



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)  
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXI - N° 711

Bogotá, D. C., viernes, 19 de octubre de 2012

EDICIÓN DE 40 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO  
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO  
www.secretariasenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO  
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA  
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### RESOLUCIONES DE MESA DIRECTIVA

COMISIÓN SEGUNDA  
CONSTITUCIONAL PERMANENTE  
**RESOLUCIÓN DE MESA DIRECTIVA  
NÚMERO 002 DE 2012**

(octubre 9)

*por la cual se establece el procedimiento para el estudio de los Ascensos Militares que confiera el Gobierno Nacional desde Oficiales Generales y Oficiales de Insignia de la Fuerza Pública, hasta el más alto grado.*

CONSIDERANDO:

a) Que el artículo 173 numeral 2 de la Constitución Política establece que es atribución del Senado de la República: “Aprobar o improbar los ascensos militares que confiera el Gobierno, desde Oficiales Generales y Oficiales de Insignia de la Fuerza Pública, hasta el más alto grado;

b) Que la Comisión Segunda Constitucional Permanente del honorable Senado de la República, es la encargada de aprobar o improbar en primer debate, los ascensos de los militares que confiera el Gobierno Nacional, desde Oficiales Generales y Oficiales de Insignia de la Fuerza Pública, hasta el más alto grado;

c) Que ha sido decisión de la Mesa Directiva establecer los requisitos de procedimiento para que la honorable Comisión Segunda del Senado de la República adelante el estudio de los ascensos de los militares que confiera el Gobierno Nacional, desde Oficiales Generales y Oficiales de Insignia de la Fuerza Pública, hasta el más alto grado, hasta tanto sean aprobados los proyectos de ley que cursan en el honorable Congreso de la República sobre esta materia y que reglamentan con mayor amplitud este procedimiento,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Requisitos.* Para el trámite por parte de la Comisión Segunda del honorable Senado de la República, de los Ascensos de Oficiales Generales y Oficiales de Insignia de la Fuerza Pública, hasta el más alto grado, se deberá cumplir con el lleno de los siguientes requisitos:

1. Radicación del decreto en virtud del cual el Gobierno Nacional confiere el ascenso, ante la Secretaría de la Comisión Segunda del Senado treinta días antes del ascenso de los Oficiales en sus respectivas escuelas. **El cumplimiento de este requisito será indispensable para la asignación de ponentes por parte de la Mesa Directiva.**

2. Radicación en la Secretaría de la Comisión Segunda del Senado de la hoja de vida Militar o de Policía del candidato y sus anexos, la cual debe haber sido publicada previamente en la página web oficial de la Presidencia de la República, la cual debe contener soporte de los siguientes documentos:

- Certificado de antecedentes judiciales expedido por la entidad correspondiente.
- Original vigente del certificado de antecedentes fiscales de la Contraloría General de la República.
- Antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación.
- Concepto favorable de la Junta Asesora del Ministerio de Defensa Nacional.
- Informe que contenga las razones y argumentos de la Junta Asesora de Generales de cada Fuerza y del Gobierno Nacional, que determinaron la selección para el ascenso Militar y de Policía Nacional.

• Un informe del Jefe de Inteligencia de cada Fuerza donde certifique que la declaración de renta concuerda con los negocios e ingresos de los Oficiales a ascender.

Artículo 2°. *Designación de Ponente.* Con posterioridad al cumplimiento de los anteriores requisitos, la Mesa Directiva de la Comisión Segunda designará ponente, quien contará con un término de quince (15) días para rendir el informe de ponencia de ascenso.

Una vez radicada la ponencia de ascenso para primer debate y publicada previamente en la gaceta oficial, se anunciará para su votación en sesión distinta a aquella en la cual se realizará la votación.

Artículo 3°. *Entrevista.* Los Oficiales Generales y Oficiales de Insignia de la Fuerza Pública tendrán entrevista en privado con sus respectivos ponentes dentro del término para rendir ponencia.

Posteriormente y antes de la presentación de la ponencia para primer debate los Oficiales Generales y Oficiales de Insignia de la Fuerza Pública, harán su presentación oficial en sesión que podrá ser reservada ante los miembros de la Comisión Segunda Constitucional Permanente del honorable Senado de la República, en la cual expondrán un breve resumen de su hoja de vida y experiencia.

En esta misma sesión deberá rendirse el concepto de los Comandantes de cada Fuerza y el con-

cepto del Gobierno Nacional, en cabeza del Ministro de Defensa, sobre los merecimientos y razones del ascenso, sin perjuicio de los documentos amparados por la reserva proveniente de la seguridad del Estado.

Una vez finalizada la exposición, cualquiera de los honorables Senadores, podrá hacerle al candidato a ascenso Militar o de Policía Nacional, las preguntas que considere pertinentes.

Artículo 4°. *Aplazamiento.* La Comisión Segunda del Senado de la República podrá aprobar el aplazamiento de cualquier ascenso con votación que requerirá mayoría absoluta, cuando exista una apertura formal de investigación penal o disciplinaria que comprometa gravemente al implicado.

Artículo 5°. *Primer Debate.* Una vez rendida la ponencia y aprobado el ascenso en primer debate, continuará el trámite ordinario en la Plenaria del Senado de la República.

Dada en Bogotá, D. C., a 9 de octubre de 2012.

La Presidenta,

*Myriam Alicia Paredes Aguirre.*

El Vicepresidente,

*Carlos Fernando Motoa Solarte.*

El Secretario General,

*Diego Alejandro González González.*

## PONENCIAS

### **INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 249 DE 2012 SENADO, 044 DE 2011 CÁMARA**

*por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C., octubre 16 de 2012

Doctor

JORGE ELIÉCER BALLESTEROS

BERNIER

Presidente

Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

**Referencia:** Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 249 de 2012 Senado, 044 de 2011 Cámara, *por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.*

Señor Presidente:

En cumplimiento de la designación que nos fue encomendada, presentamos el informe para primer debate en el Senado de la República al Proyecto de ley número 249 de 2012 Senado, 044 de 2011 Cámara, y para efectos de lo cual nos permitimos hacer las siguientes consideraciones:

#### **1. Objeto y contenido de la iniciativa legislativa**

##### **Objeto del proyecto**

El proyecto de ley, *por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones* tiene por objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, con fundamento en la disposición constitucional del artículo 49 que certifica el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social, con un enfoque preventivo y de derechos humanos, priorizando a los niños, niñas y adolescentes y los adultos mayores.

##### **2. Marco jurídico del proyecto**

El Proyecto de ley número 249 de 2012 Senado, 044 de 2011 Cámara a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992; se trata de una iniciativa Congresional presentada por la honorable Representante a la Cámara Alba Luz Pinilla Pedraza y el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina quienes tienen la competencia para tal efecto.

Cumple además con los artículos 154, 157, 158 de la Constitución Política referentes a su origen, formalidades de publicidad y unidad de materia. Así mismo con el artículo 150 de la Carta que manifiesta que dentro de las funciones del Congreso está la de hacer las leyes.

### 3. Justificación de la iniciativa

El presente proyecto de ley tiene tres vertientes fundamentales para efectos de su justificación. Se verificará, con fines de analizarlo, tres aspectos básicos: 1. Análisis de la situación actual<sup>1</sup>. 2. La necesidad de su implementación, y 3. La constitucionalidad de sus disposiciones.

La pertinencia y la necesidad serán analizadas en el presente numeral relacionado con el análisis de la situación actual y la constitucionalidad será observada dentro del numeral 4.1 concerniente a la jurisprudencia legal y constitucional.

#### 3.1 Análisis de la situación.

La OMS calcula que 25% de las personas (una de cada cuatro) padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida<sup>2</sup>, la OMS revela que casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos, ante lo cual se infiere que la brecha entre las personas que necesitan tratamiento y las que lo reciben puede aumentar ante la presencia de sistemas de salud débiles, con bajo presupuesto o altamente corruptos.

En el caso de los aumentos de desastres naturales por causa del cambio climático presenta repercusiones psicosociales por la pérdida de vidas humanas, la pérdida del capital de trabajo y las pérdidas que se encuentran asociadas a la pérdida de la vivienda, por reacciones inesperadas ante sucesos traumáticos.

Cada año mueren en el mundo por causa del suicidio alrededor de un millón de personas, de las cuales unas 63.000 corresponden a las Américas<sup>3</sup> asociados a problemas de salud mental.

Entre los determinantes sociales, ambientales y económicos relacionados con salud mental se encuentran, por un lado, la pobreza, la guerra, la migración, la marginación, la falta de educación, la falta de transporte, la falta de casa, la malnutrición, la violencia, la delincuencia, las condiciones laborales y de empleo, el nivel de ingresos, la presencia de inequidades de género; y, por otro, la participación social y la existencia de servicios sociales, redes comunitarias y apoyo social (Hosman y Saxena, 2005; Petras, 2002; Amable y Benach, 2000 y 2002; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007; Ramos, 2003)<sup>4</sup>.

De manera general a continuación se presentan algunas cifras de la OMS que evidencian la problemática a nivel global:

- El 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Se estima que la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. En el mundo, las regiones con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental. La mayor parte “de países de ingresos bajos y medios cuentan con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas”<sup>5</sup>.

- La depresión es la causa más importante de Discapacidad.

- Aproximadamente unas 800.000 personas se suicidan al año, de esta cifra unas 688.000 personas viven en países de ingresos medios y bajos. De esta cantidad anual, más del 50% están en el rango de edad comprendida entre 15 a 44 años. Y “Las tasas más altas de suicidio se registran entre los varones de los países de Europa del este. Los trastornos mentales, una de las principales causas de suicidio, son tratables”<sup>6</sup>.

- Las guerras y otros desastres de gran envergadura tienen un gran impacto en la salud mental y el bienestar psicosocial. La incidencia de los trastornos mentales tiende a duplicarse después de las emergencias.

- Los trastornos mentales constituyen un factor de riesgo de las enfermedades transmisibles y las no transmisibles. “También pueden dar lugar a traumatismos no intencionales o intencionales”<sup>7</sup>.

- El estigma asociado al padecimiento de trastornos mentales y la discriminación a la que son sometidos los enfermos y sus familias son un factor decisivo para que las personas no soliciten atención en salud mental. “En Sudáfrica, un estudio del Gobierno mostró que la mayoría de la gente pensaba que las enfermedades mentales estaban relacionadas con el estrés o con la falta de fuerza de voluntad más que con trastornos médicos. Contrariamente a lo que se podría pensar, los niveles de estigma son mayores en las zonas urbanas y entre las personas con un nivel de educación más alto”<sup>8</sup>.

- La distribución del talento humano dedicado a atención en salud mental alrededor del mundo

<sup>1</sup> El análisis de la situación actual está basado en datos y cifras tomados del plan de acción sobre salud mental, tomado de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf)

<sup>2</sup> *Ibíd.*

<sup>3</sup> Datos tomados de la OMS en Estrategia y plan de acción sobre salud mental.

<sup>4</sup> Hosman, C; Jane-Llopis E. y Saxena S (eds.). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Oxford: Oxford University Press, 2005; Petras, James. Los perversos efectos psicológicos del capitalismo salvaje. Neoliberalismo, resistencia popular y salud mental. 2002. En línea. 2007. Disponible: [www.manueltalens.com](http://www.manueltalens.com); Amable, Marcelo y Benach Joan. “La precariedad laboral ¿un

nuevo problema de salud pública?” Gaceta Sanitaria. 14.6 (2000); Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas (OPS/OMS). Declaración de Caracas sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica. Washington: OMS, 1990<sup>a</sup>; Ramos, Miguel Ángel. Salud mental y violencia estructural en varones de sectores urbanos pobres. 2003. En línea. 2007. Disponible: [www.diassere.org.pe/docs/](http://www.diassere.org.pe/docs/).

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. Datos y Cifras en [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index.html).

<sup>6</sup> *Ídem.*

<sup>7</sup> *Ídem.*

<sup>8</sup> *Ídem.*

es desigual “La escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención en los países de ingresos bajos y medios. Los países de ingresos bajos cuentan con 0,05 psiquiatras y 0,42 enfermeras psiquiátricas por cada 100 000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos la tasa de los psiquiatras es 170 veces mayor y la de las enfermeras es 70 veces mayor”<sup>9</sup>.

- Se ha calculado que la generación y ampliación de la atención en Salud Mental necesita unos recursos financieros “relativamente modestos: US\$2 por persona y año en los países de ingresos bajos y US\$3 a 4, en los de ingresos medios”<sup>10</sup>.

Para el caso colombiano según el estudio realizado por ASOCOPSI<sup>11</sup> el 30% de la población colombiana padece de algún tipo de trastorno siquiátrico que es causa frecuente de morbilidad y mortalidad, hecho que implica que estamos por encima del promedio mundial y podría estar asociado al conflicto armado interno, al desempleo, la delincuencia común, la pobreza y los niveles de desigualdad, marginalidad que son parte del contexto colombiano.

En otro panorama que se asocia a la salud mental implica a los emigrantes colombianos en el exterior en condiciones de ilegalidad, toda vez que se someten a tratos crueles, condiciones informales de trabajo, discriminación por razones de su nacionalidad y maltrato.

En este mismo estudio se determinó que los trastornos siquiátricos que padecen los colombianos son causa frecuente de morbimortalidad, porque:

- “Los pacientes con trastornos siquiátricos tienen mayor morbilidad que la mayoría de las enfermedades crónicas.

- Presentan con mayor frecuencia de enfermedades sistémicas.

- Padece un trastorno psiquiátrico empeora el pronóstico de las enfermedades sistémicas concomitantes.

- Los pacientes con trastornos siquiátricos muestran una mayor mortalidad que la población general.

- Un 60% de estos pacientes intenta suicidarse una vez en la vida, y entre un 10 y un 15% lo logra efectivamente”<sup>12</sup>.

Igualmente, se llegó a comprobar que los trastornos mentales deterioran de manera significativa la calidad de vida de las personas y generan mayor discapacidad laboral. En este sentido, el mismo estudio concluye:

- “Entre las 10 primeras causas de discapacidad a nivel mundial, 5 son trastornos siquiátricos.

- Los pacientes sufren complicaciones severas en cuanto a su funcionamiento social, interpersonal, familiar, laboral y la calidad de vida.

- Tienen a perder un promedio de ocho años por enfermedad.

- Conllevan mayor frecuencia de divorcio, soltería y disfunción familiar.

- Tienen mayor riesgo de subempleo y desempleo.
- Causan un mayor menoscabo de la calidad de vida que la mayoría de las enfermedades crónicas.

- Los pacientes con trastornos siquiátricos corren un alto riesgo de exclusión, estigmatización y discriminación<sup>13</sup>”.

El referido estudio señaló entre la prevalencia de los principales trastornos psiquiátricos, los siguientes:

PREVALENCIA DE LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	
Depresión	19.6%
Trastornos del sueño	15.0 %
Dependencia de sustancias psicoactivas	12.0 %
Déficit de atención	12.0 %
Demencias	10.0 %
Estrés postraumático	6.0 %
Pánico	3.0 %
Obsesión Compulsiva (TOC)	3.0 %
Bipolaridad	2.5 %
Esquizofrenia	1.0 %

Fuente: Defensoría del Pueblo. La Salud Mental en Colombia.

### 3.2 La necesidad de su implementación

Teniendo en cuenta todo lo antedicho y siguiendo lo preceptuado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud) existe una brecha enorme entre las personas que necesitan tratamiento a sus enfermedades mentales y las que reciben realmente el tratamiento, esta brecha que presentaremos a través del siguiente gráfico<sup>14</sup> no tiene en cuenta la calidad y eficacia del tratamiento.

Trastorno	Prevalencia media (por 100 habitantes adultos) (12 meses)	Brechas de tratamiento (%)
Psicosis no afectivas	1,0	37,4
Depresión mayor	4,9	58,9
Distimia	1,7	58,8
Trastorno bipolar	0,8	64,0
Trastorno de ansiedad	3,4	63,1
Trastorno de pánico	1,0	52,9
Trastorno obsesivo compulsivo	1,4	59,9
Uso nocivo o dependencia del alcohol	5,7	71,4

Según el informe Forense de 2011<sup>15</sup> en Colombia se presentaron 1889 casos de suicidio, ci-

<sup>9</sup> Ídem.

<sup>10</sup> Ídem.

<sup>11</sup> Tomado de un análisis realizado por la Defensoría del Pueblo en el año 2008 sobre la situación de la salud mental de los colombianos: [http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/i1\\_2008.pdf](http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/i1_2008.pdf).

<sup>12</sup> Ídem. Pág. 6.

<sup>13</sup> Ídem. Págs. 6-7

<sup>14</sup> Fuente: elaboración propia basados en datos aportados por la OPS (Organización Panamericana de la Salud).

<sup>15</sup> Medicina Legal. Forense 2011. Datos oficiales sobre la violencia en Colombia en el 2011. Disponible en <http://www.medicinallegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2011/6-F-11-Suicidio.pdf>.

fra que representa un incremento de 1,32 % con respecto al año 2010, lo cual a su vez refleja una tasa de 4,10 por 100.000 habitantes, asimismo este estudio concluyó que:

1. La ciudad con mayor número de muertes fue Bogotá con 227 casos, los cuales representan el 14,66%, y lo cual significa una tasa de 3,7 por cada 100.000 habitantes, Medellín, (6, con el 38,86%, y dentro de estos el grupo de 20 a 24 años (16,62%) fue el mayor porcentaje, seguido con 13,23%, por el grupo de 25 a 29 años. Esta tendencia ha permanecido igual en los últimos años<sup>16</sup>.

2. Los adolescentes de 15 a 17 años tuvieron “una participación porcentual de 7,25 % de los casos de suicidio, todo lo cual aumentó con respecto a los años anteriores: 6,86 % en el 2010, 6,93 % en el 2009 y 5,97 % en el 2008”<sup>17</sup>.

3. Se incrementó “la tasa de suicidios por 100.000 habitantes en la población de más de 80 años de edad, al pasar de 5,73 en 2010 a 6,04 en 2011”<sup>18</sup>.

Este importante estudio 2011 finaliza con un llamado que el Congreso de la República no puede pasar por alto y es que el suicidio se da a edades cada vez más tempranas en el caso de los adolescentes 15 a 17 años y al mismo tiempo, se incrementó en el caso de los adultos mayores “hallazgos que ameritan una profundización de la investigación en los entornos de estos grupos etarios que permitan identificar los factores de riesgo y la vulnerabilidad para este fenómeno, y sobre las cuales se estructuren programas específicos de intervención.”<sup>19</sup> Más adelante concluye de manera perentoria “dado que el suicidio es un suceso de gran impacto social que puede reflejar globalmente la salud mental de la población en estudio, y una posible insuficiencia de recursos materiales y, también, psicoemocionales para enfrentar las circunstancias adversas individuales de la vida, así como las sociales y económicas del entorno, se sugiere promover desde la infancia, una educación emocional tanto en el ámbito del hogar como en el escolar para el manejo de la frustración, los mecanismos efectivos de comunicación y la resolución apropiada de los conflictos interiores, sin dejar de lado la detección precoz de tendencias y conductas suicidas como mecanismo de prevención secundaria.” Este importante y urgente llamado podría atenderse de manera eficiente y suficiente si el Congreso de la República adopta el articulado propuesto en el proyecto de ley sub examine.

De otra parte, la Organización Mundial de la Salud refiere la importancia de salud mental en tanto el centro del desarrollo equilibrado para una vida sana, que desempeña una función importante en las relaciones humanas la integración interpersonal. Es un factor clave para la inclusión social, es decir permite a la persona participar de su co-

munidad con completa normalidad y permite el desarrollo de la economía, toda vez que la economía también depende de personas sanas para enfrentar retos y posibilidades con calidad.

La salud mental es parte indivisible de la salud física y es la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a las crisis, y es conveniente para establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida.

La necesidad tiene también que ver con que las personas que padecen enfermedades mentales tienen mayor riesgo de morir de manera temprana por otro tipo de afecciones patológicas, tienen menos posibilidad de rendir en sus ocupaciones laborales, conllevan mayor frecuencia a sufrir de disfunción familiar y social. Existe una estrecha relación entre los niveles de salud mental y los derechos familiares, individuales, institucionales y comunitarios.

El hecho de que se puedan hacer efectivos estos derechos también tiene que ver con la capacidad de disfrutar de una salud mental, de manera directamente proporcional, y las condiciones de salud mental determinan, a su vez, su ejercicio y garantía; las limitaciones de salud mental se asocian con 17 la vulneración de los derechos, y la vulneración de los derechos incide negativamente en las condiciones de salud mental.

El respeto de los derechos supone la construcción de una sociedad más equitativa e incluyente que garantice por igual las condiciones para una existencia digna, la participación ciudadana, el uso de bienes y servicios sociales y el acceso a los medios de producción y desarrollo. La constitución de sujetos de derechos es, a su vez, inseparable de la consolidación de las personas como sujetos de responsabilidades o deberes. El reconocerse como sujeto de derechos posibilita el respeto de los derechos de los demás y es, por lo tanto, la condición indispensable para la apropiación de los deberes.

Desde tres facetas pueden analizarse las relaciones entre derechos y el campo de la salud mental: los derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos de las personas con trastornos mentales. El Sistema de Seguridad Social (Ley 100 de 1993), en consonancia con la Constitución, busca materializar ese derecho. Los principios de equidad, solidaridad, obligatoriedad, protección integral, calidad y participación social se plantearon con ese fin, y los planes de beneficios contienen las actividades, intervenciones y procedimientos requeridos para alcanzarlo.

Sin embargo, el sistema no es equitativo<sup>20</sup> en lo que a salud mental se refiere. Aunque pretende garantizar el derecho a la salud, no parece incluir

<sup>16</sup> *Ibíd.*, página 248.

<sup>17</sup> *Ibíd.*, página 248.

<sup>18</sup> *Ibíd.*, página 248.

<sup>19</sup> *Ibíd.*, página 263.

<sup>20</sup> <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%20C3%A9ricas/Documentos/2011/Salud%20Mental/Normatividad/POLITICA%20DE%20SALUD%20MENTAL.pdf>

en ese propósito la garantía del derecho a la salud mental. Las acciones de salud mental en los planes de beneficio del sistema son pobres, a pesar de algunos esfuerzos por incrementar las acciones de promoción y prevención.

Ahora bien, la OMS alerta sobre la necesidad de aumentar la disponibilidad de servicios de salud mental y en tal aumento es necesario superar cinco obstáculos principales: “la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación; la actual organización de los servicios de salud mental; la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental, y la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública”<sup>21</sup>.

En este sentido, la disponibilidad de servicios de Salud Mental en Colombia, es la siguiente:

REGIÓN	NÚMERO DE IPS
Caribe	43
Pacífica	32
Andina	230
Amazónica	4
Llanos Orientales	18
Sitio no definido	77
<b>Total</b>	<b>404</b>

Fuente: Ministerio de Salud<sup>22</sup>.

#### 4. Fundamento jurídico

Consideramos importante tener en cuenta el siguiente Marco Jurídico sobre el análisis del Proyecto de ley número 249 de 2012 Senado, 044 de 2011 Cámara, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

De manera sintética se reseñan las principales normas e instrumentos relacionados con la Salud Mental:

NORMA O INSTRUMENTO INTERNACIONAL	CONTENIDO
Pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales	Artículo 12. 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
Convención sobre los Derechos del Niño	Artículo 27. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, <u>mental</u> , espiritual, moral y social.

NORMA O INSTRUMENTO INTERNACIONAL	CONTENIDO
Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	A los efectos de la presente Convención, se entenderá por el término “tortura” todo acto por el cual <u>se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales</u> , con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación.
Convenios de Ginebra y Protocolos adicionales	No se pondrán en peligro, mediante ninguna acción u omisión injustificada, <u>la salud ni la integridad física o mental de las personas</u> en poder de la Parte adversa.
El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador	Artículo 10. Derecho a la Salud: “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, <u>mental</u> y social.
Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra personas con discapacidad	El término “discapacidad” significa una deficiencia física, <u>mental</u> o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.
Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes	Artículo 3°. Ningún Estado permitirá o tolerará tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. No podrán invocarse circunstancias excepcionales tales como estado de guerra o amenaza de guerra, inestabilidad política interna o cualquier otra emergencia pública como justificación de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
Declaración de Alma-Atá sobre la atención primaria en salud	Artículo 1: La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, <u>mental</u> y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud <sup>23</sup> .
Estrategia y plan de acción sobre la salud mental OMS <sup>24</sup>	La atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad.
Declaración sobre los derechos de los enfermos mentales	El enfermo mental tiene derecho a <sup>25</sup> : “recibir la mejor atención y tratamiento apropiados y menos restrictivos, según las más elevadas normas técnicas y éticas <sup>26</sup> .”
Declaración de los Derechos Humanos y la salud mental	Artículo 5°. “Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos. Esto incluye un esfuerzo orientado a la consecución por parte del enfermo del mayor grado posible de autodeterminación y de responsabilidad personal. El tratamiento se realizará dentro de un cuadro conocido y aceptado por la comunidad, de la manera menos molesta y menos restrictiva posible. En este sentido, será positivo que se aplique lo mejor en interés del paciente y no en interés de la familia, la comunidad, los profesionales o el Estado. El tratamiento de las personas cuyas posibilidades de gestión personal se hayan visto mermadas por la enfermedad, incluirá una rehabilitación psicosocial dirigida al restablecimiento de las aptitudes vitales y se hará cargo de sus necesidades de alojamiento, empleo, transporte, ingresos económicos, información y seguimiento después de su salida del hospital” <sup>27</sup> .
Principios rectores de los desplazamientos internos	Principio 19: Los desplazados internos enfermos o heridos y los que sufran discapacidades recibirán en la mayor medida posible y con la máxima celeridad la atención y cuidado médicos que requieren, sin distinción alguna salvo por razones exclusivamente médicas. Cuando sea necesario, los desplazados internos tendrán acceso a los servicios psicológicos y sociales. <sup>28, 29</sup>

<sup>21</sup> Tomado de la Página web de la OMS.

<sup>22</sup> Estudio de Calidad de Servicios de Salud mental 2011. Documento preliminar. Septiembre de 2012. Mimeo.

NORMA O INSTRUMENTO INTERNACIONAL	CONTENIDO
Declaración de los derechos de los impedidos	Derecho 3: el impedido tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana. El impedido, cualquiera que sea el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible <sup>30</sup> .

Descendiendo al plano constitucional el artículo 49 establece la atención en salud como servicio público a cargo del Estado y establece la garantía universal e irrenunciable de acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Señala en cabeza del Estado la determinación de las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas, y al mismo tiempo ejercer la vigilancia y control sobre aquellos.

De otra parte el inciso k) del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 señala que el Plan Obligatorio de Salud:

“El Plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio”.

Por su parte, la Jurisprudencia constitucional en Sentencia T-248 de 1998 señaló como doctrina constitucional que la vida humana no radica únicamente en los aspectos de supervivencia biológica sino que a esta le corresponden unas condiciones de dignidad. Indica que la persona es un todo integral compuesto de materia, física y biología y de elementos de orden espiritual, mental y psíquico. Honrar la Dignidad Humana “exige la confluencia de todos esos factores como esenciales en cuanto contribuyen a configurar el conjunto del individuo”<sup>31</sup>.

Otro de los puntos relevantes es que la constitución proclama el derecho fundamental a la integridad personal y en este no está inmerso solo el componente físico sino también “los elementos que inciden en la salud mental y en el equilibrio psicológico. Ambos por igual deben conservarse y, por ello, los atentados contra uno u otro de tales

*factores de la integridad personal -por acción o por omisión- vulneran ese derecho fundamental y ponen en peligro el de la vida en las anotadas condiciones de dignidad”<sup>32</sup>.*

En la misma sentencia se estableció que cuando se afecta la salud mental o psicológica de una persona no solamente están comprometidos los derechos fundamentales que a ella corresponden. Y en términos de la atención en salud, afirmó que “No es indispensable, para tener derecho a la atención médica, que el paciente se encuentre en la fase crítica de una enfermedad psicológica o mental. Aceptarlo así equivaldría a excluir, en todos los campos de la medicina, los cuidados preventivos y la profilaxis. Habría que esperar la presencia del padecimiento en su estado más avanzado y tal vez incurable e irreversible para que tuviera lugar la prestación del servicio. En el caso de las enfermedades mentales, si se acogiera dicho criterio, tendría que supeditarse todo tratamiento a la presencia cierta o inminente de la esquizofrenia, la demencia o la locura furiosa. Por supuesto, las entidades públicas o privadas encargadas de prestar los servicios de salud no pueden excluir de su cobertura los padecimientos relacionados con el equilibrio y la sanidad mental y psicológica de sus afiliados o beneficiarios en ninguna de las fases o etapas de evolución de una determinada patología”<sup>33</sup>.

En la **Sentencia T-414-99** se estableció la salud mental es un derecho fundamental *por conexidad con la vida y la integridad personal* porque “su afectación conduce a la disminución de las condiciones de vida digna, al poner en riesgo entre otras cosas la capacidad de relacionarse en sociedad, poniendo en riesgo sus derechos. En tanto derecho humano, es un derecho interdependiente, de este modo está inescindiblemente relacionado con derechos como la vida digna, la integridad personal, la autonomía y la seguridad económica, su vulneración pone en riesgo los derechos de la persona, pero al mismo tiempo los de su familia y hasta los de la colectividad. Se expresa entre otros en el derecho a la atención adecuada de la salud mental y los tratamientos que lo realicen deben ser parte integrante del Sistema de Salud en Seguridad Social”<sup>34</sup>.

Posteriormente en la **Sentencia T-630-04** reitera todo lo antedicho en cuanto se releva el carácter holístico de la salud mental del ser humano “Cuando la salud mental de una persona se encuentre afectada, considerando que el aspecto psicológico y mental de los seres humanos hace parte del concepto de vida en condiciones dignas y que la dignidad humana implica la posibilidad de exigir un tratamiento acorde con la condición humana, es obligación del juez de tutela conceder el

<sup>23</sup> [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

<sup>24</sup> [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf)

<sup>25</sup> En el documento se encuentran enunciados los derechos, pero no se encuentran enumerados.

<sup>26</sup> <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rldmml/v2-3n2-1/art10.pdf> (ver en anexo 1).

<sup>27</sup> <http://mentalliness.espacioblog.com/post/2006/02/24/declaracion-los-derechos-humanos-y-la-salud-mental>

<sup>28</sup> <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0022>

<sup>29</sup> El texto original no aparece subrayado.

<sup>30</sup> <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/6/pr/pr41.pdf>

<sup>31</sup> Corte Constitucional Sentencia T-248 de 1998.

<sup>32</sup> Ídem.

<sup>33</sup> Ídem. Esta línea de argumentación también puede encontrarse en las Sentencias T-414 de 1999 y T-409 de 2000.

<sup>34</sup> Corte Constitucional Sentencia T-419 de 1999.

*amparo al derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida digna del tutelante y, para poner fin a esta situación*<sup>35</sup>.

**Sentencia T-1090-04** señala “Debido a que su disminución psíquica los pone en estado de debilidad manifiesta, esta población requiere de altos niveles de atención que, en algunas ocasiones exige su hospitalización, pero que en otras resulta conveniente que el tratamiento psiquiátrico se realice dentro de su entorno social. De hecho, según diferentes conceptos médicos rendidos en casos similares al presente, la hospitalización de los enfermos mentales debe ser excepcional y, en lo posible, temporal, pues el tratamiento más adecuado es el que se lleva a cabo en la comunidad de la que proviene el paciente”.

**Sentencia T-306-06** afirma que como parte integral del derecho a la salud, “las personas tienen derecho a poder acceder a tratamientos adecuados cuando tengan problemas para disfrutar del más alto nivel posible de salud mental” e indica que “aparte de existir un derecho a la atención adecuada de la salud mental, los tratamientos que tiendan a realizar el anterior derecho deben ser parte integrante del Sistema de Salud en Seguridad Social, por lo cual las reglas jurisprudenciales que la Corte Constitucional ha elaborado respecto al derecho a la salud en general son aplicables frente a peticiones de tutela de la salud mental, por ser parte de un mismo derecho y de un mismo Sistema de Seguridad Social.”<sup>36</sup>

### 5. Impacto Fiscal

El Estudio técnico de actualización integral del POS 2011 identificó una lista de 39 patologías prioritarias en salud para la población así:

- Enfermedades infecciosas 25,64%.
- Enfermedades asociadas a cáncer con el 15,38%.
- Enfermedades del sistema circulatorio 10,6%.
- Enfermedades de salud mental 10,6%.
- Enfermedades relacionadas con la salud oral 7,69%.
- Enfermedades respiratorias 7,69%.
- Enfermedades relacionadas con el Sistema Nervioso Central 5,13%.
- Enfermedades relacionadas con el ojo 5,13%.
- Enfermedades relacionadas con condiciones nutricionales 5,13%.
- Enfermedades relacionadas con el sistema autoinmune, el sistema endocrino o genéticas.

En este mismo estudio la CRES concluyó que la primera causa de carga de enfermedad correspondió a Depresión Mayor Unipolar, “condición identificada como presente entre los grupos de 5 a 14 años hasta 60 a 69 años, siendo crítica en el grupo de 15 a 29 años, en el que aporta 188,68 AVISAS totales atribuibles a discapacidad y predomi-

nante en el grupo femenino. Otras condiciones de salud mental incluidas son los trastornos bipolares, esquizofrenia y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol. Estos análisis nos señalaron la necesidad de tener dentro de las prioridades la evaluación de tecnologías relacionadas con estas patologías y estimar dentro de la actualización integral el aumento de la cobertura de procedimientos de atención para la salud mental así como de la estancia intrahospitalaria”<sup>37</sup>.

A partir de esta constatación y el cruce de información de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y el registro Individual de Prestaciones de Servicios (RIPS) la CRES determinó la relevancia de la actualización del POS en Salud Mental teniendo en cuenta dos elementos: carga de enfermedad y la dirección que ha tomado la política pública consignada en leyes y otros instrumentos desde la cual ha establecido una notable notoriedad la salud mental para asegurar la salud integral en situaciones como abuso sexual, violencia intrafamiliar y maltrato, trastornos nutricionales como anorexia y bulimia, el abuso de spa, así como la condición de discapacidad, en tal sentido recomendó “el aumento de cobertura en días de internación y sesiones de psicoterapia tanto individual, como grupal y familiar, para fortalecer el manejo integral de estas condiciones de salud”<sup>38</sup>.

En este sentido, la CRES actualizó el POS para las enfermedades mentales ampliando “la frecuencia de terapias por psicología y psiquiatría, para un total de 30 sesiones para psicoterapia individual al año, al igual que para las intervenciones de grupo (familiar, de pareja y grupal), e internación de complejidad media teniendo en cuenta la disponibilidad de unidades de salud mental en el país. De otra parte, en relación con los medicamentos se decidió la inclusión de aquellos que ofrecían un mayor espectro terapéutico con adecuada efectividad, como fue el caso de la Risperidona, Olanzapina y Sertralina.

Estas inclusiones contribuyen igualmente al manejo integral en salud mental para los casos de la bulimia y anorexia, del abuso sexual y de la violencia intrafamiliar, contando con psicoterapia individual y grupal y con la ampliación de la cobertura de internación por estos conceptos”<sup>39</sup>.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario precisar que:

- Este proyecto de ley pretende ordenar la promoción, prevención y atención integral e integrada en Salud Mental, no aumentar los costos sobre la UPC, todos los costos de la presente ley están asumidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Participaciones, dentro de las proyecciones que se han hecho en virtud de la Sentencia T-760 de 2008, las Leyes 1562 de 2012, la Ley 1566 de 2012 y la Ley 1438 de 2011.

<sup>37</sup> Comisión de Regulación en Salud. Actualización Integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud Año 2011. Página 53.

<sup>38</sup> *Ibíd.*

<sup>39</sup> *Ibíd.*

<sup>35</sup> Corte Constitucional Sentencia T-630 de 2004.

<sup>36</sup> Corte Constitucional Sentencia T-306 de 2006.

• El proyecto de ley se enmarca en la legislación vigente de manera que recoge la institucionalidad del Sistema de Seguridad Social en Salud y de conformidad con aquella es el Gobierno Nacional el responsable de su implementación bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud.

• Las tecnologías, procedimientos, actividades y medicamentos en salud mental surtieron un análisis de impacto por parte de la CRES, los cuales arrojaron un resultado positivo en cuanto lo técnico y financiero para efectos de su inclusión en la actualización del POS 2011. En virtud de lo anterior, la carga de enfermedad, la carga de uso en materia de salud mental, el perfil epidemiológico y

demás variables ordenadas en la ley determinarán la inclusión o no de nuevos procedimientos, actividades y medicamentos en el POS de manera que serán los actores competentes del Sistema de Seguridad Social quienes determinarán la inclusión y el impacto fiscal en cada actualización que se haga del POS en cada uno de los regímenes vigentes.

• El proyecto de ley incorporó el principio de progresividad y no regresividad para garantizar que las inversiones realizadas en salud mental de la población se reflejen en resultados de salud “positivos”, teniendo en cuenta el costo de oportunidad que representa realizar actividades de promoción y prevención en salud mental.

## 6. Pliego de modificaciones

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p><b>Artículo 2°. <i>Ámbito de aplicación.</i></b> La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud, las Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.</p> <p>Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.</p>	<p><b>Artículo 2°. <i>Ámbito de aplicación.</i></b> La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al <b>Ministerio de Salud</b> y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud <b>o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios</b> las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.</p> <p>Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.</p>	<p>Se ajusta a la Nueva denominación del Ministerio de Salud en virtud de los artículos 6° y 9° de la Ley 1444 de 2011.</p> <p>De otra parte, frente al anuncio de la liquidación de la CRES hecha por el Señor Ministro de Salud el día 14 de Septiembre de 2012 en entrevista con El Espectador, en donde deja claro que la CRES desaparecerá y sus funciones serán asumidas por otras entidades e instancias.</p> <p>Finalmente se opta por la denominación más general de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios para abarcar todo el Sistema de Salud.</p>
<p><b>Artículo 3°. <i>Salud mental.</i></b> La salud mental se 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 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.</p> <p>La Salud Mental es 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.</p>	<p><b>Artículo 3°. <i>Salud mental.</i></b> La salud mental se 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 <b>individuales y colectivos</b> 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.</p> <p>La Salud Mental es 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.</p>	<p>Se ajusta el término para incluir a los sujetos <b>individuales y colectivos para plasmar todas las formas de sociabilidad.</b></p>
<p><b>Artículo 5°. <i>Definiciones.</i></b> Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:</p> <p><b>1. Promoción de la salud mental.</b> La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.</p> <p><b>2. Prevención del trastorno mental.</b> La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos y familias.</p>	<p><b>Artículo 5°. <i>Definiciones.</i></b> Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:</p> <p><b>1. Igual</b></p>	<p>Se ajusta el término prevención primaria para diferenciarla de otros niveles de prevención. Por prevención primaria se entienden las “Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo”. (Tomado del Documento Prevención de la Enfermedad. Caja Costarricense de Seguro Social).</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p><b>3. Atención integral e integrada en salud mental.</b> La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.</p> <p>La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.</p> <p><b>4. Trastorno mental.</b> Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una 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.</p> <p><b>5. Discapacidad mental.</b> Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.</p> <p><b>6. Problema psicosocial.</b> Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.</p> <p><b>7. Rehabilitación psicosocial.</b> Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.</p>	<p><b>2. Prevención <u>Primaria</u> del trastorno mental.</b> La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y <u>colectivos</u>.</p> <p><b>3. Atención integral e integrada en salud mental.</b> La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención <u>secundaria y terciaria</u>, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.</p> <p>La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.</p> <p><b>4. Igual</b></p> <p><b>5. Igual</b></p> <p><b>6. Igual</b></p> <p><b>7. Igual</b></p>	<p>En este orden de ideas, en el numeral 3 se incluyen los demás niveles de prevención así: <u>Secundaria y Terciaria</u>. Por <u>Secundaria</u> se entienden las “Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición.”(Ibíd.)</p> <p>La prevención terciaria son las “Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.” (Ibíd.)</p>
<p><b>Artículo 6°. Derechos de las personas.</b> Además de los Derechos consignados en la Constitución Política, el bloque de constitucionalidad y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:</p> <p>1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.</p>	<p><b>Artículo 6°. Derechos de las personas.</b> <u>Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales</u>, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:</p>	<p>Para dotar de mayor claridad este artículo siguiendo lo preceptuado por la Corte Constitucional en la Sentencia <u>T-760 de 2008</u> en el considerando <u>2.2.5.2</u>, en relación con la información en salud determinó una carta de derechos de los pacientes la cual deberá contener como mínimo: “(i) Una carta con los derechos del paciente. Esta deberá contener, por lo menos, los derechos contemplados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34ª</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p>2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.</p> <p>3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.</p> <p>4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.</p> <p>5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.</p> <p>6. Derecho a recibir psicoeducación sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.</p> <p>7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.</p> <p>8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley vigente.</p> <p>9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.</p> <p>10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.</p> <p>11. Derecho a mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.</p> <p>12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos y nunca como castigo.</p> <p>13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.</p> <p>14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.</p> <p>15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.</p> <p>Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional.</p>	<p>6. Derecho a recibir psicoeducación <b>a nivel individual y familiar</b> sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.</p> <p>8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la <b>Ley 1306 de 2009 y demás legislación</b> vigente.</p> <p>12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos y <del>nunca como castigo</del>.</p> <p>16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.</p> <p>Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. <b><u>Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.</u></b></p>	<p>Asamblea en 1981)” Este considerando fue reiterado en la parte resolutive de la Sentencia en la orden vigésima octava de la Corte Constitucional. En los siguientes términos:</p> <p>“Vigésimo octavo.- Ordenar al Ministerio de la Protección Social que, si aún no lo han hecho, adopte las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS, contributiva o subsidiada, le entreguen a toda persona, en términos sencillos y accesibles, la siguiente información:</p> <p>(i) Una carta con los derechos del paciente. Esta deberá contener, por lo menos, los derechos contemplados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (adoptada por la 34ª Asamblea en 1981)[528] y los contemplados en la parte motiva de esta providencia, en especial, en los capítulos 4 y 8. Esta Carta deberá estar acompañada de las indicaciones acerca de cuáles son las instituciones que prestan ayuda para exigir el cumplimiento de los derechos y cuáles los recursos mediante los cuales se puede solicitar y acceder a dicha ayuda.”</p> <p>De otra parte para articular la atención en este ámbito es necesario señalar explícitamente la Ley “1346 de 2009 -Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.</p> <p>Específicamente lo previsto en el artículo 25.</p> <p>En el numeral <b>6</b> se aclara que la psicoeducación es a nivel individual y familiar como una acción en el ámbito de la prevención primaria, secundaria y terciaria.</p> <p>En el numeral <b>8</b> se incluye la referencia explícita a la Ley 1306 de 2009 “Por la cual se dictan normas para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y se establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados.”</p> <p>En el numeral <b>12</b> se elimina la referencia a la conducta inadecuada en virtud del principio constitucional de buena fe.</p>
<p><b>Artículo 7°. De la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental.</b> El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades</p>	<p><b>Artículo 7°. De la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental.</b> <b>El Ministerio de Salud y Protección Social</b> o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implemen-</p>	<p>Se actualiza el nombre del Ministerio de Salud y Protección Social de conformidad con la Ley 1444 de 2011.</p> <p>Se incluye en el segundo inciso los <b>proyectos</b> como formas de ejecución necesarias en el ámbito intersectorial.</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p>Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.</p> <p>Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes y programas necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos.</p> <p>El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo.</p> <p>El Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las acciones de inspección, vigilancia y control respecto de lo ordenado en el presente artículo.</p>	<p>tación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.</p> <p>Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes, programas <u>y proyectos</u> necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos.</p> <p>El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo.</p> <p>El Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las acciones de inspección, vigilancia y control respecto de lo ordenado en el presente artículo.</p>	
<p><b>Artículo 8°. Acciones de promoción.</b> Las acciones de promoción en salud mental estarán dirigidas a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, participación social y seguridad económica.</p> <p>Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores. Tales acciones tendrán seguimiento y evaluación de impacto que permita planes de acción para el mejoramiento continuo así como la gestión del conocimiento e investigación.</p> <p>El Ministerio de Educación Nacional con la asesoría del Ministerio de Salud, diseñará acciones de promoción en salud mental que se implementarán en las instituciones educativas, con el objeto de incentivar las buenas prácticas de convivencia, gestión del riesgo o la prevención de la violencia escolar.</p>	<p><b>Artículo 8°. Acciones de promoción.</b> El Ministerio de Salud y <b>Protección Social dirigirá</b> las acciones de promoción en salud mental <b>a afectar</b> positivamente los determinantes <b>individuales y sociales</b> de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, <b>prevención del suicidio, prevención del consumo de sustancias psicoactivas</b>, participación social, seguridad económica <b>y alimentaria, lo anterior deberá armonizar y articularse a otras leyes, políticas públicas, programas y planes vigentes para lograr un trabajo intersectorial y transectorial pertinente y suficiente.</b></p> <p>Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores.</p> <p><b>El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud liderarán en coordinación y articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación</b> el diseño, implementación, <b>evaluación y ajuste de las</b> acciones de promoción en salud mental que se implementarán <b>en el Sistema Educativo incluyendo la educación superior</b>, con el objeto de incentivar las buenas prácticas de convivencia, gestión del riesgo o la prevención de la violencia escolar, <b>las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar.</b></p>	<p>Se dota de mayor sentido al artículo a efectos de precisar la entidad responsable de las acciones de promoción. El término alimentaria se trae a colación porque es parte insoslayable para afectar los determinantes individuales y sociales de la Salud Mental.</p> <p>En este segundo inciso se ordena la articulación con las demás políticas públicas vigentes de manera tal que las acciones de promoción no sean solo en el ámbito de la salud pública y la salud mental sino que al mismo tiempo sean transversales o complementarias a los objetivos establecidos en otras políticas públicas vigentes.</p> <p>En tal sentido, en el tercer inciso se da una orden específica para armonizar con lo preceptuado en la Sentencia T-905-11 de la Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional que ordenó en numeral “SEGUNDO. Ordenar Ministerio de Educación Nacional que en el término de seis meses contados a partir de la notificación de la presente providencia, en coordinación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación, lidere la formulación de una política general que permita la prevención, la detección y la atención de las prácticas de hostigamiento, acoso o “matoneo escolar”, de manera que sea coherente con los programas que se adelantan en la actualidad, con las competencias de las entidades territoriales y que constituya una herramienta básica para la actualización de todos los manuales de convivencia.</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
	<p><u>Las acciones consignadas en este artículo</u> tendrán seguimiento y evaluación de impacto que permita planes de acción para el mejoramiento continuo así como la gestión del conocimiento, investigación <u>e innovación.</u></p>	<p>La aplicación de tales instrumentos deberá tener como objetivo inmediato a las directivas, profesores, estudiantes y padres de familia del ITI. Conforme a lo dispuesto en este numeral, este establecimiento educativo tendrá un plazo no mayor a nueve meses para la modificación de su manual de convivencia, término durante el cual deberá definir y poner en marcha una estrategia provisional para reconocer la vulneración de derechos fundamentales en este caso y para implementar ejercicios de tolerancia y respeto.”</p> <p>Asimismo se incorpora el término innovación para hacer énfasis en la posibilidad de ajustar las prácticas, de ser creativos en las soluciones, y generarlas de acuerdo al contexto social y cultural.</p>
<p><b>Artículo 9°. Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el ámbito laboral.</b> Los Empleadores con la asesoría y asistencia técnica indelegable de las Administradoras de Riesgos Profesionales deben generar planes y programas de promoción y prevención en salud mental, así como la intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, dirigirá, orientará, coordinará y definirá los lineamientos en el diseño y la formulación de la política de salud relacionada con la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley.</p> <p>El Ministerio de Trabajo coordinará y evaluará las políticas y estrategias para enfrentar los riesgos laborales en salud mental.</p> <p>El Ministerio de Trabajo fijará las directrices de vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención ordenadas en el presente artículo en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley.</p> <p>Asimismo, vigilará el cumplimiento de lo ordenado en el presente artículo.</p>	<p><b>Artículo 9°. Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el ámbito laboral.</b> <u>Las Administradoras de Riesgos Laborales dentro de las actividades de promoción y prevención en salud deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de</u> promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y <u>deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo,</u> el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.</p> <p><b>El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para</b> el diseño, formulación <u>e implementación</u> de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del <u>trastorno mental</u> en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley.</p> <p>El Ministerio de Trabajo <u>y el Ministerio de Salud</u> evaluarán y ajustarán periódicamente este <u>lineamiento técnico</u> para enfrentar los riesgos laborales en salud mental.</p> <p><b>De acuerdo con lo establecido en la Ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control</b> de las acciones de promoción y prevención ordenadas en el presente artículo.</p>	<p>De conformidad con lo preceptuado en el artículo 11 de la Ley 1562 de 2011, es responsabilidad de las Administradoras de Riesgos Laborales realizar unas actividades mínimas de promoción y prevención en el Sistema General de Riesgos Laborales.</p> <p>En segundo lugar, estas ARL son las entidades responsables de hacer el acompañamiento y asesoría a los empleadores en la formulación e implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, y son a estos últimos a quienes les corresponde la gestión directa del riesgo psicosocial en el trabajo.</p> <p>En el inciso segundo se hace énfasis en que la rectoría del Sistema de Riesgos Laborales está en cabeza del Ministerio de Trabajo, al mismo tiempo es necesario que el Ministerio de Salud como ente rector de la Política de Salud Mental, se articule con el Min-Trabajo para generar unos lineamientos técnicos en consonancia con los avances de política pública y el perfil epidemiológico del país.</p> <p>En armonía con lo antedicho, a tales ministerios les corresponderá de manera conjunta hacer la evaluación y ajustes al lineamiento técnico de acuerdo a las dinámicas de los riesgos laborales en salud mental.</p> <p>Por último en el inciso final se hace una integración normativa atendiendo lo preceptuado en la Ley 1562 de 2012 que atribuye al Min-Trabajo las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el Sistema General de Riesgos Laborales.</p>
<p><b>Artículo 10. Responsabilidad en la atención integral e integrada en salud mental.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental para dar cumplimiento a la garantía en salud mental establecida en la presente ley.</p> <p>Dichos protocolos y guías incluirán los principales problemas y trastornos, los procesos y procedimientos para su implementación, ajustándolos periódicamente siempre que las necesidades y dinámicas del servicio así lo exijan.</p> <p>Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas alternativos de aten-</p>	<p><b>Artículo 10. Responsabilidad en la atención integral e integrada en salud mental.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con <u>la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente.</u></p> <p>Dicho <u>modelo de atención, guías y protocolos deberán garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas sujetas de atención asegurando la integralidad y los estándares</u></p>	<p>Se adiciona la expresión de participación ciudadana para darle alcance al mandato constitucional consignado en el preámbulo y los artículos 1, 2, 23, 86, 42, 103, 270, 332.</p> <p>Asimismo el artículo 106 de la Ley 1438 de 2011, establece en el <b>artículo 136 la Política Nacional de participación social.</b> Cuyo objetivo 136.1 es “Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste y el numeral 136.6. Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.”</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p>ción y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias.</p>	<p><b>de calidad e incluirán progresivamente todos los problemas, trastornos y enfermedades mentales así como</b> los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente <b>cada cinco años.</b></p> <p>Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones <b>complementarios</b> de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias.</p>	<p>Finalmente y atendiendo al perfil epidemiológico se sugiere que se realicen los protocolos y guías de atención progresivamente para todos los problemas y trastornos mentales. Para evitar la “petrificación” de los protocolos y guías estos deberán ajustarse por lo menos cada cinco años de manera tal que permita la introducción de nuevos paradigmas, técnicas y tecnologías en salud.</p> <p>Para lograr mayor impacto en la atención en salud es necesario que las acciones sean complementarias, esto es, acciones de apoyo a la atención en salud.</p>
<p><b>Artículo 11. Acciones complementarias para la atención integral.</b> La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa, entre otras.</p> <p>En todo caso, el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.</p>	<p><b>Artículo 11. Acciones complementarias para la atención integral.</b> La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa.</p> <p><b>Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social,</b> garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial <b>necesaria</b> como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.</p>	<p>Se ajusta la redacción del segundo inciso para garantizar la coherencia en la idea según la cual las acciones de promoción deben ser intersectoriales y transectoriales de modo que la acción estatal trascienda el ámbito institucional y llegue a concretar acciones con diferentes actores sociales.</p> <p>Igualmente se ajusta el nombre del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p><b>Artículo 12. Red integral de prestación de servicios en salud mental.</b> Los Entes Territoriales, Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud.</p> <p>Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.</p> <p>La prestación de servicios de salud deberá hacerse en el marco de la estrategia APS, contemplando la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad. Esta red estará articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice el retorno efectivo de los casos al primer nivel de atención.</p> <p>Los entes territoriales, las empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las administradoras de riesgos profesionales, podrán asociarse para prestar estos servicios, siempre que garanticen calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad en la prestación de los servicios de salud mental a las personas de cada territorio.</p>	<p><b>Artículo 12. Red integral de prestación de servicios en salud mental.</b> Los Entes Territoriales, <b>las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios</b> deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud.</p> <p>Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud <b>con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad</b> que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.</p> <p>Esta red estará articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice el retorno efectivo de los casos al primer nivel de atención.</p> <p>Los entes territoriales, <b>las empresas administradoras de planes de beneficios,</b> las administradoras de riesgos <b>laborales,</b> podrán asociarse para prestar estos servicios, siempre que garanticen calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad en la prestación de los servicios de salud mental a las personas de cada territorio.</p>	<p>En el primer inciso se introdujo las empresas administradoras de planes de beneficios, pues es la categoría legal y técnica que más se adecua a la orden impartida respecto de la disposición de la red de servicios.</p> <p>En el segundo inciso se precisa que el modelo de atención debe incluir la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad, y se elimina la primera parte del inciso tercero que repite “la prestación de servicios de salud deberá hacerse en el marco de la estrategia APS, contemplando la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad.”</p> <p>El último inciso se ajusta de conformidad con la denominación adoptada más arriba sobre las empresas administradoras de planes de beneficios; asimismo se ajusta la denominación de entidades administradoras de riesgos laborales de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012.</p>
<p><b>Artículo 13. Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental.</b> La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención ambulatoria.</li> <li>2. Atención domiciliaria.</li> <li>3. Atención prehospitalaria.</li> </ol>	<p><b>Artículo 13. Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental.</b> La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención Ambulatoria.</li> <li>2. Atención Domiciliaria.</li> <li>3. Atención Prehospitalaria.</li> </ol>	<p>Se presentan algunas modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental, esta enumeración no pretende ser taxativa sino una lista “mínima” que pone al día al país en relación con la conformación de una red de servicios básicos en salud Mental.</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p>4. Centro de Atención en Drogadicción. 5. Centro de Salud Mental Comunitario. 6. Grupos de Apoyo. 7. Hospital de Día para adultos. 8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes. 9. Rehabilitación basada en comunidad. 10. Unidades de Salud Mental. 11. Urgencia de Psiquiatría. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerá nuevas modalidades y servicios para la atención integral e integrada en Salud Mental en la perspectiva de mejoramiento continuo de la red.</p>	<p>4. Centro de Atención en Drogadicción y <b>Servicios de Farmacodependencia</b>. 5. Centro de Salud Mental Comunitario. 6. Grupos de Apoyo <b>de Pacientes y Familias</b>. 7. Hospital de Día para Adultos. 8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes. 9. Rehabilitación Basada en Comunidad 10. Unidades de Salud Mental. 11. Urgencia de Psiquiatría. <b>Parágrafo.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios para la atención integral e integrada en Salud Mental bajo <b>los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red.</b></p>	<p>Asimismo, se postulan los principios rectores de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo para garantizar que una vez alcanzado un nivel de desarrollo de la red, el Ministerio continúe en la senda de la consolidación de los avances para el Sistema de Salud.</p>
<p><b>Artículo 14. Prestadores de servicios.</b> Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas y proyectos, y en las modalidades de atención definidas por el Ministerio de la Protección Social, de conformidad con las actividades, procesos y procedimientos establecidos en la presente ley y demás disposiciones complementarias, so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación.</p>	<p><b>Artículo 14. Prestadores de servicios.</b> Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas, <b>modelo de atención, guías, protocolos</b> y modalidades de atención definidas por <b>el Ministerio de Salud y Protección Social, so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación vigente.</b> <b>Para este efecto</b> el Ministerio deberá <b>formular, implementar, evaluar y ajustar</b> tales instrumentos <b>de acuerdo con</b> lo establecido en la presente ley y demás disposiciones legales <b>complementarias.</b></p>	<p>Con el propósito de dotar de mayor claridad este artículo se elimina la oración “<b>en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud</b>”, a continuación se introduce el término <b>modelo de atención, guías y protocolos</b> para darle cabida al cambio en la atención en Salud Mental. Se ajusta el nombre del Ministerio de Salud y Protección Social y se presenta la consecuencia jurídica derivada de no atender lo preceptuado en la legislación. Finalmente se opta por redactar un segundo inciso que dé alcance a los instrumentos planteados en el inciso primero del artículo, acogiendo para ellos los ciclos de planear, hacer, verificar y actuar en el ámbito de las políticas.</p>
<p><b>Artículo 17. Mecanismos de seguimiento y evaluación.</b> Los entes territoriales deberán establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red de servicios en salud mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Estos mecanismos deben la participación de la ciudadanía y espacios de rendición de cuentas. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>	<p><b>Artículo 17. Mecanismos de seguimiento y evaluación.</b> Los entes territoriales deberán establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red de servicios en salud mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Estos mecanismos deben <b>contar con</b> la participación de la ciudadanía y espacios de rendición de cuentas. El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>	<p>Se hace un ajuste en la redacción</p>
<p><b>Artículo 18. Equipo interdisciplinario.</b> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapias Psicosociales, Enfermería, Médico General, entre otros, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p><b>Artículo 18. Equipo interdisciplinario.</b> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, <b>Terapia Psicosocial</b>, Médico General, <b>entre otros profesionales</b>, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Fundamentalmente se ajustan la designación de la profesión de terapia psicosocial, y se ajusta la enumeración de las profesiones. Se propone como fin último del trabajo del equipo de salud mental el respeto a la dignidad y los derechos de las personas, familias y colectivos sujetos de atención, al mismo tiempo el logro de la armonía en relación con la garantía de prevención y atención integral de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos.</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
	<p><u>Este equipo Interdisciplinario garantizará la prevención y atención integral e integrada de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos vigentes, a fin de garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas, familias y colectivos sujetos de atención asegurando la integralidad y los estándares de calidad.</u></p>	
<p><b>Artículo 19. Capacitación y formación de los equipos básicos en salud.</b> De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente.</p> <p>Las acciones de protección especial al talento humano que trabaja en salud mental, estarán a cargo de las Administradoras de Riesgos Profesionales, de acuerdo con el perfil de riesgo establecido por estas.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales informarán anualmente el cumplimiento de lo previsto en este artículo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para lo de su competencia.</p>	<p><b>Artículo 19. Capacitación y formación de los equipos básicos en salud.</b> De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente.</p> <p><u>El Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Salud deberán garantizar la formación básica y suficiente en Salud Mental para los estudiantes de pregrado de las ciencias de la Salud.</u></p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales informarán anualmente el cumplimiento de lo previsto en este artículo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para lo de su competencia.</p>	<p>Se elimina el inciso segundo pues lo allí dispuesto está reiterado y mejor desarrollado en el artículo 21 de la presente ley.</p> <p>De acuerdo con el artículo 99 de la Ley 1438 de 2011 que modificó el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007 “Las instituciones y programas de formación del Talento Humano en Salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social. El Ministerio de la Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.</p> <p>Los programas que requieran adelantar prácticas formativas en servicios asistenciales deberán contar con escenarios de prácticas conformados en el marco de la relación docencia servicio. Esta relación se sustentará en un proyecto educativo de largo plazo compartido entre una institución educativa y una entidad prestadora de servicios, que integrará las actividades asistenciales, académicas, docentes y de investigación.”</p> <p>Lo anterior cobra mayor relevancia y se tiene en cuenta la carga de enfermedad y la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia de Salud Mental en Colombia.</p>
<p><b>Artículo 20. Mejoramiento continuo del talento humano.</b> Los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, deberán actualizar permanentemente el talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador.</p> <p>Las acciones de mejoramiento continuo del talento humano que trabaja en salud mental, estarán a cargo de las Administradoras de Riesgos Profesionales, de acuerdo con el perfil de riesgo establecido por estas.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de lo previsto en el presente artículo e informará lo actuado periódicamente al Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, y al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud</p>	<p><b>Artículo 20. Mejoramiento continuo del talento humano.</b> Los prestadores de servicios de salud públicos y privados <u>deberán garantizar la actualización continua</u> del talento humano que atiende en servicios de salud mental en <u>nuevos</u> métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de lo previsto en el presente artículo e informará lo actuado periódicamente al <u>Ministerio de Salud y Protección Social</u>, y al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud <u>para lo de su competencia.</u></p>	<p>Se ajusta la redacción para darle mayor fuerza a la orden de actualización continua del talento humano</p> <p>Se elimina el segundo inciso porque no guarda coherencia con la orden impartida en el primer inciso.</p> <p>Se actualiza la denominación del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo establecido en la Ley 1444 de 2011.</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p><b>Artículo 21. Protección especial al talento humano que trabaja en salud mental.</b> Las Administradoras de Riesgos Profesionales, de conformidad con el perfil de riesgo identificado, implementarán las acciones que propendan por la prevención y protección de los trabajadores de la salud mental cuya labor se relacione con la ejecución de actividades con exposición al riesgo psicosocial tales como atención directa de casos de violencias fatales y no fatales y atención psicosocial en situaciones de urgencia, emergencia y desastres. Estas acciones se ajustarán anualmente de acuerdo a las necesidades y dinámicas del servicio.</p> <p>El Ministerio de la Salud y Protección Social determinará los lineamientos técnicos para llevar a cabo esta implementación en un término no mayor a ocho (8) meses a partir de la promulgación de la presente ley.</p>	<p><b>Artículo 21. Protección especial al talento humano que trabaja en salud mental.</b> Las Administradoras de Riesgos <b>Laborales</b>, de conformidad con el <b>nivel</b> de riesgo identificado, <b>prestará la asesoría y asistencia técnica para implementar programas, campañas, servicios y acciones de educación y prevención</b>, intervención y control de los factores de riesgos psicosocial a los trabajadores de la salud mental, cuya labor se relacione con <b>la atención directa en consulta externa u hospitalaria</b>, casos de violencia fatal y no fatal y atención psicosocial en situaciones de urgencia, emergencia y desastres.</p> <p>En todo caso las Administradoras de Riesgos Laborales <b>deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan y cumplan con el desarrollo del plan de trabajo anual dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo</b></p> <p><b>El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para</b> el diseño, formulación e <b>implementación</b> de estrategias, programas, acciones o servicios consignados en el presente artículo en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley.</p> <p><b>De acuerdo con lo establecido en la Ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control</b> de las acciones ordenadas en el presente artículo.</p>	<p>De acuerdo con la Ley 1562 de 2012 las Administradoras de Riesgos Laborales son las entidades responsables de hacer el acompañamiento y asesoría a los empleadores en la formulación e implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, a estos últimos les corresponde la gestión directa del riesgo psicosocial en el trabajo.</p> <p>El nivel hace referencia a la valoración del riesgo en el ámbito de la higiene industrial y del trabajo.</p> <p>En línea con lo dicho más arriba las ARL deben garantizar que sus empresas afiliadas cumplan con el desarrollo del plan de trabajo anual de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>En consonancia con las órdenes impartidas en el artículo 9° y este artículo se aclaran las competencias respecto del lineamiento técnico para articular la labor del Min-Trabajo y Min-Salud.</p> <p>Por último, la legislación vigente establece en cabeza de Min-Trabajo la competencia para ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control.</p>
<p><b>Artículo 22. Talento humano en atención prehospitalaria.</b> Las personas que hagan parte del equipo de atención prehospitalaria deben tener el entrenamiento, capacitación y estudios pertinentes en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención que contemple competencias en intervención en crisis, manejo del paciente con trastorno mental y contar con personal especializado como Médico Psiquiatra o Psicólogo según la pertinencia.</p> <p>En todo caso, el equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal que le corresponda.</p>	<p><b>Artículo 22. Talento humano en atención prehospitalaria.</b> Las personas que hagan parte del equipo de atención prehospitalaria <b>en Salud Mental</b> deberán acreditar <b>título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Prehospitalaria.</b></p> <p>En todo caso, los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano en atención prehospitalaria <b>cuenta con el</b> entrenamiento y <b>fortalecimiento continuo de competencias</b> en el área de Salud Mental que les permita garantizar <b>una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y</b> manejo del paciente con trastorno mental.</p> <p>Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal <b>según</b> corresponda.</p>	<p>De conformidad con lo preceptuado en el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007 son requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud:</p> <p>“Las profesiones y ocupaciones del área de la salud se entienden reguladas a partir de la presente ley, por tanto, el ejercicio de las mismas requiere el cumplimiento de los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida, para el personal en salud con formación en educación superior (técnico, tecnólogo, profesional, especialización, magíster, doctorado), en los términos señalados en la Ley 30 de 1992, o la norma que la modifique adicione o sustituya;”</li> </ol> </li> </ol> <p>En tanto norma de carácter nacional se fortalece el segundo inciso en el sentido de hacer énfasis en la formación de competencias en el área de Salud Mental.</p>
<p><b>Artículo 25. Servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes.</b> Los entes territoriales, las empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, deberán disponer de servicios integrales en salud mental con modalidades específicas de atención para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental.</p>	<p><b>Artículo 25. Servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes.</b> Los entes territoriales, <b>las empresas administradoras de planes de beneficios</b> deberán disponer de servicios integrales en salud mental con modalidades específicas de atención para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental <b>en los términos previstos en la presente ley y sus reglamentos.</b></p>	<p>Se ajustan la denominación de empresas administradoras de planes de beneficios para hacerlo más acorde con lo dispuesto más arriba.</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p><b>Artículo 26. Plan de beneficios.</b> La Comisión de Regulación en Salud deberá incluir en la actualización de los planes de beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, la cobertura de la salud mental en forma integral incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos para la prevención, <i>diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se requieran para el manejo en salud mental.</i></p> <p>La Comisión de Regulación en Salud deberá incluir la psicoterapia individual superior a treinta días, siempre que tenga pertinencia clínica y <b>supeditado a la recomendación de los modelos, guías y normas técnicas que serán actualizados cada dos (2) años con los planes de beneficios.</b></p> <p>La Comisión de Regulación en Salud tendrá nueve (9) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para dar cumplimiento a lo ordenado en este artículo.</p>	<p><b>Artículo 26. Plan de beneficios.</b> La Comisión de Regulación en Salud <b>o la entidad que haga sus veces,</b> deberá incluir en la actualización de los planes de beneficios <b>de todos los regímenes,</b> la cobertura de la salud mental en forma integral incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones, <b>insumos, dispositivos médicos,</b> medicamentos y <b>tecnologías en salud</b> para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, <b>que se requieran con necesidad para la atención integral e integrada</b> de los trastornos y enfermedades mentales.</p> <p>La Comisión de Regulación en Salud <b>o la entidad que haga sus veces, actualizará el Plan de Beneficios en Salud Mental en los términos ordenados por la Ley 1438 de 2011,</b> la presente ley y demás normatividad vigente y complementaria.</p>	<p>En el primer inciso se adiciona la expresión o “la entidad que haga sus veces” teniendo en cuenta los anuncios efectuados por el Gobierno Nacional en cabeza del Ministro de Salud sobre la eliminación de la CRES. Igualmente, se adicionan otras denominaciones con las cuales podrían incluirse prestaciones en salud mental.</p> <p>De conformidad con la Sentencia T-760 de 2008, y sus órdenes 15, 16, 17, 18, 21 y 22 que determinan diversas obligaciones para la CRES respecto de la ampliación, definición, precisión y unificación de los Planes de Beneficios de todos los regímenes en Salud.</p> <p>Se elimina el inciso segundo del articulado en atención al acuerdo 29 de 2011 que actualizó de manera integral los contenidos del POS en Salud.</p> <p>Dicha actualización fue la primera realizada en más de 15 años en relación con el tema de Salud Mental, hecha según lo preceptuado en el artículo 65 de la Ley 1438 de 2011.</p>
<p><b>Artículo 27. Garantía de participación.</b> El Gobierno Nacional garantizará en el marco de la Política Pública Nacional de Participación Social, la participación real y efectiva para el ejercicio de la ciudadanía activa de las personas en el ámbito de la salud mental, sus familias o cuidadores.</p>	<p><b>Artículo 27. Garantía de participación.</b> En el marco de la <b>Constitución Política, la Ley</b> y la Política Pública Nacional de Participación Social <b>el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar</b> la participación real, efectiva y <b>vinculante</b> de las <b>personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales</b> para el ejercicio de la ciudadanía activa <b>en la formulación, implementación, evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás</b> en el ámbito de la salud mental.</p>	<p>Se hace más específica la referencia al <b>Ministerio de Salud y Protección Social.</b></p> <p>En segundo término se amplía el marco de la participación, ya que está consignada en el artículo 49 superior y ha sido ampliamente discutido en la jurisprudencia de la Corte Constitucional que señaló en la Sentencia C-898-03 que “cuando el artículo 49 de la Carta habla de que la organización de los servicios de salud debe llevarse a cabo “con participación de la comunidad”, se está refiriendo a que la comunidad debe encontrar cauces adecuados para intervenir tanto en el control de esta actividad, como en la toma de las decisiones relativas a la organización de los servicios de salud. Además, la norma constitucional parece indicar que también la comunidad debe ser elemento participante de esta organización, es decir intervenir para la prestación misma del servicio y la administración de sus recursos”.</p>
<p><b>Artículo 28. Asociaciones de personas con trastornos mentales, familias o cuidadores.</b> Sin perjuicio del ejercicio de la libertad de asociación establecida en la Constitución Política, las asociaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, familias o cuidadores harán parte de las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental.</p> <p>El Ministerio de la Protección Social expedirá los lineamientos técnicos para el cumplimiento de lo ordenado en este artículo, en un término no superior a ocho (8) meses.</p>	<p><b>Artículo 28. Asociaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores.</b> Sin perjuicio del ejercicio de la libertad de asociación establecida en la Constitución Política, las asociaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, <b>sus</b> familias o cuidadores harán parte de las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención <b>de la enfermedad mental de conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la presente ley.</b></p> <p>El Ministerio de la Protección Social expedirá los lineamientos técnicos para el cumplimiento de lo ordenado en este artículo, en un término no superior a ocho (8) meses <b>a partir de la vigencia de la ley.</b></p>	<p>Se ajusta el título del artículo para hacerlo más compatible con el contenido del articulado.</p> <p>De conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la presente ley, estos grupos de apoyo son parte fundamental de las modalidades y tipos de servicios en Salud Mental.</p>
<p><b>Artículo 29. Mesa nacional por el derecho a la salud mental.</b> La Mesa Nacional es de carácter consultivo y de evaluación de la implementación de la presente ley y sus integrantes tendrán un carácter honorario y no vinculante.</p> <p>El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, será el encargado de coordinar la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud Mental a través de la Dirección de</p>	<p><b>Artículo 29. Instancia especializada.</b> <b>La instancia especializada creada en el artículo 10 de la Ley 1566 de 2012 será la instancia responsable de hacer el seguimiento y evaluación a las órdenes consignadas en la Ley 1566 de 2012 y la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de</b></p>	<p><b>El artículo 10 de la Ley 1566 de 2012</b> crea una “<i>Instancia especializada.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social será la instancia responsable de realizar el seguimiento y evaluación de impacto de la Política Pública de Salud Mental y la Política de Reducción del Consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, así como la formulación, los criterios, y los estándares de calidad de las instituciones Prestadoras de Servicios de salud de ca-</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p>Salud Pública como su representante, quien ejercerá la secretaría técnica y convocará la Mesa dos (2) veces al año.</p> <p>Esta Mesa tendrá los siguientes integrantes:</p> <p>Un (1) representante de todas las asociaciones de profesionales de la Salud Mental.</p> <p>Un (1) representante de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.</p> <p>Dos (2) representantes de las asociaciones de pacientes o familiares en Salud Mental.</p> <p>Un (1) representante de las Facultades de las Ciencias de la Salud.</p> <p>Un (1) representante de las Facultades de las Ciencias Sociales.</p> <p>Un (1) representante de las organizaciones sociales y comunitarias.</p> <p><b>Parágrafo.</b> En cada uno de los departamentos del país, se conformará la Mesa por el Derecho a la Salud Mental Departamental, coordinada por la Secretaría Departamental de Salud quien será la encargada de conformar y convocar dicha Mesa, la cual estará integrada por los respectivos secretarios de salud o quien haga sus veces en los municipios que integran el departamento y por representantes señalados en el presente artículo.</p>	<p><b><u>Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental.</u></b></p> <p><b><u>De conformidad con lo establecido en este artículo las funciones de esta instancia serán apoyadas por un equipo funcional interdisciplinario, idóneo y suficiente de servidores públicos de la planta del Ministerio expertos en la formulación, prestación, auditoría y calidad de servicios en salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas.</u></b></p>	<p>rácter público o privado a nivel nacional y territorial que ofrezcan servicios de atención integral al consumidor de sustancias psicoactivas y tratamientos, a fin de garantizar la integralidad, los estándares de calidad y el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas sujetas de atención.</p> <p>Dicha instancia estará integrada por un equipo interdisciplinario, idóneo y suficiente de profesionales expertos en prestación de servicios en salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas.”</p> <p>Así las cosas, lo que se pretende con esta modificación es una instancia especializada que sea la responsable de asumir en el marco de la función administrativa de manera efectiva el cumplimiento de las órdenes consignadas en la presente ley.</p>
<p><b>Artículo 30. Funciones de la mesa nacional por el derecho a la salud mental.</b> Es función de la Mesa Nacional de Salud Mental realizar un seguimiento y evaluación de manera participativa y periódica a la implementación de esta ley a través de recomendaciones dirigidas al Gobierno Nacional, tiene dentro de sus funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión a la ejecución de los planes de acción nacional y departamental para el desarrollo de la presente ley.</li> <li>2. El planteamiento de acciones de articulación intersectorial y transectorial que impacten la atención integral en salud mental.</li> <li>3. La recomendación de nuevos procesos administrativos y técnicos que surjan como producto de la investigación, el monitoreo y evaluación en la implementación de la Política Pública Nacional en Salud Mental.</li> </ol>	<p><b>Artículo 30. Funciones de la instancia especializada. <u>Son funciones de la Instancia especializada:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b><u>Preparar y presentar a las instancias y entidades pertinentes conceptos y recomendaciones producto del seguimiento y evaluación participativa y periódica a la implementación y cumplimiento de la Ley 1566 de 2012, la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas, el modelo de atención, guías y protocolos en salud mental, Conpes y el Plan decenal para la salud pública en lo relativo a la salud mental.</u></b></li> <li>2. Revisar la ejecución de los planes de acción nacional y departamental para el cumplimiento de las leyes e instrumentos indicados en el numeral anterior.</li> <li>3. Plantear acciones de articulación intersectorial y transectorial que impacten <b><u>la prevención y la atención integral en salud mental.</u></b></li> <li>4. Recomendar nuevos procesos administrativos y técnicos que surjan producto de la investigación, el monitoreo y evaluación de las leyes e instrumentos referidos en el numeral 1.</li> <li>5. <b><u>Rendir y divulgar anualmente un informe integral de gestión, evaluación, resultados y cumplimiento de las leyes, políticas y planes señalados en el numeral 1 a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Defensoría del Pueblo, Superintendencia Nacional de Salud y Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República para lo de su competencia.</u></b></li> </ol>	<p>De acuerdo a la naturaleza del consejo establecida en el artículo al interior se proponen cinco funciones que engloban:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Funciones de Seguimiento y evaluación de naturaleza “técnica” en tanto debe presentar a las instancias y entidades conceptos y recomendaciones sobre lo consignado en la ley, las políticas etc.</li> <li>2. Funciones específicas relacionadas con aspectos claves de su quehacer como las acciones territoriales para el cumplimiento de la ley.</li> </ol>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p><b>Artículo 31. Política pública nacional de salud mental.</b> El Ministerio de la Protección Social tiene dieciséis (16) meses a partir de la fecha de expedición de la presente ley para ajustar y expedir mediante acto administrativo la Política Nacional de Salud Mental acorde con los cambios normativos y el perfil epidemiológico actual del país.</p> <p>Esta política deberá ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, considerando como componentes: la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales mediante la detección, la remisión oportuna, el seguimiento, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud locales.</p> <p>Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada ocho años.</p> <p>El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, presentará un informe anual a las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado y Cámara y a la Procuraduría General de la Nación, sobre la implementación, seguimiento, evaluación de impacto y ajustes de esta política.</p>	<p><b>Artículo 31. Política pública nacional de salud mental.</b> El <b>Ministerio de Salud y Protección Social</b> tiene dieciséis (16) meses a partir de la fecha de expedición de la presente ley para ajustar y expedir mediante acto administrativo la Política Nacional de Salud Mental acorde con los cambios normativos y el perfil epidemiológico actual del país.</p> <p>Esta política deberá ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, <b>en articulación con las demás políticas públicas vigentes incluyendo entre otros elementos:</b> la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales mediante la detección, la remisión oportuna, el seguimiento, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud locales.</p> <p><b>Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el Plan Decenal para la Salud Pública. El primer Plan Quinquenal corresponderá a las acciones consignadas en el primer Plan Decenal para la Salud Pública ordenado en la Ley 1438 de 2011.</b></p>	<p>Se adecua la denominación del Ministerio de salud y Protección Social de conformidad con lo preceptuado en la Ley 1444 de 2011.</p> <p>En el segundo inciso se reconoce que las políticas públicas no son instrumentos para la gestión pública y social aislados sino por el contrario tienen vasos comunicantes con otras políticas similares.</p> <p>Se incluye como elemento de impacto de la política un plan de acción quinquenal concomitante al plan decenal de salud.</p>
<p><b>Artículo nuevo</b></p>	<p><b>Artículo nuevo. Observatorio nacional de salud.</b> Sin perjuicio de lo preceptuado en los artículos 8° y 9° de la Ley 1438 de 2011, el Observatorio Nacional de Salud Organizará un área de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas y específicamente en esta área deberá:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas.</li> <li>2. Generar información actualizada, válida, confiable y oportuna para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones en el área de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.</li> <li>3. Permitir el diagnóstico de la situación de salud mental de la población colombiana a través del examen y evaluación de las tendencias y distribución de los indicadores de Salud Mental y de sus efectos sobre la salud y el desarrollo general del país.</li> <li>4. Generar una plataforma tecnológica para la formación continua del talento humano en salud mental, el registro de indicadores y cifras en tiempo real, entre otras aplicaciones.</li> <li>5. Las demás que les asigne la ley y sus reglamentos.</li> </ol> <p><b>Parágrafo.</b> El Observatorio de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas del Ministerio de Salud y Protección Social pasará en su integridad a formar parte del Observatorio Nacional de Salud como un área de este en los términos del presente artículo en un plazo no superior a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley.</p>	<p>Teniendo en cuenta lo consignado en los artículos 8° y 9° de la Ley 1438 de 2011, y con el ánimo de fortalecer los avances logrados por el Gobierno Nacional en esta materia se optará por asignar los objetivos y funciones que hasta el momento está adelantando.</p> <p><b>Artículo 8°. Observatorio nacional de salud.</b> El Ministerio de la Protección Social creará el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud. El Gobierno Nacional establecerá mediante reglamento las condiciones de organización y operación del observatorio Nacional de Salud, el equipo técnico y humano para su funcionamiento y apropiará los recursos para su implementación.</p> <p><b>Artículo 9°. Funciones del observatorio nacional de salud.</b> El Observatorio Nacional de Salud tendrá a su cargo las siguientes funciones:</p> <p>9.1 El Observatorio Nacional de Salud será el responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por Asegurador, Prestador y Ente Territorial. Los resultados y tendencias de impacto alcanzados serán divulgados semestralmente y base para la evaluación de impacto de gestión de resultados de todos los actores del Sistema.</p> <p>9.2 Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud y prioridades en investigación y desarrollo en la materia. Dichas variables e indicadores podrán desagregarse por sexo, edad, región, raza y etnia.</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
		<p>9.3 Servir de soporte técnico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones.</p> <p>9.4 Realizar directa o indirectamente, evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones de grupos poblacionales especiales, y hacer públicos los resultados.</p> <p>9.5 Fortalecer el Sistema de Información Epidemiológica, con énfasis en las zonas de frontera.</p> <p>9.6 Generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas.</p> <p>9.7 Formular recomendaciones, propuestas y advertencias de seguimiento al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud, o a la entidad que haga sus veces.</p> <p>9.8 Presentar reportes a las Comisiones Séptimas Conjuntas, de Cámara y Senado, antes de finalizar cada legislatura sobre todas las evaluaciones periódicas que realizaren.</p>
<p><b>Artículo 34. Sistema de vigilancia epidemiológica.</b> El Ministerio de la Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales a través del Observatorio Nacional de Salud Mental deberán implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, entre otros, que permitan el fortalecimiento de los sistemas existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil, (Sivim), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (Sisvelse), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud.</p>	<p><b>Artículo 34. Sistema de vigilancia epidemiológica.</b> <u>El Ministerio de Salud y Protección Social</u>, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales a través del Observatorio Nacional de Salud deberán implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, <u>conducta suicida, víctimas del conflicto armado</u>, entre otros, que permitan el fortalecimiento de los sistemas existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil, (Sivim), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (Sisvelse), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud.</p>	<p>Se actualiza la denominación del Ministerio de acuerdo con la Ley 1444 de 2011.</p>
<p><b>Artículo 35. Sistema de información.</b> El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud de salud mental e incluirlos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud.</p> <p>La información recolectada deberá reportarse en el Observatorio Nacional de Salud Mental.</p>	<p><b>Artículo 35. Sistema de información.</b> El <u>Ministerio de Salud y Protección Social</u> o la entidad que haga sus veces, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud de salud mental e incluirlos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud.</p> <p><u>De igual forma incluirá dentro del sistema de información todos aquellos determinantes individuales o sociales de la Salud Mental a efectos de constituir una línea de base para el ajuste continuo de la prevención y atención integral en Salud Mental, así como para la elaboración, gestión y evaluación de las políticas y planes consagrados en la presente ley.</u></p> <p>La información recolectada <u>de conformidad con lo consignado en el presente artículo</u> deberá reportarse al Observatorio Nacional de Salud para lo de su competencia, según la reglamentación para que tal efecto expidan el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud.</p>	<p>Los determinantes individuales y sociales de la salud deben hacer parte integral de todos aquellos esfuerzos por organizar sistemas de información en el ámbito de salud, hacer seguimiento a estos determinantes es necesario toda vez que es un indicador del impacto real de las acciones de política y la ley.</p> <p>Asimismo, se establece el destinatario de la información recolectada que atendiendo lo consignado en la Ley 1438 de 2011.</p>

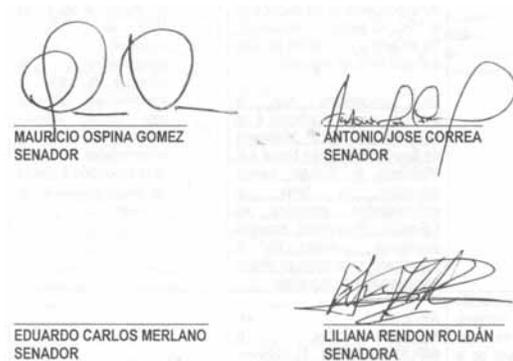
TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
<p><b>Artículo 36. Inspección, vigilancia y control.</b> La inspección, vigilancia y control de la atención integral en salud mental, estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de los entes territoriales a través de las Direcciones Territoriales de Salud.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales realizarán la inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud mental y Centros de Atención de Drogadicción, velando por que estas cumplan con las normas de habilitación y acreditación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como con la inclusión de las redes de prestación de servicios de salud mental en su oferta de servicios y la prestación efectiva de dichos servicios de acuerdo con las normas vigentes.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud presentará un informe anual detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado y Cámara y a la Procuraduría General de la Nación sobre las funciones de inspección, vigilancia y Control que ejerza en virtud de lo ordenado en el presente artículo.</p>	<p><b>Artículo 36. Inspección, vigilancia y control.</b> La inspección, vigilancia y control de la atención integral en salud mental, estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de los entes territoriales a través de las Direcciones Territoriales de Salud.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales realizarán la inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud mental y Centros de Atención de Drogadicción, velando por que estas cumplan con las normas de habilitación y acreditación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como con la inclusión de las redes de prestación de servicios de salud mental en su oferta de servicios y la prestación efectiva de dichos servicios de acuerdo con las normas vigentes.</p> <p>La Superintendencia Nacional de Salud presentará un informe <b>integral anual de gestión y resultados</b> dirigido a las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado y Cámara, a la Procuraduría General de la Nación, <b>la Defensoría del Pueblo</b> sobre el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y Control en virtud de lo ordenado en <b>la presente ley</b>.</p>	<p>En este artículo se consigna la obligación de la Superintendencia Nacional de Salud de rendir un informe a las Comisiones Séptimas Constitucionales, a la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo como mecanismo de rendición de cuentas sano que permita lograr lecturas sistemáticas de la realidad institucional frente a la prestación de los servicios de salud mental.</p>
<p><b>Artículo 37. Incapacidades en salud mental.</b> Las personas que por razón de algún trastorno mental se encuentren inhabilitados para desempeñar de manera temporal o permanente su profesión u oficio habitual, tendrán derecho a acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad en las condiciones establecidas en las normas vigentes para los trabajadores dependientes e independientes.</p>	<p><b>Artículo 37. Incapacidades en salud mental.</b> Las personas que por razón de algún trastorno o <b>enfermedad</b> mental se encuentren inhabilitados para desempeñar de manera temporal o permanente su profesión u oficio habitual, tendrán derecho a acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad en las condiciones establecidas <b>en el régimen de seguridad social en salud al cual se encuentre afiliado</b> el trabajador dependiente o independiente.</p>	<p>Se incluyen en la hipótesis normativa la enfermedad mental en el sentido dado por las ciencias de la salud.</p> <p>A efectos de delimitar claramente cuál es el alcance de las incapacidades en salud mental, y precaver el impacto fiscal se dispone que el pago de las prestaciones económicas se hará de conformidad con el régimen de seguridad social en salud al que se encuentre afiliado.</p>
<p><b>Artículo 38. Investigación e innovación en salud mental.</b> En el marco del Plan Nacional de Investigación en Salud Mental el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, y los entes territoriales asignarán recursos y promoverán la investigación en salud mental. Estas investigaciones se deben contemplar las prácticas exitosas, para ello será necesario el monitoreo y evaluación de los programas existentes en salud mental <i>que estarán a cargo de Colciencias con la participación de las universidades públicas del país que cuenten con carreras en ciencias de la salud; Colciencias presentará un informe anual de investigación en salud mental.</i></p> <p>Asimismo, establecerá acciones de reconocimiento y fortalecimiento e incentivos no pecuniarios a las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, que realicen investigaciones sobresalientes en el campo de la Salud Mental en Colombia.</p>	<p><b>Artículo 38. Investigación e innovación en salud mental.</b> En el marco del Plan Nacional de Investigación en Salud Mental el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, y los entes territoriales asignarán recursos y promoverán la investigación en salud mental. Estas investigaciones se deben contemplar las prácticas exitosas, para ello será necesario el monitoreo y evaluación de los programas existentes en salud mental <i>que estarán a cargo de Colciencias con la participación de las universidades públicas y privadas del país que cuenten con carreras en ciencias de la salud; Colciencias presentará un informe anual de investigación en salud mental.</i></p> <p>Asimismo, establecerá acciones de reconocimiento y fortalecimiento e incentivos no pecuniarios a las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, que realicen investigaciones sobresalientes en el campo de la Salud Mental en Colombia.</p>	<p>Se abre el marco para que se incluyan las universidades públicas y privadas en el ámbito de investigación e innovación en salud mental.</p>
<p><b>Artículo 39. Tratamientos de alto costo.</b> El Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud examinarán y ajustarán la clasificación actual de los tratamientos de alto costo, con el fin de introducir en dicho listado aquellas patologías y niveles de deterioro de la salud mental, que requieran intervención compleja, permanente y altamente especializada, que impliquen alto costo económico, con el ajuste correspondiente en los cálculos de la UPC, de los regímenes contributivo y subsidiado.</p>	<p><b>Artículo 39. Tratamientos de alto costo y enfermedad laboral. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces</b> examinarán y ajustarán la clasificación actual de los tratamientos de alto costo <b>de acuerdo a los criterios técnicos definidos en la ley y la reglamentación vigente</b> con el fin de introducir en dicho listado aquellas patologías y niveles de deterioro de la salud mental, que requieran intervención compleja,</p>	<p>Se ajusta la denominación del Ministerio y la CRES de conformidad con lo señalado en los artículos anteriores.</p> <p>Con el propósito de que sea el ente rector de la Salud la entidad que haga el ajuste a la clasificación actual de los tratamiento de alto costo -si a ello hubiere lugar- la orden dada en este artículo se enmarca en los criterios técnicos definidos en la ley y reglamentación vigente.</p> <p>En atención a:</p>

TEXTO DEL PROYECTO DE LEY PLENARIA CÁMARA	PROPUESTA DE MODIFICACIÓN, ELIMINACIÓN O ADICIÓN	JUSTIFICACIÓN
	<p>permanente y altamente especializada, que impliquen alto costo económico, con el ajuste correspondiente en los cálculos de la UPC, de <b>todos</b> los regímenes. De acuerdo a los criterios técnicos definidos en la ley vigentes.</p> <p><b><u>De conformidad con lo preceptuado en el artículo 4° de la Ley 1562 de 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo deberán actualizar la tabla de enfermedades laborales en Colombia, incluyendo aquellas patologías causadas por la exposición a factores de riesgo psicosociales en el trabajo.</u></b></p>	<p>1. la Carga de enfermedad mental en Colombia.</p> <p>2. Lo previsto en esta ley.</p> <p>3. El artículo 4° de la Ley 1562 de 2012 se establece la perentoriedad de actualizar la tabla de enfermedades laborales para incluir aquellos trastornos y enfermedades producto de la exposición a niveles de riesgo psicosocial en el trabajo.</p>
<p><b>Artículo 41. Reglamentación e implementación.</b> El Gobierno Nacional en un término no mayor a treinta (30) días a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá mediante acto administrativo un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley.</p>	<p><b>Artículo 41. Reglamentación e implementación.</b> El Gobierno Nacional en un término no mayor a treinta (30) días a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá mediante acto administrativo un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley <b><u>que le permita la construcción de la agenda estratégica de acción para el cumplimiento e implementación de las órdenes contenidas en la presente ley.</u></b></p>	

### 8. Proposición

De acuerdo a las modificaciones expuestas, los suscritos ponentes solicitamos dar primer debate en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de República al **Proyecto de ley número 249 de 2012 Senado, 044 de 2011 Cámara, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones**, con las modificaciones propuestas al articulado.

Atentamente,



MAURICIO OSPINA GOMEZ  
SENADOR

ANTONIO JOSE CORREA  
SENADOR

EDUARDO CARLOS MERLANO  
SENADOR

LILIANA RENDON ROLDAN  
SENADORA

### COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los dieciocho (18) días del mes de octubre año dos mil doce (2012).- En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso**, el informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate, en sesenta y dos (62) folios, **al Proyecto de ley número 249 de 2012 Senado, 044 de 2011 Cámara, por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones**. Autoría del proyecto de ley de los honorables Congresistas *Mauricio Ernesto Ospina Gómez y Alba Luz Pinilla Pedraza*.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

### NOTA SECRETARIAL

El presente informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate, que se ordena publicar, con proposición de (**positiva**), solamente está refrendado por los honorables Senadores Mauricio Ernesto Ospina Gómez, Antonio José Correa Jiménez y Liliana María Rendón Roldán en su calidad de ponentes. El honorable Senador Eduardo Carlos Merlano Morales, no refrendó el presente informe de ponencia.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

### 7. Texto propuesto

Para primer debate en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de República al **Proyecto de ley número 249 de 2012 Senado, 044 de 2011 Cámara, por medio del cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones**, con las modificaciones propuestas al articulado.

*por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* El objeto de la presente ley es 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.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradoras de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.

Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

Artículo 3°. *Salud mental.* La salud mental se 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, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La Salud Mental es 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.

Artículo 4°. *Garantía en salud mental.* El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno y la atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos y enfermedades mentales.

El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo 6° de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Artículo 5°. *Definiciones.* Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

**1. Promoción de la salud mental.** La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

**2. Prevención Primaria del trastorno mental.** La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento

temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

**3. Atención integral e integrada en salud mental.** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención *secundaria y terciaria*, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

**4. Atención integral e integrada en salud mental.** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

**5. Trastorno mental.** Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una 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.

**6. Discapacidad mental.** Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

**7. Problema psicosocial.** Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

**8. Rehabilitación psicosocial.** Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap- o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de

su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

## TÍTULO II

### DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

Artículo 6°. *Derechos de las personas.* Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.

6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.

7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.

8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la Ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.

9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.

10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.

11. Derecho a mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

## TÍTULO III

### PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Artículo 7°. *De la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental.* El **Ministerio de Salud y Protección Social** o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos.

El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo.

El Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las acciones de inspección, vigilancia y control respecto de lo ordenado en el presente artículo.

Artículo 8°. *Acciones de promoción.* El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes individuales y sociales de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, prevención del suicidio, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social, seguridad económica y alimentaria, lo anterior deberá armonizar y articularse a otras leyes, políticas públicas, programas y planes vigentes para lograr un trabajo intersectorial y transectorial pertinente y suficiente.

Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores.

El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud liderarán en coordinación y articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación el diseño, implementación, evaluación y ajuste de las acciones de promoción en salud mental que se implementarán en el Sistema Educativo incluyendo la educación superior, con el objeto de incentivar las buenas prácticas de convivencia, gestión del riesgo o la prevención de la violencia escolar, *las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar.*

Las acciones consignadas en este artículo tendrán seguimiento y evaluación de impacto que permita planes de acción para el mejoramiento continuo, así como la gestión del conocimiento, investigación e innovación.

Artículo 9°. *Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el ámbito laboral.* Las Administradoras de Riesgos Laborales dentro de las actividades de promoción y prevención en salud deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley.

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud evaluarán y ajustarán periódicamente este lineamiento técnico para enfrentar los riesgos laborales en salud mental.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención ordenadas en el presente artículo.

## TÍTULO IV ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL CAPÍTULO I

Artículo 10. *Responsabilidad en la atención integral e integrada en salud mental.* El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente.

Dicho modelo de atención, guías y protocolos deberán garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas sujetas de atención asegurando la integralidad y los estándares de calidad e incluirán progresivamente todos los problemas, trastornos y enfermedades mentales, así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años.

Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones complementarios de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias.

Artículo 11. *Acciones complementarias para la atención integral.* La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento, tales como la integración familiar, social, laboral y educativa.

Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.

## CAPÍTULO II Red integral de prestación de servicios de salud mental

Artículo 12. *Red integral de prestación de servicios en salud mental.* Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud.

Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

Esta red estará articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice el retorno efectivo de los casos al primer nivel de atención.

Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios, las administradoras de

riesgos laborales, podrán asociarse para prestar estos servicios, siempre que garanticen calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad en la prestación de los servicios de salud mental a las personas de cada territorio.

Artículo 13. *Modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental.* La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Prehospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad.
10. Unidades de Salud Mental.
11. Urgencia de Psiquiatría.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios para la atención integral e integrada en Salud Mental bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red.

Artículo 14. *Prestadores de servicios.* Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación vigente.

Para este efecto el Ministerio deberá formular, implementar, evaluar y ajustar tales instrumentos de acuerdo con lo establecido en la presente ley y demás disposiciones legales complementarias.

Artículo 15. *Puerta de entrada a la red.* El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema, el cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud mental.

Las acciones en este nivel tienen entradas desde múltiples ámbitos e instancias a nivel local tales como los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, la comunidad.

Artículo 16. *Estandarización de procesos y procedimientos.* Los entes territoriales deberán definir

y estandarizar los mecanismos, procesos y procedimientos administrativos y asistenciales prioritarios para acceder a los servicios de la red de salud mental.

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 17. *Mecanismos de seguimiento y evaluación.* Los entes territoriales deberán establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red de servicios en salud mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Estos mecanismos deben contar con la participación de la ciudadanía y espacios de rendición de cuentas.

El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Artículo 18. *Equipo interdisciplinario.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud.

Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este equipo Interdisciplinario garantizará la prevención y atención integral e integrada de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos vigentes, a fin de garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas, familias y colectivos sujetas de atención asegurando la integridad y los estándares de calidad.

Artículo 19. *Capacitación y formación de los equipos básicos en salud.* De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente.

El Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Salud deberán garantizar la formación básica y suficiente en Salud Mental para los estudiantes de pregrado de las ciencias de la Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales informarán anualmente el cumplimiento de lo previsto en este artículo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para lo de su competencia.

Artículo 20. *Mejoramiento continuo del talento humano.* Los prestadores de servicios de salud públicos y privados deberán garantizar la actualización continua del talento humano que atiende en servi-

cios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador.

La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de lo previsto en el presente artículo e informará lo actuado periódicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, y al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud para lo de su competencia.

Artículo 21. *Protección especial al talento humano que trabaja en salud mental.* Las Administradoras de Riesgos Laborales, de conformidad con el nivel de riesgo identificado, prestará la asesoría y asistencia técnica para implementar programas, campañas, servicios y acciones de educación y prevención, intervención y control de los factores de riesgos psicosocial a los trabajadores de la salud mental, cuya labor se relacione con la atención directa en consulta externa o hospitalaria, casos de violencia fatal y no fatal y atención psicosocial en situaciones de urgencia, emergencia y desastres.

En todo caso las Administradoras de Riesgos Laborales deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan y cumplan con el desarrollo del plan de trabajo anual dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios consignados en el presente artículo en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones ordenadas en el presente artículo.

Artículo 22. *Talento humano en atención prehospitalaria.* Las personas que hagan parte del equipo de atención prehospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Prehospitalaria.

En todo caso, los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano en atención prehospitalaria cuente con el entrenamiento y fortalecimiento continuo de competencias en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y manejo del paciente con trastorno mental.

Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal según corresponda.

#### CAPÍTULO V

##### **Atención integral y preferente en salud mental para niños, niñas y adolescentes**

Artículo 23. *Atención integral y preferente en salud mental.* De conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006 y los

artículos 17, 18, 19, 20 y 21 de la Ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.

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 la 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.

Se deben adaptar los medios y condiciones de enseñanza, preparar a los educadores según las necesidades individuales, contando con el apoyo de un equipo interdisciplinario calificado en un centro de atención en salud cercano al centro educativo.

Artículo 25. *Servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes.* Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios deberán disponer de servicios integrales en salud mental con modalidades específicas de atención para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental en los términos previstos en la presente ley y sus reglamentos.

#### TÍTULO V

##### PLAN DE BENEFICIOS

Artículo 26. *Plan de beneficios.* La Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, deberá incluir en la actualización de los planes de beneficios de todos los regímenes, la cobertura de la salud mental en forma integral incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones, insumos, dispositivos médicos, medicamentos y tecnologías en salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se requieran con necesidad para la atención integral e integrada de los trastornos y enfermedades mentales.

La Comisión de Regulación en Salud **o la entidad que haga sus veces, actualizará el Plan de Beneficios en Salud Mental en los términos ordenados por la Ley 1438 de 2011,** la presente ley y demás normatividad vigente y complementaria.

#### TÍTULO VI

##### PARTICIPACIÓN SOCIAL

Artículo 27. *Garantía de participación.* En el marco de la Constitución Política, la Ley y la Política Pública Nacional de Participación Social; el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación, evaluación y ajuste y construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental.

Artículo 28. *Asociaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores.* Sin perjuicio del ejercicio de la libertad de asociación establecida en la Constitución Política, las asociaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores harán parte de las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental de conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la presente ley.

El Ministerio de la Protección Social expedirá los lineamientos técnicos para el cumplimiento de lo ordenado en este artículo, en un término no superior a ocho (8) meses a partir de la vigencia de la ley.

**Artículo 29. *Instancia especializada. La instancia especializada creada en el artículo 10 de la Ley 1566 de 2012 será la instancia responsable de hacer el seguimiento y evaluación a las órdenes consignadas en la Ley 1566 de 2012 y la presente ley. Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental.***

**De conformidad con lo establecido en este artículo las funciones de esta instancia serán apoyadas por un equipo funcional interdisciplinario, idóneo y suficiente de servidores públicos de la planta del Ministerio expertos en la formulación, prestación, auditoría y calidad de servicios en salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas.**

**Artículo 30. *Funciones de la instancia especializada. Son funciones de la Instancia especializada:***

1. Preparar y presentar a las instancias y entidades pertinentes conceptos y recomendaciones producto del seguimiento y evaluación participativa y periódica a la implementación y cumplimiento de la Ley 1566 de 2012, la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas, el modelo de atención, guías y protocolos en salud mental, Conpes y el Plan decenal para la salud pública en lo relativo a la salud mental.

2. Revisar la ejecución de los planes de acción nacional y departamental para el cumplimiento de las leyes e instrumentos indicados en el numeral anterior.

3. Plantear acciones de articulación intersectorial y transectorial que impacten la prevención y la atención integral en salud mental.

4. Recomendar nuevos procesos administrativos y técnicos que surjan producto de la investigación, el monitoreo y evaluación de las leyes e instrumentos referidos en el numeral 1.

5. Rendir y divulgar anualmente un informe integral de gestión, evaluación, resultados y cumpli-

miento de las leyes, políticas y planes señalados en el numeral 1 a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Defensoría del Pueblo, Superintendencia Nacional de Salud y Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República para lo de su competencia.

## TÍTULO VII

### CRITERIOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL

Artículo 31. *Política pública nacional de salud mental.* El Ministerio de Salud y Protección Social tiene dieciséis (16) meses a partir de la fecha de expedición de la presente ley para ajustar y expedir mediante acto administrativo la Política Nacional de Salud Mental acorde con los cambios normativos y el perfil epidemiológico actual del país.

Esta política deberá ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas públicas vigentes incluyendo entre otros elementos: la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales mediante la detección, la remisión oportuna, el seguimiento, el tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud locales.

Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el Plan Decenal para la Salud Pública. El primer plan corresponderá a las acciones consignadas en el primer Plan Decenal para la Salud Pública ordenado en la Ley 1438 de 2011.

Artículo 32. *Observatorio nacional de salud.* Sin perjuicio de lo preceptuado en los artículos 8º y 9º de la Ley 1438 de 2011, el Observatorio Nacional de Salud organizará un área de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas y específicamente en esta área deberá:

1. Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas.

2. Generar información actualizada, válida, confiable y oportuna para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones en el área de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.

3. Permitir el diagnóstico de la situación de salud mental de la población colombiana a través del examen y evaluación de las tendencias y distribución de los indicadores de Salud Mental y de sus efectos sobre la salud y el desarrollo general del país.

4. Generar una plataforma tecnológica para la formación continua del talento humano en salud mental, el registro de indicadores y cifras en tiempo real, entre otras aplicaciones.

5. Las demás que les asignen la ley y sus reglamentos.

Parágrafo. El Observatorio de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas del Ministerio de Salud y Protección Social pasará en su integridad a formar parte del Observatorio Nacional de Salud como un

área de este en los términos del presente artículo en un plazo no superior a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 33. *Acción transectorial e intersectorial.* El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces y las autoridades territoriales de Salud desarrollarán en virtud de la política Nacional de Salud Mental la acción transectorial e intersectorial necesaria y pertinente para abordar los determinantes sociales que condicionan el estado de la salud mental de las personas.

Parágrafo. Entre las acciones transectoriales se debe promover, fortalecer y gestionar lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fundamental en el desarrollo de la autonomía de cada uno de los sujetos.

Artículo 34. *Salud mental positiva.* El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, priorizará en la Política Pública Nacional de Salud Mental, la salud mental positiva, promoviendo la relación entre salud mental, medio ambiente, actividad física, seguridad alimentaria, y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas.

#### TÍTULO VIII

##### SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL

Artículo 35. *Sistema de vigilancia epidemiológica.* El Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales a través del Observatorio Nacional de Salud deberán implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, víctimas del conflicto armado, entre otros, que permitan el fortalecimiento de los sistemas existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil, (Sivim), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (Sisvelse), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud.

Artículo 36. *Sistema de información.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud de salud mental e incluirlos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud.

De igual forma incluirá dentro del sistema de información todos aquellos determinantes individuales o sociales de la Salud Mental a efectos de constituir una línea de base para el ajuste continuo de la prevención y atención integral en Salud Mental, así como para la elaboración, gestión y evaluación de las políticas y planes consagrados en la presente ley.

La información recolectada deberá reportarse en el Observatorio Nacional de Salud.

#### TÍTULO IX

##### INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 37. *Inspección, vigilancia y control.* La inspección, vigilancia y control de la atención integral en salud mental, estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de los entes territoriales a través de las Direcciones Territoriales de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales realizarán la inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud mental y Centros de Atención de Drogadicción, velando por que estas cumplan con las normas de habilitación y acreditación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como con la inclusión de las redes de prestación de servicios de salud mental en su oferta de servicios y la prestación efectiva de dichos servicios de acuerdo con las normas vigentes.

La Superintendencia Nacional de Salud presentará un informe integral anual de gestión y resultados dirigidos a las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado y Cámara, a la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo sobre el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y Control en virtud de lo ordenado en la presente ley.

#### TÍTULO X

##### DISPOSICIONES FINALES

Artículo 38. *Incapacidades en salud mental.* Las personas que por razón de algún trastorno o enfermedad mental se encuentren inhabilitados para desempeñar de manera temporal o permanente su profesión u oficio habitual, tendrán derecho a acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad en las condiciones establecidas en el régimen de seguridad social en salud al cual se encuentre afiliado el trabajador dependiente o independiente.

Artículo 39. *Investigación e innovación en salud mental.* En el marco del Plan Nacional de Investigación en Salud Mental el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, y los entes territoriales asignarán recursos y promoverán la investigación en salud mental. Estas investigaciones se deben contemplar las prácticas exitosas, para ello será necesario el monitoreo y evaluación de los programas existentes en salud mental que estarán a cargo de Colciencias con la participación de las universidades públicas y privadas del país que cuenten con carreras en ciencias de la salud; Colciencias presentará un informe anual de investigación en salud mental.

Asimismo, establecerá acciones de reconocimiento y fortalecimiento e incentivos no pecuniarios a las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, que realicen investigaciones sobresalientes en el campo de la Salud Mental en Colombia.

Artículo 40. *Tratamientos de alto costo y enfermedad laboral.*

Artículo 39. *Tratamientos de alto costo y enfermedad laboral.* El Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces examinarán y ajustarán

la clasificación actual de los tratamientos de alto costo de acuerdo a los criterios técnicos definidos en la ley y la reglamentación vigente con el fin de introducir en dicho listado aquellas patologías y niveles de deterioro de la salud mental, que requieran intervención compleja, permanente y altamente especializada, que impliquen alto costo económico, con el ajuste correspondiente en los cálculos de la UPC, de todos los regímenes. De acuerdo a los criterios técnicos definidos en la ley vigentes.

De conformidad con lo preceptuado en el artículo 4° de la Ley 1562 de 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo deberán actualizar la tabla de enfermedades laborales en Colombia, incluyendo aquellas patologías causadas por la exposición a factores de riesgo psicosociales en el trabajo.

Artículo 41. *Conpes en salud mental.* El Gobierno Nacional expedirá un documento Conpes para el fortalecimiento de la Salud Mental de la población colombiana en concurso con los actores institucionales y sociales.

Artículo 42. *Reglamentación e implementación.* El Gobierno Nacional en un término no mayor a treinta (30) días a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá mediante acto administrativo un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley que le permita la construcción de la agenda estratégica para el cumplimiento e implementación de las órdenes contenidas en la presente ley.

Artículo 43. *Aportes del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado (Frisco), a las enfermedades crónicas en salud mental.* El Consejo Nacional de Estupefacientes a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Salud en programas para la atención y tratamiento de las enfermedades crónicas en salud mental.

El Consejo Nacional de Estupefacientes a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Educación con la asesoría del Ministerio de Salud en la promoción y prevención de las enfermedades en salud mental enfatizando en los factores protectores y de riesgo, en su automanejo dirigido a los individuos, población escolarizada y familias.

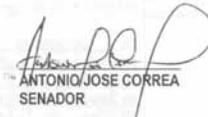
Artículo 44. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

#### 9. Proposición final

De acuerdo a lo expuesto los suscritos ponentes solicitamos dar primer debate en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de República al **Proyecto de ley número 249 de 2012 Senado, 044 de 2011 Cámara, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones**, con las modificaciones propuestas al articulado.

Atentamente,

  
MAURICIO OSPINA GOMEZ  
SENADOR

  
ANTONIO JOSE CORREA  
SENADOR

  
EDUARDO CARLOS MERLANO  
SENADOR

  
LILIANA RENDON ROLDÁN  
SENADORA

#### COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los dieciocho (18) días del mes de octubre año dos mil doce (2012).- En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso**, el informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate, en sesenta y dos (62) folios, al **Proyecto de ley número 249 de 2012 Senado, 044 de 2011 Cámara, por medio del cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones**. Autoría del proyecto de ley de los honorables Congresistas *Mauricio Ernesto Ospina Gómez* y *Alba Luz Pinilla Pedraza*.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

#### NOTA SECRETARIAL

El presente informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate, que se ordena publicar, con proposición de (**positiva**), solamente está refrendado por los honorables Senadores Mauricio Ernesto Ospina Gómez, Antonio José Correa Jiménez y Liliana María Rendón Roldán en su calidad de ponentes. El honorable Senador Eduardo Carlos Merlano Morales, no refrendó el presente informe de ponencia.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

\* \* \*

#### INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 255 DE 2012 SENADO, 07 DE 2011 CÁMARA

*por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 13 del Decreto 785 de 2005 y se dictan otras disposiciones.*

##### 1. **Antecedentes del proyecto de ley**

Esta iniciativa legislativa es presentada por el honorable Representante Obed de Jesús Zuluaga Henao, radicada ante Secretaría General de la Cámara de Representantes el 21 de julio del año 2011 y publicada en la *Gaceta del Congreso* número 530 de 2011.

El texto de ponencia para primer debate en Cámara de Representantes se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 999 de 2011, así mismo el texto aprobado en primer debate en Cámara se publicó en la *Gaceta del Congreso* número 340 de 2012,

la publicación de la ponencia para segundo debate en Cámara aparece en la *Gaceta del Congreso* número 340 de 2012, siendo la *Gaceta del Congreso* número 392 de 2012 en donde se publica el texto aprobado en segundo debate de plenaria en Cámara.

La Mesa Directiva de la Comisión Séptima del honorable Senado de la República me hace la honrosa asignación como ponente para primer debate.

El proyecto de ley cumple con los requisitos contemplados en los artículos 154, 158 y 169 de la Constitución Política que hacen referencia a la iniciativa legislativa, unidad de materia y título de la ley respectivamente.

## 2. Objeto del proyecto de ley

Es necesario establecer parámetros de igualdad en los diversos aspectos sociales que atañen a la vida nacional, es de gran importancia hacerlo en temas tan trascendentes como los que implican la formación de una política laboral y más aun cuando se trata de la posibilidad de brindar puestos de trabajo formal, facilitando la vinculación laboral de jóvenes tal como lo establece la ley de formalización del primer empleo, aunque en esta última se haya contemplado exclusivamente para el sector privado, la presente iniciativa busca hacer esta política extensiva al sector público.

Esta posibilidad en el presente proyecto se contempla para las entidades territoriales orientada a profesionales que quieren vincularse, pero que aún no cuentan con experiencia profesional.

## 3. Contenido del proyecto de ley presentado para discusión

El proyecto está conformado por 2 artículos, los que contienen, grosso modo lo siguiente:

**Artículo 1°.** Establece que el artículo 13 del Decreto 785 tendrá un parágrafo.

**Artículo 2°.** Vigencia.

## 4. Marco jurídico

### Legislación vigente

Varias son las fuentes principales de derecho a las que se acude para el desarrollo de esta iniciativa legislativa, y a las que se ajusta el articulado del proyecto de ley.

### • FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL

La Constitución Política, y con más exactitud en el preámbulo se establece la finalidad de asegurar a los integrantes de la Nación el trabajo. De otra parte y en el mismo texto normativo, encontramos lo dispuesto en el artículo 25 “*El trabajo es un derecho y una obligación social, y goza en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas*”.

Cabe también resaltar que en el artículo 53 se preceptúa “*El Congreso expedirá el Estatuto del Trabajo. La ley correspondiente tomará en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales: igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo...*”; además en el artículo 54 “*Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación pro-*

*fesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud*”.

### • FUNDAMENTO LEGAL

**Ley 909 de 2004:** Expide normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa y la gerencia pública.

**Decreto Nacional 770 de 2005:** Regula las funciones y los requisitos generales para los empleos públicos correspondientes a los niveles jerárquicos pertenecientes a los organismos y entidades del Orden Nacional, a que se refiere la Ley 909 de 2004.

**Decreto Nacional 785 de 2005:** Establece el Sistema de Nomenclatura y Clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004

## 5. Justificación de la proposición

El Decreto 785 de 2005 se refiere al sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de las entidades territoriales, observo que la solicitud hecha con la adición del parágrafo al artículo 13, con el ánimo principal de equiparar al sector público con el privado en lo referente a acceso al primer empleo para los profesionales sin experiencia; ya está contenida en el numeral 13.2.3, incluso en el nivel técnico también está considerada en el numeral 13.2.4.1; en este aspecto existe coincidencia con el concepto emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en la mención sobre el nivel profesional para lo cual se introduce a la letra:

*“El Decreto 785 de marzo 17 de 2005, “por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004”, señala en el artículo 3° que “según la naturaleza general de sus funciones, las competencias y los requisitos exigidos para su desempeño, los empleos de las entidades territoriales se clasifican en los siguientes niveles jerárquicos: Nivel Directivo, Nivel Asesor, Nivel Profesional, Nivel Técnico y Nivel Asistencial”.*

*Así mismo, el artículo 4° ibidem, establece que el nivel profesional “(...) Agrupa los empleos cuya naturaleza demanda la ejecución y aplicación de los conocimientos propios de cualquier carrera profesional, diferente a la técnica profesional y tecnológica, reconocida por la ley y que según su complejidad y competencias exigidas les pueda corresponder funciones de coordinación, supervisión y control de áreas internas encargadas de ejecutar los planes, programas y proyectos institucionales (...)”.*

Adicionalmente, el artículo 13 del mismo decreto, indica que “*de acuerdo con la categorización establecida para los Departamentos, Distritos y Municipios y de conformidad con el reglamento que expida el Gobierno Nacional, las autoridades territoriales deberá fijar en los respectivos manuales específicos las competencias laborales y los requisitos*”, en don-

de para el nivel profesional, numeral 13.2.3, fijó los requisitos mínimos y máximos para los empleos pertenecientes a dicho nivel, así:

**“13.2.3. Nivel Profesional**

*Para los empleos del orden Departamental, Distrital y Municipal: Mínimo: Título profesional.*

*Máximo: Título profesional, título de posgrado y experiencia”.*

Por lo tanto, es claro que para los empleos del orden departamental, distrital y municipal, el mínimo de requisitos en el nivel profesional es el respectivo título profesional, sin que la norma exige ningún tipo de experiencia profesional y como máximo, se exige título profesional, título de posgrado y experiencia.

En este sentido el artículo 29 del citado Decreto 785, señala que las autoridades territoriales competentes procederán a ajustar las plantas de personal y los respectivos manuales de funciones y de requisitos, dentro del año siguiente a la vigencia de este decreto.

Por lo tanto, serán las autoridades territoriales respectivas quienes al momento de ajustar los manuales de funciones y requisitos, quienes deberán tener en cuenta, entre otros, los requisitos mínimos y máximos exigidos para el desempeño de empleos pertenecientes al nivel profesional.

Es importante resaltar que tal como ha quedado indicado, para los empleos del nivel profesional, lo mínimo exigido es título profesional, debiéndose entender que para los empleos más bajos de la escala de remuneración respectiva del nivel profesional, se requerirá de la acreditación de experiencia profesional”.

De igual forma el DAFP menciona las competencias constitucionales que para el efecto son pertinentes, de la siguiente manera:

“Bajo estos parámetros, las Asambleas Departamentales o los Concejos Municipales en ejercicio de sus competencias constitucionales, son los competentes para establecer las escalas salariales de los empleos del Departamento o del Municipio al momento de fijar la planta de personal necesaria para su funcionamiento. Por lo anterior, el grado salarial se determina por la Asamblea Departamental o el Concejo Municipal.

Ahora bien, con fundamento en la planta de personal adoptada, corresponderá a las autoridades territoriales respectivas, ajustar el manual de funciones y requisitos para el ejercicio de los diferentes empleos, entre ellos, los correspondientes al nivel profesional, teniendo en cuenta los mínimos y máximos establecidos en el Decreto 785 de 2005.

Como puede observarse, la finalidad perseguida con el proyecto de ley objeto del presente pronunciamiento, se encuentra incluida dentro de las disposiciones contenidas en el mismo Decreto 785 de 2005, por lo que este Departamento Administrativo considera que no es necesaria la inclusión del párrafo del artículo 13 del citado Decreto 785”.

Al anterior planteamiento y para mayor calidad se debe adicionar, que en la medida que las competencias constitucionales establecen de manera restrictiva en el artículo 305 y 315 numeral 7, de la Constitu-

ción Política, como atribuciones de los gobernadores y alcaldes respectivamente, la posibilidad de organizar su planta de personal, mal podría el legislador utilizar el verbo “tendrán” como imposición de unas categorías en el “nivel profesional de su planta de cargos, a los cuales no se exigirá experiencia profesional y relacionada”, lo que a todas luces contraviene lo establecido en los artículos en mención, que a continuación se transcriben:

*“Artículo 305. Son atribuciones del Gobernador: (...)*

*7. Crear, suprimir o fusionar los empleos de sus dependencias, señalarles funciones especiales y fijarles sus emolumentos con arreglo a las ordenanzas correspondientes. No podrá crear obligaciones que excedan el monto global fijado para gastos de personal en el presupuesto inicialmente aprobado”.*

Y en el mismo sentido encontramos el artículo 315 que reza:

*“Artículo 315. Son atribuciones del alcalde: (...)*

*7. Crear, suprimir o fusionar los empleos de sus dependencias, señalarles funciones especiales y fijarles sus emolumentos con arreglo a los acuerdos correspondientes. No podrá crear obligaciones que excedan el monto global fijado para gastos de personal en el presupuesto inicialmente aprobado”.*

Además, es importante resaltar que la creación de un cargo dentro de una planta de personal del sector público debe obedecer a la necesidad del servicio, previo estudio de análisis ocupacional.

De otra parte no se puede desconocer que en muchos municipios de categorías 5 y 6 este tipo de perfil, ya, es muy deseado por la condición de oferta existente.

## PROPOSICIÓN

De acuerdo con las consideraciones anteriores, me permito proponer ante la honorable Comisión Séptima del Senado de la República, dar Ponencia Negativa al **Proyecto de ley número 255 de 2012 Senado, 07 de 2011 Cámara**, por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 13 del Decreto 785 de 2005 y se dictan otras disposiciones, y se disponga su archivo.

Cordialmente,

*Eduardo Carlos Merlano M.,*  
Senador de la República.

## COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dieciocho (18) días del mes de octubre año dos mil doce (2012). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso**, ponencia para primer debate, en siete (7) folios, **al Proyecto de ley número 255 de 2012 Senado, 07 de 2011 Cámara**, por medio de la cual se adiciona un párrafo al artículo 13 del Decreto 785 de 2005 y se dictan otras disposiciones. Autoría del proyecto de ley del honorable Representante *Obed de Jesús Zuluaga Henao*.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 245 DE 2012 SENADO, 040 DE 2011 CÁMARA**

*por la cual se facilita el acceso a los servicios prestados por las Cajas de Compensación Familiar en favor de los pensionados.*

**I. CONTENIDO DEL PROYECTO**

**El proyecto de ley en mención consta de dos (2) artículos con la vigencia, tiene como finalidad Modificar el artículo 6° de la Ley 71 de 1988.**

**II. ANTECEDENTES**

La presente iniciativa es de autoría del honorable Senador Édgar Espíndola Niño, radicado en la Secretaría General del Senado de la República el 31 mayo 2012 y fecha de radicación en la Comisión Séptima de Senado 1° junio de 2012, texto definitivo plenaria Cámara de Representantes del Proyecto de ley número 040 de 2011 Cámara. El pasado 4 de agosto del 2011, el honorable Édgar Espíndola Niño radicó, ante la Secretaría General del Senado de la República, el proyecto de ley objeto de estudio, publicado en la *Gaceta del Congreso* de 2011, enviado por su objeto a la Comisión Séptima donde fueron designados Ponentes para primer debate los honorables Representantes Pablo Sierra León, Juan Manuel Valdés Barcha, y Ángela María Robledo.

De igual forma fueron designados Ponentes para segundo debate los honorable Representantes *Pablo Sierra León, Juan Manuel Valdés Barcha, y Ángela María Robledo.*

La presente iniciativa se ajusta a los requisitos descritos en los artículos 154, 158 y 169 de la Constitución Política, que hacen referencia a la iniciativa legislativa, unidad de materia y título de la ley.

**III. OBJETO DEL PROYECTO**

La iniciativa legislativa tiene como finalidad, facilitar el acceso a los servicios prestados por las Cajas de Compensación Familiar en favor de los pensionados en sus distintas modalidades, y así permitir que puedan acceder a los servicios que prestan las Cajas de Compensación Familiar en materia de recreación, deporte y cultura, a las tarifas más bajas.

**IV. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

De conformidad con el artículo 6° de la Ley 71 de 1988 que establece la obligación que tienen las Cajas de Compensación Familiar de prestar a los pensionados los servicios de recreación social a que tienen derecho los trabajadores activos; Sin embargo, su beneficio está condicionado a la obligación de cotizar a la respectiva Caja de Compensación Familiar, el dos por ciento (2%) de la respectiva mesada de su pensión como lo establece el artículo 33 del Decreto 784 de 1989.

Con lo anteriormente descrito se tiene claridad que se configura una barrera de acceso para los pensionados, ya que como se encuentra en la norma son ellos quienes deberán aportar un porcentaje para que se les permita el acceso a los servicios de recreación, deporte y actividades de desarrollo físico y mental tanto propio como de sus familiares, presentándose de esta forma una violación de carácter constitucional al Derecho a la igualdad respecto de los trabaja-

dores activos, que gozan de indicados beneficios por cuenta de la cotización que hace su empleador, sin tener que efectuar cotización alguna adicional.

Teniendo en cuenta que los beneficiados con la iniciativa son personas de la tercera edad, que dedicaron su vida al servicio de las diferentes entidades del orden público como privado; cuyo único ingreso es generalmente la pensión, aunado a esto gozan de especial protección en cuanto su situación jurídica tiene por base el trabajo, y esta es una propuesta que si bien representa un beneficio para un sector de la población que realizó aportes a las Cajas de Compensación Familiar a través de su empleador mientras fue trabajador activo.

**V. CONSIDERACIONES**

La Ley 21 de 1982 fijó los criterios generales que rigen la organización, tarifas y programas sociales de las cajas de compensación familiar, con el fin de atender el pago de subsidio familiar en servicio o en especie (artículo 62).

Dichas obras y programas sociales se mencionan en el artículo 62 así:

1. Salud.
2. Nutrición y Mercadeo Básico.
3. Educación.
4. Vivienda.
5. Crédito de fomento.
6. Recreación Social (negrilla fuera de texto).
7. Mercadeo de otros productos.

En cuanto a la recreación social, programa que nos concierne según la finalidad del proyecto, encuentra su fundamento constitucional en el artículo 52 de la Constitución de 1991 cuando establece: “*El ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano*”.

El deporte y la recreación, forman parte de la educación y constituyen gasto público social. La finalidad de este servicio de recreación de las Cajas es suministrar los servicios de turismo social, facilitar el descanso y esparcimiento de los trabajadores afiliados de manera que se repongan de la fatiga y el cansancio resultante de la actividad laboral, inducir a los trabajadores y sus familias a las prácticas del deporte y la sana utilización del tiempo libre, facilitar en eventos deportivos, programas de recreación excursiones, etc. (Decreto 784 de 1989. Artículo 29).

Por su parte la Ley 181 de 1985 establece los criterios y políticas a adoptar en materia de recreación y deporte, y establece en su artículo 6° la mayor responsabilidad en el campo de la recreación corresponde al Estado y a las Cajas de Compensación Familiar. (Negrilla fuera de texto).

Lo que se refuerza con el mandato constitucional del artículo 46 que establece:

*“El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”, y 52 ibídem “El ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas,*

*competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano.*

*El deporte y la recreación, forman parte de la educación y constituyen gasto público social.*

*Se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre.*

*El Estado fomentará estas actividades e inspeccionará, vigilará y controlará las organizaciones deportivas y recreativas cuya estructura y propiedad deberán ser democráticas”.*

De esta manera la norma superior y la legislación actual reconoce que toda persona tiene derecho a la recreación, a la vida activa y comunitaria, haciendo énfasis a las personas de la tercera edad, las cuales se verían beneficiadas con este proyecto de ley si tienen el carácter de pensionado.

Es de aclarar, que las Cajas de Compensación Familiar son personas jurídicas de derecho privado sin ánimo de lucro, organizadas como corporaciones en la forma señalada en el Código Civil, cuya finalidad es cumplir funciones de seguridad social, y que se sostienen, según la Corte en Sentencia C-508 de 1997 por las cotizaciones que los patronos hacen a las cajas, en efecto, las cotizaciones que los patronos realizan a las Cajas son aportes obligatorios que se reinvierten en el sector.

*Su fundamento constitucional se encuentra hoy en el artículo 150 numeral 12 y en el 388 ídem. Todos estos recursos son parafiscales, esto es, una afectación especial que no puede ser destinada a otras finalidades distintas a las previstas en la ley (Sentencia C-508 de 1997).*

Desde este punto de vista, el hecho de que los pensionados utilicen los servicios de recreación y deporte, no significa que se dé una afectación económica de las Cajas, ya que no se están afectando las cotizaciones de quienes se encuentran activos, sino respecto de aquellos que ya han cotizado durante su vida laboral.

Acudimos al argumento del autor al preguntarse. Qué ocurre entonces, si el pensionado desea voluntariamente seguir disfrutando de los servicios de caja de compensación familiar. Asume en su totalidad el valor de un aporte de hasta un 2% de su mesada pensional, de acuerdo a lo establecido en la Ley 71 de 1988. Lo que no ocurría en su vida como trabajador activo, ya que el empleador asumía este aporte parafiscal hasta en un 9% de su nómina a favor de la caja de compensación, SENA, ICBF, ESAP y escuelas técnicas, según lo dispuesto en la Ley 21 de 1982 y en la Ley 789 de 2002.

La cotización del 2% para acceder a servicios de las Cajas sería adicional al 12% de cotización para salud y al pago de cuotas moderadoras, deducibles, pagos y copagos, el cual mermaría profundamente su mesada de manera injusta, por no decir que gravosa.

Así pues, el facilitarle el ingreso del pensionado a los servicios de recreación, cultura, educación y deporte, no solo incrementará la población que asiste a estas actividades lo cual puede consolidar el desarrollo de la protección especial al adulto mayor

como uno de los fines del Estado Social de Derecho, sino que además puede incrementar los ingresos en el establecimiento ya que el beneficiario debe cancelar los demás servicios utilizados al interior de este, alimentación, transporte, servicios, etc.

En este sentir, la Ley 71 de 1988 es retrógrada y por tanto debe ser modificada, pues no va en sintonía con los principios de progresividad, efectividad y eficiencia que establece el art. 48 de la Constitución política al establecer:

*La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficacia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.*

## VI. MODIFICACIONES

Establece el artículo 6° de la Ley 71 de 1982 en su versión original:

*Las Cajas de Compensación Familiar deberán prestar a los pensionados, mediante previa solicitud, los servicios a que tienen derecho los trabajadores activos.*

*Para estos efectos los pensionados cotizarán de acuerdo con los reglamentos que expida el Gobierno Nacional, sin que en ningún caso la cuantía de la cotización sea superior al dos por ciento (2%) de la correspondiente mesada.*

*Los pensionados que se acojan a este beneficio no recibirán subsidio en dinero.*

En este sentido, como fue presentado el proyecto de ley, y teniendo en cuenta que el objetivo es únicamente modificar aquella disposición frente a los pensionados cuya mesada sea superior a uno y medio (1.5) smlmv, para que estos no tengan que cotizar el 2% de su mesada para ser beneficiarios de los servicios de Recreación, Deporte y Cultura, no queda claro en el proyecto, qué pasa entonces con aquellos pensionados cuya mesada es superior, ni tampoco parece claro en el proyecto si dichos pensionados tendrían o no el derecho al subsidio familiar en dinero, como bien había sido excluido en la Ley 71 de 1988.

En este sentir, consideramos que estos vacíos deben ser llenados para que este proyecto de ley cumpla la finalidad para la que fue creada y no altere el buen funcionamiento del Sistema de Seguridad Social.

### 1. Frente al subsidio familiar en dinero:

En el caso de los pensionados, lo pretendido por el legislador en la exposición de motivos de la Ley 71 de 1988 y de este nuevo proyecto de ley “*se contrae a ampliar los beneficios de la seguridad social que bajo la modalidad de servicios prestan las Cajas de Compensación Familiar a este sector olvidado y necesitado de la población, sin que el mejoramiento opcional implique la cancelación o pago de subsidio familiar alguno*” (subrayas fuera de texto). Sentencia número C-149 de 1994.

Es decir, no pretendemos con este proyecto que las cajas asuman una cancelación de subsidio familiar monetario alguno para el pensionado, pues ello ya ha sido analizado en la Sentencia citada, encontrando la Corte exequible esta restricción por razones económicas y por considerar que asimilar al

pensionado al trabajador activo en esta materia desnaturaliza el fin para el cual fue creado el subsidio familiar en dinero, teniendo en cuenta que *el subsidio familiar es una prestación social a cargo de los empleadores que se paga a los trabajadores de menores y medianos ingresos, en dinero, especie y servicios (L. 21 de 1988, artículo 1°), por conducto de las Cajas de Compensación Familiar, con arreglo a lo ordenado por la ley (L.21 de 1982, artículo 15). Es claro que unos son los servicios que prestan las Cajas de Compensación Familiar en calidad de entidades que desarrollan diversos programas para la prestación de la seguridad social y otra la actividad que cumplen en calidad de entidades pagadoras del subsidio dinerario. Este auxilio especial es una obligación impuesta por la ley a los empleadores, que no debe ser cancelada en forma directa por el patrono sino mediante la destinación de parte del valor de la nómina a las Cajas de Compensación Familiar para que estas realicen el desembolso respectivo*, lo que significa que no es indiferente la condición de trabajador o pensionado, el trabajador tendría derecho a este pago, el pensionado no, pues el pago de subsidio en dinero es consecuencia de una obligación legal de los empleadores. (Sentencia C-149 de 1994).

Por lo tanto los pensionados que voluntariamente coticen este 2% para acceder a los servicios de las Cajas no tendrían derecho al subsidio familiar en dinero.

2. Frente a los pensionados cuya mesada pensio-  
nal sea hasta de uno y medio (1.5) smlmv.

Frente a la segmentación de los pensionados que tendrían derecho a este beneficio, hay que tener en cuenta que este proyecto solo va dirigido a aquellos pensionados que más lo necesiten, dado que el espíritu de la norma es contribuir para que los pensionados que viven únicamente de su pensión puedan acceder libremente a los servicios de recreación, deporte y cultura, sin tener que cotizar a las cajas; no puede entonces generalizarse este derecho en toda la población de pensionados, por lo cual consideramos que la población a beneficiarse debe ser únicamente a aquellos cuya mesada sea de hasta uno y medio (1.5) smlmv.

Por su parte, los pensionados cuya mesada sea superior a uno y medio (1.5) smlmv, deberán seguir sujetos a la cotización voluntaria del 2% como lo establecía la Ley 71 de 1988.

3. Frente a la extensión del beneficio al cónyuge o compañero permanente siempre que este no ostente la calidad de pensionado o trabajador activo.

## MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

### a) Marco constitucional

Artículo 1°. Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Artículo 2°. *Son fines esenciales del Estado. Servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la*

participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

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.

Artículo 53. El Congreso expedirá el estatuto del trabajo. La ley correspondiente tendrá en cuenta por lo menos los siguientes principios mínimos fundamentales:

Igualdad de oportunidades para los trabajadores; remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; estabilidad en el empleo; irrenunciabilidad a los beneficios mínimos establecidos en normas laborales; facultades para transigir y conciliar sobre derechos inciertos y discutibles; situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales; garantía a la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento y el descanso necesario; protección especial a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad. Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna.

La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo, no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores.

La Constitución Política establece en su artículo 13 que 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.

En virtud de lo anterior, la Constitución Política de Colombia que consagra el derecho a la igualdad, se considera para esta ley que así como los trabajadores activos tienen el derecho a afiliarse a diferentes Cajas de Compensación Familiar, de igual forma, el mismo derecho debe asistirles a los pensionados.

De otra parte, en los artículos 46 el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección

y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria y 52 *ibídem* el ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano.

El deporte y la recreación, forman parte de la educación y constituyen gasto público social.

Se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre.

El Estado fomentará estas actividades e inspeccionará, vigilará y controlará las organizaciones deportivas y recreativas cuya estructura y propiedad deberán ser democráticas reconocen que toda persona tiene derecho a la recreación, a la vida activa y comunitaria, haciendo énfasis a las personas de la tercera edad, de manera que se obra en justicia a favor de este sector vulnerable de la sociedad como son el adulto mayor con categoría de pensionado.

Es de aclarar, que si bien es cierto que las Cajas de Compensación Familiar son privadas se sostienen de los aportes parafiscales. Sin embargo, la Constitución Política de Colombia en el inciso 2° del artículo 58 señala que la propiedad es una función social que implica obligaciones. Desde este punto de vista, el hecho de que los pensionados utilicen los mismos servicios en igualdad de condiciones como los trabajadores, no implica una carga económica para las cajas, ya que al utilizar los servicios de recreación, cultura, educación y deporte, el beneficiario debe cancelar el servicio utilizado.

Se debe tener en cuenta que la Ley 71 de 1988 es retrógrada, comparándola con las Leyes 1171 de 2007 y 1251 de 2008 que son un avance en materia de dignificar al pensionado colombiano. Es así que la Ley 1171 de 2007 en su artículo 1°. La presente ley tiene por objeto conceder a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida, amplía el nicho de esta población incluyendo a todos los adultos mayores sin tener en cuenta si son o no pensionados.

#### TRÁMITE EN COMISIÓN SÉPTIMA SENADO

##### LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

En Sesión Ordinaria de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, del día tres (3) de octubre del año dos mil doce (2012), fue considerado el informe de ponencia para primer debate y el texto propuesto al **Proyecto de ley número 245 de 2012 Senado, 040 de 2011 Cámara, por la cual se facilita el acceso a los servicios prestados por las Cajas de Compensación Familiar en favor de los pensionados**, presentado por la honorable Senadora Ponente *Liliana María Rendón Roldán*.

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5°, del Acto Legislativo 01 de 2009, Votación Pública y

Nominal y a la Ley 1431 de 2011, “*por la cual se establecen las excepciones a que se refiere el artículo 133 de la Constitución Política*”, se obtuvo la siguiente votación:

Puesta a consideración la proposición con que termina el informe de ponencia positivo presentado por la honorable Senadora Ponente Liliana María Rendón Roldán, este fue aprobado por ocho (8) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de trece (13) Senadores integrantes de la Comisión. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.

- Puesta a consideración la proposición de votación en bloque, la votación del articulado (con modificación al artículo 1° presentada por los honorables Senadores Rendón Roldán Liliana María, Espíndola Niño Édgar, Zapata Correa Gabriel y Ballesteros Bernier Jorge Eliécer), el título del proyecto y el deseo de la Comisión de que este proyecto tuviera segundo debate, se obtuvo su aprobación con ocho (8) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de trece (13) Senadores integrantes de la Comisión. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.

Los honorables Senadores Rendón Roldán Liliana María, Espíndola Niño Édgar, Zapata Correa Gabriel y Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, presentaron proposición modificatoria al artículo 1° del Proyecto de ley número 245 de 2012 Senado, 040 de 2011 Cámara, así:

“Artículo 1°. Modifíquese el artículo 6° de la Ley 71 de 1988, el cual quedará así:

Artículo 6°. Los Pensionados de los sectores público, privado, independientes y/o regímenes especiales del orden nacional y territorial, cuya mesada pensional sea hasta de uno y medio (1.5) smlmv, que hubieran acreditado veinte (20) años o más, continuos o discontinuos, de afiliación al Sistema de Cajas de Compensación Familiar, tendrán derecho a acceder a los programas y servicios que prestan las Cajas de Compensación Familiar en materia de recreación, deporte y cultura, a las tarifas más bajas.

Los pensionados cuya mesada sea superior a uno y medio (1.5) smlv cotizarán en los términos y condiciones establecidos en la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional, sin que en ningún caso la cuantía de la cotización sea superior al dos por ciento (2%) de la correspondiente mesada.

Los pensionados que se acojan a este beneficio no recibirán subsidio familiar correspondiente a la cuota monetaria”.

- Esta proposición se aprobó con ocho (8) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de trece (13) Senadores integrantes de

la Comisión. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.

- Seguidamente fueron designados ponentes para Segundo Debate, en estrado, los honorables Senadores ponentes Liliana María Rendón Roldán y Gabriel Zapata Correa. Término reglamentario de diez (10) días calendario, contados a partir de la designación en estrado, susceptibles de solicitar prórroga.

- Puesto a consideración el título del Proyecto, fue aprobado de la siguiente manera: **“por la cual se facilita el acceso a los servicios prestados por las Cajas de Compensación Familiar en favor de los pensionados”**, tal como fue presentado en el texto propuesto en la ponencia positiva para primer debate.

- **La relación completa del primer debate se halla consignada en el Acta número 14, de octubre tres (3) de dos mil doce (2012), legislatura 2012-2013.**

- Conforme a lo dispuesto en el artículo 8º, del Acto Legislativo número 001 de 2003, (último inciso del artículo 160 de la Constitución Política), el anuncio del Proyecto de ley número 14 de 2011 Senado, se hizo en las siguientes sesiones ordinarias: Miércoles veintiséis (26) de septiembre de 2012, según Acta número 12 y martes dos (2) de octubre de 2012, según Acta número 13.

Iniciativa: Honorable Senador *Édgar Espíndola Niño*.

Ponente en Comisión Séptima de Senado: Honorable Senadora *Liliana María Rendón Roldán*.

Ponente en Comisión Séptima de Cámara: Honorables Representantes *Juan Manuel Valdés Barcha, Pablo Aristóbul Sierra León y Ángela María Robledo*.

Publicación proyecto original: *Gaceta del Congreso* número 583 de 2011.

Publicación ponencia para primer debate Comisión Séptima Cámara: *Gaceta del Congreso* número 738 de 2011.

Publicación texto definitivo Comisión Séptima Cámara: *Gaceta del Congreso* número 855 de 2011.

Publicación ponencia para segundo debate Comisión Séptima Cámara: *Gaceta del Congreso* número 855 de 2011.

Publicación texto plenaria Cámara: *Gaceta del Congreso* número 291 de 2012.

Publicación ponencia para primer debate Comisión Séptima Senado: *Gaceta del Congreso* número 552 de 2012.

Número de artículos proyecto original: Dos (2) artículos.

Número de artículos texto propuesto Comisión Séptima de Senado: Dos (2) artículos.

Número de artículos aprobados Comisión Séptima de Senado: Dos (2) artículos.

Tiene los siguientes conceptos:

1. Del Ministerio de Trabajo, de fecha agosto veintinueve (29) de 2012, Radicado número 127517, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 590 de 2012.

2. De Asocajas, Radicado número 127517, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 590 de 2012.

3. Del Ministerio de Hacienda, de fecha septiembre siete (7) de 2012, Radicado número UJ-1741/2012, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 634 de 2012.

### CONCLUSIÓN

En virtud de lo expuesto, presentamos a los honorables Senadores de la República de la Comisión Séptima lo siguiente:

### PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir Ponencia Positiva y solicito a los honorables Senadores de la Comisión Séptima del Senado de la República, aprobar en segundo debate el **Proyecto de ley número 245 de 2012 Senado**, por la cual se facilita el acceso a los servicios prestados por las cajas de Compensación Familiar en favor de los pensionados; con las siguientes modificaciones aprobadas en Comisión Séptima del Senado el día 3 de octubre del año 2012, el cual se adjunta.

Ponentes,

*Liliana María Rendón Roldán*,  
Senadora de la República.  
*Gabriel Zapata Correa*,  
Senador de la República.

### COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los diecisiete (17) días del mes de octubre año dos mil doce (2012). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la *Gaceta del Congreso***, el informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate, en dieciséis (16) folios, **al Proyecto de ley número 245 de 2012 Senado, 040 de 2011 Cámara**, por la cual se facilita el acceso a los servicios “prestados por las Cajas Compensación Familiar en favor de los pensionados”. Autoría del proyecto de ley del honorable Senador *Édgar Espíndola Niño*.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara*.

### TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE ANTE LA PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 245 DE 2012, SENADO 040 DE CÁMARA

*por la cual se facilita el acceso a los servicios prestados por las cajas de compensación familiar en favor de los pensionados.*

### AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 254 DE 2012 SENADO, 040 DE 2011 CÁMARA

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º Modifíquese el artículo 6º de la Ley 71 de 1988, el cual quedará así:

**Artículo 6°.** Los Pensionados de los sectores público, privado, independientes y/o regímenes especiales del orden nacional y territorial, cuya mesada pensional sea hasta de uno y medio (1.5) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (smlmv), que hubieran acreditado veinte (20) años o más, continuos o discontinuos, de afiliación al Sistema de Cajas de Compensación Familiar, tendrán derecho a acceder a los programas y servicios que prestan las Cajas de Compensación Familiar en materia de recreación, deporte y cultura, a las tarifas más bajas.

Los pensionados cuya mesada sea superior a uno y medio (1.5) salario mínimo legal mensual vigente (smlv), cotizarán en los términos y condiciones establecidos en la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional, sin que en ningún caso la cuantía de la cotización sea superior al dos por ciento (2%) de la correspondiente mesada.

Los pensionados que se acojan a este beneficio no recibirán subsidio familiar correspondiente a la cuota monetaria.

Artículo 2°. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

*Liliana María Rendón Roldán,*  
Senadora de la República.

*Gabriel Zapata Correa,*  
Senador de la República.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los diecisiete (17) días del mes de octubre año dos mil doce (2012). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso**, el informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate, en dieciséis (16) folios, **al Proyecto de ley número 245 de 2012 Senado, 040 de 2011 Cámara, por la cual se facilita el acceso a los servicios “prestados por las Cajas Compensación Familiar en favor de los pensionados**. Autoría del proyecto de ley del honorable Senador Édgar Espíndola Niño.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

## COMENTARIOS

### COMENTARIOS DE SEGURIDAD JURÍDICA DE ACTIVO LEGAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 11 DE 2012 SENADO

Bogotá, D. C., 13 de septiembre de 2012

Doctor

JESÚS MARÍA ESPAÑA

Secretario Comisión Séptima Senado

Ciudad.

**Ref.: Análisis jurídico del proyecto de ley Sobre inclusión del cónyuge inocente dentro de un proceso de divorcio dentro de los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes.**

El proyecto de ley objeto de análisis cuenta con un párrafo que busca incluir como beneficiario de la pensión de sobrevivientes al cónyuge que resulte inocente o que no haya dado lugar a ninguna de las causales para el divorcio, fundamentado en los principios de reciprocidad y solidaridad mutua entre los cónyuges, nos permitimos exponer lo siguiente:

#### ANÁLISIS DE LA PROPUESTA

##### 1. Consideraciones generales

Las relaciones conyugales se fundamentan sobre la base de los principios de reciprocidad y ayuda mutua entre los esposos, aun cuando termina el vínculo matrimonial, subsiste la obligación de apoyar a aquella parte de la relación que no cuenta con los recursos necesarios para su subsistencia.

La anterior obligación se encuentra regulada en el artículo 176 del C.C. modificado por el artículo 9° del Decreto 2820 del año 1974, que establece lo siguiente:

*“Los cónyuges están obligados a guardarse fe, a socorrerse y ayudarse mutuamente en todas las circunstancias de la vida”.*

Este principio de solidaridad, entendido como el deber de ayuda mutua entre los cónyuges, genera que se deban alimentos cuando se dan las siguientes condiciones, establecidas en la Sentencia de constitucionalidad C-237 de 1997:

*i) Que el peticionario carezca de bienes y, por consiguiente, requiera los alimentos que demanda;*

*ii) Que la persona a quien se le piden alimentos tenga los recursos económicos para proporcionarlos, y*

*iii) Que exista un vínculo de parentesco o un supuesto que origine la obligación entre quien tiene la necesidad y quien tiene los recursos.*

*“El deber de asistencia alimentaria se establece sobre dos requisitos fundamentales: la necesidad del beneficiario y la capacidad del deudor, quien debe ayudar a la subsistencia de sus parientes, sin que ello implique el sacrificio de su propia existencia”.*

Conforme lo anterior, la obligación alimentaria se encuentra supeditada a la necesidad de subsistencia del cónyuge alimentado y la capacidad económica del alimentante guardando proporcionalidad entre la capacidad económica del alimentante y la falta de recursos de la otra parte.

En tal sentido, el proyecto de ley que se busca implementar se encuentra fundado en la obligación de socorro y ayuda mutua que cobija a los esposos en todas las instancias de la vida y no cesa en razón a la muerte del cónyuge aportante, un ejemplo claro de la subsistencia de este derecho pese a la terminación del vínculo matrimonial, es la afectación que sufre la masa de bienes del difunto cuando existen obligaciones alimentarias vigentes.

De esta forma, se encuentra regulado en el artículo 1016 del Código Civil que establece las causales que afectan el patrimonio universal del difunto, que establece:

*“En toda sucesión por causa de muerte, para llevar a efecto las disposiciones del difunto o de la ley, se deducirán del acervo o masa de bienes que el difunto ha dejado, incluso los créditos hereditarios:*

1. *Las costas de la publicación del testamento, si lo hubiere, y las demás anexas a la apertura de la sucesión.*

2. *Las deudas hereditarias.*

3. *Los impuestos fiscales que gravaren toda la masa hereditaria.*

**4. Las asignaciones alimenticias forzosas.**

5. *La porción conyugal a que hubiere lugar, en todos los órdenes de sucesión, menos en el de los descendientes. El resto es el acervo líquido de que dispone el testador o la ley”.*

Así mismo, en Capítulo I del Libro V del Código Civil, en lo referente a las asignaciones forzosas dispone en el artículo 1227 lo siguiente:

*“Los alimentos que el difunto ha debido por ley a ciertas personas, gravan la masa hereditaria, menos cuando el testador haya impuesto esa obligación a uno o más partícipes de la sucesión”.*

Lo anterior, permite concluir que el legislador tuvo en cuenta a los cónyuges inocentes dentro del proceso de divorcio al hacerlos parte en el pasivo sucesoral, en el cual se analizará la situación del alimentado y se definirá el futuro dentro de la liquidación del patrimonio universal del alimentante.

**RECOMENDACIONES**

1. Es importante identificar las características que deben cumplir el cónyuge que declare inocente dentro de un proceso o que no fue el causante del divorcio, para que se configure la posibilidad de acceder como beneficiario a la pensión de sobrevivientes, tal y como se encuentra regulado en materia de alimentos.

2. Otro factor que podría ser objeto de análisis, es el elemento de necesidad del beneficiario de la pensión, como ocurre en materia de alimentos se debe este tipo de prestación a la persona que lo necesita dada su situación económica (artículo 419 del Código Civil.)

Este concepto ha sido realizado de acuerdo al leal saber y entender de las personas que conforman el equipo de análisis, en su redacción se ha interpretado de buena fe la normatividad existente. Debido a que, en caso de controversia judicial, el funcionario competente solo está sometido al imperio de la ley y es autónomo en el sentido de sus fallos, la decisión sobre la aplicación o no de las recomendaciones establecidas en este escrito son responsabilidad exclusiva del destinatario del mismo.

De igual forma, este concepto se realizó de acuerdo con las disposiciones éticas establecidas en los artículos 28 y 34 de la Ley 1123 de 2007 de la República de Colombia y no pretende hacer ver la situación de hecho planteada de manera que se creen falsas expectativas, se magnifiquen las dificultades o se asegure un resultado favorable frente a un eventual conflicto judicial.

Cualquier inquietud, comentario o preguntas sobre este concepto se puede hacer llegar, en Colom-

bia, a la dirección Carrera 13 N° 71 - 46 de Bogotá D.C., al PBX 743 1133 y/o a los correos electrónicos info@activolegal.com, monica.nino@activolegal.com y john.rojas@activolegal.com.

Cordialmente,

Mateo Amaya Quimbayo,

Politólogo,

Analista de proyectos de ley,

Activo Legal Ltda.

**COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA**

Bogotá D. C., a los diecisiete (17) días del mes de octubre año dos mil doce (2012). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso**, análisis Jurídico de la Seguridad Jurídica para su Empresa Activo Legal Ltda., suscrita por el doctor Mateo Amaya Quimbayo, Politólogo, en tres (3) folios, al **Proyecto de ley número 11 de 2012 Senado**, por medio de la cual se modifica el artículo 13 de la Ley 797 de 2003, “por la cual se reforman algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los regímenes pensionales exceptuados y especiales” y se dictan otras disposiciones. Autoría del proyecto de ley de la honorable Senadora Alexandra Moreno Piraquive.

El presente concepto se publica en la **Gaceta del Congreso**, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

**CONTENIDO**

Gaceta número 711 - Viernes, 19 de octubre de 2012	
SENADO DE LA REPÚBLICA	Págs.
RESOLUCIONES DE MESA DIRECTIVA	
Comisión Segunda Constitucional Permanente	
Resolución de Mesa Directiva número 002 de 2012, por la cual se establece el procedimiento para el estudio de los Ascensos Militares que confiera el Gobierno Nacional desde Oficiales Generales y Oficiales de Insignia de la Fuerza Pública, hasta el más alto grado.....	1
PONENCIAS	
Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 249 de 2012 Senado, 044 de 2011 Cámara, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.....	2
Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 255 de 2012 Senado, 07 de 2011 Cámara, por medio de la cual se adiciona un parágrafo al artículo 13 del Decreto 785 de 2005 y se dictan otras disposiciones. ....	31
Informe de ponencia para segundo debate y Texto propuesto al Proyecto de ley número 245 de 2012 Senado, 040 de 2011 Cámara, por la cual se facilita el acceso a los servicios prestados por las Cajas de Compensación Familiar en favor de los pensionados. ....	34
COMENTARIOS	
Comentarios de seguridad jurídica de activo legal al Proyecto de ley número 11 de 2012 Senado.....	39