dará interrupción ni renicio de los tratamientos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este</p>	<p>Artículo 5°. Modifíquese el artículo 12 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>"Artículo 12. Tipo, periodo y pago de los beneficios. Los trabajadores dependientes o independientes que cumplan con el requisito de aportes a Cajas de Compensación Familiar recibirán un beneficio, con cargo al FOSFEC, que consistirá en aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones, calculado sobre un (1) SMLMV.</p> <p>El cesante que así lo considere, podrá con cargo a sus propios recursos, cotizar al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones por encima de un (1) SMLMV.</p> <p>Si un trabajador dependiente o independiente, además de realizar aportes a las Cajas de Compensación Familiar, voluntariamente hubiera ahorrado en el Mecanismo de Protección al Cesante, recibirá como beneficio monetario un valor proporcional al monto del ahorro alcanzado con cargo al FOSFEC.</p> <p>Los beneficios antes señalados se pagarán por un máximo de cuatro (4) meses".</p>	<p>Con base en las recomendaciones del Ministerio del Trabajo, se aclara cual artículo de la Ley 1636 se modifica y se ajusta la redacción para mejor comprensión del contenido. En el mismo, se ratifica el beneficio de pago de salud y pensión para los cesantes.</p> <p>Los beneficios antes señalados se pagarán por un máximo de cuatro (4) meses".</p>
<p>No existe.</p>	<p>Artículo 7°. Adiciónese el numeral 8 al Parágrafo 1 del artículo 3 de la ley 789 de 2002, con el que se establece un beneficio económico a quienes realizan actividades de cuidado en el núcleo familiar, el cual quedará así:</p> <p>"8 El cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador afiliado cuya remuneración no exceda los dos (2) salarios mínimos mensuales vigentes, que no cuente con una vinculación laboral ni ingreso, y que realice actividades de cuidado de un familiar con discapacidad con quien conviva, entendiéndose que la persona se hace cargo de otra.</p> <p>Entiéndase por cuidador para los fines de esta ley, la persona que brinda apoyo en el cuidado de otra, bien sea persona mayor o que por su situación física, mental, intelectual o sensorial que requieren de dicho cuidado, y como consecuencia de ello dependa de un tercero.</p> <p>Los beneficiarios dependientes que aspiren obtener el beneficio previsto para cónyuges que realizan actividades de cuidado, deberán certificar ante la Caja de Compensación Familiar que no cuentan con una fuente formal directa de ingresos y no realizan una actividad formal remunerada".</p> <p>Para efectos de la entrega de este beneficio, será necesario tener la corteza médica expedida por la EPS sobre la situación de discapacidad de la persona que requiere asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos por vía oral. Labores que pueden ser desempeñadas por un cuidador, que para efectos de la presente Ley es el</p>	<p>el procedimiento de prohibiciones o impropiedades de recibir los beneficios del FOSFEC.</p> <p>Considerando que en la presente iniciativa legislativa se están tratando disposiciones para la protección de personas con alguna vulnerabilidad en el país, por ejemplo los cesantes quienes al perder su empleo experimentan graves afectaciones, es necesario aprovechar el espacio para trabajar un beneficio económico dirigido a los cuidadores en el núcleo familiar, quienes al dedicarse a esta labor no pueden trabajar o percibir otros ingresos y por ello su calidad de vida y la de su familia se ve disminuida.</p> <p>La OIT ha reconocido el trabajo de cuidado, tanto remunerado como no remunerado, como de vital importancia para el futuro del trabajo decente, en el que resalta la necesidad que los gobiernos adopten medidas urgentes en lo que respecta a la formalización del trabajo del cuidado. La mayoría de las personas que realizan el trabajo del cuidado es no remunerada y es desempeñado principalmente por mujeres. El trabajo del cuidado no remunerado es un factor clave para determinar si las mujeres acceden al empleo o permanecen en él, así como la calidad de los trabajos que desempeñan. Si bien la prestación de cuidados puede ser gratificante, cuando se realiza en exceso y cuando conlleva un alto grado de penosidad, obstaculiza las oportunidades económicas y el bienestar de las cuidadoras y cuidadores no remunerados, y menoscaba su goce general de los derechos humanos" (ILO- El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente).</p> <p>Esta figura del trabajo del cuidado no remunerado evidentemente tiene repercusiones importantes en la desigualdad</p>
<p>Artículo 6°. Prohibición de recibir los beneficios con cargo al FOSFEC. No podrán recibir beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC):</p> <p>a. Los trabajadores cesantes que, luego de terminar una relación laboral, mantengan otras(s) vigente(s) o haya(n) percibido beneficios del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante, durante cuatro (4) meses continuos o discontinuos en los últimos tres (3) años.</p> <p>b. Quienes obtuvieron mediante simulación o engaño algún tipo de beneficio del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), previa comprobación de tal situación a través de sentencia judicial proferida por la autoridad competente. La Caja de Compensación Familiar que tenga conocimiento de tal hecho compulsará copias a la autoridad competente para que adelante la respectiva investigación.</p> <p>c. Los trabajadores cesantes a quienes se les haya asignado y girado estos beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), y que la transferencia económica no sea cobrada en el término de cuatro (4) meses, será reintegrada al FOSFEC. Para el caso de los aportes al Sistema de Seguridad Social, se procederá conforme con lo estipulado en el inciso siguiente.</p> <p>Quienes reciban los beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo</p>	<p>La Ley 1636 de 2013 tiene un vacío sobre estas prohibiciones, y las cajas de compensación familiar y el Ministerio del Trabajo reciben continuamente un sinnúmero de casos y consultas solicitando concepto sobre el particular. Por lo anterior, se propone este artículo y de esa manera evitar complicaciones jurídicas abiertas a interpretaciones de la Ley.</p> <p>Los aportes con destino al subsidio familiar son de naturaleza pública y le pertenecen al Sistema de la Protección Social, por tanto, gozan de protección especial por parte del Estado, lo que significa que las administradoras de estos, deben adelantar las acciones de cobro, sin importar el monto de las acciones.</p> <p>Adicionalmente, y de acuerdo al Decreto 1072 de 2015 compilado del Sector Trabajo, el artículo 2.2.7.5.3.2. establece:</p> <p>"Artículo 2.2.7.5.3.2. Afectación de los recursos administrados por las cajas de compensación familiar. Los recursos que administran las Cajas de Compensación Familiar están destinados a la atención de las prestaciones y servicios de la seguridad social y demás finalidades que prevea la ley y no podrán comprometerse para fines diferentes.</p> <p>Los que provengan de los aportes obligatorios pagados por los empleadores y por las cooperativas de trabajo asociado tienen la condición de recursos parafiscales y como tales, su administración se rige por las disposiciones legales correspondientes (. . .)".</p>	<p>En este sentido, es necesario ser específicos a través de esta norma, plasmar</p>
<p>cónyuge o compañero(a) permanente.*</p>	<p>de género dentro de los hogares y la capacidad de las mujeres para estar en el mercado laboral formal, y la perspectiva de estar cubierto de alguna medida en la vejez.</p> <p>Por su lado, el Ministerio de Salud, a través del artículo 3 de la Resolución 5928 de 2016 establece como cuidador: "aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas.."</p> <p>A esto se suma que la sentencia de la corte T-154de 2014, estableció la necesidad de tener la certeza médica de la situación de dependencia de la persona. Y además de las situaciones anteriormente enunciadas, cuando se requiera asistencia en actividades de higiene, aseo y alimentación, ayuda en la administración de medicamentos por vía oral, labores que pueden ser desempeñadas por un cuidador, es decir, un miembro de la familia o del círculo social del paciente".</p> <p>Es por ello, que la inclusión como beneficio del Sistema de Subsidio Familiar de beneficiarios de trabajadores activos para quienes desempeñan labores de cuidado redunda en el interés general de la protección social. Si bien los cambios en las estructuras familiares, unidos al incremento de la tasa de empleo en las mujeres de los últimos años, han aumentado la disponibilidad de trabajo de cuidado remunerado, aún persiste un número importante en la población femenina que realiza dicha actividad. En el que se debe reconocer que el trabajo no remunerado realiza una contribución importante a las economías locales, así como el bienestar individual, de la familia y de la sociedad.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, es</p>	

		<p>necesario que las Cajas de Compensación Familiar otorguen un subsidio en dinero al cónyuge o compañero(a) del trabajador afiliado, que no cuente con ninguna vinculación laboral ni ingreso, y que realice actividades de cuidado, equivalente al valor de la cuota monetaria otorgada en cada departamento. Se propone sea otorgado a aquellos cónyuges o compañeros(as) de los trabajadores cuya remuneración mensual, fija o variable no sobrepase los dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes.</p>			<p>trabajador afiliado en las Cajas de Compensación Familiar. Se busca que, a través de la presente iniciativa legislativa se elimine las barreras de afiliación de los pensionados que aportaron más de 25 años al Sistema de Subsidio Familiar, categorizado como afiliados por fidelidad, y que continúen con la afiliación una vez sea reconocida su pensión sin necesidad de trámites adicionales. La ley 789 de 2002 en el parágrafo 2º del artículo 9 estableció que "los trabajadores que hubieren acreditado veinticinco (25) o más años al Sistema de Cajas de Compensación Familiar y se encuentren pensionados tendrán derecho a los programas de capacitación, recreación y turismo social a las tarifas más bajas de cada Caja de Compensación Familiar" (subrayado fuera de texto).</p>
<p>No existe.</p>	<p>Artículo 8°. Afiliación automática de pensionados al sistema de subsidio familiar. Los trabajadores que hubieren acreditado veinticinco (25) o más años de afiliación al Sistema de Subsidio Familiar, a través de una Caja de Compensación Familiar, serán afiliados automáticamente al Sistema de Subsidio Familiar en calidad de pensionados por fidelidad de manera inmediata en la última Caja de Compensación Familiar a la que estuvo afiliado, una vez sea reconocida su pensión por parte del Sistema General de Pensiones o por el Sistema de Riesgos Profesionales.</p>	<p>El Plan Nacional de Desarrollo indica que más de seis (6) millones de colombianos son adultos mayores, de los cuales: 1,9 millones son pensionados 1,5 millones son beneficiarios de Colombia Mayor, 86 mil están cotizando a pensiones, 7 mil son beneficiarios del programa de Beneficios Económicos Periódicos (BEPs), 3,5 millones no cuenta con algún tipo de protección económica para la vejez. En concordancia con estas cifras del PND, según el DANE del año 2018, del total de la población nacional*, 48.258.494, el 13,5%, 6.514.897 son personas de más de 60 años. De este porcentaje, el 25%, 1.628.724, se encuentra afiliada al Sistema de Subsidio Familiar, bien sea por ser un trabajador afiliado a una Caja de Compensación Familiar como afiliado pensionado, por haber estado más de 25 años afiliado al Sistema, o como beneficiario de un</p>			<p>Sin embargo, se identifica una barrera de acceso al tener que generar una afiliación adicional. Se realiza esta medida para que se contribuya a que el envejecimiento activo y saludable, favorezca la calidad de vida de las personas mayores. El término activo, hace referencia a la participación continua de las personas mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, y culturales, entre otros. Se pretende generar un compromiso que logre la participación continua de las personas mayores desde diferentes aspectos.</p>
<p>CAPÍTULO II Medidas para el fortalecimiento del Servicio Público de Empleo</p>					
<p>No existe.</p>	<p>Artículo 9°. Adiciónese un Parágrafo al artículo 13 de la ley 1636 de 2013 en los siguientes términos: Parágrafo 4. Sin perjuicio de lo establecido en el presente artículo, las Cajas de Compensación Familiar podrán prestar servicios de gestión y colocación de empleo y procesos de capacitación; a toda la población que se encuentre desempleada, y que no cumpla con los requisitos para acceder a los Beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante, siempre y cuando para tal fin no se destinen recursos con cargo al FOSFEC adicionales a los que se dispongan para la población beneficiaria.</p>	<p>La propuesta surge de la imposibilidad que enfrentan las Cajas de Compensación Familiar en ejercicio de la función que les confiere el parágrafo del artículo 29 de la Ley 1636 de 2013, de brindar los servicios de gestión y colocación de empleo y los procesos de capacitación a la generalidad de la población desempleada, limitándose solo a aquellas personas que cumplen con los requisitos dispuestos por el artículo 13 de la Ley 1636 para obtener estos beneficios. Con esta alternativa, se deja claro que la prestación de los servicios allí señalados, se puede brindar a toda la población que se encuentre desempleada, que no cumplan con los requisitos para acceder a los Beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante, siempre y cuando ello se haga con la capacidad ya instalada para brindarles a los beneficiarios que cumplen con los requisitos establecidos por la ley, sin que se puedan destinar recursos adicionales del FOSFEC.</p>	<p>demanda de empleo, tengan por finalidad mejorar las condiciones de empleabilidad de los oferentes. d) Tener permanente comunicación con los empleadores, con el fin de realizar informes detallados sobre vacantes ofertadas. e) Realizar un informe de la efectividad de las vacantes ofertadas y ocupadas, el cual debe ser de conocimiento público. PARÁGRAFO PRIMERO. Las Cajas de Compensación Familiar deberán prestar servicios de gestión y colocación, previa autorización del Ministerio del Trabajo. PARÁGRAFO SEGUNDO. La agencia de empleo tendrá máximo diez (10) días después de la presentación de la hoja de vida, para comunicarse con la persona postulante e indicarle las vacantes que más se acerquen a su perfil profesional. PARÁGRAFO TERCERO. El postulante tendrá máximo cinco (5) días para aceptar una de las ofertas indicadas por la agencia, y, de no manifestarse o de no asistir al lugar de trabajo aceptado, sin una causa justa, será sancionado según lo reglamente el Ministerio de Trabajo.</p>	<p>Parágrafo Segundo: Las Cajas de Compensación Familiar deberán prestar servicios de gestión y colocación, previa autorización de la autoridad competente.</p>	<p>enfrentan barreras, especialmente la población más vulnerable.</p>
<p>Artículo 6. Modifíquese el artículo 29 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así: ARTÍCULO 29. SERVICIOS DE GESTIÓN Y COLOCACION DE EMPLEO. Se entienden como servicios de gestión y colocación de empleo a cargo de los prestadores del Servicio Público de Empleo: a) Los servicios destinados a vincular ofertas y demandas de empleo; b) Otros servicios relacionados con la búsqueda de empleo, determinados por el Ministerio del Trabajo, como brindar información, sin estar por ello destinados a vincular una oferta y una demanda específicas; c) Servicios que, asociados a los de vinculación de la oferta y</p>	<p>Artículo 10. Modifíquese el artículo 29 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así: Artículo 29. Servicios de gestión y colocación de empleo. Se entienden por servicios de gestión y colocación de empleo a cargo de los Prestadores del Servicio Público de Empleo: 1. Todas aquellas actividades que faciliten el encuentro entre oferta y demanda laboral. 2. Todas aquellas actividades que conlleven al mejoramiento de las condiciones de empleabilidad y la mitigación de barreras para el acceso y permanencia a un empleo formal. Parágrafo Primero: El Ministerio de Trabajo fijará las reglas para la prestación de los servicios de gestión y colocación de empleo.</p>	<p>Con base en importantes aportes del Sistema Público de Empleo, se modifica la redacción y el contenido del artículo. Surge para atender lo establecido en la Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. - Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", concretamente en su Artículo 195. Inclusion Laboral. Todos los mecanismos, instrumentos, acciones y servicios que promuevan la inclusión laboral deberán implementarse a través de la Red de Prestadores del Servicio Público de Empleo. La Unidad Administrativa Especial del Servicio Público de Empleo, como articuladora de la Red, definirá los servicios básicos y especializados de gestión y colocación de empleo y fijará las reglas para la prestación de estos servicios, para contribuir al acceso al empleo formal de las personas que</p>			

* Colombia tiene una población total, según el DANE, de 48.258.494, cifras al año 2018, de donde son DANE, el 51,2% son mujeres y hombres 48,8%; el 13,5%, es decir, 6.514.897 son mayores de 60 años y afiliados al SSF 1.628.724

<p>Artículo 7. Modifíquese el artículo 31 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 31. DEL CARÁCTER OBLIGATORIO DEL REGISTRO DE VACANTES EN EL SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO. Todos los empleadores están obligados a reportar sus vacantes al Servicio Público de Empleo de acuerdo a la reglamentación que para la materia expida el Gobierno.</p> <p>PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional reglamentará las sanciones para los empleadores que no reporten sus vacantes al Servicio Público de Empleo.</p> <p><u>Así mismo, los empleadores enviarán un reporte de las vacantes ocupadas y podrán solicitar el cambio de la persona durante los tres (3) primeros meses de trabajo, motivando su decisión.</u></p>	<p>Artículo 11. Modifíquese el artículo 31 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 31. Del carácter obligatorio del registro de vacantes en el Servicio Público de Empleo. Todos los empleadores están obligados a reportar sus vacantes al Servicio Público de Empleo de acuerdo a la reglamentación que para la materia expida el Gobierno.</p> <p>Posterior a la remisión de los oferentes o buscadores de empleo realizada por el prestador, los empleadores están obligados a reportarle al prestador, los oferentes colocados o, en su defecto las razones de no colocación. Este proceso deberá realizarse dentro de los seis (6) meses siguientes a la remisión efectuada por el prestador.</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará las sanciones para los empleadores que no reporten sus vacantes al Servicio Público de Empleo.</p>	<p>Con base en importantes aportes del Sistema Público de Empleo, se modifica la redacción y el contenido del artículo.</p> <p>La finalidad es que los Empleadores retroalimenten al Prestador, frente a las colocaciones efectuadas con respecto a los oferentes remitidos.</p> <p>Lo anterior permitirá que los Prestadores cierren sus procesos de gestión y colocación de manera idónea: verificando la correcta intermediación laboral y logrando finalmente cumplir con sus informes estadísticos, los que soportarán los informes y reportes nacionales.</p>	<p>cual será informado al SENA para que en menos de un (1) mes emita comunicación indicando los cursos que actualmente presta sobre el respectivo tema.</p>	<p>menos de un (1) mes emita comunicación indicando los cursos que actualmente presta sobre el respectivo tema.</p>	
<p>Artículo 8. Adiciónese el artículo 37A a Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 37A. Las agencias de empleo promoverán el trabajo rural y en municipios con altos índices de desempleo.</p> <p>La agencia realizará un constante monitoreo de la evolución de la empresa que haya ofertado la vacante, y recibirá las peticiones que la empresa haga sobre las capacitaciones de empleo y emprendimiento que requiera, especialmente para lograr mejores prácticas laborales, lo</p>	<p>Artículo 12. Adiciónese el artículo 37A a Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 37A. Las agencias de empleo promoverán el trabajo rural y en municipios con altos índices de desempleo.</p> <p>La agencia realizará un constante monitoreo de la evolución de la empresa que haya ofertado la vacante, y recibirá las peticiones que la empresa haga sobre las capacitaciones de empleo y emprendimiento que requiera, especialmente para lograr mejores prácticas laborales, lo</p>	<p>No tiene modificaciones.</p>	<p>Artículo 9. Se reducirá el costo laboral formal para empleadores que contraten beneficiarios de los programas de apoyo social o transferencias monetarias de beneficios económicos del Estado, según la reglamentación que el gobierno nacional realizará para la implementación de la presente Ley.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Se hace un ajuste de forma.</p>
<p>Artículo 12. Modifíquese el artículo 24 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 24. Del Sistema Público de Empleo. El Sistema Público de Empleo para la Productividad tiene por objeto integrar, articular, coordinar, promover, crear, promover, buscar y focalizar los instrumentos de políticas activas y pasivas de empleo que contribuyan al encuentro entre oferta y demanda de trabajo, a superar los obstáculos que impiden la inserción laboral y consolidar formas autónomas de trabajo, vinculando las acciones de gestión de empleo de carácter nacional, local e internacional.</p> <p>El sistema comprende las obligaciones, las instituciones públicas privadas y mixtas, las normas, procedimientos y regulaciones y los recursos públicos y privados orientados al mejor funcionamiento del mercado de trabajo.</p> <p>El Ministerio de Trabajo reglamentará la integración y funcionamiento del Sistema Público de Empleo para la Productividad que comprende las funciones de:</p> <p>a) La dirección y regulación de la gestión de empleo;</p> <p>b) La operación y prestación de los servicios de colocación;</p> <p>c) La inspección, vigilancia y control de los servicios;</p> <p>d) El desarrollo de políticas para la creación, fomento y promoción del empleo.</p> <p>e) La consecución de vacantes para la población en edad de</p>	<p>Artículo 15. Modifíquese el artículo 24 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 24. Objeto del Sistema de Gestión de Empleo. El Sistema de Gestión de Empleo para la Productividad tiene por objeto integrar, articular, coordinar, promover y focalizar los instrumentos de políticas activas y pasivas de empleo que contribuyan al encuentro entre oferta y demanda de trabajo, a superar los obstáculos que impiden la inserción laboral y consolidar formas autónomas de trabajo, vinculando las acciones de gestión de empleo de carácter local, nacional y transnacional.</p> <p>El sistema comprende las obligaciones, las instituciones públicas privadas y mixtas; las normas, procedimientos y regulaciones; y los recursos públicos y privados orientados al mejor funcionamiento del mercado de trabajo.</p> <p>El Ministerio de Trabajo reglamentará la integración y funcionamiento del Sistema de Gestión de Empleo para la Productividad que comprende las funciones de:</p> <p>a. La dirección y regulación de la gestión de empleo</p> <p>b. La operación y prestación de los servicios de gestión y colocación</p> <p>c. La inspección, vigilancia y control de los servicios.</p>	<p>Con base en importantes aportes del Sistema Público de Empleo, se modifica la redacción y el contenido del artículo.</p> <p>La propuesta incluye la palabra promover, que se complementa los demás verbos rectores; ya que el SPE promueve entre sus Prestadores, las diferentes políticas de Estado.</p> <p>Igualmente se incluye la gestión transnacional, ya que no se contemplaba en el entendido que la reglamentación transnacional se expidió posterior a la Ley 1636 de 2013.</p>	<p>trabajar</p> <p>f) La promoción, creación y fomento de proyectos presentados ante las distintas entidades del gobierno para la creación, incentivo y formalización del empleo.</p> <p>g) La asesoría a las ramas del poder para la promoción, fomento y creación del empleo en el país.</p>	<p>Se elimina.</p>	
<p align="center">CAPÍTULO III Medidas para el fomento del empleo juvenil</p>			<p>Artículo 13. Las empresas también podrán solicitar a las agencias de empleo un trabajador para una vacante que aún esté ocupada, pero de la cual se necesite reemplazo en menos de tres meses.</p>	<p>Se elimina.</p>	
			<p>Artículo 14. Beneficios por vinculación de jóvenes. Los empleadores que vinculen laboralmente a jóvenes en su primer empleo, solo deberán cotizar, en razón de estos trabajadores, la cotización al Sistema de Riesgos Laborales y a Caja de Compensación, debido a la función de auxilio al desempleo que éstas tienen; estarán exentos de realizar el pago de aportes a salud, pensión, y aportes parafiscales.</p> <p>El porcentaje de cotización del cual se hace exento el empleador, lo asume el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en favor del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensiones.</p>	<p>Se elimina.</p>	
			<p>Artículo 15. Duración y sujetos del beneficio. El beneficio por vincular jóvenes durará cinco (5) años, a partir de la vinculación laboral y afiliación del trabajador al Sistema General de Seguridad Social y sólo durante su permanencia en el empleo. Para esta</p>	<p>Se elimina.</p>	

<p>norma se entienden como empleadores tanto a personas naturales como jurídicas, que demuestren su calidad de empleadores en la Planilla Integradas de Liquidación de Aportes -PILA.</p> <p>En caso de existir multiplicidad de empleadores por un mismo trabajador, gozará del beneficio el empleador que en primer lugar en el tiempo haya realizado la postulación para acceder al beneficio del que trata la presente norma.</p> <p>Artículo 16. Acceso al beneficio por empleo joven. Los empleadores que generen nuevos y primer empleo para jóvenes deberán comprobar que los nuevos trabajadores sean adicionales a la nómina promedio del año anterior, contado a partir de la vinculación del trabajador.</p> <p>ARTÍCULO 17. Certificaciones para aspirar a empleos públicos y privados. Las certificaciones debidamente emitidas por la Instituciones de Educación Superior IES en donde conste que se esté llevando a cabo el trámite administrativo de expedición del título porque el estudiante ya cumple con los requisitos para obtenerlo, serán válidos para aspirar a empleos públicos y privados. Una vez emitido el título, el egresado deberá presentar su título, si así se lo requiere la entidad. Para las convocatorias de empleo y postulación para concursos que realice la Comisión Nacional del Servicio Civil, serán válidas las certificaciones que emitan las Instituciones de Educación Superior, en donde conste que se esté llevando a cabo el trámite administrativo de</p>	<p>de expedición del título de formación técnica, tecnológica, de pregrado o de posgrado.</p> <p>Parágrafo. Lo dispuesto en este artículo solo aplicará a las convocatorias de empleo y postulación para concursos que se desarrollen a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.</p> <p>Artículo 18. Vigencia. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, y deroga todas las normas que le sean contrarias.</p> <p>Artículo 17. Vigencia. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, y deroga todas las normas que le sean contrarias.</p> <p>No se modifica.</p> <p>7. CAUSALES DE IMPEDIMENTO</p> <p>De acuerdo con el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, se señalan algunos criterios guía en los que se podría configurar conflictos de intereses, para que los congresistas tomen una decisión, en torno a si se encuentran inmersos en alguna de estas causales, sin embargo, pueden existir otras causales en las que se pueda encontrar cada congresista, las cuales deberán ser determinadas para cada caso en particular por su titular, siendo estos criterios meramente informativos y que deben ser analizados teniendo en cuenta lo expresado en el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019.</p> <p>Entre las situaciones que señala el artículo 1° antes mencionado, se encuentran: a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado; b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión; y el c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil."</p> <p>Por lo anterior, las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés, serían aquellos que tengan un beneficio particular, actual y directo a favor de parientes hasta segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, desempleados y que no cumplan con las condiciones para acceder al régimen subsidiado de salud.</p>
<p>8. PROPOSICIÓN</p> <p>En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicito a la Honorable Comisión Séptima del Senado de la República, dar primer debate al Proyecto de Ley N° 167 de 2021 Senado "Por medio de la cual se reforman las leyes 1636 de 2013, 789 de 2002, se fomenta la generación de empleo y se dictan otras disposiciones", con base en el texto propuesto que se adjunta y que forma parte integral del presente informe de ponencia.</p> <p>Atentamente,</p>  <p>AYDELIZ RAZO CUBILLOS Ponente Única Senadora de la República</p>	<p>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>"POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMAN LAS LEYES 1636 DE 2013, 789 DE 2002, SE FOMENTA LA GENERACIÓN DE EMPLEO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"</p> <p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto reformar y adicionar las Leyes 1636 de 2013 y 789 de 2002, estableciendo nuevos apoyos para el cesante, para los cuidadores y fortaleciendo el Sistema Nacional de Empleo para generar una mayor funcionalidad y eficiencia en su servicio, atendiendo las necesidades de la población para acceder al empleo.</p> <p>Artículo 2°. Modifíquese el artículo 3° de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 3. <i>Campo de aplicación.</i> Todos los trabajadores del sector público y privado, dependientes o independientes, que realicen aportes a las Cajas de Compensación Familiar, por lo menos por un (1) año continuo o discontinuo en los últimos tres (3) años, si es dependiente, y por lo menos dos (2) años continuos o discontinuos en los últimos tres (3) años si es independiente, accederán al Mecanismo de Protección al Cesante, sin importar la forma de su vinculación laboral, y de conformidad con lo establecido por la reglamentación que determine el Gobierno Nacional.</p> <p>Los beneficios económicos a los que tendrán derecho todos los trabajadores que aportaron a las Cajas de Compensación Familiar serán:</p> <p>a. Pago de la cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones sobre un (1) SMMLV.</p> <p>b. Una transferencia económica por un valor de dos (2) SMMLV, para aquellos cotizantes en categoría a y b del Sistema de Subsidio Familiar.</p> <p>Artículo 3°. Modifíquese el artículo 11 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 11. Reconocimiento de los Beneficios. Las Cajas de Compensación Familiar deberán verificar, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la petición del cesante, si cumple o no con las condiciones de acceso a los beneficios del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), establecido en la presente Ley. En el caso que el cesante señale haber realizado ahorro voluntario, las Administradoras de Fondos de Cesantías deberán trasladar a las administradoras del FOSFEC, el monto ahorrado voluntariamente al Mecanismo de Protección al Cesante. La información correspondiente al promedio del salario mensual devengado durante el</p>

<p>último año de trabajo de la persona cesante provendrá de lo reportado a las Cajas de Compensación Familiar.</p> <p>El cesante que cumpla con los requisitos de acceso será beneficiario del pago de la cotización al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones, una transferencia económica por un valor de 2 SMMLV por un periodo de cuatro (4) meses, dividida en mensualidades decrecientes por igual número de meses; y será obligatorio iniciar la ruta de empleabilidad, remitiéndolo a cualquiera de los operadores autorizados de la Red de Servicios de Empleo (RSE), para iniciar el Proceso de Asesoría de Búsqueda (PAB), orientación ocupacional y capacitación. En el caso de haber realizado ahorros voluntarios de sus cesantías para el Mecanismo de Protección al Cesante (MPC), igualmente recibirá la cuota monetaria del subsidio familiar, de acuerdo con la reglamentación que el Gobierno Nacional expida para tal fin.</p> <p>En caso de que la decisión no sea favorable al acceso del Mecanismo de Protección al cesante, podrá interponer recurso de reposición, que deberá formularse ante la Caja de Compensación Familiar como administradora respectiva del FOSFEC.</p> <p>Parágrafo. Para que proceda el traslado del ahorro voluntario de cesantías, el FOSFEC deberá entregar al cesante la certificación que acredite el cumplimiento de los requisitos para ser beneficiario del mecanismo de protección al cesante.</p> <p>Artículo 4°. Pago de prestaciones económicas de forma decreciente. La transferencia económica a la que se refiere el literal b del artículo 2 de la presente ley, por un valor de dos (2) SMMLV, con cargo a la Subcuenta de Prestaciones Económicas del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante- FOSFEC, será entregada hasta por un periodo de cuatro (4) meses de manera decreciente, de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 40% de 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes 2. 30% de 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes 3. 20% de 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes 4. 10% de 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes. <p>Artículo 5°. Modifíquese el artículo 12 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así.</p> <p>Artículo 12. Tipo, periodo y pago de los beneficios. Los trabajadores dependientes o independientes que cumplan con el requisito de aportes a Cajas de Compensación Familiar recibirán un beneficio, con cargo al FOSFEC, que consistirá en aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones, calculado sobre un (1) SMMLV.</p>	<p>El cesante que así lo considere, podrá con cargo a sus propios recursos, cotizar al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensiones por encima de un (1) SMMLV.</p> <p>Si un trabajador dependiente o independiente, además de realizar aportes a las Cajas de Compensación Familiar, voluntariamente hubiera ahorrado en el Mecanismo de Protección al Cesante, recibirá como beneficio monetario un valor proporcional al monto del ahorro alcanzado con cargo al FOSFEC.</p> <p>Los beneficios antes señalados se pagarán por un máximo de cuatro (4) meses.</p> <p>Artículo 6°. Prohibición de recibir los beneficios con cargo al FOSFEC. No podrán recibir beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC):</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Los trabajadores cesantes que, luego de terminar una relación laboral, mantengan otra(s) vigente(s) o haya(n) percibido beneficios del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante, durante cuatro (4) meses continuos o discontinuos en los últimos tres (3) años. b. Quienes obtuvieren mediante simulación o engaño algún tipo de beneficio del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), previa comprobación de tal situación a través de sentencia judicial proferida por la autoridad competente. La Caja de Compensación Familiar que tenga conocimiento de tal hecho compulsará copias a la autoridad competente para que adelante la respectiva investigación. c. Los trabajadores cesantes a quienes se les haya asignado y girado estos beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), y que la transferencia económica no sea cobrada en el término de cuatro (4) meses, será reintegrada al FOSFEC. Para el caso de los aportes al Sistema de Seguridad Social, se procederá conforme con lo estipulado en el inciso siguiente. <p>Quienes reciban los beneficios con cargo al Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC), desconociendo lo indicado anteriormente, perderán el beneficio y deberán devolver lo pagado, más sus intereses, sumado a las acciones penales a que haya lugar.</p> <p>Artículo 7°. Adiciónese el numeral 8 al Parágrafo 1 del artículo 3 de la ley 789 de 2002, con el que se establece un beneficio económico a quienes realizan actividades de cuidado en el núcleo familiar, el cual quedará así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. El cónyuge o compañero(a) permanente del trabajador afiliado cuya remuneración no exceda los dos (2) salarios mínimos mensuales vigentes, que no cuente con una
<p>vinculación laboral ni ingreso, y que realice actividades de cuidado de un familiar con discapacidad con quien conviva, entendiéndose que la persona se hace cargo de otra.</p> <p>Entiéndase por cuidador para los fines de esta ley, la persona que brinda apoyo en el cuidado de otra, bien sea persona mayor o que por su situación física, mental, intelectual o sensorial que requieren de dicho cuidado, y como consecuencia de ello dependa de un tercero.</p> <p>Los beneficiarios dependientes que aspiren obtener el beneficio previsto para cónyuges que realizan actividades de cuidado, deberán certificar ante la Caja de Compensación Familiar que no cuentan con una fuente formal directa de ingresos y no realizan una actividad formal remunerada.</p> <p>Para efectos de la entrega de este beneficio, será necesario tener la certeza médica expedida por la EPS sobre la situación de discapacidad de la persona que requiere asistencia en actividades de higiene, aseo o alimentación, ayuda en la administración de medicamentos por vía oral. Labores que pueden ser desempeñadas por un cuidador, que para efectos de la presente Ley es el cónyuge o compañero(a) permanente.</p> <p>Artículo 8°. Afiliación automática de pensionados al sistema de subsidio familiar. Los trabajadores que hubieren acreditado veinticinco (25) o más años de afiliación al Sistema de Subsidio Familiar, a través de una Caja de Compensación Familiar, serán afiliados automáticamente al Sistema de Subsidio Familiar en calidad de pensionados por fidelidad de manera inmediata en la última Caja de Compensación Familiar a la que estuvo afiliado, una vez sea reconocida su pensión por parte del Sistema General de Pensiones o por el Sistema de Riesgos Profesionales.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO II Medidas para el fortalecimiento del Servicio Público de Empleo</p> <p>Artículo 9°. Adiciónese un parágrafo al artículo 13 de la ley 1636 de 2013 en los siguientes términos:</p> <p>Parágrafo 4. Sin perjuicio de lo establecido en el presente artículo, las Cajas de Compensación Familiar podrán prestar servicios de gestión y colocación de empleo y procesos de capacitación; a toda la población que se encuentre desempleada, y que no cumpla con los requisitos para acceder a los Beneficios del Mecanismo de Protección al Cesante, siempre y cuando para tal fin no se destinen recursos con cargo al FOSFEC adicionales a los que se dispongan para la población beneficiaria.</p> <p>Artículo 10. Modifíquese el artículo 29 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p>	<p>Artículo 29. Servicios de gestión y colocación de empleo. Se entienden por servicios de gestión y colocación de empleo a cargo de los Prestadores del Servicio Público de Empleo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todas aquellas actividades que faciliten el encuentro entre oferta y demanda laboral. 2. Todas aquellas actividades que conlleven al mejoramiento de las condiciones de empleabilidad y la mitigación de barreras para el acceso y permanencia a un empleo formal. <p>Parágrafo Primero: El Ministerio de Trabajo fijará las reglas para la prestación de los servicios de gestión y colocación de empleo.</p> <p>Parágrafo Segundo: Las Cajas de Compensación Familiar deberán prestar servicios de gestión y colocación, previa autorización de la autoridad competente.</p> <p>Artículo 11. Modifíquese el artículo 31 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 31. Del carácter obligatorio del registro de vacantes en el Servicio Público de Empleo. Todos los empleadores están obligados a reportar sus vacantes al Servicio Público de Empleo de acuerdo a la reglamentación que para la materia expida el Gobierno.</p> <p>Posterior a la remisión de los oferentes o buscadores de empleo realizada por el prestador, los empleadores están obligados a reportarle al prestador, los oferentes colocados; o, en su defecto las razones de no colocación. Este proceso deberá realizarse dentro de los seis (6) meses siguientes a la remisión efectuada por el prestador.</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará las sanciones para los empleadores que no reporten sus vacantes al Servicio Público de Empleo.</p> <p>Artículo 12. Adiciónese el artículo 37A a Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 37A. Las agencias de empleo promoverán el trabajo rural y en municipios con altos índices de desempleo.</p> <p>La agencia realizará un constante monitoreo de la evolución de la empresa que haya ofertado la vacante, y recibirá las peticiones que la empresa haga sobre las capacitaciones de empleo y emprendimiento que requiera, especialmente para lograr mejores prácticas laborales, lo cual</p>

será informado al SENA para que en menos de un (1) mes emita comunicación indicando los cursos que actualmente presta sobre el respectivo tema.

Artículo 13. Las empresas podrán solicitar acompañamiento para la generación de empleos sostenibles a la agencia pública de empleo, para lo cual, el SENA impartirá una capacitación formativa, sin ningún costo, en todo el territorio colombiano.

A ella podrán asistir representantes y directivos de Mipymes y emprendedores que cuenten con los requisitos que para el caso definirá el Ministerio de Trabajo.

Artículo 14. Las agencias en su conjunto, bajo la coordinación del Servicio Público de Empleo y con acompañamiento de la Cámara de Comercio encargada en el territorio, deberán presentar un informe de los municipios en donde se haya logrado ocupar y ofertar menos vacantes laborales, y sobre estos se realizarán prioritariamente labores correspondientes para dinamizar la consecución de empleos.

Artículo 15. Modifíquese el artículo 24 de la Ley 1636 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 24. Objeto del Sistema de Gestión de Empleo. El Sistema de Gestión de Empleo para la Productividad tiene por objeto integrar, articular, coordinar, promover y focalizar los instrumentos de políticas activas y pasivas de empleo que contribuyan al encuentro entre oferta y demanda de trabajo, a superar los obstáculos que impiden la inserción laboral y consolidar formas autónomas de trabajo, vinculando las acciones de gestión de empleo de carácter local, nacional y transnacional.

El sistema comprende las obligaciones, las instituciones públicas privadas y mixtas; las normas, procedimientos y regulaciones; y los recursos públicos y privados orientados al mejor funcionamiento del mercado de trabajo.

El Ministerio de Trabajo reglamentará la integración y funcionamiento del Sistema de Gestión de Empleo para la Productividad que comprende las funciones de:

- La dirección y regulación de la gestión de empleo
- La operación y prestación de los servicios de gestión y colocación
- La inspección, vigilancia y control de los servicios.


COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los cuatro (04) días del mes de octubre del año dos mil veintiuno (2021) - En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente Informe de Ponencia para Primer Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Primer Debate.

NÚMERO DEL PRYECTO DE LEY: N° 167/2021 SENADO.

TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA LA LEY 1636 DE 2013, SE FOMENTA LA GENERACIÓN DE EMPLEO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

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

El Secretario,


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
 SECRETARIO COMISIÓN SÉPTIMA


CAPÍTULO III
Medidas para el fomento del empleo juvenil

Artículo 16. Certificaciones para aspirar a empleos públicos y privados. Las certificaciones debidamente emitidas por la Instituciones de Educación Superior IES en donde conste que se esté llevando a cabo el trámite administrativo de expedición del título porque el estudiante ya cumple con los requisitos para obtenerlo, serán válidos para aspirar a empleos públicos y privados. Una vez emitido el título, el egresado deberá presentar su título, si así se lo requiere la entidad.

Para las convocatorias de empleo y postulación para concursos que realice la Comisión Nacional del Servicio Civil, serán válidas las certificaciones que emitan las Instituciones de Educación Superior, en donde conste que se esté llevando a cabo el trámite administrativo de expedición del título de formación técnica, tecnológica, de pregrado o de posgrado.

Parágrafo. Lo dispuesto en este artículo, solo aplicará a las convocatorias de empleo y postulación para concursos que se desarrollen a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.

Artículo 17. Vigencia. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación, y deroga todas las normas que le sean contrarias.


AYDEÉ LIZARAZO CUBILLOS
 Ponente Única
 Senadora de la República

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE EN SENADO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 169 DE 2021 SENADO

por medio de la cual se fortalece la política nacional de prevención y atención de la salud mental; y se dictan otras disposiciones.

1. ORIGEN DEL PROYECTO DE LEY

Esta iniciativa legislativa fue radicada en la Secretaría de Senado el 18 de agosto de 2021, por los Honorables Congresistas Carlos Eduardo Guevara Villabón, Ana Paola Agudelo García, Irma Luz Herrera Rodríguez y Aydeé Lizarazo Cubillos; una vez repartido a la Comisión Séptima de Senado y publicado en la Gaceta del Congreso 1103 de 2021, se me designó como ponente única.

Después de su estudio, se concluye que cumple con los requisitos contemplados en los artículos 154 y 169 de la Constitución Política que hacen referencia a la iniciativa legislativa y al título de la ley, respectivamente.

Adicionalmente, esta ponencia incorpora las recomendaciones presentadas por la comunidad, las regiones, y en especial por expertos, entre quienes se destaca el Colegio Colombiano de Psicólogos.

2. OBJETO DE LA INICIATIVA

Este proyecto tiene el propósito de fortalecer la política nacional de prevención y atención de la salud mental ofreciendo enfoques complementarios orientados a garantizar una atención integral e integrada en salud mental, que ampare a los colombianos residentes en el territorio nacional y a los colombianos en el exterior.

3. NECESIDAD DEL PROYECTO

La enfermedad mental o "trastorno de salud mental", se refiere a las distintas afectaciones de la salud mental, es decir, trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento. Son ejemplos de enfermedad mental la depresión, los trastornos de

<p>ansiedad, los trastornos de la alimentación y los comportamientos adictivos (Mayo Clinic, 2020)</p> <p>Estos trastornos son padecidos por gran parte de los colombianos desde antes de la pandemia por la Covid - 19 y aumentaron a causa de la misma. La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 reportó que en Colombia el 53% de los colombianos padecía ansiedad y el 80% depresión (Profamilia, 2020). En 2017 “una de cada diez personas padeció un trastorno mental los cuales se posicionan entre las 20 primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre 2008 y 2018 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019)” CONPES 3992, 2020.</p> <p>Estos trastornos causan altos costos en salud, los cuales se podrían disminuir si se fortalece la prevención, se amplía la concepción de la salud mental como un aspecto transversal de la vida, y un asunto de abordaje permanente, complementaria e intersectorial. Durante 2010 en Europa los gastos en el ramo de la salud a causa de los trastornos mentales ascendieron a €798 billones, el costo promedio por habitante fue de €5.550. En billones de euros el costo anual por trastornos fue; €74,4 trastornos de ansiedad, €65,7 adicciones, €27,3 trastornos de personalidad, €0,8 trastornos de conducta alimentaria, €113,4 trastornos afectivos, €93,9 trastornos psicóticos, €35,4 trastornos del sueño y €105,2 demencia (Olesen J, Gustavsson A, 2012).</p> <p>De 2005 a 2013 en China los costos anuales de los trastornos mentales aumentaron de USD\$1.094,8 a USD\$ 3.665,4, por persona y de USD\$ 21,0 billones a USD\$ 88,8 billones para toda la sociedad. Estos costos representan el 1,5% del PIB y el 15 % del gasto total en salud. En España, los costos sociales de los trastornos neuropsiquiátricos son de €84 billones; trastornos como la demencia requieren una inversión cerca de €15 billones y otros como trastornos de la conducta alimentaria de €65 millones (Parés-Badell O, 2014)</p> <p>En el mismo sentido consecuencias de estos trastornos como el suicidio consumado o el intento de suicidio generan altos costos para el sector de la salud, los comportamientos suicidas y el suicidio consumado en países como Australia generaron gastos superiores a 6.73 billones de dólares durante el año 2014 y cerca de 25.000 millones de dólares en Estados Unidos (Klonsky ED, 2016).</p>	<p>La atención de trastornos mentales abarca el tratamiento y la rehabilitación; consultas médicas, hospitalización y medicamentos entre los cuales la hospitalización representa el 77% de los gastos, la rehabilitación un 4% y los medicamentos el 5% (Carr VJ, Nei, 2003). En Colombia el Hospital Mental de Antioquia destinó 270.321 dólares entre el 2014 y 2016 (Min. Salud, 2017)</p> <p>Situación Mundial</p> <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.</p> <p>La salud mental es el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, por lo que es de suma importancia para el buen desarrollo de la persona en sociedad y para que sea capaz de desarrollar todas sus potencialidades como individuo.</p> <p>La OMS señala que 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta; alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año; cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos; una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental (OMS, 2014).</p> <p>En 2016 según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más del 79% de los suicidios se generaron en países de ingresos bajos y medianos siendo la tercera causa de muerte para los jóvenes entre los 15 y 19 años (OMS, 2019). En las Américas según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en 2016 aproximadamente 100.000 personas se suicidaron de las cuales el 36% se encontraba entre los 25 y 44 años (OPS, 2020).</p> <p>La OPS señala que los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de drogas representan el 10% de las causas de muerte en el mundo, 1000 millones de personas viven con un trastorno mental, 1 de cada 5 niños y adolescentes padece una enfermedad mental,</p>
<p>3 millones de personas mueren por el consumo excesivo de alcohol y una persona en el mundo se suicida cada 40 segundos (OPS, 2020). En los adultos mayores enfermedades como el Alzheimer y la depresión contribuyen significativamente al deterioro de la salud, en las Américas prevalecen enfermedades como la demencia en un 8,48% en adultos mayores de 60 años (OMS, 2020).</p> <p>En los países que perciben ingresos bajos y medianos según el Secretario General de Naciones Unidas más del 75% de la población que sufre algún problema de salud mental no puede acceder a ningún tratamiento (NU, 2020). En promedio los países invierten el 1% del presupuesto dedicado a la salud para la salud mental a pesar de que cada dólar que se invierte representa una mejora en trastornos como la depresión lo que representa a su vez un rendimiento de 5 dólares en mejora a la salud y productividad (OMS, 2020).</p> <p>En Colombia</p> <p>En Colombia según el DANE, anualmente fallecen 2.363 personas a causa del suicidio. Las tasas durante 2017, 2018 y 2019, habían permanecido de 4 por cada 100.000 habitantes y subió a 6 por 100.000 (DANE, 2019). Las principales causas según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses son: enfermedades físicas o mentales, maltrato o violencia sexual, muerte de seres queridos, conflictos de pareja y dificultades socioeconómicas (INMLCF, 2018).</p> <p>En 2015 la tasa de violencia contra las mujeres fue del 202,57 por cada 100.000 habitantes en la cual las más afectadas fueron mujeres entre 20 y 34 años, la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes llegó a ser el 67,47 x 100.000 habitantes, en adultos mayores de 30,94 x 100.000 habitantes y otros familiares de 54,38 x 100.000 habitantes (Min. Salud, 2016).</p> <p>La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 reportó que en Colombia el 53% de los colombianos padecía ansiedad y el 80% depresión (Profamilia, 2020). En 2017 “una de cada diez personas padeció un trastorno mental y estos se posicionan entre las 20 primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre 2008 y 2018 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019)” CONPES 3992, 2020.</p>	<p>En la población entre 12 y 17 años se encuentra que el 12,2% (IC95%:10,6%-14,1%) el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad, el 19,7% manifiesta cuatro o más síntomas de depresión, 2,0% de los adolescentes tienen síntomas sugestivos de epilepsia o convulsiones y 10,1% síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis. De igual forma, la proporción de abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita con respecto a los consumidores era del 57,7%. Algo preocupante sobre este punto, es que en 2016 el inicio de consumo de estas sustancias era en promedio a los 13,6 años (Observatorio de Drogas de Colombia, 2016).</p> <p>El estudio de carga global de enfermedad analizó 264 causas de muerte en 195 países en el período 1980 - 2016, y considerando el índice sociodemográfico, encontró que las autolesiones fueron la causa número diez de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) en 2016 en Colombia (Murray, JL, 2016). Al año siguiente 2017 el DANE identificó el suicidio como la tercera causa externa de muerte con el 9,5% de todo este grupo de causas. De 2.711 muertes por suicidio, el 81,3% corresponden al sexo masculino (DANE, 2017).</p> <p>Según el análisis del Observatorio Nacional de Salud, el 10,1% de los adultos y el 16,0% de adolescentes con algún trastorno mental fueron atendidos en servicios de salud mental, en consecuencia 91% en adultos y 84% de adolescentes no accedieron a terapias o tratamientos (Observatorio Nacional de Salud, 2019). En adultos, los porcentajes de las personas que no recibieron terapia son similares entre regiones, varían entre el 87,6% y el 91,0%. Caso contrario sucede en adolescentes, cuyos valores se encuentran entre 60% en la región Atlántica y 88% en la región Central (Observatorio Nacional de Salud, 2019).</p> <p>En 2019 el ministro de salud Juan Pablo Uribe afirmó que al menos el 40,1% de la población entre 18 y 65 años de edad ha sufrido o sufrirá alguna vez de un trastorno mental, en el país son la segunda causa de enfermedad y serían la primera si no hubiera estigmatización pues parte de quienes padecen estas enfermedades prefieren no recibir tratamiento por temor al rechazo social (Semana, 2019).</p> <p>La salud mental durante la pandemia por el COVID - 19</p> <p>La pandemia según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incrementado la demanda en los servicios de salud mental pues el aislamiento, la pérdida de ingresos, el miedo y el duelo generan o agravan problemas de salud mental ya existentes, incrementando el consumo de sustancias nocivas para la salud como el alcohol y las drogas.</p>

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

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

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

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

existe una asociación directa entre la productividad económica y la salud mental (Useche, 2020).

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

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

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

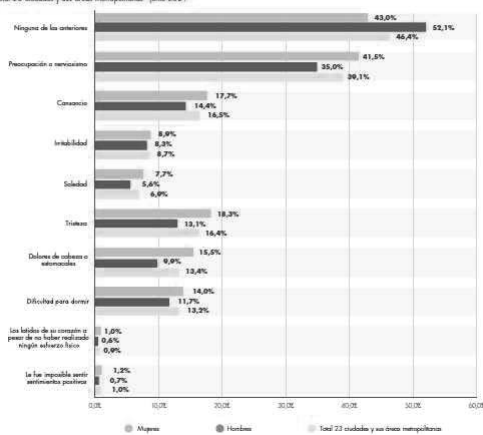
*(...)
De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH y haciendo un análisis por grupos poblacionales, las mujeres son quienes más han presentado sentimientos de soledad, estrés, preocupación o depresión como consecuencia de la pandemia. Por ejemplo, en la GEIH de junio 2021, mientras que el 28,5% de las mujeres reportó haberse sentido sola, estresada, preocupada o deprimida como consecuencia de la pandemia, el 23,2% de los hombres reportó haberse sentido así. Por su parte la población de 55 años y más es quien reporta mayor porcentaje de estos sentimientos (32,9%) en comparación con la población de 10 a 24 años (16,9%) y de 25 a 54 años (28,2%). (DANE, 2021, p. 43).*

*(...)
entre julio 2020 y junio 2021 la población desocupada es quien reporta mayores porcentajes sobre haberse sentido solo/a, estresado/a, preocupado/a, o deprimido/a como consecuencia de la pandemia, en comparación con la población ocupada e inactiva. Por ejemplo, para el último mes analizado (junio 2021) se*

observa que el 31,8% de la población desocupada reportó haberse sentido solo/a, estresado/a, preocupado/a, o deprimido/a, seguida por la población ocupada con 27,7% y de la población inactiva con 23,4%. (DANE, 2021, p. 44).

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

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

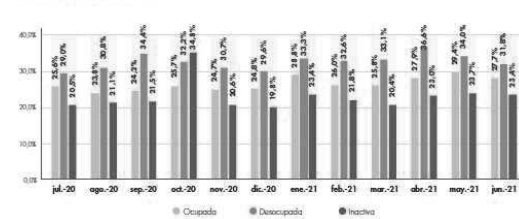


Al observar los resultados de manera desagregada por sexo se puede afirmar que, durante todos los meses analizados han sido las mujeres jefas de hogar quienes más han experimentado sentimientos de "preocupación o nerviosismo" en comparación con los hombres, al presentar mayores porcentajes de reporte

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

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

Gráfica 10.
Porcentaje de personas que reportan haberse sentido solo/a, estresado/a, preocupado/a o deprimido/a como consecuencia de la pandemia del COVID-19
Según ocupados, desocupados e inactivos



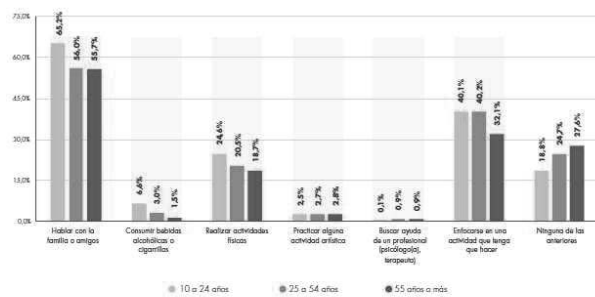
Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH mayo
Nota: El dominio total nacional no incluye a la población de los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Guaviare, Guayas, Putumayo, Vaupés, Vichada y San Andrés

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

Gráfica 17.

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

Según grupo etario
Total 23 ciudades y sus áreas metropolitanas – mayo 2021



Fuente: DANIE - Encuesta de Pulso Social (EPS junio 2021)

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

La salud mental de los migrantes

Los procesos migratorios con todo lo que conllevan adaptarse a nuevas culturas, idiomas y tradiciones pueden generar un aumento en los niveles de estrés durante y después del proceso migratorio para todo tipo de migrantes (económicos, refugiados, migrantes irregulares). En los migrantes la prevalencia de los trastornos psicológicos en comparación

a la prevalencia de los mismos en las poblaciones de acogida es de dos a tres veces mayor, la prevalencia de la depresión oscila entre el 5% y el 44% en los grupos de refugiados y migrantes mientras que en la población general es del 8-12%, la prevalencia de trastornos como la ansiedad, oscilaba entre el 4% y el 40%, en comparación con prevalencia del 5% en la población general (OMS, 2018).

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

La salud mental y la religión

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

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

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

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

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

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

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

De esta forma también se destaca cómo la actividad física y la salud mental tienen una relación importante:

La Salud mental y el Deporte

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

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

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

Los cuidadores

Los trastornos mentales graves y duraderos (TMGD) son los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos mayores, y los trastornos de personalidad que generan una afectación importante en el funcionamiento laboral, social y familiar de una persona (Espinoza R., 2017). Estas enfermedades alteran las relaciones y dinámicas familiares pues frecuentemente un miembro de la familia es quien ejerce el cargo de cuidador.

En un meta-análisis de 84 artículos se evidenció que quienes son cuidadores a largo plazo empiezan a presentar daños en la salud mental pues presentan síntomas de depresión, estrés, autoeficacia y bienestar subjetivo en comparación con personas no cuidadoras; Fungir como cuidador de un familiar enfermo afecta gravemente a la salud física y mental.

<p>Razón por la cual en algunos países industrializados se adoptan políticas de apoyo económico hacia cuidadores de personas discapacitadas (Pinquart M., 2003)</p> <p>Los niveles de depresión del cuidador son correlacionales con el grado de discapacidad intelectual del paciente, y aumentan según el tiempo que lleva a cargo del individuo. (Mendoza Marin & Pamela, 2016)</p> <p>4. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL</p> <p>Los artículos 44, 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia amparan el derecho a la salud y la seguridad social estableciendo la obligación en cabeza del Estado de brindar este servicio público bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Convención Americana sobre Derechos Humanos:</p> <p><i>“Artículo 12: 1. Toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y de religión. Este derecho implica la libertad de conservar su religión o sus creencias, o de cambiar de religión o de creencias, así como la libertad de profesar y divulgar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado.</i></p> <p><i>2. Nadie puede ser objeto de medidas restrictivas que puedan menoscabar la libertad de conservar su religión o sus creencias o de cambiar de religión o de creencias.”</i></p> <p>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos:</p> <p><i>“Artículo 18:</i></p> <p><i>1. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza.</i></p> <p><i>2. Nadie será objeto de medidas coercitivas que puedan menoscabar su libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección.</i></p>	<p><i>3. La libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos, o los derechos y libertades fundamentales de los demás.”</i></p> <p>La ley 715 de 2001 que le otorga al Ministerio de Salud y Protección Social la competencia para definir diseñar e implementar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública como consecuencia de esta ley se generan los lineamientos en salud mental que desde 2005 se incluyen en los planes de desarrollo territorial en salud.</p> <p>En 2005, el entonces Ministerio de la Protección Social, junto con la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social -FES, elaboraron los 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...”.</p> <p>La ley 1122 de 2007 le dio competencia al Ministerio de Salud para definir los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales e incluye la intervención psicosocial en personas en condición de vulnerabilidad con el fin de incluir en el Plan Nacional de Salud Pública acciones que promuevan el tratamiento de los trastornos que más afectan a la población como la drogadicción, violencia, el maltrato y el suicidio.</p> <p>La ley 1171 de 2007. <i>“por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores”</i>. Dicha norma enfatiza en la accesibilidad en salud para esta población, a saber:</p> <p><i>Artículo 12. Consultas médicas. Sin perjuicio de los derechos que les asisten a los niños y a las niñas, las Empresas Promotoras de Salud deberán asignar los servicios de consulta externa médica, odontológica y por médico especialista y apoyos diagnósticos a los afiliados mayores de 62 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos.</i></p> <p><i>Artículo 13. Fórmula de medicamentos. Cuando la Entidad Promotora de Salud no suministre de manera inmediata los medicamentos formulados que estén incluidos</i></p>
<p><i>en el Plan Obligatorio de Salud a las personas mayores de 62 años, deberá garantizar su entrega en el domicilio del afiliado dentro de las 72 horas siguientes, salvo si esta es de extrema urgencia a la solicitud por parte de este.</i></p> <p><i>Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los artículos 12 y 13 e impondrá las sanciones a que haya lugar de conformidad con el ámbito de sus competencias.</i></p> <p>El Decreto 3039 de 2007 considera la salud mental como una prioridad para Colombia y establece una distinción entre el régimen subsidiado y el contributivo. El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, garantiza la prevención de riesgos, determina las prioridades nacionales en salud, la recuperación, la vigilancia en salud, la superación de los daños y la gestión del conocimiento.</p> <p>En lo relacionado a la resocialización, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley 1346 de 2009 han resaltado la importancia de proveer medios de acceso cultural y religioso a quienes están en proceso de rehabilitación</p> <p><i>“Artículo 26: Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas: b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.”</i></p> <p><i>“Artículo 30: Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a participar, en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que las personas con discapacidad: a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles; “</i></p>	<p>La ley de 1414 de 2010 Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral. En el mismo sentido, la Ley 1438 de 2011 contempla que todas las acciones de salud deben garantizar el derecho a la Salud mental de los colombianos y colombianas.</p> <p><i>ARTÍCULO 65. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL. Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental.</i></p> <p>En la Sentencia T-979 de 2012, se dispuso que las personas con enfermedades mentales tuvieran el derecho a acceder a servicios necesarios para propender por su rehabilitación y recuperación funcional, siendo las EPS las responsables de los costos cuando fuese necesario</p> <p><i>“Por lo tanto, las personas que sufren enfermedades mentales tienen derecho a acceder a servicios que les permitan gozar del mejor estado posible de salud mental y que propendan por su rehabilitación y recuperación funcional, correspondiéndole a las EPS, bien sea dentro del régimen contributivo o del subsidiado, asumir el costo de los mismos, cuando sea necesario”</i> Corte Constitucional, 2012.</p> <p>La ley 1616 de 2013, ley de Salud Mental establece la salud mental como un bien de interés y prioridad nacional, un derecho fundamental y un tema prioritario de salud pública para en principio garantizar a la población colombiana el ejercicio pleno del derecho a la salud mental.</p> <p>La Resolución 1841 de 2013 por el cual el Ministerio de Salud adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 contempla un aparte para la convivencia social y la salud mental como elementos fundamentales, priorizando desafíos por región. La Resolución 5521 de 2013 actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS) y deroga los acuerdos 029/11, 031 y 034 de 2012, actualizando así la lista de procedimientos y medicamentos del POS. La Resolución 1281 de 2014 del Ministerio de Salud definió los lineamientos para almacenar la información generada por el Observatorio Nacional de Salud y los registros,</p>

<p>observatorios y sistemas de seguimiento nacionales (ROSS) con el fin de que se articulen con el Sistema de Información en Salud y Protección Social (Sispro).</p> <p>La ley 1751 de 2015, la cual regula el derecho fundamental a la salud y establece el desarrollo del principio integral de atención a la salud. La Resolución 429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Política de Atención Integral en Salud - PAÍS y dispuso un modelo operacional para su implementación denominado Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS que contempla estrategias para direccionar de manera coordinada las acciones de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS.</p> <p>La Resolución 4886 de 2018 por la cual se adoptó la Política Nacional de Salud Mental. El Decreto 538 de 2020, adoptó algunas medidas en el sector salud para mitigar la pandemia y garantizar la prestación de los servicios de salud durante la emergencia. Sin embargo, no se refiere a la salud mental. La Resolución 089 de 2019, por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.</p> <p>El documento expedido por el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 3992 de abril de 2020 "Estrategia para la promoción de la Salud mental" tiene como objetivo promover la salud mental de la población a través del fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en salud mental, con el fin de reducir la incidencia de problemas o trastornos mentales, el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias.</p> <p>La política contempla tres objetivos específicos a saber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar la coordinación intersectorial para lograr una implementación efectiva de la promoción, la prevención, la atención integral y la inclusión social de las personas con problemas o trastornos mentales, con consumo o abuso de SPA, o víctimas de violencias. 2. Fortalecer los entornos en los que se desarrolla la población colombiana, así como sus competencias socioemocionales individuales y colectivas, para prevenir los problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las violencias 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mejorar la atención en salud mental y la inclusión social para disminuir el número de personas con problemas o trastornos mentales, con consumo o abuso de SPA y víctimas de violencias. <p>5. IMPACTO FISCAL</p> <p>En concordancia con el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, los gastos que genere la presente iniciativa se entenderán incluidos en los presupuestos y en el Plan Operativo Anual de Inversión de la entidad competente. Es relevante mencionar que la Corte Constitucional en la Sentencia C-911 de 2007, puntualizó que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.</p> <p>6. ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE LEY</p> <p>El proyecto de ley radicado consta de los siguientes 17 artículos:</p> <p>El 1 sobre el objeto, consistente en el fortalecimiento de la Política Nacional de Salud Mental (PNSM) por medio de enfoques complementarios, integrales y preventivos que permitan el derecho pleno de la salud mental de todos los residentes en el territorio nacional y de nuestros colombianos en el exterior.</p> <p>El 2 del ámbito de Aplicación, el cual señala que a nivel nacional con extensión a los colombianos en el exterior que requieran atención en salud mental con un enfoque de derechos humanos, con especial atención a grupos vulnerables.</p> <p>El 3 relaciona la coordinación y gobernanza, busca brindar un enfoque de coordinación interinstitucional, intersectorial y de gobernanza que permita la participación de autoridades del orden nacional y territorial, organizaciones, la ciudadanía, redes, comités locales, municipales y departamentales; y consejos de salud mental, trabajo articulado en torno a la formulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.</p>
<p>El 4 complementa los actuales principios rectores en materia de salud mental, los cuales son indispensables y no se contemplan aún en la PNSM, buscan evitar la discriminación y brindar una efectiva atención a la población.</p> <p>El 5 se refiere al fomento de la formación y la Investigación - Refuerza la formación académica, profesional y la investigación en materia de salud mental, acompañado de la articulación del Gobierno Nacional con entes competentes para impulsar la caracterización plena y continua del trastorno mental en Colombia, incluidos los factores de riesgo. El Consejo Nacional de Salud Mental (CNSM) publicará informes anuales de conocimiento público sobre avances científicos, de igual manera, se desarrollará un estudio del impacto de organizaciones del tercer sector y del sector religioso en articulación con DNP. Se propenderá por la formación profesional y especializada en el exterior y generación de programas de incentivos para que los profesionales y especialistas retornen a nuestro país y se puedan vincular laboralmente. En el mismo sentido, los protocolos de salud mental, se deben socializar y contar con certificaciones periódicas del personal incluso desde la atención primaria.</p> <p>El 6 contempla el apoyo espiritual de la enfermedad mental, en la atención integral en salud mental, el cual se podrá articular con los dispuesto en las Políticas Públicas de Libertad Religiosa a nivel nacional.</p> <p>El 7 hace énfasis en la Economía del Cuidado. El Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos encaminados a la formalización y fomento de la economía del cuidado, que impulsen la oferta de bienes y servicios en materia de salud mental y cuidado de pacientes, apoyo a cuidadores; para su implementación se debe trabajar articuladamente con entes territoriales, sectores sociales y económicos.</p> <p>El 8 fortalece la atención Especial al Adulto Mayor, con acciones dirigidas a la inclusión del adulto mayor en programas permanentes para la prevención y atención integral de trastornos mentales, con especial énfasis en diagnósticos del deterioro cognoscitivo y demencias; así como el apoyo en la creación de hábitos activos de vida saludables, la actividad física y cognitiva para acrecentar su bienestar y su habilitación psicosocial.</p> <p>El 9 relacionada Red de atención en salud mental. Con la red de atención en salud mental se realizará un estudio y evaluación de atención en salud mental tanto de urgencia,</p>	<p>hospitalización como ambulatoria, de tratamiento y de cuidado, para establecer metas a cubrir en materia de personal de la salud, personal de apoyo cualificado, centros o instalaciones de atención en salud mental especializados necesarios.</p> <p>El 10 sobre el acceso a derecho de diagnóstico y tratamiento. En la atención los pacientes contarán con el derecho a la promoción de la salud y prevención, a ser evaluados, diagnosticados y tratados, tanto en atención primaria como especializada y de urgencias donde no se podrán desatender las demás patologías. Se establecen unos tiempos de atención para el seguimiento y agendamiento de citas de control tanto con psicología como psiquiatría. En caso de que no se dé la atención el paciente podrá acudir al especialista por particular y se le realizará cobro directo a la EPS. Además, la IPS y EPS darán alternativas de atención como telemedicina o alternativas presenciales, para controles y autorizaciones atendiendo a las dificultades específicas de salud y localización del paciente.</p> <p>El 11 se refiere a la dispensación de medicamentos. La EPS no podrá suspender en ningún momento la formulación de medicamentos, salvo por petición del médico tratante en coordinación con el paciente y red de apoyo del mismo. La dispensación de los medicamentos se debe garantizar a nivel nacional y no se deben solicitar a los pacientes copia de información que ya reposó en la Historia Clínica electrónica. El profesional de la salud, debe de contar con firma digital para la prescripción de exámenes, órdenes médicas, tratamientos (temporales o permanentes), la dispensación se garantizará por el tiempo prescrito y los tratamientos médicos permanentes no se podrán suspender excusando falta de actualización de fórmula o autorización médica. Cuando el profesional basado en la evidencia científica observe la necesidad de formular un tratamiento que no se encuentre incluido en el POS, podrá solicitar autorización de acuerdo a la particularidad del diagnóstico.</p> <p>El 12 tiene en cuenta la habitabilidad de calle y enfermedad mental. La atención de los habitantes de calle con enfermedad mental se garantizará mediante la articulación y estrategias planteadas por el Gobierno Nacional, el Consejo Nacional de Salud Mental CNSM, y entes territoriales así como convenios con entidades públicas y privadas para prestar una atención integral. Para la atención de urgencias, tratamiento, diagnóstico y seguimiento del paciente la IPS se podrá apoyar con la Defensoría del Pueblo o Personería para el acompañamiento del mismo.</p>

El 13 sobre la **atención a connacionales**. Por medio de una articulación con el Ministerio de Relaciones Exteriores se establecerán acciones pertinentes para orientar a los connacionales, sobre las rutas de acceso a atención psicosocial desde el exterior; y garantizar la difusión de la oferta sobre prevención y atención integral de enfermedad mental en Colombia y en el país de acogida.

El 14 hace referencia a la **Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas**. A las personas con dependencia a sustancias psicoactivas también se les brindará atención en salud mental al igual que a su núcleo familiar, y tendrán derecho a contar con asistencia espiritual. Esto se realizará en armonización con la normativa vigente en materia de consumo de sustancias psicoactivas.

El 15 se refiere a la **Prevención de la adicción**. Desarrollo de campañas de prevención y evaluación continua de tratamiento o medicamentos que generen entre sus efectos secundarios trastornos mentales. Anualmente se publicará un listado de alertas sobre uso de los mismos, llamando a la prescripción responsable de medicamentos que generen dependencia o efectos secundarios en salud mental.

El 16 enfatiza en la **Inclusión Social**. El Gobierno Nacional, emitirá una insignia de reconocimiento para las sociedades comerciales, organizaciones no gubernamentales y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las personas sujetos de la Política de Salud Mental. Los entes territoriales podrán otorgar reconocimientos de alto honor e incluirán en sus planes programas de inclusión social para las pacientes en rehabilitación en salud mental y sus cuidadores.

Finaliza el artículo 17 con la **vigencia**.

7. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Proyecto de Ley N° 169 de 2021 Senado	Articulado propuesto para primer debate en Comisión VII de Senado
Título "Por medio de la cual se fortalece la política nacional de prevención y atención de la salud mental; y se dictan otras disposiciones".	Título "Por medio de la cual se fortalece la política nacional de prevención y atención de la salud mental; y se dictan otras disposiciones".

Artículo 1° Objeto El objeto de la presente ley es fortalecer la política nacional de salud mental, mediante su orientación hacia enfoques complementarios, para garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población colombiana, 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; con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud; y dictar disposiciones relacionadas.	Artículo 1° Objeto El objeto de la presente ley es fortalecer la política nacional de salud mental, mediante su orientación hacia enfoques complementarios, para garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población colombiana, 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; con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud; y dictar disposiciones relacionadas.
---	---

Artículo 2°. Ámbito de Aplicación. La presente ley deberá implementarse a nivel nacional con extensión a los colombianos en el exterior, que requieran orientación en materia de asistencia psicosocial o acceso a atención primaria y preventiva en salud mental en el país de acogida. Así mismo, se aplicará sobre un enfoque de derechos humanos con especial atención en grupos vulnerables.	Artículo 2°. Ámbito de Aplicación. La presente ley deberá implementarse a nivel nacional con extensión a los colombianos en el exterior a través de orientación en materia de asistencia psicosocial o acceso a atención primaria y preventiva en salud mental en el país de acogida. La atención integral estará basada en la promoción de la salud y prevención universal, selectiva e indicada de los trastornos de salud mental, así como, que requieran , promoviendo estilos de vida que propendan por el bienestar social y la convivencia social. Así mismo, se aplicará sobre un enfoque de derechos humanos con especial atención en grupos vulnerables.
--	---

Artículo 3°. Coordinación y gobernanza. Para su implementación el Gobierno Nacional aplicará un enfoque de coordinación interinstitucional, intersectorial y de gobernanza que permita la amplia	Artículo 3°. Coordinación y gobernanza. Para su implementación el Gobierno Nacional aplicará un enfoque de coordinación interinstitucional, intersectorial y de gobernanza que permita la amplia
---	---

participación de autoridades del orden nacional y territorial, organizaciones, como de la ciudadanía en sus distintos espacios de diálogo y participación; como redes, comités locales, municipales y departamentales; y consejos de salud mental; para lo cual desarrollará mecanismos de articulación y diálogo alrededor de la formulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.	participación de autoridades del orden nacional y territorial, organizaciones, como de la ciudadanía en sus distintos espacios de diálogo y participación; como redes, comités locales, municipales y departamentales; y consejos de salud mental; para lo cual desarrollará mecanismos de articulación y diálogo alrededor de la formulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.
Artículo 4°. Principios. Además de los principios rectores ya establecidos en la normativa vigente sobre salud mental, y de los que la reglamentación periódica estime convenientes, se deberán orientar las acciones propuestas dentro de la Política Nacional de Salud Mental sobre los siguientes principios: a). Inclusión social y no discriminación por motivo de enfermedad mental. b). Prevención y atención integral y temprana. c). Protección especial de menores y adultos mayores. d). Confidencialidad. f). Derecho al diagnóstico, al tratamiento ambulatorio y hospitalización; y a la medicación. g). Fortalecimiento, formación y fomento continuo de la red de atención en salud mental, familiar, del tercer sector y de las entidades religiosas para la prevención y atención integral de pacientes y sus familias. i). Economía	Artículo 4°. Principios. Además de los principios rectores ya establecidos en la normativa vigente sobre salud mental, y de los que la reglamentación periódica estime convenientes, se deberán orientar las acciones propuestas dentro de la Política Nacional de Salud Mental sobre los siguientes principios: a). Inclusión social y no discriminación por motivo de enfermedad mental. b). Prevención y atención integral y temprana. c). Protección especial de menores y adultos mayores. d). Confidencialidad. f). Derecho a la al diagnóstico, al tratamiento ambulatorio y hospitalización, y a la medicación. atención e intervención psicológica, farmacológica o social según las necesidades, tanto en consulta externa como en hospitalización; y al debido diagnóstico. g). Fortalecimiento, formación y fomento continuo de la red de atención en salud mental, en los ámbitos público, privado, familiar, del

j). Eficiencia y celeridad en los trámites. k). Acceso oportuno y claro a la información. l). Innovación y progresividad en la atención integral. m). Respeto irrestricto a la convicción espiritual y de conciencia del paciente y su red de apoyo.	tercer sector y de las entidades religiosas para la prevención y atención integral de pacientes y sus familias. i). Economía j). Eficiencia y celeridad en los trámites. k). Acceso oportuno y claro a la información. l). Innovación y progresividad en la atención integral. m). Respeto irrestricto a la convicción espiritual y de conciencia del paciente y su red de apoyo.
Artículo 5°. Fomento a la formación y a la Investigación. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental, o las entidades que hagan sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, el desarrollo de acciones para el fomento en la formación académica y profesional, como en la investigación en salud mental, para impulsar la caracterización plena y continua del trastorno mental en Colombia, en armonía con los avances en la materia a nivel global; como base para el desarrollo continuo de la Política Nacional de Salud Mental y la atención integral. Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre las demás que se consideren necesarias, el Consejo Nacional de Salud Mental deberá emitir un reporte anual, el cual será de conocimiento público, sobre los avances en materia científica, de caracterización y diagnóstico, así como de las acciones y recomendaciones para la formulación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental. Así mismo deberá	Artículo 5°. Fomento a la formación y a la Investigación. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental, o las entidades que hagan sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, el desarrollo de acciones para el fomento en la formación académica y profesional, como en la investigación en salud mental en Colombia, tanto del talento humano en salud como de la población en general y de la función pública. El Ministerio de salud y Protección Social en coordinación y apoyo con el Ministerio de Ciencia y Tecnología, o la entidad que haga sus veces y el Consejo Nacional de Salud Mental y las demás entidades que se considere necesario convocar; para impulsar lo deberá adelantar una caracterización plena y continua del trastorno mental y de la salud mental en Colombia; con el fin de generar datos y evidencia de base sobre las necesidades, factores de riesgo y protectores; y demás información relevante para garantizar el bienestar físico y mental de la población

<p>desarrollar un estudio periódico del impacto de las organizaciones del tercer sector y del sector religioso en materia de salud mental. Para lo anterior, adelantará la respectiva coordinación con el Ministerio del Interior y el DNP, de conformidad a la Política Nacional de Libertad Religiosa, y podrá realizar convenios con entidades públicas, privadas y/o de cooperación internacional para su implementación.</p> <p>Por su parte el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y el ICETEX o la entidad que haga sus veces, coordinarán las acciones respectivas para impulsar la migración y formación académica y profesional de especialistas en aras de cubrir la demanda de atención en salud mental a nivel nacional, para lo cual podrá generar programas de incentivos al retorno de conformidad a la Ley 1565 de 2012 y complementarias, becas y demás acciones que estime pertinentes para facilitar la vinculación de personal especializado al sistema de salud nacional.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará o actualizará los protocolos y guías de intervención en salud mental para las instituciones de salud y de su personal, los cuales deberán ser socializados para la formación certificada y periódica de su personal, incluso desde los niveles de atención de la salud no especializada o primaria.</p>	<p><u>colombiana, mediante el diseño e implementación de soluciones de acuerdo a en armonía con los avances en la materia a nivel global, como base para el desarrollo continuo de la Política Nacional de Salud Mental y la atención integral en salud.</u></p> <p>Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre las demás que se consideren necesarias, <u>el Consejo Nacional de Salud Mental el Ministerio de Salud y Protección Social</u>, deberá emitir un reporte anual, el cual será de conocimiento público, sobre los avances en materia científica, de caracterización y diagnóstico, así como de las acciones y recomendaciones para la formulación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental. Así mismo, deberá desarrollar un estudio periódico del impacto de las organizaciones del tercer sector y del sector religioso en materia de salud mental. Para lo anterior, adelantará la respectiva coordinación con el Ministerio del Interior y el DNP, de conformidad a la Política Nacional de Libertad Religiosa, y podrá realizar convenios con entidades públicas, privadas y/o de cooperación internacional para su implementación.</p> <p>Por su parte el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y <u>Protección Social</u> y el ICETEX o la entidad que haga sus veces, coordinarán las acciones respectivas para impulsar la migración y formación académica y profesional de especialistas en aras de cubrir la demanda de atención en salud mental a nivel nacional, para lo cual podrá generar programas</p>	<p>Artículo 6°. Apoyo espiritual de la enfermedad mental. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, y el Ministerio del Interior, determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar que el componente de apoyo espiritual haga parte de la atención integral de salud mental y prevención de trastornos de salud mental, en respeto a la voluntariedad y derecho a la libertad de culto y de conciencia de los pacientes, su red de apoyo; y de las comunidades.</p> <p>Parágrafo. Para efectos de la presente disposición, se podrá armonizar con lo dispuesto en las políticas de libertad religiosa a nivel nacional y territorial y articular con los actores, sectores, comités de libertad religiosa, redes, y espacios de participación que hacen parte de la misma, de conformidad al artículo 3° de la presente ley.</p>	<p>de incentivos al retorno de conformidad a la Ley 1565 de 2012 y complementarias, becas y demás acciones que estime pertinentes para facilitar la vinculación de personal especializado al sistema de salud nacional.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará o actualizará los protocolos y guías de intervención en salud mental para las instituciones de salud y de su personal; los cuales deberán ser socializados para la formación certificada y periódica de su personal, incluso desde los niveles de atención de la salud no especializada o primaria.</p> <p>Artículo 6°. Apoyo espiritual de la enfermedad mental. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y <u>Protección Social</u>, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, y el Ministerio del Interior, determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar <u>la disponibilidad del que el</u> componente de apoyo espiritual <u>haga como</u> parte de la atención integral de salud mental y prevención de trastornos de salud mental, en respeto a la voluntariedad y derecho a la libertad de culto y de conciencia de los pacientes, su red de apoyo; y de las comunidades.</p> <p>Parágrafo. Para efectos de la presente disposición, se podrá armonizar con lo dispuesto en las políticas de libertad religiosa a nivel nacional y territorial y articular con los actores, sectores, comités de libertad religiosa, redes, y espacios de participación que hacen parte de la misma, de conformidad al artículo 3° de la presente ley.</p>
<p>Artículo 7°. Economía del Cuidado. El Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos encaminados a la formalización y fomento de la economía del cuidado, que impulsen la oferta de bienes y servicios en materia de salud mental y del cuidado de pacientes, así como apoyo a los cuidadores, el cual incluirá atención en salud mental. Ello con el objetivo de cubrir la demanda en la atención de los pacientes, especialmente de menores, adolescentes y adultos mayores.</p> <p>Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre otras que se consideren necesarias, El Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, el análisis de la prestación de servicios de salud y conexos, sectores económicos y sociales involucrados en la economía del cuidado, para determinar los actores, demanda social y clústeres; así como el desarrollo de objetivos y metas en la materia, a fin de integrarlos con la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p>Artículo 8°. Atención Especial al Adulto Mayor. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental, o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, acciones dirigidas a la inclusión del adulto mayor en programas permanentes para la prevención y atención integral de trastornos mentales, con especial énfasis en</p>	<p>Artículo 7°. Economía del Cuidado. El Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos encaminados a la formalización y fomento de la economía del cuidado, que impulsen la oferta de bienes y servicios en materia de salud mental y del cuidado de pacientes, así como apoyo a los cuidadores, el cual incluirá atención en salud mental. Ello con el objetivo de cubrir la demanda en la atención de los pacientes, especialmente de menores, adolescentes y adultos mayores.</p> <p>Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre otras que se consideren necesarias, El Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, el análisis de la prestación de servicios de salud y conexos, sectores económicos y sociales involucrados en la economía del cuidado, para determinar los actores, demanda social y clústeres; así como el desarrollo de objetivos y metas en la materia, a fin de integrarlos con la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p>Artículo 8°. Atención Especial al Adulto Mayor. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental, o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, acciones dirigidas a la inclusión del adulto mayor en programas permanentes para la prevención y atención integral de trastornos mentales, con especial énfasis en diagnósticos</p>	<p>diagnósticos de deterioro cognoscitivo y demencias; así como el apoyo en la creación de hábitos activos de vida saludables, la actividad física y cognitiva para acrecentar su bienestar y su habilitación psicosocial; en reconocimiento y procura de orientación inclusiva y voluntaria como agentes activos de su familia, comunidad y de la sociedad en general.</p> <p>Artículo 9°. Red de atención en salud mental. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, el estudio y evaluación de la demanda en atención a salud mental, tanto de urgencia, hospitalización como ambulatoria, de tratamiento y de cuidado, en todo el territorio nacional, para establecer las metas a cubrir en materia de personal de la salud, personal de apoyo cualificado, centros o instalaciones de atención en salud mental especializados necesarios.</p> <p>Artículo 10°. Acceso a derecho de diagnóstico y tratamiento. Las IPS que prestan el servicio de urgencias, deberán atender a los usuarios con trastornos de salud mental con el debido enrutamiento y celeridad de acuerdo al sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias - triage y a los estándares internacionales sobre protocolos y tiempos de atención de esta población. Así mismo se debe realizar el respectivo seguimiento del tratamiento por parte la entidad prestadora de salud asignada.</p>	<p>de deterioro cognoscitivo y demencias; así como el apoyo en la creación de hábitos activos de vida saludables, la actividad física y cognitiva para acrecentar su bienestar y su habilitación psicosocial; en reconocimiento y procura de orientación inclusiva y voluntaria como agentes activos de su familia, comunidad y de la sociedad en general.</p> <p>Artículo 9°. Red de atención en salud mental. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, el estudio y evaluación de la demanda en atención a salud mental, tanto de urgencia, hospitalización como ambulatoria, de tratamiento y de cuidado y <u>atención psicológica y social</u>; en todo el territorio nacional, para establecer las metas a cubrir en materia de personal de la salud, personal de apoyo cualificado, centros o instalaciones de atención en salud mental especializados necesarios.</p> <p>Artículo 10°. Acceso al derecho de evaluación, diagnóstico, atención y tratamiento. Las Entidades del Sistema de Salud deberán <u>garantizar la efectiva promoción y acceso a programas de prevención, convivencia y psicoeducación, y la planeación e intervención psicológica y social relacionada al trastorno de salud mental y su cuidado.</u></p> <p>Las IPS que prestan el servicio de urgencias, deberán atender a los usuarios con trastornos de salud mental con el debido enrutamiento y</p>

<p>Los exámenes diagnósticos y medidas terapéuticas necesarias, deberán ser suministrados por la entidad prestadora de salud dentro de los 10 primeros días posteriores a la atención de urgencias, para el efectivo registro de la historia clínica; y el diagnóstico definitivo deberá darse dentro de los siguientes 30 días a la urgencia en salud mental.</p> <p>En ningún caso el seguimiento y citas de control con el profesional de psicología o psiquiatría según sea el caso, podrán superar los 8 días para su agendamiento. Así mismo, se deberá brindar la atención y seguimiento por control cada 15 días; lo cual estará sujeto a la evolución del paciente y a la prescripción del profesional. Para garantizar una adecuada atención, cada cita de control deberá ser de 1 hora.</p> <p>El seguimiento y agendamiento de citas de control no podrán exceder los 30 días calendario para el agendamiento del especialista. En caso de no contar con el talento humano en salud suficiente, el paciente podrá acceder al agendamiento particular con el especialista, con cobro directo a la entidad prestadora de salud, a través de un procedimiento virtual y sencillo, que no podrá tomar más de 30 días para el debido desembolso.</p> <p>Para facilitar el acceso al derecho fundamental a la salud, al diagnóstico y tratamiento efectivo en todo el país, las IPS y EPS darán prelación al seguimiento por telemedicina o alternativas a</p>	<p>celeridad de acuerdo al sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias - triage y a los estándares internacionales sobre protocolos y tiempos de atención de esta población. Así mismo se debe realizar el respectivo seguimiento del tratamiento por parte la entidad prestadora de salud asignada.</p> <p>Los exámenes diagnósticos y medidas terapéuticas necesarias, deberán ser suministrados por la entidad prestadora de salud dentro de los 10 primeros días posteriores a la atención de urgencias, y el diagnóstico definitivo deberá darse dentro de los siguientes 30 días a la urgencia en salud mental.</p> <p>En ningún caso el seguimiento y citas de control con el profesional de psicología o psiquiatría según sea el caso, podrán superar los 8 días para su agendamiento. Así mismo, se deberá brindar la atención y seguimiento por control cada 15 días; lo cual estará sujeto a la evolución del paciente y a la prescripción del profesional en los términos del tratamiento indicado. Para garantizar una adecuada atención, cada cita de control deberá ser de 1 hora, o el tiempo que exija el tratamiento indicado.</p> <p>El seguimiento y agendamiento de citas de control no podrán exceder los 30 días calendario para el agendamiento del especialista. En caso de no contar con el talento humano en salud suficiente, el paciente podrá acceder al agendamiento particular con el especialista, con cobro directo a la entidad</p>	<p>la atención presencial, comprendiendo la dificultad de asistir a controles médicos y de requerir autorizaciones de fórmulas reiterativas, por las condiciones físicas o mentales del paciente, como su localización en zonas rurales o de difícil acceso.</p> <p>En los casos de hospitalización por causa de trastorno mental, no podrán desatenderse las demás patologías físicas que sufra el paciente. El tratamiento propenderá por la recuperación y atención integral.</p> <p>Artículo 11°. Dispensación de medicamentos. La entidad prestadora de salud deberá asegurar la continuidad del tratamiento, para lo cual no podrá suspender en ningún momento la formulación de medicamentos para el diagnóstico de trastornos de salud mental, salvo por decisión del médico tratante en coordinación con el paciente y su red de apoyo dentro del marco de rehabilitación.</p> <p>La dispensación de medicamentos deberá garantizarse a nivel nacional, para lo cual el Gobierno Nacional a través del SisPro, o el mecanismo que haga sus veces, definirá la ruta para que las Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Prestadoras de Salud,</p>	<p>prestadora de salud, a través de un procedimiento virtual y sencillo, que no podrá tomar más de 30 días para el debido desembolso.</p> <p>Para facilitar el acceso al derecho fundamental a la salud, al diagnóstico y tratamiento efectivo en todo el país, las IPS y EPS darán prelación al seguimiento por telemedicina o alternativas a la atención presencial, comprendiendo la dificultad de asistir a controles médicos y de requerir autorizaciones de fórmulas reiterativas, por las condiciones físicas o mentales del paciente, como su localización en zonas rurales o de difícil acceso.</p> <p>En los casos de hospitalización por causa de trastorno mental, no podrán desatenderse las demás patologías físicas que sufra el paciente. El tratamiento propenderá por la recuperación y atención integral.</p> <p>Artículo 11°. Dispensación de medicamentos. La entidad prestadora de salud deberá asegurar la continuidad del tratamiento, para lo cual no podrá suspender en ningún momento la formulación de medicamentos para el diagnóstico de trastornos de salud mental, salvo por decisión del médico tratante en coordinación con el paciente y su red de apoyo dentro del marco de rehabilitación.</p> <p>La dispensación de medicamentos deberá garantizarse a nivel nacional, para lo cual el Gobierno Nacional a través del SisPro, o el mecanismo que haga sus veces, definirá la ruta para que las Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Prestadoras de Salud, Personal de</p>
<p>Personal de Salud, dispensarios y farmacias autorizados; y pacientes, puedan acceder a la prescripción y diagnóstico del paciente, para su efectivo tratamiento y control. La Entidad Prestadora de Salud no deberá requerir o exigir al paciente copia de la información que ya reposó sobre la historia clínica del mismo.</p> <p>El médico tratante deberá contar con firma digital para la debida prescripción de exámenes y tratamientos que considere, así como para la debida prescripción de las órdenes médicas. Las entidades prestadoras de salud deberán facilitar el trámite de las autorizaciones en un tiempo no mayor a las 24h de la prescripción, y facilitará de manera inmediata la autorización ante las entidades competentes y prestadoras de los servicios de dispensación, públicos y privados, dentro del sistema que se desarrolle a partir de la presente disposición.</p> <p>El médico tratante deberá determinar la temporalidad de los tratamientos prescritos, los cuales podrán ser de carácter temporal o permanente. La dispensación se garantizará por el tiempo prescrito. Aquellos tratamientos prescritos y catalogados como permanentes no podrán ser suspendidos so excusa de falta de actualización de la fórmula o autorización médica.</p> <p>El médico tratante podrá ajustar la prescripción y posología en acuerdo con el paciente, directamente en el sistema que se disponga para la dispensación de medicamentos sin requerir de renovación de la autorización. Así mismo podrá, sobre el</p>	<p>Salud, dispensarios y farmacias autorizados; y pacientes, puedan acceder a la prescripción y diagnóstico del paciente, para su efectivo tratamiento y control. La Entidad Prestadora de Salud no deberá requerir o exigir al paciente copia de la información que ya reposó sobre la historia clínica del mismo.</p> <p>El médico tratante deberá contar con firma digital para la debida prescripción de exámenes y tratamientos que considere, así como para la debida prescripción de las órdenes médicas. Las entidades prestadoras de salud deberán facilitar el trámite de las autorizaciones en un tiempo no mayor a las 24h de la prescripción, y facilitará de manera inmediata la autorización ante las entidades competentes y prestadoras de los servicios de dispensación, públicos y privados, dentro del sistema que se desarrolle a partir de la presente disposición.</p> <p>El médico tratante deberá determinar la temporalidad de los tratamientos prescritos, los cuales podrán ser de carácter temporal o permanente. La dispensación se garantizará por el tiempo prescrito. Aquellos tratamientos prescritos y catalogados como permanentes no podrán ser suspendidos so excusa de falta de actualización de la fórmula o autorización médica.</p> <p>El médico tratante podrá ajustar la prescripción y posología en acuerdo con el paciente, directamente en el sistema que se disponga para la dispensación de medicamentos sin requerir de renovación de la autorización. Así mismo podrá, sobre el principio de evidencia científica, solicitar autorización para la</p>	<p>principio de evidencia científica, solicitar autorización para la prescripción de medicamentos o servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de encontrar el mejor tratamiento posible para el paciente de salud mental de acuerdo a la particularidad del diagnóstico.</p> <p>El paciente podrá cambiar de médico tratante sin perjuicio de la continuidad del diagnóstico, tratamiento y medicación. Para lo cual los profesionales de la salud, podrán tener acceso a la historia clínica digital para el debido seguimiento.</p> <p>Parágrafo 1. El Gobierno Nacional establecerá los procedimientos y reglamentación para la dispensación, con base en la historia clínica electrónica y la interoperabilidad de los sistemas de la red de salud, prestadores y dispensarios públicos y privados.</p> <p>Parágrafo 2. Desde los niveles de atención primaria, y con respaldo de las entidades promotoras de salud o las que hagan sus veces, se contará con programas permanentes para el diagnóstico y seguimiento de pacientes en salud mental.</p> <p>Artículo 12°. Habitabilidad de calle y enfermedad mental. De conformidad a la Ley 1641 de 2013, y complementarias; El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, estrategias para atender a las personas en condición de</p>	<p>prescripción de medicamentos o servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de encontrar el mejor tratamiento posible para el paciente de salud mental de acuerdo a la particularidad del diagnóstico.</p> <p>El paciente podrá cambiar de médico tratante sin perjuicio de la continuidad del diagnóstico, tratamiento y medicación. Para lo cual los profesionales de la salud, podrán tener acceso a la historia clínica digital para el debido seguimiento.</p> <p>Parágrafo 1. El Gobierno Nacional establecerá los procedimientos y reglamentación para la dispensación, con base en la historia clínica electrónica y la interoperabilidad de los sistemas de la red de salud, prestadores y dispensarios públicos y privados.</p> <p>Parágrafo 2. Desde los niveles de atención primaria, y con respaldo de las entidades promotoras de salud o las que hagan sus veces, se contará con programas permanentes para el diagnóstico y seguimiento de pacientes en salud mental.</p> <p>Artículo 12°. Habitabilidad de calle y enfermedad mental. De conformidad a la Ley 1641 de 2013, y complementarias; El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, estrategias para atender a las</p>

<p>habitabilidad de calle con enfermedad mental, por dependencia a sustancias psicoactivas, o por causa de la misma enfermedad; y prestar la atención integral a esta población, de acuerdo a los parámetros establecidos en la presente ley y complementarias. Igualmente podrán establecer convenios con entidades públicas, privadas y de cooperación, para la debida atención y acompañamiento de los pacientes en condición de habitabilidad de calle.</p> <p>Para la atención por urgencias de trastornos mentales de las personas en condición de habitabilidad de calle, de conformidad al artículo 11 de la ley 1996, la IPS podrá solicitar a la Defensoría del Pueblo o a la Personería, la valoración de apoyos para el acompañamiento, para la atención de urgencias, tratamiento, diagnóstico y seguimiento del paciente.</p> <p>Artículo 13°. Atención a connacionales. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, y el Ministerio de Relaciones Exteriores, coordinarán las acciones pertinentes para orientar a los connacionales, sobre las rutas de acceso a atención psicosocial desde el exterior; así como para garantizar la difusión de la oferta sobre prevención y atención integral de enfermedad mental en Colombia y en el país de acogida.</p> <p>Artículo 14°. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas. La Política de Salud Mental incluirá acciones para brindar atención en salud mental a las personas en proceso de</p>	<p>personas en condición de habitabilidad de calle con enfermedad mental, por dependencia a sustancias psicoactivas, o por causa de la misma enfermedad; y prestar la atención integral a esta población, de acuerdo a los parámetros establecidos en la presente ley y complementarias. Igualmente podrán establecer convenios con entidades públicas, privadas y de cooperación, para la debida atención y acompañamiento de los pacientes en condición de habitabilidad de calle.</p> <p>Para la atención por urgencias de trastornos mentales de las personas en condición de habitabilidad de calle, de conformidad al artículo 11 de la ley 1996, la IPS podrá solicitar a la Defensoría del Pueblo o a la Personería, la valoración de apoyos para el acompañamiento, para la atención de urgencias, tratamiento, diagnóstico y seguimiento del paciente.</p> <p>Artículo 13°. Atención a connacionales. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, y el Ministerio de Relaciones Exteriores, coordinarán las acciones pertinentes para orientar a los connacionales, sobre las rutas de acceso a atención psicosocial desde el exterior; así como para garantizar la difusión de la oferta sobre prevención y atención integral de enfermedad mental en Colombia y en el país de acogida.</p> <p>Artículo 14°. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas. La Política de Salud Mental incluirá acciones para brindar atención en salud mental a las personas en proceso de</p>	<p>tratamiento y/o desintoxicación de sustancias psicoactivas, quienes tendrán derecho a recibir asistencia espiritual en su proceso. En armonización y articulación con la normativa vigente en materia de consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera, contemplará la atención en salud mental para el núcleo familiar de quien presente dependencia a sustancias psicoactivas.</p> <p>Artículo 15°. Prevención de la adicción. La Política Nacional de Salud Mental, desarrollará campañas de prevención y evaluación continua ante la prescripción de tratamientos, o medicamentos que repercutan en el desarrollo de trastornos mentales como efecto secundario de su uso. Con este fin publicará un listado anual de alertas sobre el uso y limitaciones del uso prolongado de determinados medicamentos; junto con el llamado al consumo y prescripción responsable de medicamentos que generen dependencia o efectos secundarios sobre la salud mental.</p> <p>Artículo 16°. Inclusión Social. El Gobierno Nacional, emitirá una insignia de reconocimiento para las sociedades comerciales, organizaciones no gubernamentales y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las personas sujetos de la Política de Salud Mental. Las entidades territoriales estarán autorizadas para realizar reconocimientos públicos de alto honor a sociedades comerciales, organizaciones no gubernamentales y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las</p>	<p>tratamiento y/o desintoxicación de sustancias psicoactivas, quienes tendrán derecho a recibir asistencia espiritual en su proceso. En armonización y articulación con la normativa vigente en materia de consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera, contemplará la atención en salud mental para el núcleo familiar de quien presente dependencia a sustancias psicoactivas.</p> <p>Artículo 15°. Prevención de la adicción. La Política Nacional de Salud Mental, desarrollará campañas de prevención y evaluación continua ante la prescripción de tratamientos, o medicamentos que repercutan en el desarrollo de trastornos mentales como efecto secundario de su uso. Con este fin publicará un listado anual de alertas sobre el uso y limitaciones del uso prolongado de determinados medicamentos; junto con el llamado al consumo y prescripción responsable de medicamentos que generen dependencia o efectos secundarios sobre la salud mental.</p> <p>Artículo 16°. Inclusión Social. El Gobierno Nacional, emitirá una insignia de reconocimiento para las sociedades comerciales, organizaciones no gubernamentales y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las personas sujetos de la Política de Salud Mental. Las entidades territoriales estarán autorizadas para realizar reconocimientos públicos de alto honor a sociedades comerciales, organizaciones no gubernamentales y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las</p>
<p>personas sujetos de la Política de Salud Mental. Así mismo, incluirán en sus planes programas con metas de inclusión social para las pacientes en rehabilitación en salud mental y sus cuidadores.</p> <p>Artículo 17° Vigencia. El Gobierno Nacional reglamentará la materia en los siguientes 6 meses a la entrada en vigencia de la presente ley, así como podrá periódicamente ajustar dicha reglamentación para facilitar los procedimientos sobre los principios orientadores de la Política Nacional de Salud Mental.</p>	<p>personas sujetos de la Política de Salud Mental. Así mismo, incluirán en sus planes programas con metas de inclusión social para los pacientes en rehabilitación en salud mental y sus cuidadores.</p> <p>Artículo 17° Vigencia. El Gobierno Nacional reglamentará la materia en los siguientes 6 meses a la entrada en vigencia de la presente ley, así como podrá periódicamente ajustar dicha reglamentación para facilitar los procedimientos sobre los principios orientadores de la Política Nacional de Salud Mental.</p>	<p>Por lo anterior, las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés serían aquellos que tengan un beneficio particular, actual y directo en materias relacionadas con la salud mental y los servicios que se prestan alrededor de ésta. Sin embargo, la Ley 2003 de 2019, establece que para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés "Cuando el Congresista participe, discuta, vote un Proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del Congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores", situación que puede acontecer con el presente Proyecto de ley.</p>	
<p>8. CIRCUNSTANCIAS O EVENTOS QUE PODRÍAN GENERAR CONFLICTOS DE INTERÉS</p> <p>De acuerdo con el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, atentamente nos disponemos a señalar algunos criterios guías en los que se podría configurar conflictos de intereses, para que los congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran inmersos en alguna de estas causales, sin embargo, pueden existir otras causales en las que se pueda encontrar cada congresista, las cuales deberán ser determinadas para cada caso en particular por su titular, siendo estos criterios meramente informativos y que deben ser analizados teniendo en cuenta lo expresado en el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019.</p> <p>Entre las situaciones que señala el artículo 10 antes mencionado, se encuentran: a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado; b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión; y el c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil."</p>		<p>9. PROPOSICIÓN</p> <p>En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicito a la Honorable Comisión Séptima del Senado de la República dar primer debate al Proyecto de Ley 169 de 2021 Senado "por medio de la cual se fortalece la política nacional de prevención y atención de la salud mental; y se dictan otras disposiciones", con base en el texto propuesto que se adjunta y que forma parte integral del presente informe de ponencia POSITIVO.</p> <p>Atentamente,</p>  <p>AYDEL IZABAZO CUBILLOS Ponente Unica Senadora de la República Partido Político MIRA</p>	

<p>TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISIÓN SÉPTIMA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA</p> <p>Proyecto de Ley 169 de 2021 Senado</p> <p>“Por medio de la cual se fortalece la política nacional de prevención y atención de la salud mental; y se dictan otras disposiciones”</p> <p>EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA</p> <p>DECRETA:</p> <p>Artículo 1° Objeto El objeto de la presente ley es fortalecer la política nacional de salud mental, mediante su orientación hacia enfoques complementarios, para garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población colombiana, 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; con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud; y dictar disposiciones relacionadas.</p> <p>Artículo 2°. Ámbito de Aplicación. La presente ley deberá implementarse a nivel nacional con extensión a los colombianos en el exterior a través de orientación en materia de asistencia psicosocial o acceso a atención primaria y preventiva en salud mental, en el país de acogida.</p> <p>La atención integral estará basada en la promoción de la salud y prevención universal, selectiva e indicada de los trastornos de salud mental, así como, promoviendo estilos de vida que propendan por el bienestar social y la convivencia social. Así mismo, se aplicará sobre un enfoque de derechos humanos con especial atención en grupos vulnerables.</p> <p>Artículo 3°. Coordinación y gobernanza. Para su implementación el Gobierno Nacional aplicará un enfoque de coordinación interinstitucional, intersectorial y de gobernanza que permita la amplia participación de autoridades del orden nacional y territorial, organizaciones, de la ciudadanía en sus distintos espacios de diálogo y participación; redes, comités locales, municipales y departamentales; y consejos de salud mental; para lo cual desarrollará mecanismos de articulación y diálogo alrededor de la formulación, implementación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p>Artículo 4°. Principios. Además de los principios rectores ya establecidos en la normativa vigente sobre salud mental, y de los que la reglamentación periódica estime convenientes,</p>	<p>se deberán orientar las acciones propuestas dentro de la Política Nacional de Salud Mental sobre los siguientes principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a). Inclusión social y no discriminación por motivo de enfermedad mental. b). Prevención y atención integral y temprana. c). Protección especial de menores y adultos mayores. d). Confidencialidad. f). Derecho a la atención e intervención psicológica, farmacológica o social según las necesidades, tanto en consulta externa como en hospitalización; y al debido diagnóstico. g). Fortalecimiento, formación y fomento continuo de la red de atención en salud mental, en los ámbitos público, privado, familiar, del tercer sector y de las entidades religiosas para la prevención y atención integral de pacientes y sus familias. i). Economía j). Eficiencia y celeridad en los trámites. k). Acceso oportuno y claro a la información. l). Innovación y progresividad en la atención integral. m). Respeto irrestricto a la convicción espiritual y de conciencia del paciente y su red de apoyo. <p>Artículo 5°. Fomento a la formación y a la Investigación. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental, o las entidades que hagan sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, el desarrollo de acciones para el fomento en la formación académica y profesional, como en la investigación en salud mental en Colombia, tanto del talento humano en salud como de la población en general y de la función pública.</p> <p>El Ministerio de salud y Protección Social en coordinación y apoyo con el Ministerio de Ciencia y Tecnología, o la entidad que haga sus veces y el Consejo Nacional de Salud Mental y las demás entidades que se considere necesario convocar; deberá adelantar una caracterización plena y continua del trastorno mental y de la salud mental en Colombia; con el fin de generar datos y evidencia de base sobre las necesidades, factores de riesgo y protectores; y demás información relevante para garantizar el bienestar físico y mental de la población colombiana, mediante el diseño e implementación de soluciones de acuerdo a la Política Nacional de Salud Mental y la atención integral en salud.</p>
<p>Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre las demás que se consideren necesarias, el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá emitir un reporte anual, el cual será de conocimiento público, sobre los avances en materia científica, de caracterización y diagnóstico, así como de las acciones y recomendaciones para la formulación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental. Así mismo, deberá desarrollar un estudio periódico del impacto de las organizaciones del tercer sector y del sector religioso en materia de salud mental. Para lo anterior, adelantará la respectiva coordinación con el Ministerio del Interior y el DNP, de conformidad a la Política Nacional de Libertad Religiosa, y podrá realizar convenios con entidades públicas, privadas y/o de cooperación internacional para su implementación.</p> <p>Por su parte el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el ICETEX o la entidad que haga sus veces, coordinarán las acciones respectivas para impulsar la migración y formación académica y profesional de especialistas en aras de cubrir la demanda de atención en salud mental a nivel nacional, para lo cual podrá generar programas de incentivos al retorno de conformidad a la Ley 1565 de 2012 y complementarias, becas y demás acciones que estime pertinentes para facilitar la vinculación de personal especializado al sistema de salud nacional.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará o actualizará los protocolos y guías de intervención en salud mental para las instituciones de salud y de su personal; los cuales deberán ser socializados para la formación certificada y periódica de su personal, incluso desde los niveles de atención de la salud no especializada o primaria.</p> <p>Artículo 6°. Apoyo espiritual de la enfermedad mental. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, y el Ministerio del Interior, determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar la disponibilidad del componente de apoyo espiritual como parte de la atención integral de salud mental y prevención de trastornos de salud mental, en respeto a la voluntariedad y derecho a la libertad de culto y de conciencia de los pacientes, su red de apoyo; y de las comunidades.</p> <p>Parágrafo. Para efectos de la presente disposición, se podrá armonizar con lo dispuesto en las políticas de libertad religiosa a nivel nacional y territorial y articular con los actores, sectores, comités de libertad religiosa, redes, y espacios de participación que hacen parte de la misma, de conformidad al artículo 3° de la presente ley.</p>	<p>Artículo 7°. Economía del Cuidado. El Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos encaminados a la formalización y fomento de la economía del cuidado, que impulsen la oferta de bienes y servicios en materia de salud mental y del cuidado de pacientes, así como apoyo a los cuidadores, el cual incluirá atención en salud mental. Ello con el objetivo de cubrir la demanda en la atención de los pacientes, especialmente de menores, adolescentes y adultos mayores.</p> <p>Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre otras que se consideren necesarias, El Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, el análisis de la prestación de servicios de salud y conexos, sectores económicos y sociales involucrados en la economía del cuidado, para determinar los actores, demanda social y clústeres; así como el desarrollo de objetivos y metas en la materia, a fin de integrarlas con la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p>Artículo 8°. Atención Especial al Adulto Mayor. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental, o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, acciones dirigidas a la inclusión del adulto mayor en programas permanentes para la prevención y atención integral de trastornos mentales, con especial énfasis en diagnósticos de deterioro cognoscitivo y demencias; así como el apoyo en la creación de hábitos activos de vida saludables, la actividad física y cognitiva para acrecentar su bienestar y su habilitación psicosocial; en reconocimiento y procura de orientación inclusiva y voluntaria como agentes activos de su familia, comunidad y de la sociedad en general.</p> <p>Artículo 9°. Red de atención en salud mental. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, el estudio y evaluación de la demanda en atención a salud mental, tanto de urgencia, hospitalización como ambulatoria, de tratamiento, de cuidado y atención psicológica y social; en todo el territorio nacional, para establecer las metas a cubrir en materia de personal de la salud, personal de apoyo cualificado, centros o instalaciones de atención en salud mental especializados necesarios.</p>

<p>Artículo 10°. Acceso al derecho de evaluación, diagnóstico, atención y tratamiento. Las Entidades del Sistema de Salud deberán garantizar la efectiva promoción y acceso a programas de prevención, convivencia y psicoeducación, y la planeación e intervención psicológica y social relacionada al trastorno de salud mental y su cuidado.</p> <p>Las IPS que prestan el servicio de urgencias, deberán atender a los usuarios con trastornos de salud mental con el debido enrutamiento y celeridad de acuerdo al sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias - triage y a los estándares internacionales sobre protocolos y tiempos de atención de esta población. Así mismo se debe realizar el respectivo seguimiento del tratamiento por parte la entidad prestadora de salud asignada.</p> <p>Los exámenes diagnósticos y medidas terapéuticas necesarias, deberán ser suministrados por la entidad prestadora de salud dentro de los 10 primeros días posteriores a la atención de urgencias, para el efectivo registro de la historia clínica; y el diagnóstico definitivo deberá darse dentro de los siguientes 30 días a la urgencia en salud mental.</p> <p>En ningún caso el seguimiento y citas de control con el profesional de psicología o psiquiatría según sea el caso, podrán superar los 8 días para su agendamiento. Así mismo, se deberá brindar la atención y seguimiento por control cada 15 días; lo cual estará sujeto a la evolución del paciente y a la prescripción del profesional en los términos del tratamiento indicado. Para garantizar una adecuada atención, cada cita de control deberá ser de 1 hora, o el tiempo que exija el tratamiento indicado.</p> <p>El seguimiento y agendamiento de citas de control no podrán exceder los 30 días calendario para el agendamiento del especialista. En caso de no contar con el talento humano en salud suficiente, el paciente podrá acceder al agendamiento particular con el especialista, con cobro directo a la entidad prestadora de salud, a través de un procedimiento virtual y sencillo, que no podrá tomar más de 30 días para el debido desembolso.</p> <p>Para facilitar el acceso al derecho fundamental a la salud, al diagnóstico y tratamiento efectivo en todo el país, las IPS y EPS darán prelación al seguimiento por telemedicina o alternativas a la atención presencial, comprendiendo la dificultad de asistir a controles</p>	<p>médicos y de requerir autorizaciones de fórmulas reiterativas, por las condiciones físicas o mentales del paciente, como su localización en zonas rurales o de difícil acceso.</p> <p>En los casos de hospitalización por causa de trastorno mental, no podrán desatenderse las demás patologías físicas que sufra el paciente. El tratamiento propenderá por la recuperación y atención integral.</p> <p>Artículo 11°. Dispensación de medicamentos. La entidad prestadora de salud deberá asegurar la continuidad del tratamiento, para lo cual no podrá suspender en ningún momento la formulación de medicamentos para el diagnóstico de trastornos de salud mental, salvo por decisión del médico tratante en coordinación con el paciente y su red de apoyo dentro del marco de rehabilitación.</p> <p>La dispensación de medicamentos deberá garantizarse a nivel nacional, para lo cual el Gobierno Nacional a través del SisPro, o el mecanismo que haga sus veces, definirá la ruta para que las Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Prestadoras de Salud, Personal de Salud, dispensarios y farmacias autorizados; y pacientes, puedan acceder a la prescripción y diagnóstico del paciente, para su efectivo tratamiento y control. La Entidad Prestadora de Salud no deberá requerir o exigir al paciente copia de la información que ya reposó sobre la historia clínica del mismo.</p> <p>El médico tratante deberá contar con firma digital para la debida prescripción de exámenes y tratamientos que considere, así como para la debida prescripción de las órdenes médicas. Las entidades prestadoras de salud deberán facilitar el trámite de las autorizaciones en un tiempo no mayor a las 24h de la prescripción, y facilitará de manera inmediata la autorización ante las entidades competentes y prestadoras de los servicios de dispensación, públicos y privados, dentro del sistema que se desarrolle a partir de la presente disposición.</p> <p>El médico tratante deberá determinar la temporalidad de los tratamientos prescritos, los cuales podrán ser de carácter temporal o permanente. La dispensación se garantizará por el tiempo prescrito. Aquellos tratamientos prescritos y catalogados como permanentes no podrán ser suspendidos so excusa de falta de actualización de la fórmula o autorización médica.</p>
<p>El médico tratante podrá ajustar la prescripción y posología en acuerdo con el paciente, directamente en el sistema que se disponga para la dispensación de medicamentos sin requerir de renovación de la autorización. Así mismo podrá, sobre el principio de evidencia científica, solicitar autorización para la prescripción de medicamentos o servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de encontrar el mejor tratamiento posible para el paciente de salud mental de acuerdo a la particularidad del diagnóstico.</p> <p>El paciente podrá cambiar de médico tratante sin perjuicio de la continuidad del diagnóstico, tratamiento y medicación. Para lo cual los profesionales de la salud, podrán tener acceso a la historia clínica digital para el debido seguimiento.</p> <p>Parágrafo 1. El Gobierno Nacional establecerá los procedimientos y reglamentación para la dispensación, con base en la historia clínica electrónica y la interoperabilidad de los sistemas de la red de salud, prestadores y dispensarios públicos y privados.</p> <p>Parágrafo 2. Desde los niveles de atención primaria, y con respaldo de las entidades promotoras de salud o las que hagan sus veces, se contará con programas permanentes para el diagnóstico y seguimiento de pacientes en salud mental.</p> <p>Artículo 12°. Habitabilidad de calle y enfermedad mental. De conformidad a la Ley 1641 de 2013, y complementarias; El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, estrategias para atender a las personas en condición de habitabilidad de calle con enfermedad mental, por dependencia a sustancias psicoactivas, o por causa de la misma enfermedad; y prestar la atención integral a esta población, de acuerdo a los parámetros establecidos en la presente ley y complementarias. Igualmente podrán establecer convenios con entidades públicas, privadas y de cooperación, para la debida atención y acompañamiento de los pacientes en condición de habitabilidad de calle.</p> <p>Para la atención por urgencias de trastornos mentales de las personas en condición de habitabilidad de calle, de conformidad al artículo 11 de la ley 1996, la IPS podrá solicitar a la Defensoría del Pueblo o a la Personería, la valoración de apoyos para el acompañamiento, para la atención de urgencias, tratamiento, diagnóstico y seguimiento del paciente.</p>	<p>Artículo 13°. Atención a connacionales. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, y el Ministerio de Relaciones Exteriores, coordinarán las acciones pertinentes para orientar a los connacionales, sobre las rutas de acceso a atención psicosocial desde el exterior; así como para garantizar la difusión de la oferta sobre prevención y atención integral de enfermedad mental en Colombia y en el país de acogida.</p> <p>Artículo 14°. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas. La Política de Salud Mental incluirá acciones para brindar atención en salud mental a las personas en proceso de tratamiento y/o desintoxicación de sustancias psicoactivas, quienes tendrán derecho a recibir asistencia espiritual en su proceso. En armonización y articulación con la normativa vigente en materia de consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera, contemplará la atención en salud mental para el núcleo familiar de quien presente dependencia a sustancias psicoactivas.</p> <p>Artículo 15°. Prevención de la adicción. La Política Nacional de Salud Mental, desarrollará campañas de prevención y evaluación continua ante la prescripción de tratamientos, o medicamentos que repercutan en el desarrollo de trastornos mentales como efecto secundario de su uso. Con este fin publicará un listado anual de alertas sobre el uso y limitaciones del uso prolongado de determinados medicamentos; junto con el llamado al consumo y prescripción responsable de medicamentos que generen dependencia o efectos secundarios sobre la salud mental.</p> <p>Artículo 16°. Inclusión Social. El Gobierno Nacional, emitirá una insignia de reconocimiento para las sociedades comerciales, organizaciones no gubernamentales y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las personas sujetos de la Política de Salud Mental.</p> <p>Las entidades territoriales estarán autorizadas para realizar reconocimientos públicos de alto honor a sociedades comerciales, organizaciones no gubernamentales y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las personas sujetos de la Política de Salud Mental. Así mismo, incluirán en sus planes programas con metas de inclusión social para las pacientes en rehabilitación en salud mental y sus cuidadores.</p>

Artículo 17° Vigencia. El Gobierno Nacional reglamentará la materia en los siguientes 6 meses a la entrada en vigencia de la presente ley, así como podrá periódicamente ajustar dicha reglamentación para facilitar los procedimientos sobre los principios orientadores de la Política Nacional de Salud Mental.

De la Honorable Congressista,


AYDEE H. ARANGO CUBILLOS
 Ponente Única
 Senadora de la República
 Partido Político MIRA

BIBLIOGRAFÍA

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

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

Boehmer M: Does psychiatry need religion and spirituality in its treatment approach? Narcissism as an example. South African Journal of Psychiatry 2016; 22:<http://dx.doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v22i1.563>

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

Carr VJ, Neil AL, Halpin SA, Holmes S, Lewin TJ. Costs of schizophrenia and other psychoses in urban Australia: findings from the Low Prevalence (Psychotic) Disorders Study. The Australian and New Zealand journal of psychiatry. 2003;37(1):31-40.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Estadísticas Vitales: Cifras definitivas año 2017. [Internet]. Bogotá, D.C. Dirección de Censos y Demografía, DANE, 2018. [Consultado 14 jul 2021]. Disponible en <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2019.pdf>

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

Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. (21 de octubre de 2020). Salud mental en Colombia: una aproximación desde las estadísticas oficiales en el contexto de pandemia. [Internet] Disponible

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

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

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

Infobae (19 de enero de 2021). La salud mental de los colombianos, una de las mayores preocupaciones en medio de la pandemia. Trastornos mentales como la depresión y la ansiedad son comunes en el proceso que enfrenta la humanidad a causa de la pandemia del covid-19. [Internet] Disponible en: <https://www.infobae.com/america/colombia/2021/01/19/la-salud-mental-de-los-colombianos-una-de-las-mayores-preocupaciones-en-medio-de-la-pandemia/>

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

Jakovljevic, M., (2017) RESILIENCE, PSYCHIATRY AND RELIGION FROM PUBLIC AND GLOBAL MENTAL HEALTH PERSPECTIVE Dialogue and Cooperation in the Search for Humanistic Self, Compassionate Society and Empathic Civilization. Psychiatry Danubina, 2017; Vol. 29, No. 3, pp 238-244 <https://doi.org/10.24869/psvd.2017.238>

Koenig H, Fetterman A. Religion and health outcomes: a review and synthesis of the literature. Presented at: Conference on Method- ological Advances in the Study of Religion, Health and Aging; March 16-17, 1995; Kalamazoo, MI.

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

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

Mendoza Marin, R., & Pamela, N. S. (2016). Relación entre el nivel de depresión del cuidador valorado con la escala de Beck y el grado de discapacidad intelectual del usuario del bono "Joaquín Gallegos Lara" en los pacientes del Centro de Salud de Conocoto desde el mes de Julio hasta Agosto del 2. Pontificia Universidad Católica del Ecuador Facultad de Medicina.

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

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. 2017; 6: 1- 46


Murray, JL, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Global Health Metrics. Lancet [Internet]. 2017; 390: 1151–1209. Disponible en [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32152-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32152-9/fulltext)

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

Observatorio de Drogas de Colombia (2016). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá. [Internet] Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03_142016_estudio_consumo_escolares_2016.pdf

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

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

<p>Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jonsson B. The economic cost of brain disorders in Europe. <i>European journal of neurology : the oficial journal of the European Federation of Neurological Societies</i>. 2012;19(1):155-62.</p> <p>Organización Mundial de la Salud. Salud mental (2014), Prevención del suicidio suicidio, un imperativo global. Organización Mundial de la Salud.</p> <p>Organización Mundial de la Salud (2018). Mental Health Promotion and mental health care in refugees and migrants: technical guidance. [Internet] Disponible en: http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-promotion-and-mental-health-care-in-refugees-andmigrants-2018</p> <p>Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, (Technical guidance on refugee and migrant health) [Internet] Disponible en: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/386563/mental-health-eng.pdf%3Fua%3D1</p> <p>Organización Mundial de la Salud (OMS). (2 de septiembre de 2019). Suicidio. [Internet] Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide</p> <p>Organización Mundial de la Salud (OMS). (27 de agosto de 2020). Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental. [Internet] Disponible en https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health</p> <p>Organización Mundial de la Salud (OMS). (5 de octubre de 2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. [Internet] Obtenido de: https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey</p> <p>Organización Panamericana de la Salud (OPS). (10 de septiembre de 2020). Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio. [Internet] Disponible en:</p>	<p>https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-riesgo-suicidio</p> <p>Organización Panamericana de la Salud (OPS). (8 de octubre de 2020). No hay salud sin salud mental. [Internet] Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental</p> <p>Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. <i>PLoS One</i>. 2014;9(8):e105471.</p> <p>Pinquart M. Sörensen S. Differences Between Caregivers and Non Caregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta Analysis. <i>Psychol Aging</i> [Internet]. 2003;18(2):250-67. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825775</p> <p>Profamilia. (11 de Mayo de 2020). Informe 3. Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia. [Internet] Disponible en: https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Informe-3-Ansiedad-depresion-y-miedo-impulsores-mala-salud-mental-durante-pandemia-Estudio-Solidaridad-Profamilia.pdf</p> <p>Semana, Salud. (16 de Mayo de 2019). Así combatirá Minsalud los problemas de salud mental en Colombia. [Internet] Disponible en https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/salud-mental-en-colombia-el-plan-del-ministerio-de-salud-para-combatir-el-suicidio-y-la-depresion/615808/</p> <p>Simon Dein, Kate Loewenthal, Christopher Alan Lewis & Kenneth I. Pargament (2020) COVID-19, mental health and religion: an agenda for future research, <i>Mental Health, Religion & Culture</i>, 23:1, 1-9, DOI: 10.1080/13674676.2020.1768725: https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1768725</p> <p>Sloan RP, Bagiella E, Powell T. Religion, spirituality, and medicine <i>Lancet</i>. 1999;353:664-667.</p> <p>Taha N, Florenzano U, Sieverson RC, Aspillaga HC, Alliende L. La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. <i>Rev chil neuro-psiquiatr</i>. 2011 [citado 2015 sep 7]; 49(4):347- 60. Disponible en</p>
<p>http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400006&lng=es.</p> <p>Universidad de la Sabana. (2021). Consejos de nuestro deportólogo: La actividad física y la salud mental. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/al-dia/la-actividad-fisica-y-la-salud-mental/</p>	<p>COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los cuatro (04) días del mes de octubre del año dos mil veintiuno (2021) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, el siguiente Informe de Ponencia para Primer Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Primer Debate.</p> <p>NÚMERO DEL PRYECTO DE LEY: N° 169/2021 SENADO.</p> <p>TÍTULO DEL PROYECTO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE FORTALECE LA POLÍTICA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL; Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".</p> <p>Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.</p> <p>El Secretario,</p> <p style="text-align: center;">  JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA SECRETARIO COMISIÓN SÉPTIMA </p>

CONTENIDO

Gaceta número 1371 - lunes 4 de octubre de 2021

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Informe de ponencia para primer debate al proyecto de ley número 167 de 2021 Senado, por medio de la cual se reforma la Ley 1636 de 2013, se fomenta la generación de empleo y se dictan otras disposiciones. 1

Informe de ponencia para primer debate en Senado al proyecto de ley número 169 de 2021 Senado, por medio de la cual se fortalece la política nacional de prevención y atención de la salud mental; y se dictan otras disposiciones..... 9