

**PEDRO
FLOREZ**

SENADOR

pedro.florez@senado.gov.co

Instagram: @PedroHFlorez

X: @PedroHFlorez

www.pedroflorez.com

Bogotá, D. C., 22 de julio de 2026

Doctor.

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ

Secretario General

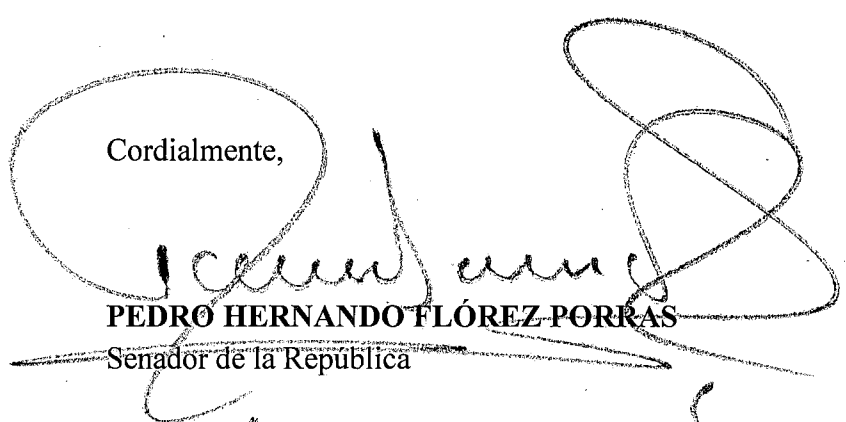
Senado de la República

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

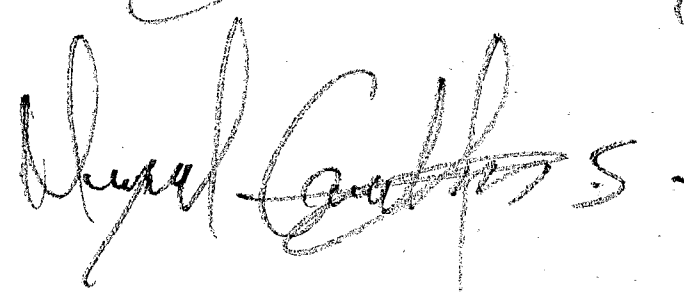
Respetado secretario general,

En mi calidad de Congresista de la República y en uso de las atribuciones que me han sido conferidas constitucional y legalmente, me permito respetuosamente radicar el proyecto de ley de referencia y, en consecuencia, le solicitamos se sirva dar inicio al trámite legislativo respectivo.

Cordialmente,


PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS

Senador de la República



PROYECTO DE LEY 038 DE 2026 SENADO

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

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1. Objeto. Establecer medidas para fortalecer la atención en salud mental, entendida como el bienestar emocional, psicológico y social, en el territorio nacional, actualizar elementos de la ley 1616 de 2013 con el fin de avanzar en la garantía progresiva e integral del derecho a la salud, promover la atención diferenciada en entornos especiales y la recuperación de la salud mental de los colombianos, así como adoptar un enfoque de acompañamiento, consejería, psicoterapia y sistemas terapéuticos basados en evidencia científica.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones incluidas en la presente ley buscan ampliar las garantías existentes al derecho a la salud en lo relacionado con la salud mental en el marco del Sistema de Salud colombiano y se enfocará de manera específica en la población privada de la libertad dentro del sistema penitenciario y carcelario tanto para aquellos que poseen medida de aseguramiento intramural o prisión domiciliaria, así como del personal de custodia y guarda; el talento humano en salud de acuerdo con las disposiciones del artículo 2 de la Ley 1616 de 2013; en el sistema educativo colombiano en los entornos de los componentes de educación inicial, básica, educación media y educación superior, las niñas, niños y adolescentes que se encuentren bajo la protección del ICBF y las personas que presenten afectaciones derivadas del COVID.

CAPÍTULO I

**DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL PARA EL ENTORNO
CARCELARIO**

Artículo 3. Servicios de salud mental para la población privada de la libertad. En desarrollo del artículo 4 y demás normas concordantes de la Ley 1616 de 2013, el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC con el acompañamiento del

Ministerio de Salud y Protección Social, creará e implementará, en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la promulgación de la presente ley, un protocolo y guías de atención integral con base en evidencia científica y sin perjuicio del cumplimiento de la pena, para la promoción, prevención seguimiento y medición en materia de salud mental para la población privada de la libertad dentro del sistema penitenciario y carcelario del país así como para la reducción de los efectos de la prisionalización.

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

Además, deberán considerar e incluir mecanismos integrales de acción dirigidos al entorno familiar cercano de la persona privada de la libertad los cuales se implementarán en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, en todo caso se dará prelación y respetarán los derechos de los niños, niñas y adolescentes de conformidad con el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Parágrafo 3. Los servicios de salud mental de la población privada de la libertad con fines de resocialización y reincorporación social también cobijarán a aquellas personas que se encuentren cumpliendo penas con permiso de trabajo, libertad condicional o suspensión provisional de pena con autorización de trabajo de que trata la Ley 2208 de 2022. Sin perjuicio de lo anterior, el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá establecer protocolos de atención en salud mental para la población pospenada como parte de su proceso de reincorporación social y laboral.

Artículo 4. Medidas de garantía del derecho a la salud mental del personal de guardia. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, con el acompañamiento del

Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá adaptar al ámbito penitenciario y carcelario un protocolo de respeto, garantía y fomento del derecho a la salud mental del personal de guardia que labora dentro del sistema penitenciario y carcelario del país, así como los demás profesionales que desarrollan tareas dentro del entorno penitenciario.

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

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

Artículo 5. Participación social para la Garantía del derecho a la salud mental: El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios USPEC promoverán la presencia y vinculación organizaciones de la sociedad civil y de profesionales idóneos y con experiencia en la atención de salud mental contemplados en la Ley 1616 de 2013 para la atención de la población privada de la libertad en centros de reclusión y establecimientos carcelarios del sistema penitenciario del país.

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

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

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

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario -INPEC- y las entidades prestadoras del servicio de salud priorizarán y fortalecerán los programas que se estén desarrollando en cumplimiento del artículo 4 de la Ley 1616 de 2013.

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD

Artículo 8. Salud mental del talento humano en salud. Para efectos de la presente Ley, la salud mental del talento humano en salud se enmarca según lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 1616 de 2013 y se entiende como una garantía en el cuidado de la vida, la dignidad y de la integridad de quienes prestan sus labores dentro del Sistema de Salud colombiano, en razón a la naturaleza de las labores desempeñadas por la profesión u oficio, cuyo desempeño acarrea una alta exposición a factores de riesgo psicosociales relacionados con carga emocional, alta responsabilidad, alta carga de trabajo, extensas jornada de trabajo que terminan generando estrés y efectos negativos en la salud mental.

Artículo 9. Política de atención integral preventiva en Salud Mental para el talento humano en salud. En aras de desarrollar y actualizar los lineamientos, programas y necesidades en materia de garantía plena del derecho a la salud mental del talento humano en salud contemplados en el artículo 21 de la Ley 1616 de 2013, y en un plazo no mayor a seis (6) meses a la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social formulará e implementará los lineamientos, protocolos de atención y guías de atención integral y las directrices necesarias para la promoción de la salud y la prevención de trastornos mentales en el personal de salud, de igual forma la rehabilitación psicosocial, el cuidado psicológico y el de su entorno familiar y la salud mental positiva contenida en el artículo 34 de la Ley 1616 de 2013.

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

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

Parágrafo. Las afectaciones ocasionadas a la salud mental del talento humano en salud durante la pandemia COVID19, serán valoradas con especial atención, con el ánimo de mitigar sus impactos y revertir los daños ocasionados. El talento humano en salud tendrá

prelación en la implementación de los lineamientos y protocolos establecidos en esta política de atención integral preventiva.

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

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

Artículo 11 Medidas de protección del derecho a la salud mental en la formación del personal de salud. Las Instituciones de Educación Superior, en el marco del respeto a la autonomía universitaria, deberán diseñar y promover la implementación de lineamientos y políticas dirigidas por profesional idóneo y con experiencia en la materia, tendientes a prevenir afectaciones y vulneraciones al derecho a la salud mental del talento humano en salud durante su proceso educativo y formativo. El Ministerio de Educación Nacional en el ejercicio de sus funciones de inspección y vigilancia hará un seguimiento a la adopción de lo dispuesto en el presente artículo.

Parágrafo 1. Las disposiciones contenidas en este artículo contemplarán adicionalmente a los profesionales de la salud que ejerzan el Servicio Social Obligatorio, a los médicos residentes e igualmente serán aplicables dentro del ámbito funcional y legal de la Ley 1917 de 2018. Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán formación y actualización permanente en acciones de promoción y prevención de la salud mental para el talento humano en salud en los términos del artículo 19 de la Ley 1616 de 2013.

Parágrafo 2. El Ministerio de Educación Nacional deberá brindar un informe anual a las comisiones séptimas constitucionales sobre la implementación de disposiciones contenidas en el presente artículo. En este informe se deberá incluir las políticas adoptadas en las Instituciones de Educación Superior, los casos de afectaciones de la salud mental de los estudiantes y las acciones llevadas a cabo por las Instituciones de Educación Superior para gestionar estos casos.

CAPÍTULO III

DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN EL SISTEMA EDUCATIVO COLOMBIANO

Artículo 12. Adiciónese un inciso y un párrafo al artículo 24° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

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

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

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

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

Parágrafo. Las Instituciones de Educación Superior que tengan el programa de psicología y/o psiquiatría, podrán celebrar convenios con instituciones de educación preescolar, básica, media y superior, para brindar apoyo a la comunidad educativa respecto a la prevención, promoción y atención de situaciones relacionadas con la salud mental.

Artículo 13. Adiciónese un párrafo al artículo 25 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: (...)

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

Artículo 14. Salud mental dentro de las Escuelas para padres y madres de familia y cuidadores en el sistema educativo. En atención a lo dispuesto en la Ley 2025 del 2020, las Escuelas para Padres y Madres de Familia y cuidadores deberán propender por fomentar y apoyar el acceso efectivo y el ejercicio del derecho a la salud mental de niños y jóvenes dentro de los entornos escolares.

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

Artículo 15. Difusión de contenidos pedagógicos en materia de salud mental y tención preventiva en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. El Gobierno Nacional deberá crear, difundir y promover de forma periódica, en radio, televisión y medios digitales, campañas pedagógicas y de sensibilización masivas en materia de salud mental considerando las diferentes características de la población del país con un enfoque de protección y prevención en la población de niñez, adolescencia y juventud.

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

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

Artículo 16. Acompañamiento y seguimiento a estudiantes. Los estudiantes que presenten signos, síntomas, trastornos o enfermedades mentales en las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado, así como las instituciones de educación superior públicas y privadas contarán con acompañamiento y seguimiento, sin perjuicio de la voluntariedad del menor y de la familia respecto al conocimiento de su diagnóstico u otros componentes de su historia clínica por la entidad educativa u otras entidades fuera del sistema de salud.

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

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

Artículo 17. Capacitaciones al personal de las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado e instituciones de educación superior. Las instituciones de educación en el marco de su autonomía podrán conformar equipos de apoyo con docentes, cuerpo administrativo y los estudiantes y padres de familia interesados, y desarrollar con el apoyo y acompañamiento del sector salud, estrategias de capacitación y sensibilización, con el fin de brindarles herramientas que les permitan identificar factores de riesgo, los signos y síntomas de las enfermedades mentales y los problemas psicosociales, así como el uso de sustancias psicoactivas, con la finalidad que estos puedan prestar primeros auxilios psicológicos y dar un trato adecuado e informar las rutas de atención previstas en la institución, y las rutas de atención públicas para la atención integral de niños, niñas y adolescentes, favoreciendo espacios libres de estigmatización a los estudiantes que presenten esta condición.

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

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

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

Artículo 18. Articulación intersectorial entre Salud y Educación. El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, brindarán orientaciones técnicas, pedagógicas y administrativas a las instituciones de educación preescolar, básica, media y superior públicas y privadas, basados en los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales, así como los factores de riesgo y protectores que faciliten la implementación de acciones para el fortalecimiento del desarrollo socioemocional y estilos de vida saludable en niñas, niños y adolescentes para la promoción de la salud mental y prevención de trastornos en salud mental de manera asertiva.

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

Artículo 19. Fortalecimiento de las competencias parentales. En el marco de la alianza familia escuela, las instituciones educativas de preescolar, básica y media desarrollarán procesos orientados al fortalecimiento de las capacidades de las familias para establecer vínculos, favorecer el diálogo y la concertación así como la de afianzar los principios, los valores, el diálogo y la concertación, y las capacidades de las familias para generar entornos seguros frente al cuidado, la crianza y el involucramiento como factor protector y promotor de la salud mental y emocional de niñas, niños y adolescentes.

CAPÍTULO IV

DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD MENTAL DERIVADAS DEL COVID19

Artículo 20. Política de Salud Mental derivada del COVID – 19. Además de lo previsto en la Ley 1616 de 2.013 y demás disposiciones legales y reglamentarias que la desarrollan y la complementan, corresponde ejecutar al Ministerio de Salud y Protección Social, junto con las entidades territoriales, las Empresas Promotoras de Salud o quien haga sus veces, las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud o quien haga sus veces y las Administradoras

de Riesgos Laborales, las siguientes acciones con el fin de restablecer y garantizar la salud mental de los colombianos:

1. Identificar los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan propagado como consecuencia de la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.
2. Priorizar todas aquellas acciones previstas en la Ley 1616 de 2013 que sean aplicables y que resulten necesarias con el fin de promocionar y garantizar la salud mental de las personas, especialmente la de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, que estén padeciendo algún trastorno mental y/o discapacidad mental, transitoria o permanente, a raíz de la emergencia sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.
3. Garantizar a nivel nacional la atención prioritaria, oportuna, eficaz y de calidad para preservar, mejorar, promocionar y restablecer o recuperar la salud mental de todas aquellas personas, especialmente la de los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, que estén padeciendo algún trastorno mental y/o discapacidad mental, transitoria o permanente, como consecuencia de la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.
4. Capacitar a sus funcionarios, empleados, contratistas y demás colaboradores sobre los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan propagado como consecuencia de la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.
5. Generar espacios de sensibilización en torno a la salud mental, especialmente, en todo aquello relacionado con los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan como consecuencia de la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.
6. Crear planes o programas cuyo objeto sea el de fortalecer la capacidad diagnóstica y clínica para pacientes con trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes.
7. Establecer un plan institucional y sectorial que fortalezca los planes, programas y proyectos existentes sobre medidas de prevención en materia de salud mental e intervención en los factores de riesgo que puedan generar y agravar los trastornos mentales y/o las discapacidades mentales.
8. Evaluar el impacto que en materia de salud mental tuvo cada una de las restricciones sociales adoptadas por la pandemia COVID – 19. Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de la salud mental de aquellas personas que hayan

padecido o estén padeciendo algún trastorno mental y/o discapacidad mental, transitoria o permanente, como consecuencia de la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas.

Artículo 21. Cartilla virtual. El Ministerio de Salud y Protección Social publicará una cartilla didáctica virtual con el propósito de generar conciencia con respecto a los trastornos mentales y/o discapacidades mentales, transitorias o permanentes, que hayan surgido o se hayan propagado a raíz de la pandemia COVID – 19 y, de manera especial, como consecuencia de las restricciones sociales adoptadas. La cartilla deberá incluir:

1. Mensajes alusivos y tendientes a reconocer a la salud mental como un derecho fundamental de interés y prioridad nacional.
2. Mensajes alusivos a los trastornos mentales y/o discapacidades mentales transitorias o permanentes identificados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Mensajes alusivos a las restricciones sociales adoptadas en el marco de la crisis sanitaria declarada por la pandemia COVID – 19 y el impacto de estas en la salud mental de los colombianos, especialmente en los niños, niñas y adolescentes y adultos mayores.
4. Mensajes alusivos a los programas, planes y proyectos dispuestos por el Gobierno Nacional y las entidades territoriales para prevenir, diagnosticar y atender de manera integral los trastornos y/o discapacidades mentales.
5. Mensajes alusivos al manejo y control de la pandemia y pos pandemia COVID – 19.
6. Mensajes alusivos a los canales de atención y redes y grupos de apoyo dispuestos por el Gobierno Nacional, por las entidades territoriales y por los demás actores o agentes del sistema de salud para atender y apoyar a las personas que padezcan algún trastorno mental y/o discapacidad mental.

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

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

Artículo 22. Programa “No temas”. Créese el programa institucional “No temas” a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social el cual tendrá por objeto comunicar y resaltar los

logros del Gobierno Nacional, de la comunidad científica y del personal sanitario en el manejo y control de la pandemia COVID – 19, el estado actual de la situación epidemiológica del país, los avances científicos con respecto al SARS – CoV – 2, el desmonte progresivo y responsable de las restricciones sociales adoptadas y, en general, todas aquellas acciones que han permitido la reactivación social y económica a nivel global, especialmente, en Colombia. Toda acción que se desarrolle en el marco de la ejecución del programa tendrá como finalidad coadyuvar el proceso de mejoramiento de la salud mental de las personas que padezcan algún trastorno y/o discapacidad mental.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES PARA EL ENFOQUE PSICOESPIRITUAL EN LA SALUD MENTAL

Artículo 23. Definición del enfoque psicoespiritual en la salud mental. Adiciónese un numeral al artículo 5 de la Ley 1616 de 2013 para que quede así: (...)

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

en el marco de la presente ley. La adopción de dicho enfoque respetará el principio de voluntariedad del paciente.

Parágrafo. La implementación del enfoque psicoespiritual deberá garantizar la pluralidad y diversidad de creencias, el respeto a los derechos fundamentales, y en ningún caso podrá sustituir los tratamientos basados en evidencia científica o condicionar la prestación de servicios de salud mental."

Artículo 24. Protocolo para la adopción del enfoque psicoespiritual para la atención en Salud Mental. El Ministerio de Salud con la participación de entidades y organizaciones del sector religioso, con base en los principios y lineamientos previstos en la Ley 133 de 1994 y el Decreto 437 de 2018, desarrollará las rutas y protocolos para garantizar el abordaje del enfoque psicoespiritual dentro de la política de atención y promoción de la salud mental en los entornos y con las disposiciones descritas en la presente ley.

CAPÍTULO VI OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 25. Obligatoriedad. Los estudios, planes, programas, proyectos y demás acciones que el Ministerio de Salud y Protección Social realice en cumplimiento de la presente ley, serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, las Empresas Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Administradoras de Riesgos Laborales y serán objeto de seguimiento y evaluación a través de los indicadores de implementación que fije el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 26. Informes al Congreso de la República. En consonancia con las responsabilidades dispuestas por la Ley 1616 de 2013 en materia de vigilancia, control y sanción, la Superintendencia Nacional de Salud deberá presentar de forma anual un informe diagnóstico a las Comisiones Séptimas del Senado de la República y de la Cámara de Representantes respecto del estado de cumplimiento de la presente ley y de la protección y garantía del derecho a la salud mental dentro del sistema penitenciario y carcelario del país, el talento humano en salud y dentro del sistema educativo colombiano.

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

Parágrafo. Corresponderá a las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, y entidades promotoras de salud o entidad que haga sus veces e instituciones

prestadoras de servicios de salud o entidad que haga sus veces, en el ejercicio de su autonomía, garantizar canales de comunicación y difusión oportunos que les permita conocer a los usuarios, las políticas, planes, programas y proyectos relacionados con la atención en salud mental, así como los medios sobre los cuales pueden presentar solicitudes, requerimientos, quejas, felicitaciones y demás que estimen pertinentes.

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

Artículo 28. Indicadores cuantitativos de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales, el Observatorio de Salud Mental, el Observatorio Nacional de Salud, el Observatorio de Envejecimiento Humano y Vejez, el Observatorio de Drogas, el Observatorio de Violencias de Género, las encuestas nacionales y territoriales de salud pública deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia los cuales servirán de base para crear estrategias tendientes a identificar los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud mental del talento humano en salud, el entorno carcelario y penitenciario y el entorno educativo del país. Dichos registros serán orientados a la atención, seguimiento e intervención de los determinantes, mediante medidas tendientes a garantizar el derecho a la salud mental, en un marco de Derechos Humanos de la población colombiana, en los términos dispuestos por la presente ley y las políticas que puedan derivar de la misma.

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

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

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

Artículo 29. Reglamentación. El Gobierno Nacional reglamentará la presente ley dentro de los seis (6) meses siguientes contados a partir de su promulgación.

Artículo 30. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,


PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS
Senador de la República

 **SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL**

EL día 22 de Julio del año 2020
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Acto legislativo _____
No. 038/20 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito Por: _____
S. Pedro Hernando Flórez

SECRETARIO GENERAL

PROYECTO DE LEY 038 DE 2026 SENADO

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

EXPOSICION DE MOTIVOS**1. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY:**

La presente iniciativa de Ley está encaminada a establecer medidas para fortalecer la atención en salud mental en el territorio nacional, actualizar elementos de la Ley 1616 de 2013 con el fin de avanzar en la garantía progresiva e integral del Derecho a la salud, promover la atención diferenciada en entornos especiales y la recuperación de la salud mental de los colombianos ya adoptar un enfoque psicoespiritual en la atención en salud mental.

Podemos manifestar que, específicamente el proyecto de Ley busca establecer disposiciones inherentes a la salud mental para grupos focalizados, como las personas privadas de la libertad, el talento humano en salud, en contexto post covid-19 y en el sistema educativo colombiano, de igual manera trae la introducción del enfoque psicoespiritual de la salud mental.

El articulado de la iniciativa de Ley se encuentra dividido de la siguiente manera:

- Artículos 1 y 2. Objeto y ámbito de aplicación

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

- Artículo 3. Servicios de salud mental para la población privada de la libertad

- Artículo 4. Medidas de garantía del derecho a la salud mental del personal de guardia.

- Artículo 5. Garantía para el ejercicio del derecho a la salud mental.

- Artículo 6. Adiciona un numeral al artículo 30 de la Ley 1616 de 2013

- Artículo 7. Colaboración Armónica.

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

- Artículo 8. Salud mental del talento humano en salud.

- Artículo 9. Política de atención integral preventiva en Salud Mental para el talento humano en salud.

- Artículo 10. Adiciona un párrafo al artículo 21 de la Ley 1616 de 2013
- Artículo 11. Ruta de atención y denuncia de hechos de vulneración del derecho a la salud mental del personal de salud.
- Artículo 12. Indicadores cuantitativos de salud mental.
- Artículo 13. Medidas de protección del derecho a la salud mental en la formación del personal de salud.

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

- Artículo 14. Adiciona un inciso al artículo 24° de la Ley 1616 de 2013
- Artículo 15. Adiciona un párrafo al artículo 25 de la Ley 1616 de 2013
- Artículo 16. Salud mental dentro de las Escuelas para padres y madres de familia y cuidadores en el sistema educativo.
- Artículo 17. Difusión de contenidos pedagógicos en materia de salud mental y atención preventiva en niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
- Artículo 18. Intervención.
- Artículo 19. Acompañamiento y seguimiento a estudiantes.
- Artículo 20. Capacitaciones al personal de las instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter público y privado, así como las instituciones de educación superior.
- Artículo 21. Articulación intersectorial entre Salud y Educación.
- Artículo 22. Fortalecimiento de las competencias parentales.

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

- Artículo 23. Política de Salud Mental Post COVID – 19.
- Artículo 24 Cartilla virtual.
- Artículo 25. Programa “No temas”.

CAPÍTULO V- DISPOSICIONES PARA EL ENFOQUE PSICOESPIRITUAL EN LA SALUD MENTAL

- Artículo 26. Definición del enfoque psicoespiritual en la salud mental.
- Artículo 27. Protocolo para la adopción del enfoque psicoespiritual para la atención en Salud Mental.

CAPÍTULO VI. OTRAS DISPOSICIONES

- Artículo 28. Obligatoriedad.
- Artículo 29. Informe y divulgación.

- Artículo 30. Informes al Congreso de la República.
- Artículo 31. Inclúyase un párrafo al artículo de la Ley 1616 de 2013
- Artículo 32. Reglamentación.
- Artículo 33. Vigencia y derogatorias.

2. - SOBRE LA SALUD MENTAL EN GENERAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, de manera que puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad¹. Esta concepción pone de manifiesto una noción positiva de la salud mental, la cual se aparta de la mera ausencia de trastornos o discapacidades y, en consecuencia, amplía el enfoque de intervención al pasar de un limitante tratamiento de la enfermedad a un amplio espectro de interacciones cotidianas, desde una integralidad de componentes y determinantes. En este sentido, la salud mental debe ser abordada desde un enfoque de intervención sobre (i) los entornos de desarrollo individuales y colectivos; ii) los determinantes sociales que afectan el estado de bienestar de las personas; y, iii) las diferencias poblacionales, culturales y territoriales que condicionan y moldean las diferentes formas de vida.

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

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

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

³ Ibídem.

- Diferencia entre Problema Mental y Trastorno Mental

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

- *“Problema mental como el malestar y las dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental. En esta categoría se encuentran las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas y las reacciones emocionales ante las pérdidas significativas tales como, síntomas depresivos y/o ansiosos, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, problemas de aprendizaje, problemas de comunicación, dificultades de socialización, conductas de riesgo alimentario (no comer aunque se tenga hambre, malestar con el acto de comer, atracones, vómito después de comer) y alteraciones en el sueño, entre otros”.*

- *“Trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”. Se entiende así que los problemas mentales se diferencian de los trastornos mentales en la severidad de la sintomatología y el grado la disfuncionalidad psicosocial que originan”.*

Ahora bien, de acuerdo con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud en su página web: *“La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.”*

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

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

1. La forma como nos comportamos y nos relacionamos con las personas y el entorno en nuestra vida diaria es el resultado de la manera en que transcurren las percepciones, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás contenidos en nuestra mente, los cuales se encuentran íntimamente afectados por factores genéticos, congénitos, biológicos y de la historia particular de cada persona y su familia, así como por aspectos culturales y sociales.
2. La salud mental es una construcción social que puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los criterios de salud y enfermedad, normalidad y anormalidad establecidos en cada grupo social (que puede ser tan extenso como una nación o tan reducido como una familia), lo cual influirá directamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a un determinado grupo. ”⁴

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

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

Las personas que sufren obsesiones mentales pueden tardar una media de 8-10 años en acudir al psicólogo o al psiquiatra. Sin ser conscientes, comienzan a transformar sus hábitos cotidianos y a ser subordinados de su trastorno. Solo cuando esos problemas empiezan a afectarles en su día a día y a ocasionarles serias dificultades en su vida

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

*laboral o personal deciden dar el paso y acudir a un especialista, normalmente empujados por algún familiar cercano”.*⁵

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

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

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

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

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

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

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

Por su parte, los trastornos mentales son alteraciones clínicamente significativas de tipo emocional, cognitivo o comportamental que generan disfunción del desarrollo de las funciones mentales, procesos psicológicos o biológicos en el individuo⁸. Estos se diferencian de los problemas mentales en la severidad de la sintomatología, grado de disfuncionalidad del individuo y condiciones crónicas asociadas a trastornos depresivos y de ansiedad, esquizofrenia, epilepsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de la memoria, entre otros. En términos más específicos del ordenamiento jurídico nacional, en la Ley 1616 de 2013 encontramos la siguiente definición:

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

3. IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

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

Lo anterior, en consonancia con el objetivo de reducir la tasa de mortalidad por suicidio para 2030 planteado por los objetivos de desarrollo sostenible. Para cumplir este objetivo la OMS, el enfoque LIVE LIFE para la prevención del suicidio en el que se da prioridad a cuatro intervenciones de reconocida eficacia: *“limitación del acceso a los medios que posibilitan el suicidio; interacción con los medios de comunicación para que informen de forma*

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental.

responsable sobre el suicidio; desarrollo de aptitudes sociales y emocionales para la vida en los adolescentes; e intervención temprana para cualquier persona afectada por comportamientos suicidas.”

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

1. Elaborar y aplicar políticas y leyes que promuevan y protejan la salud mental; apoyando a los cuidadores para que presten una atención afectuosa.
2. Poner en marcha programas escolares que incluyan intervenciones contra la intimidación.
3. Mejorar la calidad de los entornos en las comunidades y los espacios digitales.
4. Los programas escolares de aprendizaje social y emocional.

3.1. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL FRENTE AL SUICIDIO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio fue la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años y la causa número 22 en la población general a nivel mundial. Asimismo, representa el 1,3% de las muertes a nivel mundial.⁷ Frente al intento de suicidio la OMS calculó que el intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado.⁸

3.2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL SUICIDIO EN AMÉRICA

En todo el continente, durante los años 2010-2014 los hombres presentaron aumento en la tasa de suicidio a partir de los 45 años, y fue más alta a partir de los 75 años; en el caso de las mujeres, las tasas más elevadas se presentaron entre los 45 y 59 años. No obstante, las tasas de suicidio se mantuvieron estables en la región en este periodo, sin embargo, en comparación con otras regiones, fue la única que presentó tendencia al incremento.⁹

3.3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL SUICIDIO EN COLOMBIA

En Colombia, la muerte por suicidio fue la tercera causa externa de muerte en 2019 y ha presentado tendencia al aumento continuo desde 2013. De las muertes por suicidio en 2019, el 79,9% ocurrió en hombres. Ahora bien, para el año 2020, los intentos de suicidio fueron más frecuentes en mujeres que en hombres, utilizando mecanismos de intoxicación (65,5%) y ahorcamiento/asfixia, con una proporción mayor en hombres (4,7 %) frente al 3,1 % en mujeres.¹⁰

⁷ Instituto Nacional de Salud. (2022). Protocolo de Vigilancia de Intento de Suicidio.

⁸ Ibídem.

⁹ Ibídem.

¹⁰ Ibídem.

El principal factor de riesgo fue por trastorno depresivo (26,7 %), y el principal factor desencadenante fue el conflicto con la pareja/expareja (35,8 %), seguido por los problemas económicos (13,6 %).¹¹

Las entidades territoriales que presentaron tasas de incidencia superiores a la tasa nacional fueron Caldas, Risaralda, Vaupés, Putumayo, Quindío, Tolima, Amazonas, Arauca, Casanare, Antioquia, Huila, Meta, Barranquilla, Nariño, Boyacá, Norte de Santander, Cundinamarca, Cauca, y Santander.¹²

Algunas cifras son:



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

4. SALUD MENTAL EN ENTORNOS CARCELARIOS, PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD

¹¹ *Ibídem.*

¹² *Ibídem.*

Diversos estudios coinciden en señalar que la prisión es un lugar que genera efectos totalmente contrarios a la promoción de un bienestar psicológico, toda vez que están asociados a la pérdida del derecho a la libertad, restricciones frente al estilo de vida, pérdida de autonomía, de empleo, de vivienda y de relaciones interpersonales, incluyendo relaciones con la pareja, padres e hijos. A lo anterior deben sumarse las dinámicas de violencia imperantes en dichos entornos, lo que en muchos casos resulta en abusos y victimización¹³.

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

Ahora bien, al abordar el caso colombiano es importante mencionar que si bien en el país ha ido aumentando el interés por el estudio de la situación de salud mental –tanto que se han observado distintos esfuerzos por un mayor desarrollo normativo y la formulación de políticas públicas sobre el tema–, se observa una notable ausencia de información cuando se trata de la población privada de la libertad y los entornos carcelarios. Entre la poca información disponible al respecto, encontramos cifras del INPEC que para el año 2015 reportaban que de 121.421 personas privadas de la libertad, cerca de 2.400 padecían alguna patología mental. Sin embargo, la evaluación psiquiátrica que determinaba esta cifra no es realizada a todos los reclusos y es posible que los trastornos existieran antes de ingresar o que se desencadenaran por la privación de la libertad. De hecho, hasta enero de 2019 en el país habían 187.477 reclusos, cifra que demuestra el incremento de la población carcelaria –en una situación de hacinamiento ampliamente conocida– y el posible incremento del número de presos con patologías mentales y en constante exposición a ella.

Según el Código Penitenciario y Carcelario¹⁴, esta población debería recibir tratamiento en establecimientos de tipo asistencial y terapéutico situados fuera de las cárceles. No obstante, con el nivel de hacinamiento, a las cárceles siguen llegando personas que padecen trastornos

¹³ Aponte M.C; Espinosa S; González D (2019). *Salud Mental en Centros Penitenciarios*.

¹⁴ Ley 65 de 1993. “Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario”. Artículo 24: Establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreveniente.

mentales. Para albergar a esta población, el INPEC cuenta con dos unidades de salud mental, una en la cárcel La Modelo de Bogotá y otra en la de Villahermosa de Cali, en las que se encuentran todo tipo de casos: Reclusos a la espera de que un juez los declare inimputables, otros que ya han sido condenados y pese a padecer un trastorno mental no fueron eximidos penalmente y, además, se recibe de forma temporal a los presos de los patios comunes cuando presentan una crisis o un episodio psicótico. Otro aspecto que resulta problemático es que esas plazas están destinadas únicamente a los hombres, pues, aunque las mujeres tras las rejas tienen más probabilidades de padecer un trastorno mental, sus establecimientos no cuentan con una unidad de atención especializada.

En el año 2015, la Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria realizó visitas de inspección a 12 establecimientos¹⁵ y encontró que la farmacodependencia es el trastorno mental más frecuente al interior de los establecimientos, seguidos por la esquizofrenia, el trastorno de ansiedad y trastornos del afecto como depresión y trastorno afectivo bipolar. A partir de este estudio, la Defensoría pudo concluir que el servicio de atención en salud prestado en los establecimientos no garantiza los estándares mínimos de atención en salud mental para la población privada de la libertad contemplados en el artículo 6 de la Ley 1616 de 2013 y además señala que situaciones como el suministro diario de medicamentos y la atención psiquiátrica mensual, bimestral y en algunas ocasiones trimestral no satisface las necesidades de tratamiento de la mayoría de las patologías presentadas por los internos.

Por su parte, el Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el sistema penitenciario y carcelario colombiano de 2016, realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes y la Escuela de Salud Pública de Harvard, resalta la incidencia de depresión en los internos (24% en la cárcel La Modelo), un dato que no es de menor importancia si se tiene en cuenta que según la Encuesta Nacional de Salud Mental el 4,7% de los colombianos padece este trastorno. De otro lado, el Laboratorio de Psicología Jurídica de la Universidad Nacional presentó en 2017 el Informe nacional de prisiones, donde se evalúan diversos indicadores que con incidencia directa sobre la salud mental de las personas privadas de la libertad, evidenciando que, por ejemplo, el hacinamiento registrado fue del 47%, sobrepasando en algunos establecimientos el 100 %, la tasa de suicidios pasó de 9,05 en 2016 a 10,34 en 2017, y la de homicidio pasó de 25,63 en 2016 a 27,58 en 2017; respecto a los indicadores de atención en salud, se encontró que solo el 12% de los internos tuvo

¹⁵ En cada uno se realizó una entrevista al personal encargado, revisión de historias clínicas, registros de entrega de medicamentos y lugar en el que estos son almacenados.

examen de ingreso, y el porcentaje de reclusos que habían recibido atención primaria en salud fue del 25,7%.

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

Al respecto, la Corte Constitucional se ha pronunciado en varias oportunidades y ha señalado que, en atención al carácter de fundamental del Derecho a la Salud, este no puede verse ni suspendido ni restringido cuando se trata de una persona privada de la libertad. En este sentido, la protección al Derecho a la Salud incluye la protección de las personas que padecen enfermedades mentales dentro de los establecimientos penitenciarios y carcelarios, así mismo, esta protección se brinda garantizando los servicios médicos necesarios para el tratamiento de diagnósticos psiquiátricos, lo cual incluye la reclusión dentro de las instalaciones idóneas y propicias, de acuerdo al estado de salud de los internos¹⁶. En otro pronunciamiento, la Corte resalta que Colombia ha suscrito una serie de instrumentos jurídicos internacionales que le son vinculantes y traen como consecuencia automática el respetar y garantizar los derechos de esta población. Entre ellos se encuentra la Convención Americana de Derechos Humanos que establece que el Estado debe garantizar las condiciones dignas de reclusión, y el tratamiento médico al que haya lugar en el caso que la persona privada de la libertad padezca de algún tipo de enfermedad, obligación que se ha desarrollado vía jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y que ha sido recogida por la Corte Constitucional¹⁷.

¹⁶ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-149 de 2014.

¹⁷ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-750A de 2012.

5. SALUD MENTAL Y TALENTO HUMANO EN SALUD

En el año 2000, la OMS incluyó el síndrome de Burnout en la undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y lo caracteriza como un síndrome ocupacional que se debe únicamente al estrés crónico en el lugar de trabajo. Dentro de los síntomas que permiten identificar el trastorno, la OMS hace mención de: i) sentimientos de agotamiento extremo; ii) aumento de la distancia mental del trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo; y iii) reducción de la eficacia laboral. La mayor parte de las veces se da por exceso de horas laborando, sumado al poco descanso que termina en desgaste físico y mental¹⁸.

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

Para el caso de los trabajadores de la Salud, a partir de una iniciativa del Colegio Médico Colombiano (CMC) se logra hacer un primer acercamiento a las condiciones laborales de este personal en Colombia; es así como la Encuesta Nacional de Situación Laboral para los Profesionales de la Salud 2019¹⁹ reveló que el país atraviesa por una precarización de las condiciones laborales del personal de salud, que ha llevado al aumento de casos de Burnout y suicidios. Según los datos de la encuesta, el 36% de los médicos generales en el país trabaja en dos o tres sitios, y el 30% de los especialistas labora en tres o más centros médicos. También se encontró que los médicos rurales están trabajando 264 o más horas al mes; es decir, laboran unas 66 horas a la semana, y el 33% de los médicos especialistas también trabaja de 48 a 66 horas a la semana. En relación con las afectaciones en el ámbito laboral, el 80% de los médicos generales, el 81% de los especialistas, el 52% de los rurales y el 75% de otros profesionales de la salud afirman haber tenido inconvenientes en el trabajo, siendo las principales causas los cambios en las condiciones del trabajo, constricción del ejercicio profesional y acoso laboral.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

¹⁹ Se trata de un estudio realizado por el Colegio Médico Colombiano (CMC), en el que se recopilan las respuestas de 8.249 médicos y profesionales de la salud en todo el país para conocer la realidad de la situación laboral del Talento Humano en Salud.

Las consecuencias de estas condiciones laborales no son de menor importancia. Según un estudio realizado por el Programa de Psiquiatría del Harlem Hospital Center en Nueva York²⁰, el riesgo de morir por suicidio entre los médicos hombres es el doble que en la población general, y en médicas mujeres es el triple o el cuádruple; adicionalmente, comparado con otras profesiones, los médicos tienen un riesgo de suicidarse mucho mayor que cualquier otra profesión, situaciones que se asocian con la depresión que se presentan en el 12 % de los médicos y hasta en el 20 % de las médicas. Con esto, queda de manifiesto el preocupante panorama que enfrentan los Trabajadores de la Salud en materia de salud mental, lo que, sumado a las condiciones de sobrecarga laboral, hace ineludible emprender acciones de promoción, prevención y atención integral.

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

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

²⁰ Medscape (2018). *Physicians Experience Highest Suicide Rate of Any Profession*. <https://www.medscape.com/viewarticle/896257>

6. SALUD MENTAL EN ENTORNOS EDUCATIVOS

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

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

Si observamos con más detalle la situación en niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con el Boletín de salud mental del año 2018²¹, se encontró que el número de personas de 0 a 19 años que consultan por trastornos mentales y del comportamiento es cada día mayor. De 2009 a 2017 se atendieron 2.128.573 niños, niñas y adolescentes con diagnósticos con código CIE 10: F00 a F99 (que agrupa los trastornos mentales y del comportamiento), con un promedio de 236.508 de personas atendidas por año.

Sumando a lo expuesto, resulta importante señalar que la importancia de generar espacios de promoción y atención preventiva e integral en materia de salud mental en los entornos escolares radica en la existencia de varios factores de riesgo en el entorno educativo que pueden afectar la salud mental de la niñez y adolescencia, entre ellos se encuentra la violencia, el consumo de SPA, la baja capacidad para proporcionar un ambiente apropiado para apoyar el aprendizaje, y la provisión inadecuada del servicio educativo²².

²¹ Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Boletín de salud mental: Salud mental en niños, niñas y adolescentes*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-mental-nna-2017.pdf>

²² Organización Mundial de la Salud (2005). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. 13 Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Encuesta de Salud de Escolares (ENSE)*.

Según la Encuesta de Salud de Escolares²³, el 20,5 % de los estudiantes refirió haber sido víctima de agresiones durante el último año. Específicamente, uno de cada cuatro escolares en Colombia participó en peleas físicas en el último año, y el 15,4 % de los escolares refirió haber sido intimidado al menos una vez en el último mes. Respecto al consumo de Sustancias Psicoactivas, según el Estudio Nacional de Consumo de SPA²⁴, se encontró que el 41,29 % de los menores considera que se distribuyen drogas dentro del colegio y el 48,29 % alrededor de este. Así mismo, el 24,84 % de los estudiantes ha visto personalmente a un alumno vendiendo o pasando droga en el colegio y el 35,76 % ha visto consumir drogas dentro o alrededor del colegio. En la población escolar entre los 12 y 18 años, el alcohol es la sustancia más consumida (6 de cada 10 reportaron haber consumido alcohol en el último año, y en promedio el consumo inició a los 13,1 años); con relación al consumo de SPA ilícitas, 6 de cada 100 reportaron su consumo, siendo la marihuana la más consumida, seguida de la cocaína.

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

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

²³ Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Encuesta de Salud de Escolares (ENSE).

²⁴ Observatorio de Drogas de Colombia (2016). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar.

escolar, incluyendo el involucramiento activo de los padres y familiares en el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes.

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

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

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

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

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

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

7. SALUD MENTAL DURANTE EL AISLAMIENTO POR LA PANDEMIA DEL COVID 19

De acuerdo con la información que se encuentra en la página de la Organización Mundial para la Salud – OMS²⁵, los desafíos que trajo consigo en aislamiento por la pandemia del COVID 19 conlleva a un cambio en las actividades cotidianas de las personas. Los retos han sido de gran magnitud para todos los sectores de la población; para el personal de la salud, que hoy presta sus servicios en circunstancias muy complejas y de riesgo, para trabajadores en general no ha sido fácil lograr separar la vida laboral de la familiar y tratar de conciliar entre estas dos una jornada, que les permita tener un equilibrio entre los compromisos del trabajo y la vida privada, las personas con enfermedades mentales han tenido que estar más aisladas ahora que antes, para las familias que perdieron un ser querido durante el aislamiento fue muy complejo no poder llevar a cabo el duelo y poder despedir de la mejor forma a ese ser querido y qué decir de los estudiantes en general, para ellos ha sido un reto lograr mantener la concentración y continuar desarrollando su formación académica ahora desde el hogar, esto sumado a la ansiedad que conlleva no tener claro lo que traerá consigo su futuro académico y laboral.

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

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

No existe en la historia de la humanidad un antecedente que permita evidenciar lo ocurrido recientemente en relación al cierre de las instituciones educativas por la pandemia del COVID, de acuerdo con el informe de políticas: Las repercusiones de la COVID-19 en los niños²⁶ un total de 188 países impusieron un cierre a nivel nacional las instituciones, que afectaron a más de 1.500 millones de niños y jóvenes en todo el mundo.

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

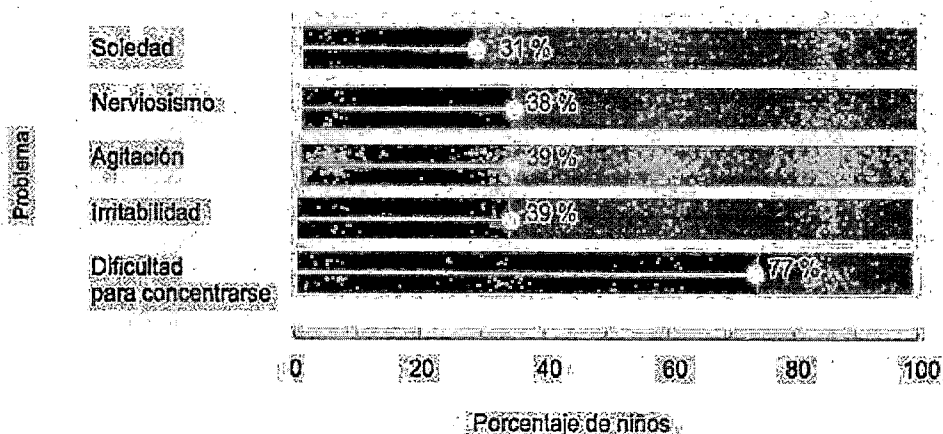
²⁵ <https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/world-mental-health-day-2020>.

²⁶ https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/informe_guterres_covid_infancia.pdf

(distanciamiento social obligatorio) por la pandemia de COVID-19²⁷, encuestó a 1.000 jóvenes en Bogotá y reveló que el 68,1 % presentó diferentes niveles de depresión según la Escala PHQ 8 con un puntaje mayor de 10. El 29% tenía niveles leves, 22% moderados y 17% severos.

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

Problemas experimentados por los niños durante el confinamiento debido a la COVID-19, según los padres (España e Italia)



Fuente: Informe de la Organización de las Naciones Unidas, mayo de 2020 en relación a la salud mental de los niños²⁸

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

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

²⁷ <https://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/0/ESM+Jo%C2%BFvenes+-+Present+MinSalud+versi%C3%B3n+3.pdf/c5414e93-e078-4e0a-971f-99dfd9adbdb>

²⁸ https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf

mayores herramientas de protección a la salud mental de los estudiantes a partir de la inclusión de programas específicos.

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

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

El objetivo es que en los distintos espacios, ya sea educativos, empresariales, gubernamentales, fuerza pública, el sector salud, las personas se formen para brindar estos primeros auxilios psicológicos de una manera más profesional y efectiva.²⁹

7. SALUD MENTAL Y ENFOQUE PSICOESPIRITUAL

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

"El referente concreto de la dignidad humana está vinculado con tres ámbitos exclusivos de la persona natural: la autonomía individual (materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de determinarse según esa elección), unas condiciones de vida cualificadas (referidas a las circunstancias materiales necesarias para desarrollar el proyecto de vida) y la intangibilidad

²⁹[https://integracion-academica.org/25-volumen-5-numero-15-2017/173-primeros-auxilios-psicologicos#:~:text=Es%20la%20intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20en,cognitivo%20y%20conductual%20\(social\).](https://integracion-academica.org/25-volumen-5-numero-15-2017/173-primeros-auxilios-psicologicos#:~:text=Es%20la%20intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20en,cognitivo%20y%20conductual%20(social).)

del cuerpo y del espíritu (entendida como integridad física y espiritual, presupuesto para la realización del proyecto de vida)” (Sentencia T-881/02)

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

“Conductas dirigidas a la exclusión social mediadas por un atentado o un desconocimiento a la dimensión física y espiritual de las personas se encuentran constitucionalmente prohibidas al estar cobijadas por los predicados normativos de la dignidad humana; igualmente tanto las autoridades del Estado como los particulares están en la obligación de adelantar lo necesario para conservar la intangibilidad de estos bienes y sobre todo en la de promover políticas de inclusión social a partir de la obligación de corregir los efectos de situaciones ya consolidadas en las cuales esté comprometida la afectación a los mismos” (Sentencia T-881/02)

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

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

Desde el punto de vista académico, la dimensión psicoespiritual se podría definir como la integración de la dimensión espiritual en la práctica clínica de la salud mental, reconociendo que la espiritualidad desempeña un papel relevante en el proceso terapéutico y recuperación del paciente. El sistema de creencias y valores religiosos otorgan influyen en la manera como cómo se afrontan los trastornos y desafíos emocionales y psicológicos. Así lo reconocen académicos e investigadores del campo de la psicología clínica, como Kenneth Pargament, David Lukoff, Christiana Puchalski, Harold Koenig y Ellen Idler³⁰.

³⁰ Ver Pargament, K (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guildford Press. 348 p. Mark Cobb, Christina M Puchalski, Bruce Rumbold (2012). *The Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. Oxford University Press.

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

3. FUNDAMENTOS NORMATIVOS

CONSTITUCIÓN POLÍTICA COLOMBIANA:

La Constitución Política consagra una serie de normas para la protección de la salud mental. Entre ellas, se destacan:

- **Artículo 13.** “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”
- **Artículo 47.** El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.
- **Artículo 49.** “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”

- **Artículo 366.** El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación

ORDENAMIENTO JURÍDICO COLOMBIANO

En el ordenamiento jurídico nacional encontramos:

- Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en incluyó el Plan Obligatorio de Salud (POS) y a través del Plan de Atención Básica (PAB) que corresponde al conjunto de intervenciones encaminadas a promover la salud y prevenir la enfermedad.
- Ley 1122 de 2007 ordenó la inclusión de acciones orientadas a la promoción de la salud mental en los planes de Salud Pública y en los planes de desarrollo nacional y territorial e incorporó estrategias para la promoción de la salud mental, tratamiento de los trastornos mentales, prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.
- Ley 1616 de 2013 *“Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”*, la cual tiene como objeto “garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud”.
- Ley 1751 de 2015 *“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*
- Ley 1955 de 2019, Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 propuso avanzar en la expedición del documento CONPES de salud mental; el cual aborda de manera intersectorial la gestión integral para la salud mental de la población colombiana.

POLÍTICAS PÚBLICAS

- Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, posicionando la salud mental como una prioridad nacional, fomentando su incorporación en los planes territoriales de salud (PTS) y asignando la responsabilidad de la promoción, con énfasis en el ámbito familiar, a las EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales e IPS.

- Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021
- Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015
- Política Nacional de Salud Mental, 15 de noviembre de 2018
- El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012 – 2021, en la dimensión de convivencia social y salud mental se identifican dos componentes: i) Promoción de la salud mental y la convivencia y ii) Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia)
- Documento CONPES 3992, 14 de abril de 2020 - Estrategia para la Salud Mental en Colombia.

REGLAMENTOS MEDIANTE ACTOS ADMINISTRATIVOS

- Decreto 0658 de 2013 “Por el cual se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013”.
- Decreto 780 de 2.016 “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud Protección Social*”
- Resolución 2358, se formuló la Política de Salud Mental, esta política incluyó directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre atención primaria y promoción de la salud emocional, desarrollo socioeconómico y calidad de vida y apuntó a la prevención en la aparición de la enfermedad mental, reorientación y mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud y actuación conjunta con la vigilancia en salud pública.

JURISPRUDENCIA.

La Corte Constitucional, como máximo órgano de la jurisdicción constitucional, mediante la Sentencia T-949 de 2013, se pronunció sobre las personas que sufren de afectaciones a la salud mental, en los siguientes términos:

“Por las implicaciones que tienen frente a la posibilidad de tomar decisiones, de interactuar con otros, y en tanto implican serios padecimientos para ellos y sus familias, son sujetos de especial protección constitucional y merecen mayor atención por parte de la sociedad en general, especialmente de sus familiares y de los sectores encargados de suministrar atención en salud. Generando entonces en cabeza de la familia y la sociedad en general, el deber de propugnar una recuperación en caso de ser posible, o entablar los mecanismos posibles para que lleven una vida en condiciones dignas.”

Asimismo, la Corte, en la Sentencia citada previamente, revisó los instrumentos jurídicos a nivel internacional que protegen a las personas que padecen enfermedades mentales:

“En el marco de la prevención de la discriminación, como la Declaración de los Derechos de los impedidos de 1975, los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental de 1991, adoptados por la Asamblea General de la ONU, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada a nivel interno por la Ley 1346 de 2009. Asimismo, en 2009 fue promulgada la Ley 1306 que regula la Protección de Personas con Discapacidad Mental y establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados.

“En la mayoría de estos instrumentos se resalta la importancia de crear condiciones propicias para la vinculación de las personas con discapacidad en la sociedad, la generación de formas de vida independientes y autónomas y el ejercicio de todos los derechos en la medida de lo posible.”

Igualmente, la Sentencia T-422 de 2017 resaltó la responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud de la siguiente manera:

“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.”

En el año 2019, la Corte Constitucional, a través de la Sentencia T-050 de 2019, reiteró que el derecho a la salud mental es un derecho fundamental y que el internamiento por salud mental está incluido en el Plan de Beneficios en Salud.

Más adelante, en el 2021, la Corte Constitucional, en Sentencia T-001 de 2021, respecto al derecho a la salud mental, manifestó:

“Todos los habitantes de Colombia tienen derecho a disfrutar del mayor nivel posible de salud mental. En otras palabras, el derecho a la salud mental es parte integrante del derecho a la salud” La salud mental es entendida por la Organización Mundial de la Salud como un “estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad”

Igualmente, en el 2021, la Corte Constitucional, en la Sentencia T 291 de 2021, se refirió y definió la salud mental, así:

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

4. IMPACTO FISCAL DEL PROYECTO DE LEY.

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia³¹ de la Corte Constitucional:

“(…) En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7° de la Ley 819 de 2003: (i) las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica; (ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias

³¹ Corte Constitucional. Sentencia C-866 del 3 de noviembre de 2010. M.P Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

económicas del proyecto”; (iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual “se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático”; y (iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica (...).

(...) Por otra parte, es preciso reiterar que si el Ministerio de Hacienda no participa en el curso del proyecto durante su formación en el Congreso de la República, mal puede ello significar que el proceso legislativo se encuentra viciado por no haber tenido en cuenta las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003. Puesto que la carga principal en la presentación de las consecuencias fiscales de los proyectos reside en el Ministerio de Hacienda, la omisión del Ministerio en informar a los congresistas acerca de los problemas que presenta el proyecto no afecta la validez del proceso legislativo ni vicia la ley correspondiente(...).

(...) En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7° de la Ley 819 de 2003:

(i) las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica;
(ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto”;

(iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el

Legislador ejerza su función legislativa, lo cual “se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático”; y
(iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica (...).”

5. CONFLICTO DE INTERESES.

Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual “*El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286 ley 5 de 1992. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar*”.

A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.

“Artículo 1º. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos De intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.

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

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

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

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

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

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

(Negrilla propia)

b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.

c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.

d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.

e) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.

f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...). (Subrayado y negrilla fuera de texto).

En el mismo sentido, ha manifestado ya la Honorable Corte Constitucional, que el inevitable interés político que subyace a una reforma constitucional, al concurrir con los intereses generales, no configura un conflicto de interés en sentencia **C 294 de 2021** estableció lo siguiente:

“La regla general es que no cabe plantear impedimentos o recusaciones por conflicto de intereses con motivo del trámite de una reforma constitucional; estas figuras

**PEDRO
FLOREZ**

SENADOR

pedro.florez@senado.gov.co
Instagram: @PedroHFlorez
X: @PedroHFlorez
www.pedroflorez.com

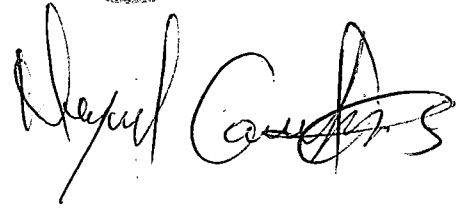
únicamente son procedentes en casos excepcionales en los que aparezca claramente demostrada la existencia de un interés privado concurrente en cabeza de un miembro del Congreso. Como por regla general las reformas constitucionales afectan por igual a todos los colombianos, independientemente de su condición o no de parlamentario, es inusual que algún congresista se encuentre particularmente privilegiado o perjudicado por un acto legislativo, y que, por lo mismo, de él se predique un conflicto de intereses. No se deben confundir, de un lado, los intereses políticos - inevitables en el ámbito parlamentario y sobre todo cuando se trata de reformar la Constitución- los cuales pueden concurrir con los intereses generales, con los denominados intereses meramente privados que, de otro lado, sí están excluidos por la figura del conflicto de intereses -tales como los intereses económicos particulares del congresista o los intereses meramente personales y subjetivos de orden no político-. De admitirse que los intereses políticos a favor o en contra de una reforma constitucional inhiben a los congresistas de participar en su tramitación, muchas normas de la Carta se tornarían irreformables o pétreas, como por ejemplo todas las normas sobre el Congreso de la República, las elecciones, los partidos, la relación entre el gobierno y la oposición y las entidades territoriales”

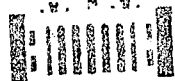
De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que, para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley, no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Congresistas, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

Cordialmente,


PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS

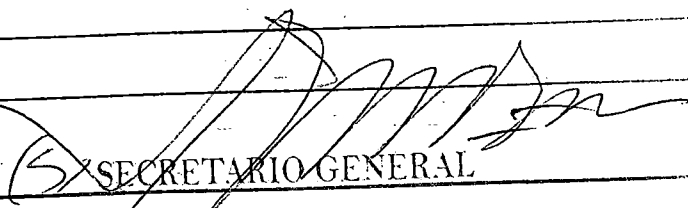
Senador de la República





SENADO DE LA REPÚBLICA
SECRETARÍA GENERAL

EL día 22 de Julio del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de ley X Acto legislativo _____
No. 038/26 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito,
G. Pedro Fernando Flores


SECRETARIO GENERAL