



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXI - N° 1513

Bogotá, D. C., viernes, 25 de noviembre de 2022

EDICIÓN DE 13 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SOBRE EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 450 DE 2022 (CÁMARA) - 85 DE 2021 (SENADO)

por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal y se dictan otras disposiciones - “Ley Brazos Vacíos”.

Bogotá D.C.,

Doctor

RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO

Comisión Séptima Constitucional

Cámara de Representantes

Carrera 7ª N° 8 – 68

Bogotá D.C.

ASUNTO: Concepto sobre el **PL 450/22 (C) – 085/21 (S)** “*por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal y se dictan otras disposiciones - «Ley Brazos Vacíos».*”

Cordial saludo,

Teniendo en cuenta que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir debate en esa Corporación, con fundamento en texto publicado en la Gaceta del Congreso N° 1116 de 2022, se emite concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Lo anterior, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales previstas en el inciso 2° del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3° del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, de conformidad con el siguiente orden:

1. CONTENIDO

La ponencia para tercer debate, plantea lo siguiente:

1.1. La obligación de esta Cartera en el desarrollo de un “*lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, y la familia en casos de duelo perinatal aplicable a todos los actores del sistema de salud en Colombia que tengan a cargo la atención materno perinatal y de salud mental*”. Adicionalmente, asigna el seguimiento por parte de esta entidad a través de las secretarías (art. 1°).

1.2. Contempla, en el artículo 2°, los principios de respeto a la dignidad humana, humanización en la atención en salud, autonomía de la mujer o persona gestante,

información, privacidad, igualdad, promoción y cuidado de la salud mental, calidad e idoneidad, libertad de creencias y multiculturalidad. En el artículo 3°, incorpora las definiciones de muerte gestacional, muerte neonatal y duelo perinatal.

1.3. En el artículo 4° alude al lineamiento técnico que debe adoptar el Ministerio, dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia del proyecto de norma. Además, le asigna funciones de promoción en la capacitación, la promoción de contenidos en los estudios universitarios y de directrices respecto al certificado de defunción.

1.4. El artículo 5° desarrolla lo relativo al lineamiento interno en la Instituciones Prestadoras de Salud, conforme a lo previsto en el artículo 4°. En el artículo 6° se crea el día de la concientización sobre la muerte gestacional y neonatal que sería el 15 de octubre. Por último, se alude a la vigencia y derogatorias (art. 7°)

2. CONSIDERACIONES

2.1. Antecedentes

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, “*por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*”, establece, en su artículo 2°, que el derecho fundamental a la salud “*comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado*”.

Por su parte, la Ley 1616 de 2013, “*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 en la población colombiana, 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, mod. por el A.L. 2 de 2009, y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud (APS).

<p>Se ha desarrollado, así mismo, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, el Anexo Técnico Calidad y humanización a la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes, la Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas, la Ruta Integral de Atención para la población materno perinatal, la Política Nacional de Salud Mental y el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (2016-2021).</p> <p>Se debe señalar que en aras de garantizar servicios de mayor calidad y en cumplimiento de lo establecido en leyes nacionales, este Ministerio fortaleció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia APS, de manera que la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad, promuevan la creación de un ambiente sano y saludable y el mejoramiento de la salud, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean las personas residentes en el país.</p> <p>Así, adoptó Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), entendiéndose, acorde con la Resolución 3202 de 2016, que <i>"serán de obligatorio cumplimiento para las [...] entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general que desarrollan acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)".</i> Mediante el artículo 7 de la citada Resolución y en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, el Ministerio adoptó entre otras las siguientes RIAS:</p> <p>a) "Para la promoción y mantenimiento de la salud". b) "Ruta Materno Perinatal".</p> <p>La ruta de atención materno - perinatal, permite que la atención de la salud materna esté centrada en la provisión de servicios de forma integral, entendiéndose por integral la atención en salud que incluye el abordaje de aspectos médicos y biopsicosociales relevantes para responder a las necesidades y preferencias de la mujer gestante.</p> <p>Al respecto, se reconoce que la mortalidad perinatal y neonatal son indicadores ligados a la reproducción y reflejan la atención preconcepcional, prenatal, durante el parto y</p>	<p>postparto, y que configuran un marcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de las condiciones biológicas, sociales y de salud de la mujer gestante. El marco internacional establece en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) las metas que orientan las prioridades de los países para el seguimiento y desarrollo de estrategias que <i>"favorezcan el crecimiento económico y aborden una serie de necesidades sociales, entre las que cabe señalar la educación, la salud, la protección social y las oportunidades de empleo, a la vez que luchan contra el cambio climático y promueven la protección del medio ambiente"</i>. Para el objetivo relacionado con salud y bienestar se define que, para 2030, se pondrá fin a las muertes evitables de recién nacidos, logrando que los países puedan reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos¹.</p> <p>Para Colombia, el evento de mortalidad perinatal y neonatal está priorizado desde la Política de Salud Sexual y Reproductiva emitida del año 2003, que planteó la necesidad de mejorar la salud sexual y reproductiva bajo el enfoque de derechos con énfasis en la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión en salud pública y epidemiológica para lograr la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas. En este sentido, se crea dentro de las líneas de acción la maternidad segura, que contempla intervenciones dirigidas a <i>"garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido"</i>.</p> <p>De este modo, ya existen orientaciones de política pública dirigidas a garantizar la atención integral en salud de las mujeres gestantes y los neonatos, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos. - Anexo Técnico Calidad y Humanización a la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. - La Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas. - Política de Atención Integral en Salud: tiene como propósito garantizar integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, por medio de herramientas que permiten la consolidación de acciones a través de rutas integrales de atención en salud (RIAS), dentro de las cuales se prioriza la población en condición materno-perinatal. <p>¹ Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2016. Estados Unidos [internet]. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La Ruta Integral de Atención para la población materno perinatal adoptada mediante Resolución 3280 de 2018: por medio de esta norma el país adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. El objetivo de la ruta, tal como ya se señaló, es garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de <u>valoración integral de la salud</u>, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, <u>rehabilitación</u>, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el contexto de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos. - Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. <p>De otro lado, la Política Nacional de Salud Mental, adoptada mediante la Resolución 4886 de 2018 busca posicionar la salud mental como agenda prioritaria para el país, tal como lo promulga la Ley 1616 de 2013, retomando lo planteado en el Plan Hemisférico de la Salud Mental (2015 – 2020).</p> <p>Esta política resalta la necesidad de que en la atención en salud mental se reconozca el enfoque de género, y el enfoque de curso de vida, así como el enfoque psicosocial como <i>"una herramienta de la atención en salud que permite reconocer la integralidad de las personas teniendo en cuenta el contexto en el que se han desarrollado, los hechos que han vivido, el significado que les han dado a estos hechos, el sufrimiento que han experimentado y las capacidades con las que cuentan las personas y comunidades para recuperarse y materializar sus proyectos de vida"</i>². Esta perspectiva se materializa en la humanización de la atención en salud mental, para la cual es indispensable la sensibilidad frente a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.</p> <p>Estas normas contienen el soporte para regulación en la materia.</p> <p>Es más, no se debe desconocer que a raíz de las sentencias C-355 de 2006³ y C-055 de 2022⁴, la interrupción voluntaria del embarazo es un derecho de la persona gestante y, por lo tanto, lo que aquí se regula no puede colisionar con esa opción. La última de</p> <p>² Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional en Salud Mental. 2020. ³ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-355 de 2006, M.M.P.P. Clara Inés Vargas & Jaime Araújo Rentería. ⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-055 de 2022, M.M.P.P. Antonio José Lizarazo y Alberto Rojas Ríos.</p>	<p>las providencias aludidas dispuso lo siguiente:</p> <p>PRIMERO: Declarar la EXEQUIBILIDAD CONDICIONADA del artículo 122 de la Ley 599 de 2000 "por medio de la cual se expide el Código Penal", en el sentido de que la conducta de abortar allí prevista solo será punible cuando se realice después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación y, en todo caso, este límite temporal no será aplicable a los tres supuestos en los que la Sentencia C-355 de 2006 dispuso que no se incurre en delito de aborto, esto es, (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto".</p> <p>SEGUNDO, EXHORTAR al Congreso de la República y al Gobierno nacional, para que, sin perjuicio del cumplimiento inmediato de esta sentencia y, en el menor tiempo posible, formulen e implementen una política pública integral –incluidas las medidas legislativas y administrativas que se requieran, según el caso– que evite los amplios márgenes de desprotección para la dignidad y los derechos de las mujeres gestantes, descritos en esta providencia y, a su vez, proteja el bien jurídico de la vida en gestación sin afectar tales garantías, a partir del condicionamiento de que trata el resolutorio anterior. Esta política debe contener, como mínimo, (i) la divulgación clara de las opciones disponibles para la mujer gestante durante y después del embarazo, (ii) la eliminación de cualquier obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que se reconocen en esta sentencia, (iii) la existencia de instrumentos de prevención del embarazo y planificación, (iv) el desarrollo de programas de educación en materia de educación sexual y reproductiva para todas las personas, (v) medidas de acompañamiento a las madres gestantes que incluyan opciones de adopción, entre otras, y (vi) medidas que garanticen los derechos de los nacidos en circunstancias de gestantes que desearon abortar.</p> <p>2.2. Sobre el estatus del no nacido</p> <p>En estricto sentido, la vida en gestación no se considera persona sino hasta cuando se produce un nacimiento vivo. Así, al estudiar el alcance de la Convención sobre los Derechos del Niño, que indica en su Preámbulo la necesidad de protección del niño <i>"tanto antes como después del nacimiento"</i>, la Corte Constitucional afirmó que dicho instrumento no establecía claramente que el <i>nasciturus</i> fuera un niño y como tal, titular de los derechos allí consagrados⁵.</p> <p>Al estudiar el alcance de la Convención sobre los Derechos del Niño, que indica en su Preámbulo la necesidad de protección del niño <i>"tanto antes como después del nacimiento"</i>, la Corte Constitucional afirmó que dicho instrumento no establecía</p> <p>⁵ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-355 de 2006, M.M.P.P. Clara Inés Vargas & Jaime Araújo Rentería.</p>

<p>claramente que el <i>nasciturus</i> fuera un niño y como tal, titular de los derechos allí consagrados:</p> <p>En el citado fallo, la Corte Constitucional sostuvo: “<i>El ordenamiento jurídico, si bien es verdad, que otorga protección al nasciturus, no la otorga en el mismo grado e intensidad que a la persona humana. Tanto es ello así, que en la mayor parte de las legislaciones es mayor la sanción penal para el infanticidio o el homicidio que para el aborto</i>”⁶.</p> <p>Según la interpretación del Tribunal Constitucional colombiano, el artículo 1º de dicha Convención no dispone claramente que el <i>nasciturus</i> sea un niño y como tal titular de los derechos consagrados en el instrumento internacional. En efecto, el artículo 1º refiere que: “<i>Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad</i>”. En la Sentencia C-591 de 1995, la Corte buscó resolver el siguiente cuestionamiento: ¿Determina la Constitución el principio de que la existencia legal de las personas comience con la concepción y no con el nacimiento? E indicó que “<i>la Constitución no establece que la existencia legal de la persona principie en el momento de la concepción</i>” y agregando que: “<i>No existe una sola norma de la cual pueda sacarse tal conclusión</i>”.</p> <p>Igualmente, la Corte ha mencionado que el <i>nasciturus</i>, según sentencias C-355 de 2006 y C-327 de 2016, carece del carácter de persona, por ende, su amparo en el ordenamiento vigente obedece a su valor como bien superior objeto de protección. Con base en lo anterior, y sobre si la vida en gestación se considera persona o ser humano en sus primeras fases de desarrollo, la Corte ha encontrado que no existen disposiciones legales que permitan otorgarle tal estatus.</p> <p>Bajo este entendido, de continuar el trámite legislativo, debe acogerse expresiones como pérdida gestacional o pérdida de un embarazo a lo largo de su articulado sin darle la connotación de persona al nacido.</p> <p>2.3. Comentarios específicos</p> <p>Acorde con lo que se viene tratando, y sin perjuicio de señalar que ya existe la normatividad pertinente para dar respuesta a la situación que se propone reglamentar, cabe expresar:</p> <p>⁶ <i>Ibid.</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="829 453 1154 471">Proyecto de Ley</th> <th data-bbox="1154 453 1451 471">Comentarios</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="829 471 1154 870"> <p>Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la obligación al Ministerio de Salud y Protección Social, de expedir un Lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, y la familia en casos de duelo perinatal aplicable a todos los actores del sistema de salud en Colombia que tengan a cargo la atención materno perinatal y de salud mental.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá además, efectuar el seguimiento a su implementación a través de las Secretarías de Salud distritales, municipales y departamentales, de manera que se garantice en todo momento y lugar en las instituciones prestadoras de servicios de salud una atención de calidad a la mujer o persona gestante, y la familia en duelo perinatal, desde la óptica de la humanización, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de sus derechos constitucionales y legales.</p> </td> <td data-bbox="1154 471 1451 870"> <p>En el objeto no debería incluirse lo relacionado con el seguimiento (segundo inciso), toda vez que, esto se menciona en el parágrafo 2 del artículo 4º del presente proyecto de ley, donde resulta más pertinente.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 870 1154 1120"> <p>Artículo 2º. Principios.</p> <p>2.1. Respeto de la dignidad humana: El Estado reconoce que las mujeres o personas gestantes, parturientas o púerperas que afronten duelo perinatal por un evento de muerte gestacional o neonatal son un fin en sí mismo y, por tal condición, son merecedoras de trato digno y respetuoso, así como de especial protección, por parte del Estado y de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.</p> </td> <td data-bbox="1154 870 1451 1120"> <p>Sobre el numeral 2.1., las expresiones “un evento de muerte gestacional o neonatal” no serían adecuadas. En estos casos se utiliza por “un evento relacionado con una pérdida gestacional o neonatal”. Esto iría en contra del carácter jurídico del que está por nacer.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 1120 1154 1128"> <p>2.2. Humanización en la atención en salud: La atención en salud a las familias y</p> </td> <td data-bbox="1154 1120 1451 1128"> <p>Sobre el numeral 2.2., se sugiere cambiar la expresión “y a su hijo/a muerto, durante</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Proyecto de Ley	Comentarios	<p>Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la obligación al Ministerio de Salud y Protección Social, de expedir un Lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, y la familia en casos de duelo perinatal aplicable a todos los actores del sistema de salud en Colombia que tengan a cargo la atención materno perinatal y de salud mental.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá además, efectuar el seguimiento a su implementación a través de las Secretarías de Salud distritales, municipales y departamentales, de manera que se garantice en todo momento y lugar en las instituciones prestadoras de servicios de salud una atención de calidad a la mujer o persona gestante, y la familia en duelo perinatal, desde la óptica de la humanización, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de sus derechos constitucionales y legales.</p>	<p>En el objeto no debería incluirse lo relacionado con el seguimiento (segundo inciso), toda vez que, esto se menciona en el parágrafo 2 del artículo 4º del presente proyecto de ley, donde resulta más pertinente.</p>	<p>Artículo 2º. Principios.</p> <p>2.1. Respeto de la dignidad humana: El Estado reconoce que las mujeres o personas gestantes, parturientas o púerperas que afronten duelo perinatal por un evento de muerte gestacional o neonatal son un fin en sí mismo y, por tal condición, son merecedoras de trato digno y respetuoso, así como de especial protección, por parte del Estado y de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>Sobre el numeral 2.1., las expresiones “un evento de muerte gestacional o neonatal” no serían adecuadas. En estos casos se utiliza por “un evento relacionado con una pérdida gestacional o neonatal”. Esto iría en contra del carácter jurídico del que está por nacer.</p>	<p>2.2. Humanización en la atención en salud: La atención en salud a las familias y</p>	<p>Sobre el numeral 2.2., se sugiere cambiar la expresión “y a su hijo/a muerto, durante</p>		
Proyecto de Ley	Comentarios										
<p>Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la obligación al Ministerio de Salud y Protección Social, de expedir un Lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer o persona gestante, y la familia en casos de duelo perinatal aplicable a todos los actores del sistema de salud en Colombia que tengan a cargo la atención materno perinatal y de salud mental.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá además, efectuar el seguimiento a su implementación a través de las Secretarías de Salud distritales, municipales y departamentales, de manera que se garantice en todo momento y lugar en las instituciones prestadoras de servicios de salud una atención de calidad a la mujer o persona gestante, y la familia en duelo perinatal, desde la óptica de la humanización, el respeto de la dignidad humana, el cuidado de la salud mental, y la efectividad de sus derechos constitucionales y legales.</p>	<p>En el objeto no debería incluirse lo relacionado con el seguimiento (segundo inciso), toda vez que, esto se menciona en el parágrafo 2 del artículo 4º del presente proyecto de ley, donde resulta más pertinente.</p>										
<p>Artículo 2º. Principios.</p> <p>2.1. Respeto de la dignidad humana: El Estado reconoce que las mujeres o personas gestantes, parturientas o púerperas que afronten duelo perinatal por un evento de muerte gestacional o neonatal son un fin en sí mismo y, por tal condición, son merecedoras de trato digno y respetuoso, así como de especial protección, por parte del Estado y de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>Sobre el numeral 2.1., las expresiones “un evento de muerte gestacional o neonatal” no serían adecuadas. En estos casos se utiliza por “un evento relacionado con una pérdida gestacional o neonatal”. Esto iría en contra del carácter jurídico del que está por nacer.</p>										
<p>2.2. Humanización en la atención en salud: La atención en salud a las familias y</p>	<p>Sobre el numeral 2.2., se sugiere cambiar la expresión “y a su hijo/a muerto, durante</p>										
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="168 1522 493 1857"> <p>especialmente a la mujer o persona gestante que afronta duelo perinatal estará centrada en la persona y en la garantía del derecho fundamental a la salud en todas las dimensiones del ser humano (física, mental, emocional, social y espiritual), con respeto a sus creencias, principios y valores. Ninguna familia afrontando duelo perinatal por muerte gestacional y neonatal y especialmente la mujer o persona gestante, parturienta o púerpera en duelo, podrá ser objeto de violencia psicológica o física durante la atención hospitalaria del embarazo, el parto o postparto, o mientras su hijo/a se encuentre en cuidados intensivos neonatales. Los prestadores de servicios de salud deberán ofrecer un trato digno, empático y respetuoso a la mujer o persona gestante y la familia en duelo perinatal y especialmente a la mujer o persona gestante y a su hijo/a muerto, durante todo el periodo de atención hospitalaria.</p> </td> <td data-bbox="493 1522 797 1573"> <p>todo el periodo de atención hospitalaria” por “y ante la pérdida del embarazo o en la etapa neonatal”.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="168 1870 493 2076"> <p>2.3. Autonomía de la mujer o persona gestante en duelo perinatal: Ninguna mujer o persona gestante podrá ser sometida a procedimientos no consentidos durante la atención médica de la gestación, el proceso de parto o postparto en casos de duelo perinatal, muerte gestacional y neonatal. Igualmente, en desarrollo de este principio, la mujer o persona gestante tiene derecho a decidir y requerir la restitución o no del cuerpo o los restos del bebé sin vida, independiente de la edad gestacional o neonatal en que se produzca la defunción [...]</p> </td> <td data-bbox="493 1870 797 2205"> <p>Sobre el numeral 2.3., y el derecho a recibir información “sobre la posibilidad de reclamar el cuerpo o los restos del bebé sin vida” se recomienda ajustar esta expresión, por “sobre la posibilidad de adelantar actos de inhumación o ritos fúnebres, y de cultos”. Lo anterior teniendo en cuenta que, en casos de inhumación o ritos fúnebres ante pérdidas gestacionales, la Corte Constitucional ha señalado que “<i>no está involucrado el derecho a la salud sino la libertad de culto y de conciencia que subyace al derecho a enterrar los cuerpos de los fallecidos cercanos</i>” (Sentencia T – 165 de 2013), por lo tanto, los procesos que se puedan adelantar con los restos en casos de pérdidas gestacionales no son un componente del servicio de salud sino una medida para garantizar el ejercicio de otros</p> </td> </tr> </table>	<p>especialmente a la mujer o persona gestante que afronta duelo perinatal estará centrada en la persona y en la garantía del derecho fundamental a la salud en todas las dimensiones del ser humano (física, mental, emocional, social y espiritual), con respeto a sus creencias, principios y valores. Ninguna familia afrontando duelo perinatal por muerte gestacional y neonatal y especialmente la mujer o persona gestante, parturienta o púerpera en duelo, podrá ser objeto de violencia psicológica o física durante la atención hospitalaria del embarazo, el parto o postparto, o mientras su hijo/a se encuentre en cuidados intensivos neonatales. Los prestadores de servicios de salud deberán ofrecer un trato digno, empático y respetuoso a la mujer o persona gestante y la familia en duelo perinatal y especialmente a la mujer o persona gestante y a su hijo/a muerto, durante todo el periodo de atención hospitalaria.</p>	<p>todo el periodo de atención hospitalaria” por “y ante la pérdida del embarazo o en la etapa neonatal”.</p>	<p>2.3. Autonomía de la mujer o persona gestante en duelo perinatal: Ninguna mujer o persona gestante podrá ser sometida a procedimientos no consentidos durante la atención médica de la gestación, el proceso de parto o postparto en casos de duelo perinatal, muerte gestacional y neonatal. Igualmente, en desarrollo de este principio, la mujer o persona gestante tiene derecho a decidir y requerir la restitución o no del cuerpo o los restos del bebé sin vida, independiente de la edad gestacional o neonatal en que se produzca la defunción [...]</p>	<p>Sobre el numeral 2.3., y el derecho a recibir información “sobre la posibilidad de reclamar el cuerpo o los restos del bebé sin vida” se recomienda ajustar esta expresión, por “sobre la posibilidad de adelantar actos de inhumación o ritos fúnebres, y de cultos”. Lo anterior teniendo en cuenta que, en casos de inhumación o ritos fúnebres ante pérdidas gestacionales, la Corte Constitucional ha señalado que “<i>no está involucrado el derecho a la salud sino la libertad de culto y de conciencia que subyace al derecho a enterrar los cuerpos de los fallecidos cercanos</i>” (Sentencia T – 165 de 2013), por lo tanto, los procesos que se puedan adelantar con los restos en casos de pérdidas gestacionales no son un componente del servicio de salud sino una medida para garantizar el ejercicio de otros</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="829 1522 1154 1767"> <p>2.9. Libertad de creencias y multiculturalidad: La atención del duelo perinatal deberá llevarse a cabo desde un enfoque de derechos, teniendo en cuenta las necesidades que tiene cada mujer, persona gestante y familia de acuerdo a su propia cosmovisión, creencias, la multiculturalidad de país, y necesidades culturales y psicológicas, y se garantice el derecho de las personas a una atención que responda a éstas. Toda mujer o persona gestante tendrá derecho a solicitar, cuando así lo desee, la entrega del cuerpo o los restos de quien murió en gestación, siempre que ello sea viable técnicamente, y esté conforme los requisitos que establezca la institución de salud, independiente del número de semanas o peso que tuviera al momento de su muerte, y a que le sea informado dicho derecho.</p> </td> <td data-bbox="1154 1522 1451 1767"> <p>derechos fundamentales.</p> <p>De esta manera, es más preciso informar sobre este derecho, para que, bajo el principio de autonomía, la mujer pueda adelantar algún rito específico de acuerdo con sus creencias religiosas si así lo decide. Por otra parte, y teniendo en cuenta que la pérdida gestacional y la entrega del producto de la concepción se podría dar en cualquier edad gestacional, se debería ajustar la expresión bebé, en concordancia con el estatus legal que tiene el no nacido en Colombia.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 1767 1154 2089"> <p>Artículo 3º. Definiciones:</p> <p>[...] Muerte gestacional [...] Muerte neonatal [...] Duelo perinatal [...]</p> </td> <td data-bbox="1154 1767 1451 2089"> <p>Sobre el numeral 2.9., se debe tener en cuenta lo precedente.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 2089 1154 2205"> <p>[...] Muerte gestacional [...] Muerte neonatal [...] Duelo perinatal [...]</p> </td> <td data-bbox="1154 2089 1451 2205"> <p>Las definiciones de muerte perinatal y neonatal ya se encuentran contenidas en documentos de carácter técnico para la atención en salud o con fines de vigilancia en salud pública; en este sentido no se considera necesario que un proyecto de ley indique proponer nuevas definiciones. Al</p> </td> </tr> </table>	<p>2.9. Libertad de creencias y multiculturalidad: La atención del duelo perinatal deberá llevarse a cabo desde un enfoque de derechos, teniendo en cuenta las necesidades que tiene cada mujer, persona gestante y familia de acuerdo a su propia cosmovisión, creencias, la multiculturalidad de país, y necesidades culturales y psicológicas, y se garantice el derecho de las personas a una atención que responda a éstas. Toda mujer o persona gestante tendrá derecho a solicitar, cuando así lo desee, la entrega del cuerpo o los restos de quien murió en gestación, siempre que ello sea viable técnicamente, y esté conforme los requisitos que establezca la institución de salud, independiente del número de semanas o peso que tuviera al momento de su muerte, y a que le sea informado dicho derecho.</p>	<p>derechos fundamentales.</p> <p>De esta manera, es más preciso informar sobre este derecho, para que, bajo el principio de autonomía, la mujer pueda adelantar algún rito específico de acuerdo con sus creencias religiosas si así lo decide. Por otra parte, y teniendo en cuenta que la pérdida gestacional y la entrega del producto de la concepción se podría dar en cualquier edad gestacional, se debería ajustar la expresión bebé, en concordancia con el estatus legal que tiene el no nacido en Colombia.</p>	<p>Artículo 3º. Definiciones:</p> <p>[...] Muerte gestacional [...] Muerte neonatal [...] Duelo perinatal [...]</p>	<p>Sobre el numeral 2.9., se debe tener en cuenta lo precedente.</p>	<p>[...] Muerte gestacional [...] Muerte neonatal [...] Duelo perinatal [...]</p>	<p>Las definiciones de muerte perinatal y neonatal ya se encuentran contenidas en documentos de carácter técnico para la atención en salud o con fines de vigilancia en salud pública; en este sentido no se considera necesario que un proyecto de ley indique proponer nuevas definiciones. Al</p>
<p>especialmente a la mujer o persona gestante que afronta duelo perinatal estará centrada en la persona y en la garantía del derecho fundamental a la salud en todas las dimensiones del ser humano (física, mental, emocional, social y espiritual), con respeto a sus creencias, principios y valores. Ninguna familia afrontando duelo perinatal por muerte gestacional y neonatal y especialmente la mujer o persona gestante, parturienta o púerpera en duelo, podrá ser objeto de violencia psicológica o física durante la atención hospitalaria del embarazo, el parto o postparto, o mientras su hijo/a se encuentre en cuidados intensivos neonatales. Los prestadores de servicios de salud deberán ofrecer un trato digno, empático y respetuoso a la mujer o persona gestante y la familia en duelo perinatal y especialmente a la mujer o persona gestante y a su hijo/a muerto, durante todo el periodo de atención hospitalaria.</p>	<p>todo el periodo de atención hospitalaria” por “y ante la pérdida del embarazo o en la etapa neonatal”.</p>										
<p>2.3. Autonomía de la mujer o persona gestante en duelo perinatal: Ninguna mujer o persona gestante podrá ser sometida a procedimientos no consentidos durante la atención médica de la gestación, el proceso de parto o postparto en casos de duelo perinatal, muerte gestacional y neonatal. Igualmente, en desarrollo de este principio, la mujer o persona gestante tiene derecho a decidir y requerir la restitución o no del cuerpo o los restos del bebé sin vida, independiente de la edad gestacional o neonatal en que se produzca la defunción [...]</p>	<p>Sobre el numeral 2.3., y el derecho a recibir información “sobre la posibilidad de reclamar el cuerpo o los restos del bebé sin vida” se recomienda ajustar esta expresión, por “sobre la posibilidad de adelantar actos de inhumación o ritos fúnebres, y de cultos”. Lo anterior teniendo en cuenta que, en casos de inhumación o ritos fúnebres ante pérdidas gestacionales, la Corte Constitucional ha señalado que “<i>no está involucrado el derecho a la salud sino la libertad de culto y de conciencia que subyace al derecho a enterrar los cuerpos de los fallecidos cercanos</i>” (Sentencia T – 165 de 2013), por lo tanto, los procesos que se puedan adelantar con los restos en casos de pérdidas gestacionales no son un componente del servicio de salud sino una medida para garantizar el ejercicio de otros</p>										
<p>2.9. Libertad de creencias y multiculturalidad: La atención del duelo perinatal deberá llevarse a cabo desde un enfoque de derechos, teniendo en cuenta las necesidades que tiene cada mujer, persona gestante y familia de acuerdo a su propia cosmovisión, creencias, la multiculturalidad de país, y necesidades culturales y psicológicas, y se garantice el derecho de las personas a una atención que responda a éstas. Toda mujer o persona gestante tendrá derecho a solicitar, cuando así lo desee, la entrega del cuerpo o los restos de quien murió en gestación, siempre que ello sea viable técnicamente, y esté conforme los requisitos que establezca la institución de salud, independiente del número de semanas o peso que tuviera al momento de su muerte, y a que le sea informado dicho derecho.</p>	<p>derechos fundamentales.</p> <p>De esta manera, es más preciso informar sobre este derecho, para que, bajo el principio de autonomía, la mujer pueda adelantar algún rito específico de acuerdo con sus creencias religiosas si así lo decide. Por otra parte, y teniendo en cuenta que la pérdida gestacional y la entrega del producto de la concepción se podría dar en cualquier edad gestacional, se debería ajustar la expresión bebé, en concordancia con el estatus legal que tiene el no nacido en Colombia.</p>										
<p>Artículo 3º. Definiciones:</p> <p>[...] Muerte gestacional [...] Muerte neonatal [...] Duelo perinatal [...]</p>	<p>Sobre el numeral 2.9., se debe tener en cuenta lo precedente.</p>										
<p>[...] Muerte gestacional [...] Muerte neonatal [...] Duelo perinatal [...]</p>	<p>Las definiciones de muerte perinatal y neonatal ya se encuentran contenidas en documentos de carácter técnico para la atención en salud o con fines de vigilancia en salud pública; en este sentido no se considera necesario que un proyecto de ley indique proponer nuevas definiciones. Al</p>										

<p>respecto, el Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, Versión: 06 del 11 de marzo de 2022, del Instituto Nacional de Salud, acoge definiciones del evento de mortalidad perinatal de la Organización Mundial de la Salud. (International statistical classification of diseases and related health problems CIE 10: manual de instrucción. 10ma revisión. Edita OMS Genova – Suiza). Estas definiciones, que nacen de consensos internacionales, pueden ser objeto de cambio o revisión permanente.</p> <p>La introducción de tales definiciones puede dar lugar a generar confusión en los prestadores de servicios de salud sobre diferentes reportes que se adelantan en la prestación de los servicios.</p> <p>Se debe prever que el alcance de la orden prevista en este artículo ya se aborda dentro de la implementación de varios planes y políticas definidas con anterioridad por parte del Ministerio.</p> <p>Con respecto al literal b) del parágrafo, es importante precisar que, en el marco de la autonomía universitaria, esto no sería competencia directa del MSPS.</p> <p>Con relación al literal c) del parágrafo, se debe tener en cuenta que el país ya registra todos los eventos de defunción fetal y en consecuencia, los prestadores de servicios de salud diligencian en todos los casos el certificado de defunción fetal sin importar la edad gestacional en que se haya producido la pérdida. Al respecto, el DANE consolida, valida y procesa la información de mortalidad fetal, a partir de estos Certificados de Defunción, diligenciados en</p>	<p>medio físico o digital, por médicos y personal de salud autorizado (enfermeras, auxiliares de enfermería y promotores de salud).</p> <p>El diligenciamiento del certificado de defunción fetal está regulado por la Circular Conjunta Externa 037 de 2015 del Ministerio de Salud de Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Esta norma indica que la certificación médica de la muerte fetal "se acoge a las definiciones y parámetros dados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1950, revisados y adoptados en la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10 de 1992", indicando que la definición de "defunción fetal" incluye "toda pérdida fetal, independiente de la edad de gestación, sin determinar exclusiones por las causas, las formas o mecanismos de terminación del embarazo. Toda pérdida del embarazo implica la muerte del producto de la concepción, llámese embrión, embarazo anembrionado, mola, ectópico o feto en cualquier estado de desarrollo, y como tal debe ser registrada, independiente del mecanismo como se produzca esa pérdida: espontánea (aborto, parto prematuro), inducida (aborto médico, aborto provocado, parto inducido), o accidental".</p> <p>Igualmente agrega que, según las normas nacionales vigentes que regulan el sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales, las defunciones fetales siempre se deben certificar por médico como lo establece el Manual de Principios y Procedimientos del</p>
<p>en salud, directivos y administrativos en la atención humanizada del duelo perinatal.</p> <p>Sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales (Resolución Minsalud 1346 de 1997) y añade que la certificación de muerte fetal en certificado físico o certificado electrónico, "es un registro médico que tiene propósitos exclusivamente estadísticos sanitarios y demográficos, y por Ley no es objeto de registro civil".</p> <p>Cabe señalar que la citada Circular indica que "cuando los deudos (padres) por razones de credo u otro motivo, desean realizar un rito de inhumación (de la decidua, restos ovulares, fetos y mortinatos), el médico expide copia física del Certificado de Defunción Antecedente, únicamente con el propósito de obtener la Licencia de Inhumación/Cremación, de conformidad con lo establecido en la Ley 9 de 1979 y la Resolución 5194 de 2010".</p> <p>Es más, se debe indicar que ya existen lineamientos para la vigilancia en salud pública de la mortalidad perinatal y neonatal tardía y que son acogidos principalmente a través del Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía, Versión: 06 del 11 de marzo de 2022 del Instituto Nacional de Salud. Dicho protocolo tiene como objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de mortalidad perinatal y neonatal tardía. 2. Realizar seguimiento a los indicadores establecidos para identificar el comportamiento del evento. 3. Establecer los determinantes de muerte perinatal o neonatal tardía como resultado del proceso de análisis individual y colectivo 	<p>de los casos.</p> <p>4. Estimar las áreas de cuidado donde se concentran los periodos perinatales de riesgo, según el peso y el momento de ocurrencia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía.</p> <p>Artículo 5°. Lineamiento interno en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que tengan a su cargo la atención de gestantes y/o recién nacidos, deberán adoptar el Lineamiento que expida el Ministerio de Salud y Protección Social a que hace referencia el artículo 4º. de la presente ley, incluyendo, como mínimo, los criterios y parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en su lineamiento.</p> <p>Por su parte, las Guías de Práctica Clínica, según la Resolución 3100 de 2019, son documentos informativos que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en la revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud.</p> <p>De manera más específica, los Protocolos de Atención, se definen en la citada resolución como: Secuencia lógica y detallada de un conjunto de actividades, conductas o procedimientos a desarrollar para la atención de una situación específica de salud en un entorno determinado, el cual permite poca o ninguna variación de las acciones realizadas por parte del personal que interviene en la atención. Incluye aquellos protocolos definidos por el prestador de servicios de salud y los establecidos en la normatividad que regula la materia como de obligatorio</p>

<p>Artículo 6°. Día Nacional de la concienciación sobre la muerte gestacional y neonatal. Créase el "Día Nacional de la Concienciación sobre la Muerte Gestacional y Neonatal" que se celebrará el 15 de octubre de cada año.</p>	<p>cumplimiento. En este orden de ideas, la figura documental más precisa para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serían los Protocolos de Atención. Se recomienda ajustar por "Día Nacional de la concienciación sobre la mortalidad perinatal" en reconocimiento de este evento como uno de interés en salud pública.</p>	<p>3.1. Sobre el objeto (art. 1°), no se debería dejar lo relacionado con el seguimiento, toda vez que esto se menciona en el parágrafo 2 del artículo 4° de la propuesta, donde resulta conducente.</p> <p>3.2. En cuanto a los principios, no resulta adecuado utilizar expresiones como "un evento de muerte gestacional neonatal" o "hijo/a muerto" pues el no nacido no se considera persona aún. En ese mismo sentido, tampoco lo es aludir a un bebé sin vida para realizar el ritual, sin perjuicio de la libertad religiosa. Desde luego, si no ha nacido no puede estimarse que haya muerto.</p> <p>3.3. Sobre las definiciones, es imprescindible mantener el rigor, precisión y coherencia con las que se adopten, particularmente las asociadas con muerte fetal, duelo por muerte gestacional y neonatal y aborto tomando en cuenta los referentes de la OMS. En todo caso, definir en una norma con carácter de ley genera su pronta obsolescencia frente a la dinámica que tienen esta clase de acepciones.</p> <p>3.4. Acerca de los certificados de defunción fetal, ya existe una regulación sobre el particular.</p> <p>3.5. Por último, debe señalarse que los lineamientos no son obligatorios tal y como se pretende con el artículo 5° para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer gestante y la familia.</p>
<p>3. CONCLUSIONES</p> <p>Por las razones expuestas, se resalta que en el país ya existen orientaciones de política pública dirigidas a garantizar la atención integral en salud de las mujeres gestantes y los neonatos, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos. - Anexo Técnico Calidad y Humanización a la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes. - Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas. - Ruta Integral de Atención para la población materno perinatal adoptada mediante Resolución 3280 de 2018: Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud. - Política Nacional de Salud Mental, adoptada mediante la Resolución 4886 de 2018, que busca posicionar la salud mental como agenda prioritaria para el país, tal como lo promulga la Ley 1616 de 2013 retomando lo propuesto en el Plan Hemisférico de la Salud Mental (2015 – 2020). <p>Bajo esta perspectiva, continuar con el curso del proyecto de ley devendría inconveniente. Al revisar el articulado se observan, además, reparos como los que a continuación se describen:</p>		<p>En este orden, se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la propuesta de la referencia.</p> <p>Atentamente,</p> <p>DIANA CAROLINA CORCHO MEJÍA Ministra de Salud y Protección Social</p>

**CONCEPTO JURÍDICO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
SOBRE EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 169 DE 2021 (SENADO)**

por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

<p>Bogotá D.C.,</p> <p>Doctor GREGORIO ELJACH PACHECO Secretario General Senado de la República Carrera 7ª Nº 8 – 68 Bogotá D.C.</p> <p>ASUNTO: Concepto sobre el PL 169/21 (S) "por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones".</p>	<p>1.3. Participación comunitaria y enfoques de promoción de los problemas y trastornos de salud mental (Capítulo III, arts. 8 a 12), en donde incorpora la economía del cuidado.</p> <p>1.4. Atención especial al adulto mayor y a las personas con dependencia a sustancias psicoactivas (Capítulo IV, arts. 13 a 17).</p> <p>1.5. Red de atención en salud mental y el acceso al diagnóstico, el tratamiento y la dispensación de medicamentos (Capítulo V, arts. 18 a 21). En el último precepto dispone un término de seis meses para la reglamentación de la norma a cargo del Gobierno Nacional a través de este Ministerio.</p> <p>Debe aclararse que este Ministerio ya había emitido concepto institucional¹.</p>
<p>Cordial saludo,</p> <p>Teniendo en cuenta que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir debate en esa Corporación, con fundamento en texto publicado en la Gaceta del Congreso N° 1027 de 2022, se emite concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Lo anterior, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales previstas en el inciso 2° del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3° del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, de conformidad con el siguiente orden:</p> <p>1. CONTENIDO</p> <p>La propuesta, con el fin de fortalecer la política nacional de prevención y atención en salud mental (art. 1°) y su consecuente ámbito de aplicación (art. 2°), se estructura en cinco capítulos con 21 artículos, para lo cual prevé:</p> <p>1.1. Esquema de coordinación/gobernanza (art. 4°) y principios (art. 3°). Esto en el marco del Capítulo I.</p> <p>1.2. Fomento a la formación, investigación en salud mental, actualización de los protocolos en la materia y la caracterización de la población (Capítulo II, arts. 5° a 7°).</p>	<p>2. CONSIDERACIONES</p> <p>Debe estimarse que actualmente, el país ya cuenta con la Ley 1616 de 2013, "por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones", norma que es referente en la temática. En cumplimiento de dicha disposición, entre otros, el país está implementando la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) en articulación con la Política Integral para la Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019) y el CONPES 3992 de 2020 sobre "Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia".</p> <p>De esta manera, y en relación con la iniciativa y los comentarios a realizar, se debe tener en cuenta que el artículo 1° de la Ley 1616 de 2013 dispone:</p> <p>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 [...].</p> <p>Por lo tanto, se entrará a determinar si la legislación existente hoy en la materia y su</p>

¹ Cfr. Gaceta del Congreso N° 03 de 2022, pp. 3-10.

desarrollo reglamentario son suficientes para responder a las atenciones que en materia de salud mental requiere la población colombiana, ya que la norma previamente mencionada y las Políticas y Leyes de salud mental que se dieron posteriormente, podrían dar cubrimiento a lo pretendido con la propuesta que ahora nos ocupa, tal y como se pasa a analizar:

Proyecto de Ley	Observación				
<p>Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es fortalecer la Política Nacional de Salud Mental, mediante la participación comunitaria, intersectorial y enfoques complementarios, para garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental de la población colombiana por medio de la promoción de salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con artículo 49 de la Constitución; con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud; y dictar disposiciones relacionadas.</p>	<p>Acorde con lo contemplado en el artículo 1°, se tiene que, la Ley 1616 de 2013 recoge una visión más amplia de la salud mental, esta incluye el tratamiento integral y la rehabilitación que se hace mención en el objeto de la iniciativa. Además de ello, en esa visión amplia de salud mental y atención integral (incluyendo la psicológica) de la citada ley, se incorpora la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas y los trastornos de índole mental, a partir de un enfoque de promoción de calidad de vida, más allá del concepto de salud mental desde los trastornos mentales y del comportamiento.</p> <p>Ahora bien, en cumplimiento de lo estipulado en la referida ley, se expidió la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas, y el CONPES 3992, "Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia", en cada uno de ellos se definen los siguientes objetivos que se presentan en la tabla 1.</p> <table border="1"> <caption>Tabla 1. Objetivos de políticas en salud mental</caption> <thead> <tr> <th>Política</th> <th>Objetivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Política Nacional de Salud Mental</td> <td>Promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. Entre sus objetivos específicos, se incluye: i) Promover la integralidad de las atenciones en salud para los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. ii) Implementar</td> </tr> </tbody> </table>	Política	Objetivo	Política Nacional de Salud Mental	Promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. Entre sus objetivos específicos, se incluye: i) Promover la integralidad de las atenciones en salud para los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. ii) Implementar
Política	Objetivo				
Política Nacional de Salud Mental	Promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. Entre sus objetivos específicos, se incluye: i) Promover la integralidad de las atenciones en salud para los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. ii) Implementar				

Proyecto de Ley	Observación
<p>Política Integral para la Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas</p> <p>CONPES 3992 "Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia"</p>	<p>acciones de rehabilitación basada en comunidad para la inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales, epilepsia y víctimas de violencias interpersonales.</p> <p>Garantizar la atención integral de las personas, familias y comunidades con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas, en su reconocimiento como sujetos de derechos.</p> <p>Promover la salud mental de la población colombiana a través del fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en salud mental, con el fin de reducir la incidencia de problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las víctimas de violencias.</p> <p>Fuente. Política Nacional de Salud Mental²; Política Integral para la Prevención y Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas³; CONPES 3992 "Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia"⁴.</p> <p>De igual forma, es importante enunciar que los documentos mencionados se encuentran basados, tanto en sus orientaciones, en prácticas basadas en evidencia, lo que dificulta incluir otros enfoques que no cumplan dichas características.</p> <p>De acuerdo con el objeto de la Ley 1616 de 2013 y los objetivos de los demás actos administrativos, se estima que ya existe un marco</p>

2 *Cf.* <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDEVSI/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>.
 3 *Cf.* <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDEVSI/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>.
 4 *Cf.* <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Economicos/3992.pdf>.

Proyecto de Ley	Observación
<p>Artículo 2°. Ámbito de aplicación. La presente ley deberá implementarse a nivel nacional con un enfoque de atención integral basada en la promoción de la salud y prevención universal, selectiva e indicada de los trastornos de salud mental, así como, en estilos de vida que propendan por el bienestar y la convivencia social. Así mismo, se aplicará sobre un enfoque de derechos humanos con especial atención en grupos vulnerables.</p>	<p>normativo que da cuenta del objeto pretendido por el proyecto de ley, y que los elementos propuestos son dados bajo el cumplimiento de la mayor evidencia científica disponible para cada ítem.</p> <p>Respecto de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad universal, selectiva e indicada de los trastornos de salud mental, es relevante mencionar que esta se debe realizar de acuerdo con los diagnósticos poblacionales; más que un ámbito de aplicación, debe ser una forma de abordaje de acuerdo con las necesidades identificadas en los diferentes colectivos e individuos.</p> <p>En cuanto al enfoque de derechos humanos, comprende el reconocimiento de los sujetos individuales y colectivos como titulares de prerrogativas. Reconoce el desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades para el alcance de su bienestar físico, mental y social, ampliando sus libertades y posibilidades de elección para vivir una vida plena de sentido, según el momento de curso de vida en el que se encuentran, las características y condiciones poblacionales que los identifica, y los territorios específicos que habitan y construyen subjetivamente. Así, los derechos humanos y el desenvolvimiento humano comparten una misma visión y un mismo objetivo: garantizar, para todo ser humano, libertad, bienestar y dignidad.</p> <p>Adicionalmente, el ámbito de aplicación debería listar los procesos, las entidades y los territorios encargados de realizar la implementación de la Ley, no describir la forma de implementación; esas especificaciones deberían encontrarse en un apartado diferente y de hecho ya se cuenta con los hitos de implementación de las políticas anteriormente expuestas.</p>
<p>Artículo 3°. Principios. Además de los principios rectores ya establecidos en la normativa vigente sobre salud mental, y de los que la reglamentación periódica estime convenientes, se deberán orientar las acciones</p>	<p>La Ley Estatutaria 1618 de 2013, la cual tiene como objeto: "garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009", prevé como principios: dignidad humana, respeto, autonomía individual, independencia, igualdad, equidad, justicia, inclusión, progresividad en la financiación, equiparación de oportunidades, protección, no discriminación, solidaridad, pluralismo, accesibilidad, diversidad.</p>

Proyecto de Ley	Observación
<p>propuestas dentro de la Política Nacional de Salud Mental sobre los siguientes principios:</p> <p>a) Inclusión social y no discriminación por motivo de enfermedad mental.</p> <p>b) Prevención, atención integral y atención temprana.</p> <p>c) Protección especial de menores, personas con discapacidad y adultos mayores.</p> <p>d) Confidencialidad.</p> <p>e) Derecho a la atención e intervención psicológica, farmacológica o social según las necesidades, tanto en consulta externa como en hospitalización; y al debido diagnóstico.</p> <p>f) Fortalecimiento, formación y fomento continuo de la red de atención en salud mental, en los ámbitos público, privado, familiar, del tercer sector y de las entidades religiosas para la prevención y</p>	<p>respeto, aceptación de las diferencias y participación de las personas con discapacidad. En este sentido, aborda la inclusión social como un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.</p> <p>De igual forma, en la Política Nacional de Salud Mental se plantea un enfoque diferencial, que menciona la inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas. Se busca intervenir los entornos en los diferentes ámbitos, implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, con participación intersectorial de todos los actores corresponsables de la salud mental, teniendo en cuenta los diferentes enfoques, realizando acciones para la detección temprana de problemas y trastornos mentales en los entornos.</p> <p>Dicha Política Nacional de Salud Mental entiende el desarrollo en conexión con los derechos, y el reconocimiento del curso de vida de los sujetos individuales y colectivos, lo que constituye un fundamento clave para la comprensión y abordaje tanto de la promoción y sostenimiento de la salud mental como el abordaje de los problemas y trastornos mentales; toda vez que es sabido que una misma patología puede generar sintomatología de diferentes características en niños, niñas y adolescentes, adultos, o adultos mayores, como ocurre en la depresión o en el riesgo suicida.</p> <p>Esta promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos (Eje I de la Política Nacional de Salud Mental), agrupa todas aquellas acciones intersectoriales orientadas al desarrollo de capacidades individuales, colectivas y poblacionales que reconozcan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía vivenciar una salud mental para afrontar los desafíos de la vida, trabajar y establecer relaciones significativas y contribuir a un</p>

Proyecto de Ley	Observación
atención integral de pacientes y sus familias.	tejido comunitario basado en relaciones de poder equitativas, dignas y justas para todas y todos.
g) Economía.	Así mismo, se tiene que en el marco de implementación del eje 3, sobre tratamiento integral de la Política Nacional de Salud Mental, el cual tiene por objetivo: <i>"Disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales, violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades, aumentando la oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la continuidad y la oferta de servicios de salud mental"</i> , se implementan las estrategias dirigidas al tratamiento integral de la población en general (incluido el talento humano en salud), definidas para el desarrollo de redes integrales, con enfoque de atención primaria, para la atención en salud mental y epilepsia, a saber:
h) Eficiencia y celeridad en los trámites.	
i) Acceso oportuno y claro a la información.	
j) Innovación y progresividad en la atención integral.	
k) Respeto irrestricto a la convicción espiritual y de conciencia del paciente y su red de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> a. Mejorar los servicios de baja complejidad que faciliten el acceso y la atención integral en salud mental y epilepsia de las personas en el territorio, vinculando a gestores comunitarios. b. Incentivar el desarrollo de los servicios especializados en salud mental y epilepsia que se requieran. c. Promover la creación de unidades funcionales de prestadores de servicios que garanticen el manejo integral en salud mental y epilepsia, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de hospitalización parcial. d. Realizar los procesos de gestión necesarios para el funcionamiento de las redes integrales de atención, tales como la formación continua y suficiencia del talento humano, habilitación y acreditación, definición de procesos y procedimientos de atención, definición de mecanismos de contratación y pago, adaptación intercultural participativa de los servicios en salud mental y epilepsia para la atención de población étnica. e. Fortalecer el sistema de información para el seguimiento y monitoreo de la provisión de servicios.
l) Respeto por parte de los profesionales de la salud al paciente y a su familia.	Este eje se desarrollará a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud que aborden riesgos en salud mental; con intervenciones individuales y colectivas dirigidas tanto a evitar la

Proyecto de Ley	Observación
	aparición de condiciones específicas en salud mental como a realizar el diagnóstico y la remisión oportuna para el tratamiento.
	En cuanto al "respeto por parte de los profesionales de la salud al paciente y a su familia", este ya se encuentra ampliamente desarrollado en la Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015, en su artículo 10, en lo referente a los derechos de las personas relacionados con la prestación del servicio de salud.
Artículo 4°. Coordinación y gobernanza.	En cuanto a la participación social en salud mental, en el artículo 27 la Ley 1616 de 2013, especifica que el Estado <i>"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 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"</i> .
	Ligado con lo anterior, existe el Consejo Nacional de Salud Mental, para el seguimiento y evaluación de las políticas y leyes de salud mental. Este consejo tiene representación del Minsalud, de las asociaciones de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, atención prehospitalaria; representantes de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y de los prestadores de servicios de salud; representantes de individuos con problemas o trastornos mentales, y sus familias; un representante de las facultades de ciencias de la salud, otro de las facultades de ciencias sociales, y otro de las organizaciones sociales y comunitarias. Dicho Consejo también debe integrarse, según la Ley, en los departamentos del país. En las funciones de este Consejo se hace más específica la intersectorialidad, al proponer como función el planteamiento de acciones intersectoriales y transectoriales para la atención y la prevención de la salud mental. Según lo estipula la Ley, en su artículo 31, esta política debe:
	[...] 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,

Proyecto de Ley	Observación
	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.
	Eso permite colegir que ya existen normas que establecen la coordinación y gobernanza específicamente para la Política Nacional de Salud Mental.
Artículo 5°. Fomento de la formación y la investigación.	Se resalta que la Ley 1616 de 2013, en el artículo 39, estipula lo siguiente:
	[...] 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 pecunarios a las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, que realicen investigaciones sobresalientes en el campo de la Salud Mental en Colombia.
	Es más, en el eje 5 de la Resolución 089 de 2019, <i>"por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas"</i> , se incluye la gestión de conocimiento, con componentes como: reconocimiento, sistematización, evaluación y divulgación de experiencias demostrativas a nivel territorial, que permitan generar evidencia para el abordaje integral de sustancias psicoactivas; generación de redes de conocimiento con comunidades científicas, academia, y organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional y territorial para el desarrollo de líneas de investigación en materia de consumo y abordaje integral al con-
Parágrafo.	Asimismo, facilitará el acceso y difusión de material

Proyecto de Ley	Observación
pedagógico en promoción, prevención, orientación y primeros auxilios psicológicos para la ciudadanía en general y los servidores públicos, promoviendo de esta manera la participación comunitaria.	sumo de sustancias psicoactivas; fortalecimiento de procesos de investigación de los factores relacionados con el consumo por parte de organizaciones de la sociedad civil y redes de base comunitaria, orientadas a la promoción y exigibilidad de derechos en salud; desarrollo de estudios de impacto presupuestal para priorizar la inversión en la garantía de la atención integral en salud; desarrollo del componente de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas del Observatorio Nacional de Salud Mental articulado al Observatorio de Drogas de Colombia.
	Es indispensable el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales encargados de la atención integral respecto de la prevención, manejo y rehabilitación de las personas afectadas por trastornos mentales y por consumo de sustancias, por lo que herramientas como la GI-mhGAP 2.0 se utilizan como instrumentos idóneos para este ejercicio, partiendo de los elementos básicos que se proponen, para su reproducción e implementación estandarizadas en el territorio nacional, en el ABECÉ para las réplicas formativas de la Guía de Intervención-mhGAP (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).
	En ese orden, se estima que lo planteado en este artículo ya se encuentra establecido normativamente.
Artículo 6°. Actualización y elaboración de guías y protocolos.	La Ley 1616 de 2013, especifica que el Estado <i>"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 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"</i> .
	La Resolución 3100 de 2019 contempla que: <i>"Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados</i>

<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="170 440 342 463">Proyecto de Ley</th> <th data-bbox="342 440 792 463">Observación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="170 463 342 515">atención de la salud no especializada o primaria.</td> <td data-bbox="342 463 792 515"><i>nacional o internacionalmente</i>.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="170 515 342 1128"> <p>Artículo 7°. Caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación y apoyo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE o la entidad que haga sus veces, el Consejo Nacional de Salud Mental, el Observatorio Nacional de Salud Mental y las demás entidades que se considere necesario convocar, deberán recopilar, consolidar y reportar la información necesaria con el fin de adelantar una caracterización plena y continua del trastorno mental y de la salud mental en Colombia; con el fin de generar datos y evidencia de base sobre la carga de la enfermedad, la predictibilidad de la misma, los determinantes sociales de la salud, los factores</p> </td> <td data-bbox="342 515 792 1128"> <p>En esa medida, se considera que lo propuesto en este artículo ya se encuentra establecido normativamente.</p> <p>Según lo previsto en el artículo 11, del Capítulo I, del Título III de la Resolución 1536 de 2015, <i>“por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”</i>, la actualización del Análisis de Situación de Salud (ASIS) general, se debe realizar anualmente; en tal sentido las Entidades Territoriales (ET) han recibido la asistencia técnica y el acompañamiento presencial del caso, además de haber recibido asistencia mediante videoconferencias y mediante el curso virtual dispuesto para el efecto. Esto último ha permitido el fortalecimiento de la capacidad técnica en la aplicación de la metodología del ASIS, con enfoque en los determinantes sociales de la salud.</p> <p>Se considera que, a partir del ASIS, las ET deben realizar las acciones que se proponen es este artículo, por tanto, no es necesario contar con una nueva norma específica para la caracterización con problemas o trastornos mentales, pues esta se puede realizar perfectamente en el marco del ASIS.</p> <p>Los ASIS han sido definidos como procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud” (Organización Panamericana de la salud, 1999).</p> <p>Adicionalmente, es importante no desconocer que el ASIS hace parte integral de los Planes de Salud Territoriales (PST), los cuales cuentan con un seguimiento en su ejecución.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Proyecto de Ley	Observación	atención de la salud no especializada o primaria.	<i>nacional o internacionalmente</i> .	<p>Artículo 7°. Caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación y apoyo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE o la entidad que haga sus veces, el Consejo Nacional de Salud Mental, el Observatorio Nacional de Salud Mental y las demás entidades que se considere necesario convocar, deberán recopilar, consolidar y reportar la información necesaria con el fin de adelantar una caracterización plena y continua del trastorno mental y de la salud mental en Colombia; con el fin de generar datos y evidencia de base sobre la carga de la enfermedad, la predictibilidad de la misma, los determinantes sociales de la salud, los factores</p>	<p>En esa medida, se considera que lo propuesto en este artículo ya se encuentra establecido normativamente.</p> <p>Según lo previsto en el artículo 11, del Capítulo I, del Título III de la Resolución 1536 de 2015, <i>“por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”</i>, la actualización del Análisis de Situación de Salud (ASIS) general, se debe realizar anualmente; en tal sentido las Entidades Territoriales (ET) han recibido la asistencia técnica y el acompañamiento presencial del caso, además de haber recibido asistencia mediante videoconferencias y mediante el curso virtual dispuesto para el efecto. Esto último ha permitido el fortalecimiento de la capacidad técnica en la aplicación de la metodología del ASIS, con enfoque en los determinantes sociales de la salud.</p> <p>Se considera que, a partir del ASIS, las ET deben realizar las acciones que se proponen es este artículo, por tanto, no es necesario contar con una nueva norma específica para la caracterización con problemas o trastornos mentales, pues esta se puede realizar perfectamente en el marco del ASIS.</p> <p>Los ASIS han sido definidos como procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud” (Organización Panamericana de la salud, 1999).</p> <p>Adicionalmente, es importante no desconocer que el ASIS hace parte integral de los Planes de Salud Territoriales (PST), los cuales cuentan con un seguimiento en su ejecución.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="831 440 1003 463">Proyecto de Ley</th> <th data-bbox="1003 440 1453 463">Observación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="831 463 1003 682">de riesgo y los protectores; y demás información relevante para garantizar el bienestar físico y mental de la población colombiana, mediante el diseño e implementación de soluciones de acuerdo a la Política Nacional de Salud Mental y la atención integral en salud.</td> <td data-bbox="1003 463 1453 682"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="831 682 1003 1051"> <p>Parágrafo 1. Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre las demás que se consideren necesarias, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá emitir un reporte anual, el cual será de conocimiento público sobre los avances en materia científica, de caracterización y diagnóstico, así como de las acciones y recomendaciones para la formulación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.</p> </td> <td data-bbox="1003 682 1453 1051"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="831 1051 1003 1128"> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Ciencia, Tecnología e innovación facilitará, apoyará y</p> </td> <td data-bbox="1003 1051 1453 1128"></td> </tr> </tbody> </table>	Proyecto de Ley	Observación	de riesgo y los protectores; y demás información relevante para garantizar el bienestar físico y mental de la población colombiana, mediante el diseño e implementación de soluciones de acuerdo a la Política Nacional de Salud Mental y la atención integral en salud.		<p>Parágrafo 1. Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre las demás que se consideren necesarias, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá emitir un reporte anual, el cual será de conocimiento público sobre los avances en materia científica, de caracterización y diagnóstico, así como de las acciones y recomendaciones para la formulación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.</p>		<p>Parágrafo 2. El Ministerio de Ciencia, Tecnología e innovación facilitará, apoyará y</p>	
Proyecto de Ley	Observación														
atención de la salud no especializada o primaria.	<i>nacional o internacionalmente</i> .														
<p>Artículo 7°. Caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación y apoyo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE o la entidad que haga sus veces, el Consejo Nacional de Salud Mental, el Observatorio Nacional de Salud Mental y las demás entidades que se considere necesario convocar, deberán recopilar, consolidar y reportar la información necesaria con el fin de adelantar una caracterización plena y continua del trastorno mental y de la salud mental en Colombia; con el fin de generar datos y evidencia de base sobre la carga de la enfermedad, la predictibilidad de la misma, los determinantes sociales de la salud, los factores</p>	<p>En esa medida, se considera que lo propuesto en este artículo ya se encuentra establecido normativamente.</p> <p>Según lo previsto en el artículo 11, del Capítulo I, del Título III de la Resolución 1536 de 2015, <i>“por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”</i>, la actualización del Análisis de Situación de Salud (ASIS) general, se debe realizar anualmente; en tal sentido las Entidades Territoriales (ET) han recibido la asistencia técnica y el acompañamiento presencial del caso, además de haber recibido asistencia mediante videoconferencias y mediante el curso virtual dispuesto para el efecto. Esto último ha permitido el fortalecimiento de la capacidad técnica en la aplicación de la metodología del ASIS, con enfoque en los determinantes sociales de la salud.</p> <p>Se considera que, a partir del ASIS, las ET deben realizar las acciones que se proponen es este artículo, por tanto, no es necesario contar con una nueva norma específica para la caracterización con problemas o trastornos mentales, pues esta se puede realizar perfectamente en el marco del ASIS.</p> <p>Los ASIS han sido definidos como procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud” (Organización Panamericana de la salud, 1999).</p> <p>Adicionalmente, es importante no desconocer que el ASIS hace parte integral de los Planes de Salud Territoriales (PST), los cuales cuentan con un seguimiento en su ejecución.</p>														
Proyecto de Ley	Observación														
de riesgo y los protectores; y demás información relevante para garantizar el bienestar físico y mental de la población colombiana, mediante el diseño e implementación de soluciones de acuerdo a la Política Nacional de Salud Mental y la atención integral en salud.															
<p>Parágrafo 1. Para efectos de la implementación de la presente disposición, entre las demás que se consideren necesarias, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá emitir un reporte anual, el cual será de conocimiento público sobre los avances en materia científica, de caracterización y diagnóstico, así como de las acciones y recomendaciones para la formulación y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.</p>															
<p>Parágrafo 2. El Ministerio de Ciencia, Tecnología e innovación facilitará, apoyará y</p>															
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="170 1522 342 1545">Proyecto de Ley</th> <th data-bbox="342 1522 792 1545">Observación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="170 1545 342 1790">gestionará propuestas de investigación, con el fin de generar datos y evidencia que aporten al conocimiento del estado de la salud mental en Colombia. Así mismo, brindará un apoyo técnico frente a la metodología a tener en cuenta para el reporte que presentará el Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.</td> <td data-bbox="342 1545 792 1790"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="170 1790 342 2210"> <p>Artículo 8°. Apoyo comunitario y del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental. En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 6 de la Ley 1616 de 2013, como de la normativa que la complementa o sustituya, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces y el Ministerio del Interior, determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar la participación del sector religioso y su acompañamiento como</p> </td> <td data-bbox="342 1790 792 2210"> <p>Se estima que con lo estipulado en la Ley 1616 de 2013, en el artículo 6°, sobre derechos de las personas, es suficiente para entender, que en el marco del respeto por el derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias, debe incluirse al sector religioso para que brinde acompañamiento y apoyo a las personas que así lo desean.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Proyecto de Ley	Observación	gestionará propuestas de investigación, con el fin de generar datos y evidencia que aporten al conocimiento del estado de la salud mental en Colombia. Así mismo, brindará un apoyo técnico frente a la metodología a tener en cuenta para el reporte que presentará el Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.		<p>Artículo 8°. Apoyo comunitario y del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental. En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 6 de la Ley 1616 de 2013, como de la normativa que la complementa o sustituya, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces y el Ministerio del Interior, determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar la participación del sector religioso y su acompañamiento como</p>	<p>Se estima que con lo estipulado en la Ley 1616 de 2013, en el artículo 6°, sobre derechos de las personas, es suficiente para entender, que en el marco del respeto por el derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias, debe incluirse al sector religioso para que brinde acompañamiento y apoyo a las personas que así lo desean.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="831 1522 1003 1545">Proyecto de Ley</th> <th data-bbox="1003 1522 1453 1545">Observación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="831 1545 1003 1669">parte de la prevención de los problemas y trastornos de salud mental en respeto a la voluntad de las personas, su red de apoyo y de las comunidades [...].</td> <td data-bbox="1003 1545 1453 1669"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="831 1669 1003 2125"> <p>Artículo 9°. Estudio del Impacto de las Acciones Intersectoriales y Comunitarias en la salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social con el Ministerio del Interior, el Departamento Nacional de Planeación - DNP y el DANE, deberá desarrollar estudios cuatrienales que permitan identificar, determinar y reconocer el impacto de los diferentes actores comunitarios, organizaciones, sectores económico, social, religioso, académico o de otra índole en materia de salud mental y el aporte al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo.</p> </td> <td data-bbox="1003 1669 1453 2125"> <p>En la misma perspectiva se encamina el Conpes 3992 de 2020, <i>“Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia”</i>, en tanto su objetivo se dirige a: <i>promover la salud mental de la población colombiana a través de la coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de las personas con problemas, trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las víctimas de violencias.</i></p> <p>Ley 1616 de 2013, en su artículo 17, preceptúa: <i>“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.</i></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="831 2125 1003 2210"> <p>Parágrafo 1. Para el desarrollo de los estudios cuatrienales se podrá realizar convenios con entidades públicas,</p> </td> <td data-bbox="1003 2125 1453 2210"></td> </tr> </tbody> </table>	Proyecto de Ley	Observación	parte de la prevención de los problemas y trastornos de salud mental en respeto a la voluntad de las personas, su red de apoyo y de las comunidades [...].		<p>Artículo 9°. Estudio del Impacto de las Acciones Intersectoriales y Comunitarias en la salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social con el Ministerio del Interior, el Departamento Nacional de Planeación - DNP y el DANE, deberá desarrollar estudios cuatrienales que permitan identificar, determinar y reconocer el impacto de los diferentes actores comunitarios, organizaciones, sectores económico, social, religioso, académico o de otra índole en materia de salud mental y el aporte al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo.</p>	<p>En la misma perspectiva se encamina el Conpes 3992 de 2020, <i>“Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia”</i>, en tanto su objetivo se dirige a: <i>promover la salud mental de la población colombiana a través de la coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de las personas con problemas, trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las víctimas de violencias.</i></p> <p>Ley 1616 de 2013, en su artículo 17, preceptúa: <i>“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.</i></p>	<p>Parágrafo 1. Para el desarrollo de los estudios cuatrienales se podrá realizar convenios con entidades públicas,</p>	
Proyecto de Ley	Observación														
gestionará propuestas de investigación, con el fin de generar datos y evidencia que aporten al conocimiento del estado de la salud mental en Colombia. Así mismo, brindará un apoyo técnico frente a la metodología a tener en cuenta para el reporte que presentará el Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.															
<p>Artículo 8°. Apoyo comunitario y del sector religioso en la prevención de la enfermedad mental. En desarrollo de lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 6 de la Ley 1616 de 2013, como de la normativa que la complementa o sustituya, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces y el Ministerio del Interior, determinarán y desarrollarán las acciones pertinentes para asegurar la participación del sector religioso y su acompañamiento como</p>	<p>Se estima que con lo estipulado en la Ley 1616 de 2013, en el artículo 6°, sobre derechos de las personas, es suficiente para entender, que en el marco del respeto por el derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias, debe incluirse al sector religioso para que brinde acompañamiento y apoyo a las personas que así lo desean.</p>														
Proyecto de Ley	Observación														
parte de la prevención de los problemas y trastornos de salud mental en respeto a la voluntad de las personas, su red de apoyo y de las comunidades [...].															
<p>Artículo 9°. Estudio del Impacto de las Acciones Intersectoriales y Comunitarias en la salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social con el Ministerio del Interior, el Departamento Nacional de Planeación - DNP y el DANE, deberá desarrollar estudios cuatrienales que permitan identificar, determinar y reconocer el impacto de los diferentes actores comunitarios, organizaciones, sectores económico, social, religioso, académico o de otra índole en materia de salud mental y el aporte al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo.</p>	<p>En la misma perspectiva se encamina el Conpes 3992 de 2020, <i>“Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia”</i>, en tanto su objetivo se dirige a: <i>promover la salud mental de la población colombiana a través de la coordinación intersectorial para lograr una mayor implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral e inclusión social de las personas con problemas, trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las víctimas de violencias.</i></p> <p>Ley 1616 de 2013, en su artículo 17, preceptúa: <i>“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.</i></p>														
<p>Parágrafo 1. Para el desarrollo de los estudios cuatrienales se podrá realizar convenios con entidades públicas,</p>															

Proyecto de Ley	Observación	Proyecto de Ley	Observación
<p>privadas y/o de cooperación internacional para su realización, conforme a los criterios técnicos que se definan para dichos efectos.</p> <p>Artículo 10°. Economía del Cuidado. El Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos encaminados a la formalización y fomento de la economía del cuidado que impulsen la oferta de bienes y servicios en materia de salud mental y del cuidado de pacientes, así como apoyo a los cuidadores y entorno familiar, ello con el objetivo de cubrir la demanda de servicios complementarios de los pacientes, especialmente de menores, adolescentes y adultos mayores.</p> <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental coordinarán con el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, como con las demás entidades del Estado,</p>	<p>Se encuentra que los aspectos de esta disposición están incluidos en las leyes referidas y, especialmente, como objetivo general, la Resolución 4886 de 2018, "por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental", determina: "promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia".</p> <p>En el momento de abordarlo por ejes, encontramos que el eje 1 enfatiza en el fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario y; en el caso de niños, niñas y adolescentes, propone el involucramiento parental como estrategia fundamental, el cual se entiende como la presencia y participación regular de los padres en la vida y cotidianidad de los hijos. En cuanto a la atención en salud mental a cuidadores o cuidadoras, este aspecto se incluye en el desarrollo del eje 3, el cual estipula una atención integral en salud mental.</p> <p>Es importante establecer que dentro de las acciones que se deben desplegar para lograr mejorar la salud mental de la población colombiana deben intervenir variados actores que no necesariamente se encuentran en el SGSSS, por tanto, es recomendable explicitar que el sector salud puede ser el eje articulador, pero no el único responsable de su financiación y ejecución.</p>	<p>entes territoriales y autoridades municipales y departamentales, el análisis de la prestación de servicios de salud y conexos, sectores económicos y sociales involucrados en la economía del cuidado, para determinar los actores, demanda social y clústeres; así como el desarrollo de objetivos y metas en la materia, a fin de integrarlos con la Política Nacional de Salud Mental.</p> <p>Parágrafo 2. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, el acceso a bienes y servicios complementarios podrá ser suministrado por parte de las EAPB, previo cumplimiento de los requisitos de autorización de prestación de los mismos de acuerdo a los procedimientos legales establecidos, la evidencia científica que los sustente y la justificación del especialista en el área de la salud.</p> <p>Artículo 11°. Deporte como factor protector</p>	<p>Este Ministerio, en el marco de sus competencias, puede realizar acompañamiento a las entidades territoriales para que incluyan las</p>
<p>de la Salud Mental. El Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio del Deporte, las Secretarías de Educación y las entidades territoriales a nivel nacional, departamental y municipal, incluirán en sus planes de desarrollo metas que propendan por el fomento del deporte, la actividad física, las actividades lúdicas y el aprovechamiento del tiempo libre en los diferentes ciclos de la vida, beneficiando así a la población residente en Colombia en el fortalecimiento y optimización de los procesos cognitivos y emocionales.</p> <p>Artículo 12°. Inclusión Social. El Gobierno Nacional emitirá reconocimiento para las empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones del tercer sector y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las</p>	<p>acciones propuestas en la disposición. Sin embargo, lo que finalmente queda incluido en los planes de desarrollo depende de los Gobernadores y los alcaldes y se encuentran sujetos a la aprobación de los Consejos, Asambleas y el Congreso de la República, y el margen de autonomía que les asiste.</p> <p>Por tanto, se considera que dicha inclusión no puede ser garantizada a partir de esta Cartera.</p> <p>La Ley Estatutaria 1618 de 2013 tiene como objeto garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, buscando integrar todas las políticas en pro de los derechos de la niñez con discapacidad, además especifica que todos los Ministerios y entidades del Gobierno Nacional, garantizarán el servicio de habilitación y rehabilitación integral en este curso de vida.</p> <p>En el artículo 22 de la citada Ley, sobre participación en la vida política y pública, se prevé:</p> <p>[...] Para el efecto, el Ministerio del Interior deberá dictar medidas que establezcan los requisitos que deban cumplirse para la creación</p>	<p>personas sujetos de la Política de Salud Mental.</p> <p>Las entidades territoriales autorizadas para realizar reconocimientos públicos a empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones del tercer sector y entidades del sector público que establezcan políticas de inclusión laboral y social, para las personas sujetos de la Política de Salud Mental. Así mismo, podrán incluir en sus planes de desarrollo metas de inclusión social para los pacientes en rehabilitación en salud mental y sus cuidadores.</p> <p>y funcionamiento de las Organizaciones de personas con discapacidad que representen a las personas con discapacidad ante las instancias locales, nacionales e internacionales [...].</p> <p>[...] Las alcaldías municipales y locales deberán implementar programas especiales de promoción de acciones comunitarias, servicios de apoyo de la comunidad y de asistencia domiciliar y residencial, que faciliten la integración, relación y participación de las personas con discapacidad con los demás ciudadanos, incluida la asistencia personal para facilitar la vida digna, evitando el aislamiento, garantizando el acceso y la participación según sus necesidades [...].</p> <p>Esta participación se especifica en la formulación, ejecución y veeduría de políticas públicas de discapacidad. En el precepto se especifica aún más el reconocimiento de la discapacidad psicosocial.</p> <p>De igual forma, el eje 4 de la Política Nacional de Salud Mental contiene, entre sus líneas de acción, fortalecer redes socio-institucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas, recreación y cultura para las personas con trastornos mentales; y fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.</p> <p>Para lo anterior, enfatiza en la <i>rehabilitación basada en la comunidad</i>, la cual es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad (incluida la discapacidad psicosocial). El Minsalud, define la RBC como una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y grupos de apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Dentro de los objetivos, esta estrategia plantea impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos</p>	

Proyecto de Ley	Observación	Proyecto de Ley	Observación
	<p>de las personas con discapacidad mediante transformaciones en la comunidad, como, por ejemplo, la eliminación de barreras para la participación, y aunque en sus inicios se centra en la discapacidad, evoluciona al cumplimiento de los derechos humanos y las acciones para abordar las desigualdades y aliviar la pobreza (Organización Mundial de la Salud, 2004). En este punto, considera mecanismos para hacer a las comunidades más inclusivas, con capacidad de observarse a sí mismas y de estudiar cómo afectan las políticas, las leyes y las prácticas habituales a todos los miembros de la comunidad, para, de esta forma, hacer frente a las barreras que limiten la participación no solo de personas con discapacidad sino de toda la comunidad en general.</p> <p>En este sentido, es importante considerar la Ley 1996 de 2019, cuyo objeto se orienta a establecer medidas específicas para la garantía del derecho a la capacidad legal plena de las personas con discapacidad (incluida la discapacidad psicosocial), mayores de edad, y al acceso a los apoyos que puedan requerirse para el ejercicio de la misma. Al igual que la Ley 361 de 1997, pues en su artículo 24 menciona que las empresas son preferidas en igualdad de condiciones en los procesos de licitación, adjudicación y celebración de contratos, sean estos públicos o privados si tienen en sus nóminas por lo menos un mínimo del 10% de sus empleados con discapacidad. También tendrían prelación en el otorgamiento de créditos de organismos estatales, siempre y cuando estos se orienten al desarrollo de planes y programas que impliquen la participación activa de personas con discapacidad, y gozarían de beneficios arancelarios a la importación de maquinaria y equipo especialmente adaptados o destinados al manejo de personas con discapacidad.</p> <p>La Ley 361 de 1997, en su artículo 31, contempla que las empresas que contraten trabajadores con discapacidad no inferior al 25% y que estén obligados a presentar declaración de renta tienen derecho a deducir de la renta el 200% del valor de los salarios y prestaciones sociales pagados durante el último año gravable a los trabajadores con discapacidad. Es más, la cuota de aprendices que está obligado a contratar el empleador se disminuirá en un 50%, si los contratados por él son personas con discapacidad comprobada no inferior al 25%.</p>	<p>Artículo 13°. Atención Especial al Adulto Mayor. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud Mental, o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales y departamentales, acciones dirigidas a la inclusión del adulto mayor en programas permanentes para la prevención y atención integral de trastornos mentales, con especial énfasis en diagnósticos de deterioro cognoscitivo y demencias; así como el apoyo en la creación de hábitos activos de vida saludable, la actividad física y cognitiva para acrecentar su bienestar y su habilitación psicosocial; en reconocimiento y procura de orientación inclusiva y voluntaria como agentes activos de su familia, comunidad y de la sociedad en general.</p>	<p>Colombia ha ratificado los acuerdos de las Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento y, adicionalmente, desde la Constitución Política dispone que: "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" (art. 46). En coherencia con el mandato superior, el país estableció la Política Pública de Envejecimiento y Vejez 2015 - 2024 contemplando cuatro ejes de desarrollo: a) Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; b) Protección Social Integral; c) Envejecimiento Activo, satisfactorio y saludable; d) Formación del Talento Humano e Investigación".</p> <p>Así también, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 plantea en el marco del sistema de protección social, la Dimensión Transversal de Poblaciones Vulnerables y con ella, el componente de Envejecimiento y Vejez, entendido como el conjunto de acciones e intervenciones orientadas al desarrollo de capacidades, habilidades y potencialidades de las personas, familias, grupos o comunidades, con el fin de propiciar e incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en las generaciones actuales y futuras y, por tanto, la constitución de una sociedad para todas las edades y una proyección hacia futuras generaciones de personas mayores, menos dependientes, más saludables y productivas⁵.</p> <p>En consideración de lo expresado, y en el marco de la Política de Atención Integral en Salud, cuyo objetivo es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud" para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se elaboró la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, como instrumento que orienta el accionar de los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para brindar atención</p>
Proyecto de Ley	Observación	Proyecto de Ley	Observación
	<p>integral a las personas, considerando sus situaciones, características y contextos particulares en el curso de la vida y el alcance de los resultados en salud; al tiempo que prevé en su estructura las acciones de gestión de la salud pública, intervenciones colectivas e intervenciones individuales, estas últimas ordenadas según la finalidad de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud, que en su conjunto son de obligatorio cumplimiento y debe ser garantizadas a la población adulta mayor de 60 años en todo el territorio nacional.</p> <p>En la misma perspectiva se encamina el Conpes 3992 de 2020, "Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia", en tanto su objetivo se dirige a: <i>promover la salud mental de la población colombiana a través del fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en salud mental, con el fin de reducir la incidencia de problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las víctimas de violencias, provee dentro de su plan de acción "diseñar conjuntamente con la academia un documento con orientaciones intersectoriales de acciones orientadas a fortalecer redes de apoyo e inclusión social del adulto mayor.</i> Es citado documento establece las orientaciones técnicas y metodológicas para la implementación del ciclo de educación de entrenamiento cognitivo y emocional, en armonía con lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018, así como las acciones intersectoriales para la inclusión social y el fortalecimiento de redes de apoyo en personas mayores de 60 años, y orienten su ejecución por parte de los actores del SGSSS, en articulación con otros sectores y actores para el aprovechamiento de las ventanas de oportunidades para las personas en el momento de vida de la vejez.</p> <p>En este sentido, se están construyendo las "orientaciones para la prevención y atención de los trastornos mentales y neurocognitivos más frecuentes en el adulto mayor", mediante las que se brindarán orientaciones a los diversos actores del SGSSS del territorio nacional en el marco de sus competencias, para la planeación, desarrollo e implementación de estrategias de</p>	<p>Artículo 14°. Habitabilidad de calle y enfermedad mental. De conformidad a la Ley 1641 de 2013, y complementarias; el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinarán con las demás entidades del Estado, entes territoriales y autoridades municipales, estrategias para atender a las personas en condición de habitabilidad de calle con enfermedad mental, por dependencia a sustancias psicoactivas, o por causa de la misma enfermedad; y prestar la atención integral a esta población, de acuerdo a los parámetros establecidos en la presente ley y complementarias. Igualmente podrán establecer convenios con entidades públicas,</p>	<p>prevención y atención para los trastornos mentales y neurocognitivos más frecuentes en la población adulta mayor, buscando con esto responder de forma adecuada de las crecientes necesidades de esta población, reduciendo así brechas en su abordaje y manejo.</p> <p>La "Política Pública Social para Habitantes de Calle" surge en el marco de la Ley 1641 de 2013, producto del proceso de formulación iniciado a finales de 2013 con la participación de profesionales y técnicos de entidades nacionales y territoriales, ciudadanía, instituciones de la sociedad civil, universidades y personas habitantes de la calle. El proceso de estructuración de la política pública social para habitantes de la calle fue liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social por mandato de la citada Ley 1641 de 2013, cuyo objeto se dirige a "establecer los lineamientos generales para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle dirigidos a garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social".</p> <p>Bajo el enfoque de derechos y de deberes, principalmente, se tiene que, los contenidos se definieron a partir de principios y premisas como la dignidad humana, el reconocimiento de las capacidades de las personas, la reducción del estigma y la discriminación hacia este grupo poblacional y la corresponsabilidad, entre otros, señalando orientaciones y líneas de acción para la inclusión del habitante de la calle en las redes de intercambio económico, político, social y cultural de la sociedad, tanto como un factor protector para que las personas en riesgo no asuman una vida en la calle, como un factor integrador para quienes se encuentran en esa situación, y también para quienes la superan.</p> <p>Así mismo, la política pública social para habitantes de la calle considera que las acciones efectivas para la garantía y restablecimiento de derechos, así como para la inclusión social, demandan una intervención centrada en las personas habitantes de la calle y el contexto que las expulsó, en el que viven actualmente, y el que las acogerá si deciden superar su situación, desarrollando acciones de manera integral, es decir, apoyados en</p>

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.
⁶ Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

Proyecto de Ley	Observación	Proyecto de Ley	Observación
<p>privadas y de cooperación, para la debida atención, inclusión social y acompañamiento de los pacientes en condición de habitabilidad de calle.</p> <p>Para la atención por urgencias de trastornos mentales de las personas en condición de habitabilidad de calle, de conformidad al artículo 11 de la ley 1996 de 2019, la IPS podrá solicitar a la Defensoría del Pueblo o a la Personería, la valoración de apoyos para el acompañamiento al paciente en la atención de urgencias, tratamiento, diagnóstico y seguimiento.</p> <p>Artículo 15°. Orientación a connacionales. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces y el</p>	<p>una adecuada articulación interinstitucional e intersectorial, tanto a nivel nacional como en los niveles territoriales, para prevenir que las personas vivan en la calle, y atender a las que ya viven en ella con el fin de mejorar su bienestar y propender por la superación de esta situación.</p> <p>En esta política, dentro de la población en riesgo, debe priorizarse la prevención en comunidades y familias que, además de estar expuestas a los factores predisponentes para la vida en calle, cuenten entre sus miembros con personas mayores solas o en riesgo de maltrato, personas en condición de discapacidad solas y/o en riesgo de maltrato, personas con orientación sexual distinta a la heteronormativa, mujeres gestantes, personas con trastornos de salud mental, o por consumo de sustancias psicoactivas, y población migrante, ya que los factores precipitantes para la vida en calle pueden ejercer mayor presión sobre una comunidad o familia, cuando sus miembros pertenecen a alguna de las poblaciones enunciadas y son sujetos de discriminación.</p> <p>De similar forma, se señala la necesidad de un fomento de relaciones igualitarias, protectoras y de concertación al interior de las familias, así como de mecanismos y capacidades para el manejo adecuado de conflictos y situaciones que afectan la salud mental de sus miembros, en concordancia con la política de apoyo para el fortalecimiento de las familias, y los lineamientos dados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para el fortalecimiento de las familias con niños, niñas y adolescentes con derechos vulnerados.</p> <p>Lo anterior, está en consonancia con el documento Conpes 3992 y las Resoluciones 4886 de 2018 y 089 de 2019 ya mencionadas.</p> <p>En este punto debe considerarse, en cuanto a la atención de salud mental de los colombianos en el exterior, que una persona radicada en el exterior no está obligada a cotizar al SGSSS, toda vez que el sistema no tiene previsto cubrir servicios de salud en el extranjero. El artículo 3 de la Ley 100 de 1993, dispone que el Estado garantizará "a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social", y el 162 de la misma Ley, se refiere a las condiciones de acceso a un Plan de Beneficios en Salud, "para todos los habitantes del territorio</p>	<p>Ministerio de Relaciones Exteriores, coordinarán las acciones pertinentes para orientar a los connacionales, sobre las rutas de acceso a atención psicosocial desde el exterior; así como para garantizar la difusión de la oferta sobre prevención y atención integral de enfermedad mental en Colombia y en el país de acogida.</p> <p>Artículo 16°. Atención en salud mental para personas con dependencia a sustancias psicoactivas. La Política de Salud Mental incluirá acciones para brindar atención en salud mental a las personas en proceso de tratamiento y/o desintoxicación de sustancias psicoactivas, quienes tendrán derecho a recibir asistencia espiritual en su proceso de acuerdo a su creencia, en articulación con la normativa vigente en materia de consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera, se contemplará la orientación y la atención</p>	<p>nacional".</p> <p>De este modo, se concluye que el SGSSS está sujeto a un principio de territorialidad, según el cual la prestación de servicios de salud a todos los colombianos se configura en el territorio nacional. Por esta razón, se estima que la residencia de un colombiano en el exterior, hace que esta persona esté fuera del alcance de la Ley 100 de 1993.</p> <p>En la Resolución 089 de 2019, el Eje 3, alusivo a tratamiento integral, está orientado a la evaluación de necesidades, riesgos para la salud y voluntariedad de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en instituciones prestadoras de salud y entornos, al tiempo que se establece un plan de cuidado desde la reducción de daños asociados al consumo, hasta el tratamiento integral.</p> <p>Se determina el abordaje integral e integrado de las necesidades de las personas consumidoras y sus familias con la participación de diferentes disciplinas, con el fin de considerar aspectos biológicos, psicológicos, sociales, legales y ocupacionales. Adicionalmente, estima recursos en red mediante alternativas terapéuticas costo-efectivas, integrando la atención primaria en salud en complementariedad a los servicios especializados.</p> <p>La integración efectiva de la atención en salud y los servicios sociales mejoran la calidad de vida, acceso y adherencia al tratamiento de las personas con problemas y trastornos mentales, con infección por el VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, cáncer, cirrosis y afectaciones por violencia.</p> <p>La atención integral incluye respuestas prácticas orientadas al cuidado y bienestar de las personas con consumo problemático que no desean tratamiento, y adaptadas a la realidad local para la</p>
<p>en salud mental para el núcleo familiar de quien presente dependencia a sustancias psicoactivas.</p> <p>Artículo 17°. Prevención de la adicción. El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el INVIMA y el Consejo Nacional de Salud Mental, las EAPB e IPS desarrollará campañas de prevención y evaluación continua ante la prescripción de tratamientos, o medicamentos que repercutan en el desarrollo de trastornos mentales como efecto secundario de su uso. Con este fin publicará un listado anual de alertas sobre el uso y limitaciones del uso prolongado de determinados medicamentos; junto con el llamado al consumo y prescripción responsable de medicamentos</p>	<p>reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Plantea una evaluación multidimensional y multidisciplinaria del estado de salud de personas con consumo problemático y sus familias, la previsión de un plan de tratamiento y el seguimiento voluntario que responda a sus necesidades. El objetivo principal se dirige a gestionar los resultados en salud de las personas con consumo problemático, promoviendo la oportunidad, continuidad, acceso y calidad en servicios de tratamiento, y la integralidad de la atención en salud.</p> <p>Sobre la asistencia espiritual, remitirse a los comentarios efectuados con antelación sobre el tema.</p> <p>Acorde con el documento Conpes 3992 y las Resoluciones 4886 de 2018 y 089 de 2019, se definen las acciones para la salud mental y la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, trabajándose en un eje de prevención; esta última enfatiza las estrategias de reducción de los factores de riesgo por entornos, a saber: "entorno hogar", "entorno educativo", "entorno laboral", "entorno comunitario", "entorno institucional".</p> <p>Por otra parte, el Decreto 205 de 2003, artículo 20, determina que el Fondo Nacional de Estupefacientes es una Unidad Administrativa Especial (UAE) cuyo objeto se orienta a la vigilancia y control sobre la importación, exportación, distribución y venta de materias primas de control especial o sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos que las contengan y las de Monopolio del Estado a que se refiere la Ley 30 de 1986 y demás disposiciones que expida este Ministerio, así como apoyar los programas para prevenir la farmacodependencia que adelante el Gobierno Nacional.</p> <p>Según la Resolución 1478 de 2006, frente a las sustancias y medicamentos que crean dependencia; se tiene que, su uso inadecuado conlleva el manejo ilícito de los mismos, por lo que es necesario fortalecer los sistemas de vigilancia, seguimiento y control. Por ejemplo, los medicamentos tipo opiáceo utilizados para el manejo del dolor son vigilados y controlados por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE). Como marco regulatorio del uso de este tipo de sustancias se cuenta con la Resolución 1478 de 2006, en</p>	<p>que generen dependencia o efectos secundarios sobre la salud mental.</p> <p>Artículo 18°. Red de atención en salud mental. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud Mental o la entidad que haga sus veces, coordinará con las demás entidades del Estado, entidades territoriales y autoridades municipales y departamentales, el estudio y evaluación de la demanda en la atención ambulatoria, de urgencias y de hospitalización por problemas o trastornos de salud mental, así como de tratamiento, de cuidado y atención psicológica y social en todo el territorio nacional, con el fin de establecer las metas a cubrir en materia de:</p> <p>* Talento humano suficiente en salud para cubrir la demanda, * Personal de apoyo cualificado, * Centros 0</p>	<p>la cual se describen los requerimientos para las actividades vinculadas con las sustancias controladas, entre las que se incluyen las sustancias de tipo opiáceo.</p> <p>De acuerdo con los criterios y lineamientos definidos con la Resolución 1441 de 2016, el prestador primario debe contar con capacidad para identificar y analizar, en el municipio o distrito donde operen, las necesidades en salud de la población a cargo, resolver los problemas de salud más frecuentes y gestionar los riesgos en salud acorde a las rutas de atención integral en salud, en el marco de su alcance y competencias; como integrante de la RIPSS.</p> <p>A nivel colectivo, familiar y comunitario, le corresponde apoyar y contribuir en la articulación de los procesos para la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones, procedimientos, labores comprendidas en las rutas de atención como parte del plan de beneficios con cargo a la UPC en lo de su competencia, y con las del plan salud pública de intervenciones colectivas (PIC) que le sean contratadas, de acuerdo a la normatividad vigente.</p> <p>También es pertinente resaltar que el Ministerio de Salud y Protección Social puede establecer las metas a cubrir en talento humano, centros de atención en salud mental y personal de apoyo cualificado. Sin embargo, la presentación para realizar la apertura de nuevos servicios o de un nuevo prestador de salud, es voluntaria de acuerdo con el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 3100 de 2019 y las demás normas que rigen la materia relacionada con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC).</p>

Proyecto de Ley	Observación	Proyecto de Ley	Observación
<p>instalaciones de atención en salud mental especializados necesarios.</p> <p>Para fortalecer y garantizar una red de atención en salud humanizada y con calidad en esta materia.</p> <p>Artículo 19°. Derecho a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento. En concordancia de los derechos de las personas consagrados en el artículo 6° de la Ley 1616 de 2013, las entidades del Sistema de Salud deberán garantizar el derecho a la efectiva promoción y acceso a programas de prevención, convivencia y psicoeducación, la planeación e intervención psicológica y social relacionada al trastorno de salud mental y su cuidado.</p> <p>Los exámenes diagnósticos, medidas terapéuticas y citas necesarias deberán ser: [...].</p> <p>Artículo 20°. Dispensación de medicación de medica-</p>	<p>La Ley 1616 de 2013, en el artículo 4°, especifica que 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 mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales". Igualmente, en el Título IV de la mencionada Ley hace hincapié en la "Atención Integral e Integrada en salud mental", relacionando la red integral de prestación de servicios en salud mental, las modalidades y servicios de atención integral e integrada en salud mental, la estandarización de procesos y procedimientos, los mecanismos de seguimiento y evaluación, la Integración escolar, así como los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Se considera que el tema relacionado con dispensación de medicamentos, propuesto en el proyecto de Ley, ya se encuentra</p>	<p>mentos. La entidad prestadora de salud deberá asegurar la continuidad del tratamiento de las personas con trastornos de salud mental, para lo cual no podrá suspender en ningún momento la formulación de medicamentos para el manejo de los mismos, salvo por decisión del médico tratante en coordinación con el paciente y su red de apoyo dentro del marco de rehabilitación [...].</p> <p>Artículo 21° Reglamentación y Vigencia. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las demás entidades respectivas al campo de aplicación, reglamentará lo establecido en la presente Ley en los siguientes 6 meses a la entrada en vigencia de la misma. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>regulado en el Decreto 780 de 2016 y en las Resoluciones 1403 de 2007 y 1604 de 2013.</p> <p>Es importante reconocer que muchas de las acciones planteadas en la propuesta resultan complejas, ya que demandan trabajo articulado, disposición de recursos, entre otras, por lo cual se estima insuficiente el lapso de seis (6) meses para reglamentar lo pretendido. En todo caso, esa clase de normas estarían en contra del carácter permanente de la facultad reglamentaria, tal y como lo la Corte Constitucional lo ha sostenido:</p> <p>[...] 48.- Respecto del primer tópico, debe la Sala recordar cómo la jurisprudencia constitucional ha insistido en que someter la potestad reglamentaria a una limitación de orden temporal significa desconocer lo establecido en el artículo 189 numeral 11, superior⁷. Según lo previsto en el referido precepto constitucional, la potestad reglamentaria no solo radica en cabeza del presidente de la República como suprema autoridad administrativa, sino que el Presidente conserva dicha potestad durante todo el tiempo de vigencia de la ley con el fin de asegurar su cumplida ejecución. En otras palabras: el legislador no puede someter a ningún plazo el ejercicio de la potestad reglamentaria. Al haber sujetado el artículo 19 el ejercicio de tal potestad a un plazo, incurrió en una práctica</p>
<p>Proyecto de Ley</p>	<p>Observación</p> <p>que contradice lo dispuesto por el artículo 189 numeral 11 de la Constitución Nacional, motivo por el cual la Sala declarará inexecutable el siguiente aparte del artículo 19 de la Ley 1101 de 2006: "en un plazo no superior a seis (6) meses contados a partir de su entrada en vigencia" [...]⁸.</p> <p>Con ello debe resaltarse, como se ha replicado en varias ocasiones, que la facultad de reglamentación es abierta y no puede condicionarse en el tiempo⁹.</p>	<p>3.4. En cuanto al deporte como factor protector de la salud mental (art. 11), el Ministerio puede realizar acompañamiento a las entidades territoriales para que incluyan las acciones planteadas en los planes de desarrollo sin que esté habilitado para imponerlas.</p> <p>3.5. Las medidas de atención a connacionales en el exterior (art. 15) son propias del apoyo que deben brindar las representaciones de Colombia en cada país, pero no una función de coordinación que corresponda a esta Cartera cuyo ámbito es el territorio nacional.</p> <p>3.6. Finalmente, el establecimiento de un lapso para reglamentar la materia va en contra del carácter permanente que ostenta tal facultad.</p> <p>En este orden, se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la propuesta de la referencia.</p> <p>Atentamente,</p> <p>DIANA CAROLINA CORCHO MEJÍA Ministra de Salud y Protección Social</p>	
<p>3. CONCLUSIÓN</p> <p>Por las razones expuestas, continuar con el curso del proyecto de ley devendrá inconveniente. Lo anterior debido a motivos como los que a continuación se describen:</p> <p>3.1. En relación con los artículos: 1°, objeto; 3°, principios; 4°, coordinación y gobernanza; 5°, fomento de la formación e investigación en salud mental; 6°, guías y protocolos; 8°, apoyo religioso; 9°, estudio del impacto de las acciones intersectoriales y comunitarias en la salud mental; 10°, economía del cuidado; 12, inclusión social; 13, atención al adulto mayor; 14, habitabilidad en calle; 16, atención a personas dependientes de sustancias psicoactivas; 17, prevención de la adicción; 18, red de atención en salud mental; 19, derecho a la atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento; 20, dispensación de medicamentos; ya existe una legislación de base que regula la materia con la profundidad y alcance que se pretende con la propuesta.</p> <p>3.2. Sobre el ámbito de aplicación (art. 2°), la norma describe un abordaje y no unos destinatarios de esta.</p> <p>3.3 Respecto de la caracterización de la población con problemas o trastornos de salud mental (art. 7°), la Resolución 1536 de 2015 dispone lo correspondiente a la planeación integral para la salud y mecanismos como el Análisis de Situación de Salud.</p>		<p>⁸ CORTE CONSTITUCIONAL, sent. C-1005 de 2008, M.P. Humberto Sierra Porto. ⁹ Cfr., sobre este aspecto, las sentencias C-805 de 2001 (M. P. Rodrigo Escobar Gil), C-508 de 2002 (M. P. Alfredo Beltrán Sierra), C-1005 de 2008 (M. P. Humberto Sierra Porto), C-765 de 2012 (M.P. Nilson Pinilla Pinilla), entre otras.</p>	

C O N T E N I D O

Gaceta número 1513 - Viernes, 25 de noviembre de 2022

SENADO DE LA REPÚBLICA

CONCEPTOS JURÍDICOS

	Págs.
Concepto jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Proyecto de ley número 450 de 2022 (Cámara) - 85 de 2021 (Senado), por medio de la cual se ordena la expedición de un lineamiento técnico para la atención integral y el cuidado de la salud mental de la mujer y la familia en casos de duelo perinatal y se dictan otras disposiciones - “Ley Brazos Vacíos”.....	1
Concepto jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Proyecto de ley número 169 de 2021 (SENado), por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.....	5