



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 - Nº 1314

Bogotá, D. C., martes, 25 de octubre de 2022

EDICIÓN DE 34 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 241 DE 2022 CÁMARA

*por medio de la cual se modifica la Ley 1616
de 2013.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto modificar algunos artículos de la Ley 1616 de 2013 para garantizar el derecho a la Salud Mental de todos los habitantes con prelación de los niños, niñas, adolescentes y de las personas de su núcleo familiar que sufren trastornos mentales; crear el Sistema Nacional de Salud Mental, establecer una serie de obligaciones específicas en materia de salud mental a cargo de diversas entidades y brindar mayores herramientas para este fin desde una perspectiva multisectorial, multidisciplinaria y coordinada que considere el uso de métodos alternativos.

Artículo 2°. *Modifíquese el artículo 1° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así: 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 y a las personas con trastornos y/o enfermedades mentales, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno y enfermedad mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en diversos ámbitos de la vida y especialmente en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

De igual forma se establecen los criterios para la formulación, reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud

Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Se crea el Sistema Nacional de Salud Mental con el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del mismo, para que acompañado de otros Ministerios y entidades públicas, privadas y la sociedad civil, se puedan coordinar las respuestas necesarias desde diversos enfoques para garantizar la salud mental de todos los habitantes de la República de Colombia.

Se autoriza la prescripción de práctica deportiva y de métodos alternativos a los tradicionales médicos, psicológicos y psiquiátricos como parte de la atención primaria en salud.

Se crea el Programa Nacional “El Deporte es Salud Física y Mental” mediante el cual se incentiva la práctica deportiva como mecanismo elemento de la atención primaria en salud y como elemento preventivo, curativo y complementario, de trastornos mentales.

Los objetivos de este Programa son: ayudar en la recuperación poscovid de la población, aumentar la participación en el deporte para prevenir y/o complementar el tratamiento de un trastorno mental, fomentar la resiliencia socioemocional y generar redes de apoyo para las personas. Este programa será reglamentado por el Ministro del Deporte en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministro de Educación para su integración a las respuestas de Salud Mental como atención primaria en salud.

Artículo 3°. *Modifíquese el artículo 2° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:*

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a todas las entidades que hagan parte del Sistema Nacional de Salud Mental, y

específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradoras de planes de beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.

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

Así mismo será aplicable en lo que resulte pertinente a las personas que padezcan trastornos y/o enfermedades mentales, el núcleo familiar, el representante o responsable de la persona, las comunidades educativas, las empresas y entidades sin importar su naturaleza pública o privada.

Artículo 4°. Modifíquese el artículo 3° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 3°. Salud mental. La OMS define la Salud Mental en su Plan de Acción sobre Salud 2013-2020 como un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad.

La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental y un deber, todos los habitantes deben contribuir desde su esfera de acción a la Salud Mental propia y la de los miembros de su comunidad. La Salud Mental es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

El abordaje de la Salud Mental en Colombia es integral y no solo médico o de tratamiento a un trastorno y/o enfermedad mental, el Ministerio de Salud y Protección Social como Órgano Rector debe propender por considerar e incluir las necesidades, enfoques y soluciones planteadas por todas las entidades que forman parte del Sistema Nacional de Salud Mental en la Política Nacional de Salud Mental, en los Planes, programas y proyectos de Salud Mental, de forma tal que se garantice un enfoque multisectorial, multidisciplinario, multicultural, y multiétnico articulado y coordinado.

Parágrafo 1°. La familia y la comunidad son actores fundamentales en la salud mental y en la prevención, el tratamiento, restablecimiento y rehabilitación de las personas con trastornos y/o enfermedades mentales y debe:

- a) Proporcionar de acuerdo con sus capacidades, apoyo, cuidados, educación, protección, alimentación y un ambiente familiar que propicie la salud mental.
- b) Respetar la autonomía individual, igualdad y no discriminación de sus miembros.
- c) No abandonar a sus familiares durante o posteriormente al tratamiento.

Parágrafo 2°. Deberes de las personas y familiares frente a la Salud Mental

- a) La salud mental es un derecho y un deber de cada persona;
- b) Tratar con respeto al personal de la Salud;
- c) Suministrar información verdadera, completa y oportuna que contribuya a determinar la atención en salud mental requerida;
- d) Asistir a las consultas, terapias y/o tratamiento prescrito por el personal tratante.

Artículo 5°. Modifíquese el artículo 4° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 4A. Créase el Sistema Nacional de Salud Mental

Como un conjunto armónico de instituciones, organizaciones de la sociedad civil, procesos, planes y programas, desde el cual se acompañará en la revisión, modificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.

Artículo 4B. El Sistema Nacional de Salud Mental estará integrado por:

El (la) Ministro(a) de Salud y Protección Social como órgano Rector

El Ministro de Justicia

El Director del Inpec

El Director de la USPEC

El Ministro de Educación

El Ministro de Cultura

El Ministro del Deporte

El Ministro de Vivienda

El Ministro de Transporte

El Ministro de Defensa

El Ministro de Tecnologías de la Información y la Comunicación

El Director del ICBF

El Director del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social

El Director de la Unidad para las Víctimas

El Director Nacional de Planeación

El Director de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres

El Director del Servicio Público de Empleo

La Federación Colombiana de Municipios

La Federación Nacional de Departamentos

El representante del Observatorio Nacional de Salud Mental

Dos representantes de universidades de Colombia (facultad de Medicina y Ciencias Sociales)

Un representante de los empleadores y un representante de los trabajadores

Un representante de los jóvenes.

Artículo 4C. Cada uno de los miembros que conforman el Sistema deberá presentar su

problemática y necesidades, así como proponer soluciones desde su óptica y ámbito de acción. Así mismo, podrá proponer soluciones frente a la problemática de Salud Mental Nacional de otro sector en el que se pueda generar una solución articulada.

El Ministerio de Salud y Protección Social como Órgano Rector del Sistema analizará, coordinará y articulará todas las respuestas que se adopten para el uso eficaz y eficiente de los recursos destinados a la Salud Mental.

Las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud Mental deben reunirse periódicamente, mínimo dos veces al año y podrán ser citadas previa solicitud de cualquiera de sus miembros para conocer y debatir la problemática de Salud Mental Nacional, las innovaciones para su promoción y la prevención y tratamiento del trastorno y/o enfermedad mental, así como para evaluar periódicamente los resultados de las soluciones adoptadas.

El Órgano Rector podrá reunirse de manera bilateral con cualquiera de las entidades que conforman el Sistema con el fin de estudiar de manera particular problemáticas propias de un sector que no requieran la intervención y/o aportes de los demás miembros. No obstante, se privilegiará la reunión que goce de la presencia de todos los miembros.

El Órgano Rector del Sistema reglamentará el funcionamiento del mismo dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Artículo 4D. Garantía en salud mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes y a las personas de su núcleo familiar que padezcan trastornos y/o enfermedades mentales, 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, bajo un enfoque holístico, sistémico y multidisciplinario, que integre además de los tratamientos tradicionales, tratamientos alternativos e innovadores, y el deporte, que provean a las personas que padecen trastornos y/o enfermedades mentales, alternativas de tratamiento más allá de la exclusiva respuesta médica o psicológica tradicional.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

Dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley se deben adoptar e implementar medidas que incentiven la salud mental de las

personas privadas de la libertad y del personal de guardias del Inpec. Se les debe garantizar el acceso a la actividad deportiva a las Personas Privadas de la Libertad y a los funcionarios de la guardia del Inpec.

Parágrafo 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá adoptar y promover programas que prevengan la ludopatía, los cuales deberán ser implementados por establecimientos de juegos de azar, deberá informarse a los usuarios al ingreso de estos establecimientos, el riesgo de desarrollar ludopatía. Así mismo, El Ministerio de Salud y Protección Social proveerá información periódicamente frente a cualquier otra adicción que de acuerdo con estadísticas en Colombia genere trastornos de salud mental.

Parágrafo 3º. El Ministerio de Educación Nacional, adoptará y promoverá programas que incentiven la salud mental de todos los miembros de las comunidades educativas. En todos los niveles de educación formal deberá incluirse un módulo anual de habilidades para la vida o competencias psicosociales señaladas por la Organización Mundial de la Salud.

Parágrafo 4º. El Ministerio de Cultura presentará al Órgano Rector soluciones a trastornos y/o enfermedades de Salud Mental que impacten a comunidades indígenas y/o afrodescendientes teniendo presente consideraciones antropológicas y culturales propias de estas comunidades que faciliten la comunicación e implementación de las soluciones adoptadas en esta materia.

Parágrafo 5º. La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres presentará al Órgano Rector soluciones a trastornos de Salud Mental cuando se generen desastres naturales y como parte integral de las medidas de adaptación frente al riesgo de desastres como consecuencia del cambio climático.

Parágrafo 6º. El Director del Servicio Público de Empleo deberá proponer al Órgano Rector soluciones en Salud Mental para las personas desempleadas que formarán parte de la respuesta multidisciplinaria de acompañamiento del Sistema a las problemáticas de Salud Mental asociadas o derivadas del desempleo.

Parágrafo 7º. El Estado debe velar por restablecer la salud mental de las víctimas, los miembros de la fuerza pública que participaron en el conflicto armado y los desmovilizados y reincorporados de grupos al margen de la ley; la salud mental de todos los involucrados en el conflicto armado es fundamental para reconstrucción del tejido social colombiano y la paz.

Así mismo, dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, el Ministerio de Defensa deberá adoptar un Plan de Salud Mental para todos sus miembros y en el que se incluyan competencias psicosociales y habilidades para la vida entre otros mecanismos que coadyuven a su Salud Mental.

Parágrafo 8º. Las Comisarías de Familia deben garantizar el derecho a la salud mental de los niños,

niñas y adolescentes con los que se relacionen, y deben implementar un plan de salud mental para estos y las personas de su núcleo familiar o personas responsables durante los procedimientos y/o intervenciones que se realicen en sus instalaciones. Debe ser prioritaria la atención en salud mental para todos los involucrados en denuncias de violencia intrafamiliar.

El órgano Rector del Sistema Nacional de Salud podrá solicitar contribuciones a cualquier otra entidad que estime necesaria.

Artículo 6°. Modifíquese el artículo 6° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

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

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la Ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.
12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
16. Derecho al reintegro a su familia y comunidad.
17. Derecho a no ser incomunicado durante su tratamiento, cuando este implica la internación. Se le permitirá a la persona internada el contacto telefónico con sus familiares o personas que esta indique.
18. Derecho a que las internaciones de Salud Mental se realicen en hospitales generales. Con el fin de garantizar la inclusión y precluir el estigma y exclusión asociado a los trastornos mentales, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley se prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes públicos y privados. Los que ya existen, se deben adaptar a los objetivos de la presente ley hasta su sustitución definitiva sin perjuicio de los derechos adquiridos por los trabajadores.

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

Artículo 7°. Modifíquese el artículo 7° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 7°. De la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental

El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, como Órgano Rector del Sistema Nacional de Salud Mental, previa recepción de las contribuciones de los miembros del Sistema Nacional de Salud Mental y en coordinación con estos, establecerá las acciones de promoción en salud mental y prevención del trastorno mental,

que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando la participación para su elaboración de todas las entidades que forman parte del Sistema Nacional de Salud Mental, de cualquier otra entidad que el Ministerio de Salud y Protección Social como Órgano Rector estime necesaria y de todos los ciudadanos y las ciudadanas que deseen presentar sus sugerencias, así como de las partes directamente interesadas, para ello se establecerán oportunidades de participación.

Dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

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

El Órgano Rector debe adoptar adicionalmente las medidas preventivas sectoriales que estime convenientes para promover la Salud Mental y prevenir otras adicciones que afecten significativamente a la población colombiana como la ludopatía, adicciones a los videojuegos, adicciones a las redes sociales, entre otras que los estudios determinen.

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

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

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

Artículo 8°. Modifíquese el artículo 8° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 8°. Acciones de promoción. El Ministerio de Salud y Protección Social como Órgano Rector del Sistema Nacional de Salud Mental en coordinación con todos sus miembros, dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: habilidades psicosociales y para

la vida de la OMS, inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, adicciones a los videojuegos y otras relacionadas con las TIC, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras.

Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores; y estarán articuladas a las políticas públicas vigentes.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Educación en coordinación con el Órgano Rector, además de promover medidas para la salud mental de todos los miembros de las comunidades educativas, debe adoptar medidas preventivas que permitan detectar la pedofilia y otros trastornos y/o enfermedades mentales de los docentes que puedan impactar a los estudiantes menores de edad. Para este efecto se podrán realizar entre otras medidas, evaluaciones psicológicas periódicas y visitas domiciliarias a los docentes.

Esta materia deberá regularse dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Parágrafo 2°. El Ministerio del Deporte en coordinación con el Ministerio de Educación debe implementar soluciones nacionales de Salud Mental que impulsen la práctica de deporte y actividad física dentro y fuera de las instituciones educativas, para ello se crea el Programa Nacional “El Deporte es Salud Física y Mental” mediante el cual se incentiva la práctica deportiva como mecanismo preventivo y curativo de trastornos mentales.

El Ministerio del Deporte reglamentará en coordinación con el Ministerio de Educación y el Órgano Rector del Sistema Nacional de Salud este Programa dentro de los seis meses siguientes a su aprobación.

El Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñará acciones intersectoriales para que a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental. Se desarrollarán planes de Salud Mental para los docentes en coordinación con las ARL.

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

Artículo 9°. Modifíquese el artículo 9° de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 9°. Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el ámbito

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

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

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

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

Todas las empresas y entidades de cualquier naturaleza deben garantizar un ambiente laboral libre de acoso laboral, y deberán implementar medidas que contribuyan al bienestar y la salud mental de sus empleados durante la jornada laboral.

Parágrafo. Todas las empresas o entidades que provean bienes o servicios para cuyo acceso los usuarios se ven sometidos a condiciones que impliquen congestiones, hacinamiento, altas o bajas temperaturas, largos periodos en pie y otras condiciones que propicien estrés y/o ansiedad, deberán implementar dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, un Plan de Bienestar y Salud Mental para los Usuarios y deberán habilitar la recepción de sugerencias por parte de los usuarios.

Artículo 10. *Modifíquese el artículo 11 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:*

Artículo 11. Acciones complementarias para la atención integral. La atención integral en salud mental no puede reducirse a un tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico, incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral, educativa, actividades deportivas y/o recreativas.

Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social como Órgano Rector del Sistema Nacional de Salud en coordinación con los aportes de las demás entidades del Sistema y todas aquellas que considere conveniente, garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño,

implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.

Artículo 11. *Modifíquese el artículo 14 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:*

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

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

Sin perjuicio de lo anterior, las IPS podrán ofrecer tratamientos innovadores y alternativos en Salud Mental para trastornos mentales leves como servicios complementarios a los mínimos establecidos por el Órgano Rector en las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención.

Artículo 12. *Modifíquese el artículo 18 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:*

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

Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, Médico especialista en terapias alternativas, Profesionales en Educación Física, Desarrollo Familiar, Coach, entre otros, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Artículo 13. *Modifíquese el artículo 22 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:*

Artículo 22. Talento humano en atención primaria y prehospitolaria. Las personas que hagan

parte del equipo de atención primaria y prehospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Prehospitalaria, Profesionales en Educación Física, Desarrollo Familiar, Trabajo Social, Coach.

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

Como parte integral de la Promoción del Derecho a la Salud Mental, las IPS deben garantizar el acceso a gimnasios o lugares en los cuales los afiliados al Sistema puedan practicar actividades deportivas.

Artículo 14. *Modifíquese el artículo 23 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:*

Artículo 23. Atención integral y preferente en salud mental. De conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006 y los artículos 17, 18, 19, 20 y 21 de la Ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.

Igualmente, y con el fin de garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes, también gozarán de atención integral y preferente en salud mental todas las personas adultas que sufran un trastorno y/o Enfermedad Mental y que convivan con niños, niñas y/o adolescentes, para lo cual deberán declararlo al momento de recibir atención en salud.

Artículo 15. *Modifíquese el artículo 25 de la Ley 1616 de 2013, el cual quedará así:*

Artículo 25. Servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes. El órgano Rector del Sistema Nacional de Salud junto con el ICBF, para garantizar la efectividad y eficacia en el uso de los recursos destinados a la atención en Salud Mental, deberá coordinar con los entes territoriales y las empresas administradoras de planes de beneficios maneras expeditas de disponer de servicios integrales en salud mental con modalidades específicas de atención para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental en los términos previstos en la presente ley y sus reglamentos.

Artículo 16. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias

Presentado por,


ANDRÉS FELIPE JIMÉNEZ VARGAS
H.R PARTIDO CONSERVADOR

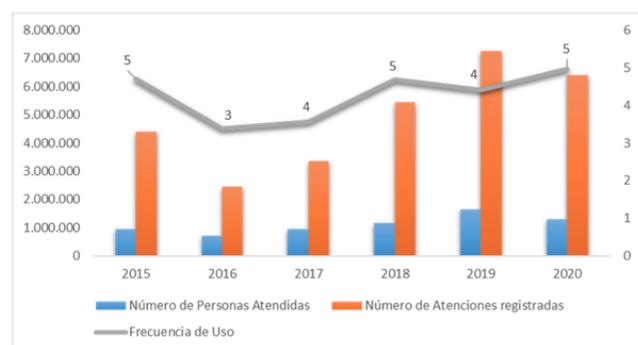

NICOLÁS ALBEIRO ECHEVERRI A.
H.S PARTIDO CONSERVADOR

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 241 CÁMARA

por medio de la cual se modifica la Ley 1616 de 2013.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico”¹.

Paradójicamente, la información estadística con la que se cuenta en materia de Salud Mental no suele hacer referencia al grado de bienestar de las personas, ni a los niveles óptimos de respuesta encontrados frente a las crisis, sino al tipo de trastorno mental experimentado y el porcentaje de población afectado. Así las cosas, la Salud Mental parece medirse de manera inversa y es a través del trastorno mental, por lo tanto, en materia de salud mental, las estadísticas en Colombia no son nada alentadoras y por el contrario encienden las alarmas².



	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de Personas Atendidas	936.940	721.912	945.567	1.164.062	1.643.365	1.287.194
Número de Atenciones registradas	4.411.418	2.441.492	3.358.467	5.450.468	7.249.726	6.402.599

Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Las-cifras-de-la-salud-mental-en-pandemia.aspx>.

El Conpes 3992³ de 2020 de Salud Mental señala que la población colombiana ha presentado un deterioro de su salud mental en los últimos 20 años y se reportan las siguientes cifras:

- ¹ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- ² <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>.
- ³ <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>.

- 1 de cada 10 personas en el 2017 padeció un trastorno mental.
- La violencia y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) son considerados factores que influyen en la aparición de síntomas mentales y problemas mentales en sí mismos. Entre 1990 y 2017, la violencia ocupó la primera causa de muerte y discapacidad en el país.
- El suicidio es considerado una consecuencia de un trastorno mental y en Colombia estas cifras son alarmantes pues constituyen la cuarta causa de muerte violenta según datos recopilados, que se ilustran en la siguiente tabla:

Muertes violentas según sexo. Colombia, comparativos años 2021* y 2022* (enero- julio)

Manera de Muerte	Año 2021*				Año 2022*			
	Hombre	Mujer	Indeter	Total	Hombre	Mujer	Indeter	Total
Homicidio	6.850	535	2	7.387	6.962	587	1	7.550
Eventos de transporte	3.344	622	-	3.966	3.729	839	-	4.568
Accidental	1.461	304	1	1.766	1.668	332	-	2.000
Suicidio	1.213	276	-	1.489	1.241	323	-	1.564
Total	12.868	1.737	3	14.608	13.600	2.081	1	15.682

Porcentaje muertes violentas según manera. Colombia, año 2022* (enero- julio)

Fuente: https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/742818/Boletin_julio_2022.pdf/75a56f6a-b1f6-1334-959a-7f0ffd466f6f.

Tabla 1. Tasa de intento de suicidio en Colombia, de 2009 a 2016, por grupos de edad.

EDAD	AÑOS							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
De 10 A 14 Años	0,83	1,07	1,56	1,62	1,76	2,13	2,86	50,94
De 15 A 19 Años	2,53	3,89	5,27	5,21	5,13	6,78	7,49	114,45
De 20 A 24 Años	2,02	2,58	3,35	4,08	3,59	4,84	4,12	80,51
De 25 A 29 Años	1,77	1,91	2,84	2,8	2,58	3,43	2,89	55,44
De 30 A 34 Años	1,05	1,35	1,88	1,81	2	2,5	1,99	41,74
De 35 A 39 Años	0,89	1,09	1,51	1,31	1,4	1,66	1,72	31,15
De 40 A 44 Años	0,58	0,6	0,84	1,12	0,92	1,24	1,56	23,96
De 45 A 49 Años	0,49	0,42	0,73	0,83	0,82	0,94	0,9	18,4
De 50 A 54 Años	0,25	0,26	0,51	0,49	0,83	1,01	0,73	12,74
De 55 A 59 Años	0,4	0,22	0,5	0,58	0,41	0,7	0,47	11,16
De 60 A 64 Años	0,18	0,25	0,31	0,42	0,16	0,42	0,41	8,05
De 65 A 69 Años	0,39	0,1	0,14	0,22	0,33	0,32	0,38	6,09
De 70 A 74 Años	0,43	0,12	0,36	0,65	0,17	0,28	0,27	5,27
De 75 A 79 Años	0,18	0,17	0,08	0	0,23	0,3	0,51	6,71
De 80 Años O Más	0,09	0,17	0,25	0,32	0,31	0,45	0,29	6,9

Fuente: Fuente: Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Registro Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), consulta realizada en agosto 21 de 2018.

Según el DANE, en 2021 se registró el mayor número de muertes por suicidio en Colombia, “es un problema de salud pública que en Colombia cobra una vida cada tres horas y ocho cada día, al punto que el año pasado se registró la mayor mortalidad conocida por suicidio en el país, según las estadísticas oficiales que acaban de ser reveladas y que ponen de manifiesto la enorme urgencia que vive la salud mental de los ciudadanos en el contexto de la pandemia.

Y si bien algunos expertos ya habían expresado desde su experiencia en el día a día lo que en el

2020 y en el 2021 reflejaba la salud mental de los colombianos, los datos consolidados ya permiten establecer el grado de afectación que este tema ha traído para el país.

Vale anotar que la tendencia creciente en el número de suicidios se presenta en Colombia y en la mayoría de los países. De hecho, en la última década el número anual de muertes por suicidio se ha incrementado en 44 por ciento en territorio nacional, si se tiene en cuenta que en el 2011 se registraron 2.053. Las 2.962 defunciones del 2021, además, son 7,8 por ciento más que las registradas en el 2020 (2.748) y 1,2 por ciento más que las del 2019 (2.927)”⁴.

Las estadísticas sobre suicidio en Colombia además de alarmantes son una verdadera tragedia

En el 2021, “el 81,3 por ciento de las víctimas de este flagelo el año pasado fueron hombres y el 18,7 por ciento mujeres, una proporción que ha variado poco con el tiempo. Así, la relación que se da es que por cada mujer que toma esta decisión lo hacen cuatro hombres.

Por edades, llama la atención que el número de casos aumentó frente al 2020 en todos los grupos de edad, salvo en los rangos de 55 a 59 y 85 a 89 años. El incremento más alto se observó en el grupo de 60 a 64 años, con una variación de 38,8 por ciento.

Como en años anteriores, los suicidios son un fenómeno que tiene más frecuencia en la población joven. De hecho, el 37,5 por ciento de todos los registrados el año pasado ocurrieron en personas entre los 15 y los 29 años de edad.

En concreto, las 1.514 muertes por suicidio que se dieron en menores de 30 años el año pasado representaron el 7,7 por ciento de todas las registradas (19.654) en la población de 5 a 29 años, según los datos del DANE, constituyéndose en una de las principales causas de muerte en los jóvenes colombianos. En otras palabras, 1 de cada 13 muertes en los de menor edad es por suicidio”⁵.

Teniendo presente que el DANE documentó 361.017 fallecimientos en el 2021, de las cuales 83.217 fueron por COVID-19, la principal causa de muerte en el país y se presentó un suicidio por cada 28 decesos por COVID-19. “Sin embargo, al concentrarse solo en menores de 30 años se puede decir que las 1.514 muertes por suicidio registradas en el 2021 fueron casi tantas como las 1.683 que ha causado el COVID-19 en esta población en dos años completos de la pandemia, según el análisis del DANE”⁶.

4 <https://gestarsalud.com/2022/03/29/suicidio-en-colombia-cobra-una-vida-cada-tres-horas/>.

5 <https://gestarsalud.com/2022/03/29/suicidio-en-colombia-cobra-una-vida-cada-tres-horas/>.

6 <https://gestarsalud.com/2022/03/29/suicidio-en-colombia-cobra-una-vida-cada-tres-horas/>.

El suicidio por regiones en Colombia

“Si se parte de que la tasa nacional por cada 100.000 habitantes fue de 5,8 en el 2021, se puede decir que en el Vaupés fue seis veces mayor (29,9), en Amazonas tres veces (16,2), en Arauca dos (11) y en Huila (9,7), Caldas (9,6), Risaralda (9,5) y Casanare (9,1) un poco menos de dos, pero alta frente a otros departamentos como Bogotá (4,9), Atlántico (4,1) y Bolívar (2,9)”⁷.

Salud mental y conflicto armado en Colombia

La población de Colombia se ha visto enfrentada durante décadas a oleadas intensas de violencia e innegablemente esa violencia repercute en la Salud Mental de víctimas, victimarios, las familias y la sociedad en general.

Al 31 de diciembre de 2019 se encontraban (...) “en total 8.045.476 personas víctimas del conflicto armado plenamente identificadas en la bodega de datos SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta cifra equivale al 16% de la población total nacional” (...)”⁸.

No es de extrañar, que la población civil sobreviviente de estos actos de inmensa violencia, experimente trastornos y/o enfermedades mentales derivados de dicha violencia. Entre estas, se han hallado las siguientes “trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos, trastornos del humor, trastornos emocionales del comportamiento, trastornos del desarrollo psicológico, esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes y trastornos mentales orgánicos”⁹.

Es importante destacar una afectación importante de minorías étnicas indígenas y afrodescendientes dentro del total de víctimas del conflicto armado “De las 532.842 atendidas en el componente psicosocial del PAPSIVI, 33.986 (6,3%) se encuentran identificadas en SISPRO como pertenecientes a algún grupo étnico, 18.202 como Negro o Afrodescendiente (53,56%), 15.615 indígenas (45,95%), 127 personas Rom (0,37%), 30 Raizal (0,09%) y 12 Palenquero (0,04%)”¹⁰.

Por su parte, “los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015, señalan que uno de cada diez colombianos ha tenido algún problema mental, siendo la depresión y la ansiedad los más prevalentes. El 12,2% de los adolescentes, entre los 12 y 17 años ha presentado algún problema mental y el 4,4% ha tenido un trastorno mental. En los adultos predominan los trastornos de ansiedad, depresión y psicosis. El 9,6% de los colombianos entre 18 y 44 años reportan enfermedades mentales. En todos los grupos de edad se repite la tendencia con más mujeres afectadas que hombres”¹¹.

Salud mental y pandemia COVID-19

“Con la llegada de la pandemia del COVID-19, la salud mental se ha vuelto un tema de mayor relevancia ya que el miedo a contraer el virus, la pérdida de familiares y conocidos a causa de la enfermedad, así como las diferentes medidas que han tomado los gobiernos en pro de contener el contagio han generado impactos en la vida cotidiana, y con ello en la salud mental. Medidas como el distanciamiento físico, las cuarentenas obligatorias, el cierre de instituciones educativas y los cambios en las tareas del hogar, son factores que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) también pueden llegar a afectar la salud mental. La Asociación Americana de Psicología define el estado de ánimo como la actitud o la disposición a responder emocionalmente de una manera particular que poseen las personas para en determinado momento, y es cambiante según la situación en la que la persona se encuentre⁴, dada esta definición es posible afirmar que el COVID-19 afecta en gran medida el estado de ánimo de las personas, repercutiendo así en la salud mental. De acuerdo con los resultados de las Encuestas de Pulso Social - EPS que se han desarrollado hasta la fecha (julio 2020 a junio de 2021) encontramos que, para el total de las 23 ciudades encuestadas la opción de respuesta que tiene un mayor porcentaje de reporte (a excepción de “ninguno de los anteriores”) es haber sentido “preocupación o nerviosismo” en los últimos siete días, sentimiento que además presenta una disminución de 1,3 puntos porcentuales (p.p.) entre julio de 2020 y junio de 2021, al pasar de 40,4% a 39,01%; en segundo lugar se encuentra SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA ESTADO DE ÁNIMO provocando así aumentos en los números de casos de ansiedad, depresión y pánico, por nombrar algunos”¹².

⁷ <https://gestarsalud.com/2022/03/29/suicidio-en-colombia-cobra-una-vida-cada-tres-horas/>.

⁸ Boletines Poblacionales I: Población Víctima del Conflicto Armado, Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social I-2020.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-victima-sI-2020.pdf>.

⁹ Boletines Poblacionales I: Población Víctima del Conflicto Armado, Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social I-2020.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-victima-sI-2020.pdf>.

¹⁰ Boletines Poblacionales I: Población Víctima del Conflicto Armado, Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social I-2020.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-victima-sI-2020.pdf>.

¹¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/VS/PP/ENT/Lineamientos-tecnico-salud-mental-posconflicto-2016.pdf>.

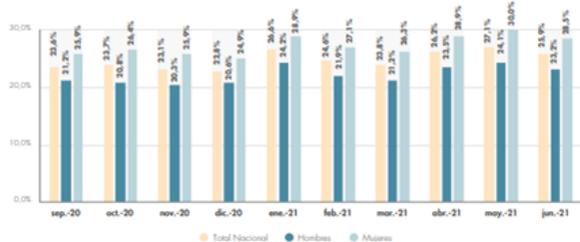
¹² Nota Estadística Salud Mental en Colombia: Un análisis de los efectos de la Pandemia.

<https://ascofapsi.org.co/pdf/Noticias/Estad%C3%ADstica%20de%20Salud%20mental%20en%20Colombia-%20pandemia%202021%20.pdf>.

Gráfico 8.

Porcentaje de personas que reportan haberse sentido solo/a, estresado/a, preocupado/a o deprimido/a como consecuencia de la pandemia del COVID-19

Según sexo



Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares GEH

Nota: El dominio total nacional no incluye a la población de los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada y San Andrés

Salud Mental y Fuerza Pública

Adicionalmente, al interior del Ejército Nacional, también se evidencian alteraciones de la Salud Mental de sus miembros activos durante el conflicto armado, un estudio publicado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, encontró “una prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) con un 61,22%, seguida de la esquizofrenia paranoide con un 18,37% y por último el diagnóstico de esquizofrenia no especificada con un 4%, y concluyó que el TEPT en los oficiales del ejército colombiano dobla las estadísticas mundiales y de Latinoamérica; en ese mismo sentido, los factores asociados son inherentes a las actividades que los oficiales desarrollan”¹³.

Otros estudios han encontrado que para 2017 al interior de un solo batallón de una ciudad colombiana, en los soldados regulares a nivel de trastornos mentales “prevalece la depresión 8,8%; las prevalencias de los dominios fueron: 11,7% para la autoestima negativa, 24,6% para la ideación suicida, 56,8% para pobre imagen social, 26,3% para afecto negativo, 23,4% para desesperanza y 19,3% para evitación”¹⁴.

Salud Mental y reinsertados

Frente a las estadísticas de trastornos de Salud Mental de la población reinsertada de grupos paramilitares y guerrilla, la información estadística evidencia que: “El estrés postraumático existe en reinsertados de grupos paramilitares y guerrilla; pero está pobremente reconocido y diagnosticado, entre otros factores, por el sistema de creencias, tanto de los desmovilizados como de los observadores. Por otra parte, existen manifestaciones del estrés postraumático que no corresponden a

la manifestación clínica presentada en otros grupos, en parte debido a estrategias de manejo de las manifestaciones psiquiátricas que han sido censuradas en los grupos armados irregulares..”¹⁵.

El conflicto armado no es el único desencadenante de trastornos mentales en Colombia; se cuentan además, entre otros, circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales, como la violencia intrafamiliar, el consumo y la adicción a sustancias psicoactivas, problemas en las relaciones afectivas, el desempleo, la pobreza extrema, el hacinamiento y la falta de condiciones de vivienda digna, los desastres naturales, los bajos niveles educativos, factores genéticos, los cuales pueden ser en muchas ocasiones causa y a su vez consecuencia.

La pérdida de vidas, los daños materiales y morales derivados de la violencia resultan incalculables en cuanto a sus efectos en la sociedad, situaciones sufridas por los colombianos como consecuencia de los trastornos de Salud Mental que han afectado nuestro desarrollo humano y económico. Sobre este particular, vale traer a colación que la ONU señala “El costo económico de los problemas de salud mental es muy grande, en tanto que una inversión razonable en este ámbito puede contribuir a mejorar la salud mental de la población. La mala salud mental es a la vez causa y consecuencia de la pobreza, una educación deficiente, la desigualdad entre los géneros, mala salud, violencia y otros problemas mundiales. Además, limita la capacidad de quienes la padecen para trabajar en forma productiva, realizar su potencial y aportar una contribución a sus comunidades”¹⁶.

Una sociedad física y mentalmente sana puede ser más productiva en todos los niveles. Colombia puede ser significativamente una población sana, feliz y más productiva si se le da a la Salud Mental la atención que se requiere.

De acuerdo con un informe de la OMS, “los trastornos mentales no tratados cobran un alto precio, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial (2). La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4.3% de la carga mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3.2% y el 5.1%, respectivamente. Según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan entre el 25.3% y el 33.5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.

¹³ Lisbeth Chimunja Chicue, Sandra Carolina Fuentes Albán, Erika Melissa Ruiz Urbano, Henry Castrillón Paz. Enfermedad mental y factores asociados en oficiales del Ejército Nacional de Colombia en conflicto armado https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300007#:~:text=Resultados%20principales%3A,no%20especificada%20con%20un%204%25.

¹⁴ Sandra Milena Alvarán López a; Sebastián Bedoya Mejía b; María Ceneida Henao Valencia c; Juan Carlos Velásquez Correa c; Hugo Grisales Romero d. Prevalencia de depresión en soldados regulares de un batallón de una ciudad colombiana, 2017. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v26n1/0122-0667-rmri-26-01-7.pdf>.

¹⁵ De la Espriella y Falla, 2009, 245). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Lineamientos-tecnico-salud-mental-pos-conflicto-2016.pdf>.

¹⁶ <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/salud-mental-y-desarrollo.html>.

Las afecciones mentales con frecuencia llevan a los individuos y a las familias a la pobreza y obstaculizan el desarrollo a nivel nacional. En un reciente análisis se estimaba que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales, por lo que respecta a las pérdidas económicas, ascenderá a US\$16 billones en los próximos veinte años”¹⁷.

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN EL DERECHO INTERNACIONAL

La Salud Mental es un derecho humano y sin embargo, “*en ningún lugar del mundo la salud mental se encuentra en plano de igualdad con la salud física, en términos de presupuesto o educación y práctica médicas*”¹⁸.

Tratados internacionales relacionados con la salud y la salud mental

“Carta de las Naciones Unidas (1945)

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946)

Carta Social Europea (1961)

Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y sus dos protocolos facultativos (1966 y 1989)

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y su Protocolo facultativo (1999)

Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981)

Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984) y su Protocolo facultativo (2002)

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

(Protocolo de San Salvador) (1988)

Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y sus dos protocolos facultativos (2000)

Convenio número 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989)

Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990)

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) y su Protocolo facultativo (2006)

DECLARACIONES, NORMAS Y OTROS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)

Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978)

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993)

Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991)

Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993)

Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997)

Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos: versión consolidada 2006

Observaciones y recomendaciones generales de los órganos creados en virtud de tratados Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer; Recomendación General número 15 (1990) sobre la necesidad de evitar la discriminación contra la Mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el SIDA

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer,

Recomendación General número 19 (1992) sobre la violencia contra la mujer

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General número 6 (1995) sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer,

Recomendación General número 24 (1999) sobre la mujer y la salud

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General número 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 15 (2002) sobre el derecho al agua

Comité de los Derechos del Niño, Observación General número 3 (2003) sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño

Comité de los Derechos del Niño, Observación General número 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño

Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial,

Recomendación General número 30 (2004) sobre la discriminación contra los no ciudadanos

¹⁷ Yolanda Torres de Galvis, ND, MSP, Dra. HC. Costos asociados con la salud mental. <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-182.pdf>.

¹⁸ <https://www.ohchr.org/es/stories/2018/05/mental-health-human-right>.

RESOLUCIONES DE LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Resoluciones 2000/82 y 2001/27 sobre las consecuencias de las políticas de ajuste estructural y de la deuda externa para el goce efectivo de los derechos humanos y, especialmente, de los derechos económicos, sociales y culturales

Resolución 2001/35 sobre los efectos nocivos para el goce de los derechos humanos del traslado y vertimiento ilícito de productos y desechos tóxicos y peligrosos

Resoluciones 2002/31 y 2003/28 sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Resoluciones 2001/33, 2002/32 y 2003/29 sobre el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como la del VIH/SIDA

DOCUMENTOS FINALES DE CONFERENCIAS INTERNACIONALES

Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990)

Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y Programa 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992)

Declaración y Programa de Acción de Viena aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993)

Declaración y Programa de Acción de El Cairo, informe de la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994) - <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>

Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas "Asamblea del Milenio" (2000)

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y su seguimiento, Beijing + 5 (2000)

Declaración de Estambul y Programa de Hábitat de la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) (1996) y Declaración sobre las ciudades y otros asentamientos humanos en el nuevo milenio del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General para examinar y evaluar la aplicación de los resultados de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) (2001)

Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, "Crisis mundial, acción mundial", aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su período extraordinario de Sesiones sobre el VIH/SIDA (2001)

Declaración y Programa de Acción de Durban de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las formas Conexas de Intolerancia (2001)

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002)

*Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (1996) y su seguimiento, Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después, Alianza Internacional contra el Hambre (2002)*¹⁹.

EL DERECHO A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN Y NORMATIVIDAD DE COLOMBIA

Pese a no estar reconocida la Salud Mental expresamente como Derecho en la Constitución Política, existen diversas disposiciones al interior de la Carta Magna relacionadas con el derecho a la salud y que pueden tomarse como integrantes del reconocimiento implícito del derecho a la Salud Mental como parte del Derecho a la Salud, así:

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

Artículo 13. (...) "El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentran en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan".

Artículo 16. "Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que impongan los derechos de los demás y el orden jurídico".

Artículo 22. "La paz es un derecho y un deber de obligatorio cumplimiento".

Artículo 43. "La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada". (...)

Artículo 44. "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social", (...).

Artículo 45. "El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral". (...).

Artículo 46. "El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad", (...).

¹⁹ <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Factsheet31sp.pdf>.

Artículo 47. “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”. (...).

Artículo 48. “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado”. (...).

Artículo 49. “Artículo 49. Modificado por el Acto Legislativo número 02 de 2009. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

Artículo 52. “Modificado por el artículo 1º, Acto Legislativo número 02 de 2000, El ejercicio del deporte, sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas tienen como función la formación integral de las personas, preservar y desarrollar una mejor salud en el ser humano.

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

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

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

Artículo 54. “Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud”.

Se destaca la regulación del derecho a la salud dentro de la Constitución Política de 1991 y aunque

la salud mental no tiene alusión expresa, sí forma parte del concepto de salud ampliamente regulado.

Adicionalmente a las disposiciones sobre salud en materia constitucional en Colombia, la Ley 1566 de 2012 “Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional Entidad Comprometida con la Prevención del Consumo, Abuso y Adicción a Sustancias Psicoactivas”²⁰ constituyó en su momento igualmente un avance normativo en materia de Salud Mental, al reconocer como asunto de salud pública el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, lo cual puede afectar no solo al individuo que consume sino a su esfera familiar y comunitaria, desencadenando alteraciones de salud mental.

Posteriormente se expidió la Ley 1616 de 2013 “por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones” objeto de reforma del presente proyecto de ley; su objeto es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana priorizando a los niños, 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.**

Esta ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social y a otras instituciones que hacen parte de este.

Así mismo, si bien no se incluyen las personas que padecen un trastorno y/o enfermedad mental y sus familias u otros ajenos al Sistema General de Seguridad Social dentro de su ámbito de aplicación, en uno de los artículos de la ley se señalan una serie de derechos de las personas.

Adicionalmente, se establecen medidas de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental.

FALENCIAS EN EL ENFOQUE DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA

LEY 1616 DE 2013

La Ley 1616 de 2013 constituyó un avance en materia de salud mental en Colombia desde lo público y en el tiempo transcurrido hasta la fecha ha salido a flote una serie de falencias o límites de esta ley.

Una lectura desprevenida de esta ley, permite concluir, que, a pesar de hablar de salud mental, en lugar de contener diversas aproximaciones desde lo público para garantizar la Salud Mental de la Población, la misma se centra en la prevención y tratamiento del Trastorno Mental desde una perspectiva médica.

²⁰ <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/direccion-sanidad-ejercito-nacional/institucional/entidad/dependencias/salud-mental/normatividad/ley-1566-2012>.

Es decir, pese a que la promoción y garantía de Salud Mental es tan amplia que requiere la confluencia de diversos factores, la Ley 1616 de 2013 se reduce a encontrar soluciones para el Trastorno Mental y solo desde lo médico, psicológico y psiquiátrico; por lo tanto, el Sistema General de Seguridad Social puede verse abocado a tratar un trastorno Mental que tiene origen ajeno a lo médico en sí mismo, resultando inocuo o por lo menos insuficiente.

Un ejemplo permite entender el argumento que se plantea:

Desempleo y depresión²¹

En el caso hipotético de un padre de familia que enfrenta un largo periodo de desempleo, con alta probabilidad puede desarrollar como mínimo un trastorno mental de ansiedad o depresión. El desempleo²² aunado a la depresión podrán generar una baja autoestima que terminen afectando su libido²³ y afecte su relación de pareja, lo cual puede llevar al consumo y/o abuso de alcohol u otras sustancias²⁴, ello puede desencadenar episodios de violencia, maltrato intrafamiliar²⁵, lo que a su vez generará muy probablemente también trastornos mentales en su esposa e hijos.

La Ley 1616 de 2013 señala que, en materia de Salud Mental, son los niños, niñas y adolescentes los que tienen la prelación en la atención. Primera falla de la ley, toda vez que quien requiere la asistencia inmediata debe ser toda persona que experimenta un Trastorno Mental, en este caso el padre de familia desempleado que está desencadenando o puede desencadenar además los trastornos mentales de los demás miembros de la familia.

Es necesario, que no solo los niños, niñas y adolescentes tengan prelación, sino fundamentalmente la persona que sufra un trastorno mental que de no ser tratada puede afectar la salud mental o poner en peligro la vida de los mismos niños, en este ejemplo hipotético.

Un tratamiento médico y psicológico es la única respuesta que puede ofrecer actualmente el Estado bajo la Ley 1616, resulta insuficiente y probablemente ineficaz, ¿por qué? Porque lo que necesitaría este padre de familia desempleado (que ha desarrollado trastorno mental de depresión y adicción al alcohol

en este caso), es fundamentalmente un apoyo multidisciplinario del servicio público de empleo que le permita acceder a cursos de capacitación y/o actualización, listas de vacantes, preparación para entrevistas, acompañamiento psicosocial para contar con herramientas de habilidades para la vida que le permitan gestionar el estrés de encontrarse sin empleo.

Se pueden presentar alternativas como: asistencia de un coach que quizás lo ayude a reinventarse profesionalmente, oferta de charlas motivacionales, participación en actividades deportivas con otras personas en sus mismas condiciones de búsqueda de empleo y por qué no un subsidio temporal de desempleo. Involucrar a las familias de los desempleados en los programas, podría redundar en la salud mental de todos los afectados directa e indirectamente.

Todas estas son respuestas de Salud Mental que se encuentran fuera del alcance reducido de la Ley 1616, y podrían resultar más efectivas e incluso menos costosas desde lo humano hasta lo económico para el Estado mismo y las demás personas, basta voluntad institucional y articulación de respuestas y programas sin que necesariamente se incurra en mayores costos a cargo del Estado.

Por lo tanto, en este caso, en el que no existe una patología mental grave o genética, ni a él ni a su familia se les garantizará la salud mental bajo un enfoque exclusivamente médico o psicológico tradicional, que es la única respuesta que actualmente ofrece la Ley 1616 de 2013.

Por otro lado, lo más grave es que cuando el trastorno mental requiere de la atención psiquiátrica, no se cuenta tampoco con los expertos necesarios.

En un estudio publicado por la Universidad Javeriana se señala:

(...) “los expertos afirman, puntualmente, que el sistema no tiene problemas de presupuesto:

Las problemáticas para el acceso a servicios de salud mental están generadas por otros factores, no porque no estén los recursos financieros. El principal problema es la falta de recurso humano, de infraestructura y el gasto de bolsillo de los usuarios. (EAS)

Otro experto se refiere a las fallas del sistema como estructurales:

La falla estructural más grave del sistema es su propia esencia, es que tiene una confrontación entre el derecho fundamental de la salud y el ánimo de lucro de las empresas privadas. El sector privado ha trabajado con la lógica de empresa y libertad de mercado, con barreras de contención de costos, barreras administrativas, económicas, de acceso, es la misma lógica: bajos costos para tener mayor ganancia. Otra falla es la falta de información oportuna; otra es el flujo de los recursos y fallas en los servicios, en las redes de servicios de salud mental (EL).

Con respecto a la conceptualización en salud mental en el sistema, otros expertos afirman:

²¹ <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/42735/Proyecto%20de%20grado%20Stefano%20Leonardi%20.pdf?sequence#:~:text=La%20variable%20de%20inter%20C3%A9s%20C%20desempleo,m%20C3%A1s%20s%20C3%ADntomas%20depresivos%20se%20cumple.>

²² [https://www.alteapsicologos.com/el-desempleo-y-sus-consecuencias-psicologicas/.](https://www.alteapsicologos.com/el-desempleo-y-sus-consecuencias-psicologicas/)

²³ [https://mejorconsalud.as.com/relaciona-estres-disfuncion-erectil/.](https://mejorconsalud.as.com/relaciona-estres-disfuncion-erectil/)

²⁴ <https://www.issup.net/es/knowledge-share/research/2019-10/cual-es-el-vinculo-entre-el-desempleo-y-el-consumo-alcohol.>

²⁵ <http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-desempleo-y-la-precariedad-aumentan-el-riesgo-de-violencia-contra-las-mujeres.>

La concepción de trastorno mental en el sistema de salud es como si fuera una enfermedad únicamente para tratarla en segundo o tercer nivel de atención, y como no hay suficiente recurso humano para atenderla en el nivel primario, entonces los problemas se cronifican. (EC)

Tenemos un problema de conceptos, pues tenemos un sistema centrado en la enfermedad y en la muerte y no en la promoción y la prevención. (EC)

Según los participantes, la forma de concebir la salud mental hace que esta sea invisible en los niveles primarios de atención, pero es de resaltar que los expertos cercanos a procesos de atención y rehabilitación también vean fallas importantes en estos niveles de atención para los diversos problemas de salud mental:

La rehabilitación en trastornos mentales no existe, por lo tanto la discapacidad no se disminuye, a menos que exista la interdisciplinariedad; es necesario mayor claridad sobre la rehabilitación, la cual no se considera rentable. (EC)

En el tema de sustancias psicoactivas hay una incipiente cobertura [...] Por un lado por su costo-efectividad, que en el mejor de los casos logra el 30% de rehabilitación, la atención en procesos de recaídas son altamente costosos y especializados, por esto no hay acceso efectivo a los servicios aunque estén en el plan de beneficios. (EAS)

Los procedimientos, actividades e intervenciones que requiere una persona víctima de la violencia intrafamiliar conllevan fuertes barreras de acceso para la autorización de algunos procedimientos, hacen que esa problemática no sea atendida adecuadamente y se le suma también el problema de la capacidad técnica del recurso humano disponible que también es insuficiente en número para atender esta problemática. (EAS)

Lo anterior deja ver más aún el problema como generalizado, que incluye una concepción errada de la salud mental y la defensa fácilmente visible de la sostenibilidad financiera, como se expresa en las siguientes palabras:

Hay un artículo en la Ley 1438, que dice que las decisiones que se tomen en salud deben estar acordes a la sostenibilidad financiera del sistema. Por lo tanto, si yo soy médico o profesional y tengo que tomar una decisión tendría que pensar en eso en vez de pensar en el beneficio del paciente. (EL)

Siguiendo con las fallas enunciadas:

[...] Una falla grande son los medicamentos [...] porque obviamente las multinacionales tienen un interés muy diferente a la salud pública. De hecho, solo están haciendo investigaciones en lo que les produce; otra falla es la vigilancia y control, no tienen la infraestructura ni personal capacitado para ello [...] la mayoría de información en la que ellos basan sus decisiones es información de las mismas EPS [Empresas Promotoras de salud] [...]

ellas mismas deciden qué información dan y cuándo la envían. (EC)

Sobre la manera cómo afecta esta falla en el caso de tratamiento de adicciones, otro experto dice:

Encontramos múltiples instituciones de garaje para el tratamiento en adicciones [...] Los estándares, es decir, la norma existe, pero hay una gran debilidad de las funciones de inspección, vigilancia y control de parte del Estado hacia estos centros que no acogen los mecanismos de habilitación. (EAS)

Otra falla es la participación comunitaria, casi que desapareció y se confundió con algo que se llama participación comercial, es decir, el call center, la queja, pero no la participación. (EL) NEGRILLA FUERA DE TEXTO” (...).

Adicionalmente y en esta línea de argumentación, en el artículo 41 de la Ley 1616 se establece que el Gobierno nacional expedirá un documento Conpes para el fortalecimiento de la Salud Mental de la población colombiana en concurso con los actores institucionales y sociales.

Este Conpes es el 3992 ESTRATEGIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA del 14 de abril de 2020, citado al inicio de esta justificación del proyecto y es menester traerlo nuevamente a colación para resaltar algunos de sus apartes en los que destaca fallas en materia de Salud Mental en Colombia, así:

(...) “Si bien el país logró avances significativos en materia de normatividad y políticas públicas en salud mental, aún existen rezagos en términos de implementación de los lineamientos establecidos en la política de salud mental. **En particular existen problemas de articulación intersectorial en la implementación a nivel nacional y territorial de una estrategia que incida en la promoción de la salud mental, prevención y atención integral de las violencias, consumo de SPA, problemas y trastornos mentales y suicidio.** De esta forma, el presente documento Conpes propone avanzar hacia la implementación de un esquema de articulación intersectorial a nivel nacional y territorial que permita lograr consolidar un plan

de acción entre las diferentes entidades, sectores y espacios que inciden en las problemáticas abordadas)”²⁶ NEGRILLA FUERA DE TEXTO.

El Conpes 3992 de 2020²⁷ destaca las siguientes problemáticas relacionadas con el deterioro en la salud mental de la población colombiana:

- **Baja coordinación intersectorial en temas de salud mental.** Es necesario articular los diferentes sectores del Gobierno nacional, la sociedad civil, la academia, la comunidad y el territorio.

²⁶ <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>.

²⁷ <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>.

- Escasa articulación de los espacios y de la oferta con incidencia en la salud mental de la población colombiana.
- Fragmentación y limitado uso de la información sobre salud mental en el país.
- Barreras en los entornos y en las competencias de los individuos para afrontar situaciones adversas.
- Entornos como factores de riesgo para la salud mental. Para promover la salud mental, y a su vez prevenir las violencias, el consumo de SPA, y los problemas o trastornos mentales, es necesario contar con entornos seguros que generen apoyo comunitario a la población.
- Trabajar en entorno comunitario, laboral, educativo, hogar en forma concomitante para lograr la Salud Mental.
- Bajo desarrollo de competencias socioemocionales para afrontar situaciones.
- Limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas y trastornos mentales.
- Reducida y desarticulada oferta en salud para la atención integral de las personas con problemas o trastornos mentales.
- Baja disponibilidad del talento humano y limitaciones en su formación en salud para la atención integral a problemas o trastornos mentales.
- Desconocimiento de la oferta social y ausencia de articulación sociosanitaria para la inclusión social en problemas y trastornos mentales.

Los hallazgos del Conpes en salud mental, evidencian la necesidad de reformar la Ley 1616 de 2013 de manera tal que se pueda contar con una ley de salud más completa, con un número plural de entidades e instituciones aportando desde su óptica y esfera de acciones, necesidades y respuestas concretas no solo a los trastornos mentales sino para promover efectivamente la Salud Mental a nivel nacional de forma coordinada, multidisciplinaria y multisectorial.

LA SALUD MENTAL, MÁS ALLÁ DE UN TRATAMIENTO MÉDICO Y/O PSICOLÓGICO FRENTE A UN TRASTORNO

La Salud Mental implica un estado de bienestar más allá de la ausencia de un trastorno mental o el recibir tratamiento médico y psicológico para un trastorno y/o enfermedad mental.

Un estudio de la Universidad de Chile denominado “Tratar-mentes: Tratamientos psicológicos alternativos”²⁸ encontró entre los encuestados que algunas actividades cotidianas les proporcionaron alivio y mejoría a los trastornos mentales que los afectaban. Entre estas actividades, los encuestados señalaron:

1. El ejercicio físico o la realización de algún deporte.
2. El baile fue de gran ayuda para mejorar su estado de ánimo en el día a día.
3. Ejercicios que se enfocan directamente en la relajación, como la práctica de yoga o la meditación.
4. Las actividades artísticas y manualidades en general.
5. Cambios en los hábitos alimenticios.
6. Principalmente el comer más saludable.
7. Tratamientos a base de hierbas medicinales.

Diversos estudios remarcan los beneficios del deporte en el tratamiento de trastornos mentales y como un elemento clave en el mantenimiento de la Salud Mental²⁹, no obstante, se sigue optando por prescribir antidepresivos³⁰ con todas las contraindicaciones asociadas a ellos y no se prescribe la práctica deportiva como tratamiento o parte de un

28 Araya-Tessini Matías
Departamento de Antropología - Universidad de Chile
<https://orcid.org/0000-0002-1591-7159>.

29 Barbosa Granados Sergio Humberto, Urrea Cuéllar Ángela María
Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3cSyvntip-wJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6369972.pdf&cd=11&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>.

30 Primum Non Nocere: An Evolutionary Analysis of Whether Antidepressants Do More Harm than Good (Ante todo no hacer daño: un análisis evolutivo sobre si los antidepresivos causan más daños que beneficios). Revista *Frontiers in Psychology*
https://www.infocop.es/view_article.asp?id=3969.

En los últimos 20 años los problemas y trastornos mentales han aumentado. Por tanto, es urgente fortalecer los entornos sociales y optimizar la coordinación intersectorial para promover la salud mental. La estrategia incluye la prevención integral de violencias y el consumo de drogas.

CONPES DE SALUD MENTAL

La ejecución de la política de salud mental demandará cerca de **\$1,1 billones** entre 2020 y 2023.

SOLUCIONES

- 1. COORDINACIÓN SECTORIAL**
 - Comité técnico intersectorial a cargo de Minisalud.
 - Consolidación de una agenda única en salud mental.
 - Modelos estadísticos para anticipación de vulneraciones, a cargo del DNP.
- 2. FORTALECIMIENTO ENTORNO PROTECTORES**
 - Acceso y permanencia educativa.
 - Alianza Familia - Escuela.
 - Potencialización de vocaciones y talentos.
 - Intervenciones del Programa Casa Digna, Vida Digna.
 - Aprendizaje y sana convivencia a través de actividades culturales.
- 3. ATENCIÓN EN SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL**
 - Capacidad instalada en talento humano e infraestructura.
 - Rehabilitación basada en la Comunidad.
 - Inclusión laboral. Servicio público de empleo.
 - Oferta del programa Casa Digna, Vida Digna.

Costo económico de la Salud Mental

Si bien en el mundo se pierden anualmente **12.000 millones** de dólares por enfermedades mentales, por cada dólar invertido en casos de depresión hay un retorno de **entre 3 y 5 dólares**.

JUSTIFICACIÓN

En 2017 los desórdenes mentales en Colombia ocuparon el **lugar 7** en el escalafón de **Años de vida potencialmente perdida por discapacidad** (AVPD).

DIAGNÓSTICO

PROBLEMA 1. Baja coordinación intersectorial en temas de salud mental
Coexisten múltiples políticas y espacios, entre comités territoriales y nacionales, que inciden en la salud mental.

PROBLEMA 2. Entornos con altos factores de riesgo de afectaciones en salud mental
26,5% de los estudiantes son víctimas de agresión.
19,5% de las personas han sufrido ciberacoso.
20% a 30% de los trabajadores están expuestos a riesgos asociados al estrés laboral.
4 de cada 10 jóvenes entre 18 y 24 años han sufrido algún tipo de violencia antes de los 18 años.

PROBLEMA 3. Limitaciones en la atención integral e inclusión social
7,5% de la población con problemas y trastornos mentales no logra acceder a los servicios de salud.
53% de la oferta de atención de concientización en Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y Bogotá.

En 2017 una de cada diez personas presentó algún tipo de trastorno mental.

Incremento de la tasa de suicidio en los últimos 11 años, particularmente en adolescentes, jóvenes y adultos mayores.

Violencias y consumo de drogas (SPA).
La **agresión física** es el primer tipo de violencia en la niñez y adolescencia.
40.760 casos de violencia de pareja se presentaron en mujeres.
6 de cada 100 estudiantes consumen drogas ilícitas.

Fuente: <http://noticiasalud.co/wp-content/uploads/2020/04/Conpes-SALUD-MENTAL-Inografia.jpg>.

A pesar de la limitada información sobre salud mental, las estadísticas con las que se cuentan evidencian un aumento en los suicidios, los feminicidios, la violencia intrafamiliar, los delitos contra los niños, niñas y adolescentes, el aumento en los índices de consumo y adicción al alcohol y/o sustancias psicoactivas, entre otros.

tratamiento integral para trastornos mentales, ni se incluye como derecho de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud el acceso a un gimnasio o centro deportivo como parte integral de su tratamiento de salud mental.

Este proyecto considera que es vital para garantizar el restablecimiento de la Salud Mental de una persona afectada por un trastorno mental que el SGSSS le garantice el acceso a una práctica deportiva que coadyuve a los métodos o tratamientos tradicionales (médico, psicólogo, psiquiátrico).

En un artículo de Peter Lehmann denominado “Alternativas a la psiquiatría- Alternatives beyond Psychiatry”³¹ se sostiene que aunque la psiquiatría común se rehúsa a considerar alternativas a tratamientos psicofarmacológicos frente a personas en severa crisis psíquica; sí existen posibles alternativas institucionales y son las ofrecidas por los enfoques como Soteria, Diabasis, Refugio de Crisis o Diálogo Abierto, los cuales podrían ayudar a reducir y evitar la violencia psiquiátrica y la prescripción de psicofármacos y a superar en forma sostenible las crisis. Señala el artículo que también se requiere el compromiso personal del individuo y la puesta en práctica de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recordemos que el Congreso de Colombia ya ratificó esta Convención.

El artículo antes mencionado señala: *“Todo enfoque para la sanación de la depresión debe abarcar tanto los estados médicos del cuerpo como también los procesos de corporalización. Significa que deben tomarse en cuenta las situaciones médicas del cuerpo, sus reacciones vegetativas, las manifestaciones físicas de estrés, la conciencia corporal, y los métodos curativos deben generar efecto en primer lugar en el cuerpo. Una curación holística de la depresión considera tanto el historial médico como también metabólico de la persona. Asimismo, hace frente a las reacciones del sistema nervioso autónomo mediante una serie de técnicas corporales como, p.ej., ejercicios de relajación, biofeedback, imaginación dirigida, entrenamiento autógeno, técnicas de respiración rítmica, trance, meditación, tai chi o yoga. Todas estas técnicas curativas desarrollan en la persona un sentimiento corporal equilibrado y centrado; aumentan la conciencia corporal y apoyan la motivación necesaria para una disciplina corporal integral. De igual manera, ofrecen a la persona una experiencia gratificante, corporalizada en forma humana. Fortalecen el aparato circulatorio, regulan la respiración, el sueño, el apetito, el deseo sexual y varias otras funciones vegetativas del cuerpo - funciones que se encuentran también en el núcleo de la depresión”* (p. 87) (4).

Es decir, que sí es posible contribuir a la Salud Mental de la población armonizando y coordinando una serie de respuestas que contribuyan a generar

bienestar, disminuir estrés, generar cohesión y empatía, más allá de lo exclusivamente médico, psicológico, psiquiátrico y farmacológico.

El coaching o empoderamiento

(...) *“En los últimos años ha surgido un nuevo enfoque de empoderar a pacientes, menos paternalista, denominado coaching de salud. El coaching es un método en el que el coach (persona que realiza el proceso de coaching) instruye y/o entrena a una o varias personas para alcanzar alguna meta o desarrollar habilidades específicas. El coach nunca da consejos o respuestas ni impone lo que se debe hacer, sino que mediante la formulación de preguntas guía e invita al paciente a conseguir sus objetivos utilizando su creatividad y recursos propios. Se basa en 5 dimensiones: la escucha, la intuición, la curiosidad, la promoción de la acción y profundización en el conocimiento.*

*Kubik fue el primero en valorar la eficacia de empoderar pacientes adultos con TDAH mediante coaching¹⁰. Desde entonces, son varios los estudios dirigidos a valorar la eficacia del mismo en diversos grupos de edad, con resultados prometedores que indican que el coaching podría mejorar algunos síntomas nucleares del TDAH (atención o impulsividad), así como otros problemas derivados del trastorno”. (...)*³².

Este artículo indica que *“los resultados obtenidos en el estudio sugieren que el coaching podría ser un método eficaz como tratamiento asociado en el TDAH. La mayoría de nuestros pacientes consiguieron una reducción de los síntomas mayor del 35% y una mejora en su calidad de vida y la de sus familias. El beneficio se observó desde las primeras sesiones debido principalmente al cambio de actitud de los padres y su forma de ver la enfermedad. Este cambio ayudó a crear un sistema de engranaje adecuado entre los niños y sus familiares, haciéndolos partícipes del conocimiento y tratamiento del niño. El coaching fomenta un círculo virtuoso según el cual el cambio de actitud de los padres en la manera de afrontar el problema de su hijo genera en el niño un mayor compromiso en el desarrollo de rutinas y en la adherencia al tratamiento. A lo largo de las sesiones, la mejoría no se limitó a la calidad de vida y las dificultades a lo largo del día, sino también en la mejoría de los síntomas nucleares y los resultados académicos. Además, cuando las familias continuaron los hábitos adquiridos y fueron incorporando otros nuevos, el coaching mantuvo su eficacia en el tiempo”*. (...).

³² A. García Ron, R. Serrano Grasa, R. Blanco Lago, B. Huete Hernani, D. A. Pérez Martínez
Pilot study of the efficacy of empowering patients through coaching as a complementary therapy in attention deficit hyperactivity disorder.
Neurología (English Edition), Volume 31, Issue 2, March 2016, Pages 83-88.

³¹ https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000100010.

³² <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485315001693>.

A nivel de mejoramiento de entornos laborales, también existen evidencias acerca de las bondades del *coaching*, no solo para atacar fenómenos de acoso laboral, sino para potenciar el bienestar y las cualidades de los trabajadores³³.

ELDERECHO COMPARADO EN MATERIA DE SALUD MENTAL

A nivel de derecho comparado y como base ilustrativa para los honorables Congresistas, se considera importante traer a colación, lo dispuesto en algunas leyes de salud mental en otros países, con el fin de conocer la manera en la que han regulado la materia y determinar las disposiciones omitidas por la ley actual colombiana y que podrían adoptarse para optimizar la regulación de esta materia.

LEY DE SALUD MENTAL ARGENTINA³⁴

Esta ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental.

Define salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas.

Incluye los derechos de las personas con padecimiento mental.

Equipo interdisciplinario de atención e igualdad de todos los títulos de grado.

Se regulan expresamente las internaciones en establecimientos psiquiátricos - términos y procedimientos.

Se prohíbe la creación de nuevos manicomios y centros de internación monovalentes.

LEY DE SALUD MENTAL EL SALVADOR³⁵

El objeto de la ley es garantizar el derecho a la protección de la salud mental de las personas.

Establece responsables de salud mental en ámbito educativo, penitenciario, de la Niñez y adolescencia, militar, laboral.

Define deberes del Ministerio de Salud como ente rector.

Establece deberes y derechos en salud mental de las personas y la familia.

LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO³⁶

Define la Salud Mental como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.

En virtud de todo lo anterior, se considera que existen suficientes elementos que demuestran la necesidad de modificar la Ley 1616 de 2013 con el fin de garantizar plenamente el derecho a la Salud Mental de los niños, niñas y adolescentes, así como fundamentalmente de las personas que sufren trastornos y/o enfermedades mentales y necesitan recuperar su salud.

MODIFICACIONES PROPUESTAS POR ESTE PROYECTO DE LEY A LA LEY 1616 DE 2013

Objeto del proyecto

La presente ley tiene por objeto modificar algunos artículos de la Ley 1616 de 2013, se crea el Sistema Nacional de Salud para que el Ministerio de Salud como órgano Rector del mismo cuente con elementos multisectoriales y multidisciplinarios que le permitan complementar las soluciones de Salud Mental en el territorio nacional.

Adicionalmente se garantiza el derecho a la salud mental a aquellas personas que sufran un trastorno mental y formen parte del núcleo familiar de un niño, niña o adolescente, se crean obligaciones frente a la Salud Mental a nivel individual y familiar.

Se ordena la adopción de medidas específicas de Salud Mental en algunos ámbitos, se reconoce el deporte como tratamiento complementario en trastornos mentales y derecho de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así mismo, se crea el Programa “El Deporte es Salud física y Mental”, cuyos objetivos son aumentar la participación en el deporte para prevenir y/o complementar el tratamiento de un trastorno mental, fomentar la resiliencia socio emocional y generar redes de apoyo para las personas

Sobre este particular y como programa de referencia, aunque el propuesto en este proyecto sería para todos los habitantes, la UNESCO ha desarrollado el programa “*Fit for Life el programa insignia de la Unesco basado en el deporte y diseñado para acelerar la recuperación de la COVID-19, apoyar la elaboración de políticas inclusivas e integradas y mejorar el bienestar de los y las jóvenes de todo el mundo. Impulsado por un pacto mundial entre socios, Fit for Life utiliza intervenciones deportivas basadas en evidencia para hacer frente a la inactividad física, los problemas de salud mental y la desigualdad.*”

³³ Filippa, Diego Hernán - Zubiri, Agustina
El efecto del Mentoring y el Coaching empresarial en la retención del personal, el clima laboral y el trabajo en equipo.

<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/2488/Filippa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

³⁴ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.

³⁵ https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_073751148_archivo_documento_legislativo.pdf.

³⁶ <http://www.aldf.gob.mx/archivo-2b00f46641b3fa-38c97453e24b3f8468.pdf>.

Esta iniciativa, dirigida por el Sector de Ciencias Sociales y Humanas de la Unesco, tiene cinco objetivos:

Aumentar la participación en el deporte y la educación física de calidad para reducir la inactividad y las enfermedades crónicas (físicas y mentales)

Apoyar el desarrollo de políticas deportivas inclusivas y de calidad que promuevan la salud, la educación y la igualdad.

Utilizar la educación en valores a través del deporte para empoderar a los/las jóvenes, promover la igualdad y fomentar la resiliencia socioemocional

Apoyar a los/las profesores/as y entrenadores/as para que puedan implementar programas de educación deportiva de calidad y centrados en los alumnos/as.

Desarrollar evidencia para apoyar las inversiones en el deporte como acelerador de la recuperación después de la COVID-19.

Mediante el fortalecimiento de la cooperación intersectorial, el aumento de la participación en el deporte y la documentación del impacto de la intervención, Fit for Life impulsará un cambio de comportamiento y sistémico necesario para reconstruir mejores sociedades”³⁷.

Se autoriza el uso de métodos alternativos de tratamiento para trastornos mentales leves a nivel prehospitalario, para ello se autoriza ampliar las profesiones que pueden participar en la atención prehospitalaria de un trastorno mental.

Consta de 16 artículos incluido el de la vigencia y modifica los artículos 1º, 2º, 3º, 4º, 6º, 7º, 8º, 9º, 11, 14, 18, 22 y 25 de la Ley 1616 de 2013.

Dentro de las modificaciones que se proponen se cuentan las siguientes:

- En el objeto se incluye no solo la garantía de salud mental con prelación para niños, niñas y adolescentes sino para los que padecen un trastorno y/o enfermedad mental, toda vez que quien lo padece requiere intervención inmediata.
- En el ámbito de aplicación se agrega a las personas que padecen un trastorno mental, sus familias, las comunidades educativas, las empresas y entidades públicas y privadas en lo que les sea aplicable.
- Se prohíbe la incomunicación de un paciente con trastorno mental durante su internamiento.
- Se prohíbe la creación de nuevos manicomios e instituciones monovalentes.
- Se crea el Sistema Nacional de Salud Mental como un grupo de Ministerios y entidades que deberán presentar sus problemáticas sectoriales de salud mental, proponer

soluciones multidisciplinarias y contribuir a las soluciones coordinadas cuando sea posible, el Ministerio de Salud y Protección es el órgano Rector del sistema, pero debe apoyarse en los aportes de los demás integrantes del Sistema.

- Se simplifica la definición de salud mental.
- Se incluyen deberes del individuo, las familias y las personas frente a la salud mental
- Se establecen obligaciones específicas en materia de salud mental para algunas entidades.
- Se reconoce a los usuarios del SGSSS el derecho a acceder a un gimnasio o centro deportivo como tratamiento complementario a un trastorno mental o como elemento de la promoción de la salud mental.
- Autoriza el uso de métodos alternativos e innovadores en materia de salud mental para atención pre-hospitalaria y de trastornos mentales leves como depresión o ansiedad-Desarrollo familiar, coaching y otros que brinden a las personas, sus familias y comunidades herramientas complementarias para su salud mental.

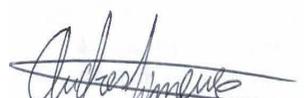
CIRCUNSTANCIAS O EVENTOS QUE PODRÍAN GENERAR CONFLICTOS DE INTERÉS.

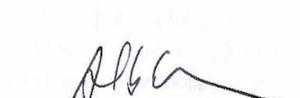
De conformidad con lo establecido en el artículo 3º de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, que modifica el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, estableciendo la obligación del autor del proyecto de presentar la descripción de las posibles circunstancias o eventos que podrán generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, frente al presente proyecto, se considera que no genera conflictos de interés, dado que se trata de una norma de carácter general.

No obstante, se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley no exime del deber del congresista de identificar causales adicionales y manifestarlas previamente a la votación.

En los términos anteriores, en nuestra condición de miembros del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en el artículo 152 de la Constitución Política de Colombia, reconociendo la existencia de la necesidad de la garantía del Derecho Fundamental a la Salud Mental, nos permitimos poner a consideración del honorable Congreso, este proyecto de ley.

Presentado por:


ANDRÉS FELIPE JIMÉNEZ VARGAS
H.R PARTIDO CONSERVADOR


NICOLÁS ALBEIRO ECHEVERRI A.
H.S PARTIDO CONSERVADOR

³⁷ <https://es.unesco.org/themes/sport-and-anti-doping/fit-forlife>

CÁMARA DE REPRESENTANTES
 SECRETARÍA GENERAL
 El día 19 de Octubre del año 2022
 Ha sido presentado en este despacho el
 Proyecto de Ley 242 Acto Legislativo
 No. Con su correspondiente
 Expedición de Leyes, suscrito Por:
HP Andres Felipe Jimenez Vargas
HS Nicolas Alberto Echeverry
 SECRETARÍA GENERAL

* * *

PROYECTO DE LEY NÚMERO 242 DE 2022 CÁMARA,

por medio del cual se reconoce y protege de forma integral la labor y los derechos de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto la protección integral y el reconocimiento de la labor como constructoras de paz y de los derechos de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada, en los términos del artículo 165 de la Ley 599 de 2000, como sujetos de especial protección legal.

Artículo 2°. *Alcance.* La presente ley adopta medidas de reconocimiento del derecho a la búsqueda, sensibilización, información, formación, prevención, sanción, atención y protección de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada, conforme a la tipificación del artículo 165 de la Ley 599 de 2000, respecto de las vulneraciones que sufren por la razón o en ocasión de ser buscadoras en los términos de la presente ley. Las medidas contenidas en la presente ley deberán implementarse y aplicarse de forma efectiva mediante los enfoques de género, étnico y territorial.

Artículo 3°. *Definición de mujeres y personas buscadoras.* Se denominan mujeres y personas buscadoras aquellas que, de forma individual y/o colectiva, se han dedicado en forma continua y sustancial a la búsqueda de víctimas de desaparición forzada, conforme al artículo 165 de la Ley 599 de 2000 y en el marco de los tratados internacionales ratificados por Colombia.

CAPÍTULO II

Principios

Artículo 4°. *Principios.* La interpretación y aplicación de la presente ley se regirá por los

siguientes principios, en concordancia con lo previsto en la Ley 1257 de 2008:

- a) **Dignidad.** Las mujeres y personas buscadoras serán tratadas con consideración y respeto, obtendrán la tutela efectiva de sus derechos en virtud del mandato constitucional, deber positivo del Estado y principio de dignidad humana.
- b) **Igualdad y No discriminación.** Las medidas contempladas en la presente ley serán reconocidas sin distinción de género, respetando la libertad u orientación sexual, condición social, étnica, profesión u oficio, origen familiar, territorial o nacional; lengua, credo religioso, opinión política o filosófica.
- c) **Atención diferenciada.** El Estado garantizará que las medidas establecidas en esta ley se apliquen atendiendo los enfoques diferenciales y las circunstancias específicas de mujeres y personas buscadoras, especialmente aquellas vulnerables o en riesgo, de tal manera que se asegure su acceso efectivo a los derechos consagrados en la presente ley.
- d) **Integralidad.** La protección integral de los derechos de las mujeres y personas buscadoras comprende el derecho a la búsqueda de la verdad, el acceso a información, la atención psicosocial, la orientación por parte de las entidades, la prevención, el amparo y la sanción de las vulneraciones y conductas punibles que se cometan en razón o con ocasión de ser buscadoras.
- e) **No revictimización.** El Estado propenderá por la eliminación de cualquier tipo de procedimientos, actitudes, comportamientos, manifestaciones y/o prácticas por parte de servidores públicos, entidades y la sociedad en general que afecten o vulneren, directa o indirectamente, la dignidad de las mujeres y personas buscadoras, colocando a las mismas en inferiores condiciones de vulnerabilidad o nuevas situaciones de indefensión.
- f) **Participación.** Las mujeres y personas buscadoras participarán en las decisiones que las afecten. El Estado garantizará la participación efectiva en los espacios de decisión de planes, programas, proyectos y procedimientos relacionados.
- g) **Acción sin daño y precaución.** Cualquier acción realizada por los servidores públicos y entidades deberá realizarse con conocimiento previo de la heterogeneidad y complejidad de los contextos sociales, políticos, económicos, étnicos y culturales en los cuales ocurren las desapariciones forzadas para evitar la generación de efectos e impactos negativos sobre los derechos de las mujeres y personas buscadoras.
- h) **Corresponsabilidad.** Las medidas de reconocimiento y protección integral

contempladas en la presente ley para la superación de las vulnerabilidades de las mujeres y personas buscadoras, comprende:

- i. El deber del Estado de implementar las medidas de reconocimiento, sensibilización, prevención, atención y protección;
- ii. El deber de solidaridad y respeto de la sociedad civil, el sector privado y las comunidades; y
- iii. La participación activa en los procesos de decisión pública de las mujeres y personas buscadoras.

El Estado, las organizaciones de la sociedad civil, las comunidades y la sociedad en general tienen corresponsabilidad en erradicar de manera definitiva cualquier tipo de violencias o vulneraciones contra las mujeres y personas buscadoras.

CAPÍTULO III

Reconocimiento como constructoras de paz

Artículo 5°. *Reconocimiento del rol de las mujeres y personas buscadoras como constructoras de paz.* En reconocimiento a su rol como constructoras de paz, declárese el día 23 de octubre de cada año como *Día Nacional de Reconocimiento a las Mujeres y Personas buscadoras de Víctimas de Desaparición Forzada*, en homenaje por la contribución que de forma sustancial y continua han realizado al esclarecimiento de la verdad, la justicia, la memoria histórica, la garantía de no repetición y, en especial, al derecho a la búsqueda de víctimas de desaparición forzada, en virtud de los tratados internacionales ratificados por Colombia y del artículo 165 de la Ley 599 de 2000.

Artículo 6°. *Participación en las políticas de paz.* Las mujeres y personas buscadoras, sea de forma individual o colectiva, contarán con un espacio de participación en las políticas públicas de paz. El Gobierno nacional garantizará los derechos de las víctimas y la participación efectiva de las mujeres y personas buscadoras a través de las instancias y los mecanismos más adecuados.

CAPÍTULO IV

Derechos de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada.

Artículo 7°. *Derechos de las mujeres y personas buscadoras.* Además de los derechos y libertades consagrados en la Constitución Política y en los tratados ratificados por Colombia, las mujeres y personas buscadoras de que trata la presente ley, de forma individual y colectiva, tienen derecho al reconocimiento de su labor pública, a la protección de la búsqueda libre y con garantías de las personas desaparecidas, al acceso a la justicia, obtención de verdad, la memoria histórica, el derecho al No olvido, la atención psicosocial diferenciada, al apoyo económico por parte del Estado en situación especial de vulnerabilidad; a la reparación integral de los daños derivados de su labor, a las garantías de no repetición, al buen nombre, a la unidad familiar; a realizar pedagogía para la sensibilización

pública y social; a la formación organizacional para el fortalecimiento de su labor; a participar y contribuir en los procesos de paz y en las decisiones gubernamentales que afecten sus derechos y a la adopción y aplicación efectiva de las medidas de sensibilización, prevención, atención y protección.

CAPÍTULO V

Medidas de sensibilización, información, atención y prevención

Artículo 8°. *Medidas de sensibilización pública.* Las entidades públicas relacionadas con la búsqueda e identificación de las personas desaparecidas, la investigación y judicialización de los responsables, la memoria histórica, el esclarecimiento de la verdad y la protección integral de los derechos de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada; cumpliendo los principios consagrados en la presente ley, de forma articulada y coordinada, adoptarán con amplia participación de las organizaciones de buscadoras políticas públicas, programas y medidas para la sensibilización de los servidores públicos a cargo de la atención de las mujeres y personas buscadoras.

Artículo 9°. *Medidas de información.* El Ministerio de Justicia, la Oficina del Alto Comisionado para la Paz, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, la Unidad para la Búsqueda de las Personas Desaparecidas y la Comisión Nacional de Búsqueda de Personas Desaparecidas con la participación efectiva de las mujeres y personas buscadoras y sus organizaciones, rendirán y presentarán un informe anual unificado ante la Comisión de Derechos Humanos y Audiencias del Congreso sobre la implementación de las observaciones y recomendaciones internacionales y los resultados del Plan Nacional de Búsqueda, la situación general de las víctimas de desaparición forzada y personas dadas por desaparecidas, los resultados de las medidas adoptadas para la atención y protección integral, y la participación como constructoras de paz de las mujeres y personas buscadoras.

Artículo 10. *Medidas de sensibilización social.* Durante el Día Nacional de Reconocimiento a las Mujeres y Personas buscadoras de Víctimas de Desaparición Forzada, el Sistema de Medios Públicos RTVC, atendiendo al principio de acción sin daño y precaución, dará a conocer a la opinión pública las observaciones y recomendaciones internacionales sobre la materia, la situación general de las víctimas de desaparición forzada, los resultados de las medidas adoptadas para la atención y protección integral, y la participación como constructoras de paz de las mujeres y personas buscadoras.

Artículo 11. *Medidas de atención.* Atendiendo a los principios de participación, acción diferenciada, acción sin daño y precaución, el Gobierno nacional adoptará medidas especiales adecuadas de atención interdisciplinaria psicosocial, jurídica y técnico-forense para las mujeres y personas buscadoras y sus organizaciones para el propósito de fortalecer el

rol y labor de las mujeres y personas buscadoras y sus organizaciones.

Artículo 12. *Medidas de prevención.* El Gobierno nacional implementará medidas para permitir, recibir, recopilar e incentivar la denuncia ciudadana y la investigación disciplinaria de prácticas de desatención, estigmatización, discriminación y de violencia basada en el género o el origen social por parte de servidores públicos y al interior de las entidades estatales contra las mujeres y personas buscadoras de Víctimas de Desaparición forzada y personas dadas por desaparecidas.

De igual modo, creará medidas específicas para prevenir, investigar y sancionar a miembros de la fuerza pública o grupos armados, al margen de la ley, que cometan actos de amenaza, intimidación, extorsión para entrega de información relacionada con la búsqueda, violencia física, sexual o psicológica, o que afecten el patrimonio de mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada y de personas dadas por desaparecidas por la razón exclusiva de ser buscadoras.

Los consejos para la política social, los consejos de paz, los comités de justicia transicional de la Ley 1448 de 2011 y los Consejos de Seguridad podrán incluir en su agenda de actuación los análisis, riesgos, vulneraciones y la participación de las mujeres y personas buscadoras.

Parágrafo 1°. La Unidad Nacional de Protección dará prioridad a las solicitudes de estudio de nivel de riesgo y de implementación de medidas de protección que presenten y/o afecten la vida, seguridad y/o integridad personal de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada, así como el buen desarrollo de su labor para dar con el paradero de su familiar o ser querido desaparecido.

Parágrafo 2°. Las entidades responsables en el marco de la presente ley aportarán la información referente a violencia de género al Sistema de Información de la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, a través del Observatorio de Asuntos de Género, para las labores de información, monitoreo y seguimiento.

Parágrafo 3°. La Oficina de Derechos Humanos del Ministerio del Interior impulsará, en el marco de lo dispuesto por el Decreto 660 de 2018, la coordinación, articulación e implementación de medidas integrales de prevención, protección y seguridad para las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada. En virtud de lo anterior, estará a su cargo hacer seguimiento, impulsar correctivos y rendir los respectivos informes de implementación ante los órganos de control del Estado para lo de su competencia.

Artículo 13. *Medidas de prevención y atención a nivel territorial.* Conforme a la información oficial estadística reportada, en los planes de desarrollo de los municipios y departamentos con mayor número de víctimas de desaparición forzada deberán incluir, con la participación efectiva de las organizaciones de

las mujeres y personas buscadoras, un programa de prevención, atención y protección para las mujeres y personas buscadoras y su núcleo familiar.

Los municipios y distritos suministrarán información y asesoramiento a las mujeres y personas buscadoras y sus organizaciones, teniendo en cuenta su situación personal, sobre la oferta institucional disponible, las entidades encargadas de la prestación de dichos servicios, los procedimientos legales pertinentes y las medidas existentes.

CAPÍTULO VI

Medidas en materia de educación, vivienda, salud y seguridad social

Artículo 14. *Medidas de acceso a la educación.* El Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) y las instituciones públicas de educación primaria, secundaria, técnica y universitaria darán prioridad al estudio de las solicitudes de ingreso de mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada para otorgar beneficios en las matrículas, subsidios para la educación superior y créditos estudiantiles aquellas y sus parientes en primer y segundo grado de consanguinidad.

Artículo 15. *Derecho de acceso a la vivienda.* El Gobierno nacional, los departamentos y municipios brindarán de forma prioritaria oportunidades de acceso a los subsidios o programas de vivienda de interés social y de mejoramiento de vivienda a las unidades familiares en las cuales, por lo menos uno de sus integrantes, sean mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada.

El subsidio familiar de vivienda, se otorgará de conformidad con la normatividad vigente que regula la materia, en cualquiera de sus modalidades.

Parágrafo. El Ministerio de Vivienda en un término no mayor a seis (6) meses contados a partir de la promulgación de la presente ley, reglamentará las condiciones especiales de acceso a los programas del presente artículo.

Artículo 16. *Medidas de acceso a la salud integral.* El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, fortalecerá con amplia participación de la sociedad civil los programas de atención psicosocial y de salud integral mediante la creación e implementación de medidas específicas para las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada.

Artículo 17. *Medidas de acceso a la seguridad social.* Las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada y sus parientes dentro del primer grado de consanguinidad o civil, y su cónyuge, compañero o compañera permanente, serán afiliados al régimen subsidiado en salud de forma prioritaria; salvo que sean cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo. Adicionalmente serán afiliados al Régimen de Riesgos Laborales (ARL) y gozarán de todos sus beneficios.

Parágrafo 1°. Las mujeres y personas adultos mayores buscadoras de víctimas de desaparición forzada, tendrán garantías y prioridad para

la obtención de pensión de vejez, invalidez y sobreviviente.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social en un término no mayor a seis (6) meses contados a partir de la promulgación de la presente ley, reglamentará las condiciones especiales de acceso a los programas de salud y seguridad social del presente artículo.

CAPÍTULO VII

Circunstancia de mayor punibilidad

Artículo 18. Adiciónese al artículo 58 de la Ley 599 de 2000 el numeral 22, el cual quedará así:

Artículo 58. Circunstancia de mayor punibilidad. Son circunstancias de mayor punibilidad, siempre que no hayan sido previstas de otra manera:

22. Cuando la conducta punible se dirija o tenga por propósito afligir, impedir, obstaculizar, represaliar o desincentivar la labor de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada por razón de la búsqueda y del esclarecimiento de la verdad en el ámbito de la presente ley.

CAPÍTULO VIII

Registro Único de Mujeres y Personas Buscadoras

Artículo 19. *Registro Único de Mujeres y Personas Buscadoras.* Créase el Registro Único de Mujeres y Personas Buscadoras de Víctimas de Desaparición Forzada a cargo de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas podrá expedir la certificación que acredite la condición de Buscadoras de Víctimas de Desaparición Forzada por economía financiera y procesal, el Registro Único partirá y se articulará con el Registro Único de Víctimas y el Registro Nacional de Desaparecidos y actuará bajo los principios y criterios de interpretación de la presente ley.

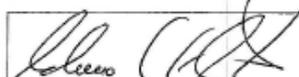
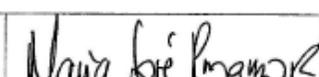
Parágrafo. El Gobierno nacional reglamentará en un término no mayor a seis (6) meses contados a partir de la promulgación de la presente ley, los requisitos y términos para acreditar la condición de Buscadoras de Víctimas de Desaparición Forzada.

CAPÍTULO IX

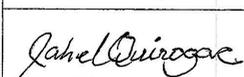
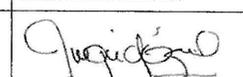
Disposiciones finales

Artículo 20. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Por los y las congresistas,

 GLORIA INÉS FLÓREZ SCHNEIDER Senado de la República Coalición Pacto Histórico.	 MARÍA JOSÉ PIZARRO RODRÍGUEZ Senado de la República Coalición Pacto Histórico.
 IVÁN CÉPEDA CASTRO Senado de la República	 ALIRIO URIBE MUÑOZ Representante a la Cámara.

Susana Gómez C.
Representante Antioquia

Coalición Pacto Histórico.  JAEL QUIROGA CARRILLO Senado de la República Coalición Pacto Histórico	Coalición Pacto Histórico  INGRID JOHANA AGUIRRE JUVINAO Representante a la Cámara Fuerza Ciudadana- Pacto Histórico
 LEIDER ALEXANDRA VASQUEZ OCHOA Representante a la Cámara PACTO HISTÓRICO	 CLARA EUGENIA LÓPEZ OBREGÓN Senadora de la República Pacto Histórico -UP
 ESMERALDA HERNÁNDEZ SENADORA PACTO HISTÓRICO	 OLGA BEATRIZ GONZALEZ CORREA Representante a la Cámara Partido Liberal
 Isabel Zuleta	 Era Cuara Angot

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS¹

I. Objeto del proyecto de ley

La protección integral y el reconocimiento de la labor como constructoras de paz y la protección integral de los derechos de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada, en los términos del artículo 165 de la Ley 599 de 2000, como sujetas de especial protección legal.

El motivo de esta protección y reconocimiento es la realidad que durante la búsqueda de las y los desaparecidos, las mujeres sufren violencia sexual, privaciones de la libertad, secuestros, amenazas,

¹ La presente propuesta de proyecto de ley ha sido iniciativa de siete (7) organizaciones de víctimas de desaparición forzada, en nuestra mayoría mujeres como constructoras de paz, congregadas en la Fundación Nydia Erika Bautista y organizaciones territoriales que acompañamos de mujeres negras, indígenas, campesinas, rurales, urbanas, organizaciones de mujeres víctimas de violencia sexual, de Buenaventura, Montes de María, Bolívar, el Bajo Putumayo, Meta, Guaviare y Vichada, Casanare (Monterrey, Villanueva), Cundinamarca y Bogotá, son ellas Madres por la Vida de Buenaventura, Madres del Meta y Guaviare. Mujer sigue mis Pasos, Narrar para Vivir, Resguardo Indígena Kichwa San Marcelino, Madres de las niñas de Suba y es apoyada por la Fundación hasta encontrarlos organización que acompaña más de 100 víctimas de desaparición forzada en varias regiones del país. Adicionalmente, han adherido a ella y la apoyan siete organizaciones de víctimas de desaparición forzada. Como antecedente, esta propuesta de ley fue presentada junto con 15 recomendaciones elaboradas por las mencionadas organizaciones de familiares y acogida por el Presidente de la Comisión de Esclarecimiento de la Verdad, en la Declaración Final de la CEV, bajo la consideración de la existencia un estado de cosas inconstitucional sobre la búsqueda, la ausencia de respeto a los derechos de las buscadoras y la persistencia de las desapariciones forzadas en el país.

reclutamiento forzado, hostigamientos de sus hijos o hermanos, acciones de inteligencia, extorsiones, hurtos, robo de información, desplazamientos forzados y/o exilio con serias afectaciones a su salud física y mental.

Sin embargo, no existe en Colombia un marco legal de protección a los derechos que afectan a las buscadoras en el camino de la búsqueda siendo escenarios de alto riesgo. Por ello surge la necesidad de la creación de una ley para garantizar sus derechos, prevenir, proteger y sancionar esas vulneraciones.

II. Universo de víctimas de desaparición forzada y de mujeres buscadoras

Las desapariciones forzadas en Colombia han crecido exponencialmente. A finales de los años 80 se tenía un registro de 1.500 víctimas², y a junio de 2022 se estiman más de 200.000³ según el Informe Final de la Comisión de la Verdad. Según dicha entidad:

“Además de un objetivo contrainsurgente, la desaparición forzada, especialmente por parte de los paramilitares, se llevó a cabo también en contra de personas discriminadas en razón de su orientación sexual, mujeres trabajadoras sexuales, consumidores de sustancias psicoactivas y personas que los grupos armados identificaran como ladrones”⁴.

Esta cifra es el número más alto conocido históricamente en Colombia. Se estima que, de estos casos, el 15% corresponde a niñas y mujeres, y el 20% a jóvenes menores de 18 años de edad. Además, significa la afectación de más dos millones de personas, si se cuentan el impacto en promedio entre 5 y 10 familiares por víctima, sin considerar el concepto de “familia extendida” bajo la cosmovisión negra e indígena, lo cual duplica el número de afectados.

Por cada uno de esos hogares, hay en promedio dos mujeres buscadoras de sus seres queridos, es decir, 400.000 mujeres y quedan entre dos y cinco niños huérfanos a cargo de abuelas, esposas, tías y hermanas de las víctimas.

A pesar de que la Constitución Política desde 1991 prohibió las desapariciones forzadas, estas se continúan perpetrando a una alta escala: En promedio 200 personas anualmente, llegando de 2018 a 2022 a un total de 1.013 víctimas nuevas, según las cifras recientes del Instituto Nacional de Medicina Legal:

² Instituto Nacional de Medicina Legal, Registro Nacional de Desaparecidos (SIRDEC).

³ Comisión de Esclarecimiento de la Verdad, Informe Final. Hasta la guerra tiene límites. Violaciones de los derechos humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario y Responsabilidades Colectivas, junio de 2022.

⁴ Tomado de la transmedia que forma parte del legado de la Comisión de la Verdad disponible online en: <https://www.comisiondelaverdad.co/violaciones-de-derechos-humanos-infracciones-al-derecho-internacional-humanitarioy-desaparicion> (Consulta septiembre 28 de 2022).

Desapariciones forzadas en el período 2018-2022⁵:

Año	Hombres	Mujeres	TOTAL
2018	188	49	237
2019	201	50	251
2020	164	35	199
2021	197	67	264
2022 (Enero-Abril)	47	15	67
TOTAL	797	216	1013

Nivel de impunidad

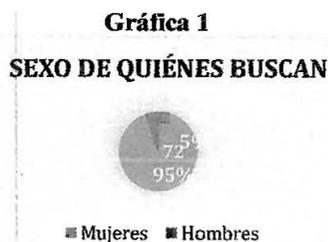
El 99% de los casos de desaparición forzada están en total impunidad: Hasta 2021, según la Fiscalía General de la Nación se adelantaban 136.344 procesos judiciales y entre 2013 y 2017 de 4.578 de esos procesos penales menos del 1% tenían sentencia. Solo el 0.9% estaban en etapa de juicio y el 0,42% en ejecución de penas⁶.

En este marco de impunidad estructural las familias -en particular las mujeres- se ven abocadas a enfrentar el aparato estatal en un estado de total indefensión humanitaria, social y jurídica, y un poder judicial y/o administrativo negligente y discriminatorio en razón del origen social de las víctimas.

Esta situación la ha constatado la Comisión de la Verdad “*Los testimonios recogidos dan cuenta de las profundas consecuencias que la desaparición forzada ha tenido en los familiares de las víctimas*” al señalar que de algunos casos estudiados “*el 19% sufrió estigmatización, el 10% vivió escenarios de discriminación y el 13% tuvo obstáculos para presentar la denuncia*”⁷.

La búsqueda de los desaparecidos tiene rostro de mujer

Según los estudios de la Fundación Nydia Erika Bautista (FNEB) en los territorios que acompaña, en el 95% de los casos, son las mujeres quienes asumen la búsqueda de los desaparecidos.



Fuente: Fundación Nydia Erika Bautista (2022)

Sobre este rol de las mujeres buscadoras, la Comisión de Esclarecimiento de la Verdad (CEV), concluyó en su Informe Final que: “[h]an sido las

⁵ Instituto Nacional de Medicina Legal, estadísticas a 30 de abril de 2022, respuesta a Derecho de Petición de la Fundación Nydia Erika Bautista.

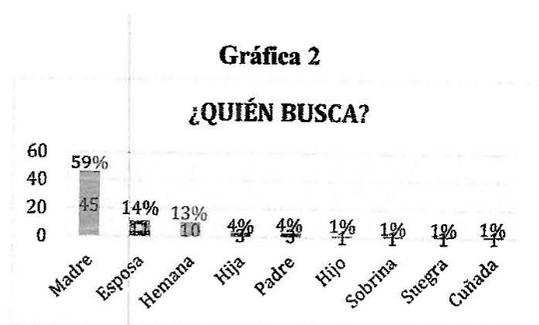
⁶ Fiscalía General de la Nación, Informe al Comité contra las Desapariciones Forzadas (2017).

⁷ Comisión de Esclarecimiento de la Verdad, Informe Final, Hasta la guerra tiene límites. Violaciones de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario y responsabilidades colectivas, junio de 2022. <https://www.comisiondelaverdad.co/violaciones-de-derechos-humanos-infracciones-al-derecho-internacional-humanitarioy-desaparicion> (Consulta septiembre 9 de 2022)

mismas familias, en especial las mujeres, quienes se han dado a la tarea de recorrer morgues, hospitales, cárceles, campamentos de grupos armados o cualquier lugar con la esperanza de encontrar algún rastro⁸.

Dificultades en la respuesta institucional a las mujeres buscadoras

Como telón de fondo de la búsqueda, se releva una grave revictimización. Así, la ausencia de búsqueda efectiva por parte del Estado, la discriminación y la impunidad respecto de los derechos de las víctimas, se retrata bajo categorías de negligencia, clima de intimidación en los territorios de la búsqueda, barreras a la denuncia, archivos de las investigaciones y carga de la prueba en las espaldas de las víctimas. Esta realidad ha sido verificada por la Comisión de Esclarecimiento de la Verdad: “[e]n la mayoría de los casos, quienes buscan solo han encontrado falta de respuestas oficiales, pocas investigaciones sobre los hechos y a nadie que asuma responsabilidades”⁹.



Fuente: Elaboración Fundación Nydia Erika Bautista

La gráfica muestra una clara tendencia de las madres como protagonistas de la búsqueda de los desaparecidos (59%), seguidas y/o acompañadas por las esposas o compañeras de las víctimas (14%). Hermanas (13%), e hijas y padres (4% cada uno). Igual de importantes otros parentescos como hijo, sobrina, suegra y cuñada.

Sobre este particular, el pasado 13 de septiembre de 2022 fue notificado el fallo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el que se declaró la responsabilidad internacional del Estado colombiano por la desaparición forzada del líder y militante político del PCC-ML Pedro Julio Movilla Galarcio ocurrida el 13 de mayo de 1993. En el fallo, se hace un reconocimiento, por primera vez, en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de la labor de las mujeres buscadoras, quienes pueden sufrir “estigmas, violencia y discriminación asociados a roles de género” y se ven perjudicadas de manera diferencial a nivel económico, social y psicológico. Tal es el caso de Candelaria Vergara, esposa de la víctima quien ha buscado a su esposo durante 29 años y ha soportado las cargas sociales y económicas que ello implica. La Corte Interamericana ordenó que se realice un reconocimiento público de responsabilidad en el que se reconozcan expresamente dichos impactos.¹⁰

⁸ Ibídem - ¿página?

⁹ Ibídem - ¿página?

¹⁰ Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo. “Corte Interamericana condena al Estado colombiano por la desa-

Violencia de género contra las mujeres buscadoras

Durante la búsqueda de los desaparecidos, las mujeres sufren violencia sexual, privaciones de la libertad, secuestros, amenazas, reclutamiento forzado u hostigamientos de sus hijos o hermanos, vigilancias y acciones de inteligencia, extorsiones, hurtos, robo de información, desplazamiento forzado y/o exilio y serias afectaciones a su salud física y mental.

Aunque las buscadoras convulsionaron los estereotipos de género, irrumpiendo en los espacios de la guerra, para subvertir los códigos de terror impuestos en los territorios, preguntando en batallones y campamentos paramilitares, recorriendo veredas, trochas, caminos, barrios, ríos, saliendo de sus casas, de las cocinas a participar en marchas, plantones, reuniones, buscando respuestas sufrieron mayores represalias.

Sin embargo, durante 45 años estos crímenes cometidos por razones de género y por su labor como defensoras de los derechos de los desaparecidos, han sido invisibles para la justicia, no se tipifican, no se investigan, no se sancionan y no se reparan, no existiendo ninguna sentencia judicial al respecto.

Justamente, con base en esta realidad, el presente proyecto de ley propone la consagración del 23 de octubre como Día Nacional de Reconocimiento a las Mujeres y Personas Buscadoras de Víctimas de Desaparición Forzada, en homenaje a su contribución a la búsqueda y al esclarecimiento de la Verdad, recordando que, en esa fecha, la señora Fabiola Lalinde fue detenida y encarcelada junto con su hijo Jorge Iván bajo cargos falsos de narcotráfico, cuando desarrollaba una intensa búsqueda de su hijo Luis Fernando Lalinde, desaparecido en el municipio de Jardín - Antioquia. En fechas en que el Grupo de Trabajo sobre Desaparición Forzada de las Naciones Unidas realizaba su primera visita a Colombia para observar la situación de las desapariciones forzadas en el país e intervino para su liberación.

Despojadas de su proyecto de vida

Bajo un marco de impunidad total, el Estado dejó la carga de la búsqueda de los desaparecidos y el esclarecimiento de los hechos en las mujeres, en medio de un estado de total indefensión jurídica y social y desconocimiento de sus derechos. En consecuencia, las buscadoras fueron despojadas de su proyecto de vida, para dedicar sus vidas a buscar a los desaparecidos y las respuestas que el Estado les negó y como forma de afrontamiento del profundo daño a su integridad.

Sin embargo, el Estado y la sociedad no reconocen la alta dimensión del aporte de las buscadoras, que construyeron Rutas de Búsqueda a partir de su saber popular y académico, del conocimiento del territorio,

parición forzada de Pedro Movilla y reconoce las cargas diferenciadas que sufren las mujeres buscadoras”. Publicado el 16 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.colectivodeabogados.org/corte-interamericana-condena-al-estado-colombiano-por-ladesaparicion-forzada-de-pedro-movilla-y-reconoce-las-cargas-diferenciadas-que-sufren-las-mujeres-buscadoras/>

realizaron ejercicios de recolección de información, análisis, construcción de hipótesis sobre los hechos, ubicación de testigos, identificaron sitios de interés forense y hasta la recuperación con sus propias manos del cuerpo de sus familiares. Todas ellas, funciones que le corresponden a las instituciones en un Estado de Derecho.

III. Marco normativo internacional de la obligación estatal en la búsqueda de los desaparecidos.

El deber de búsqueda de las víctimas de desaparición forzada ha estado en el centro de la evolución del Derecho Internacional de los derechos humanos. Así, hay una regulación convencional y además instrumentos del *soft law* que se refieren expresamente al deber de búsqueda.

La Convención Internacional para la Protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas¹¹ consagra el deber expreso en el artículo 24.3, como sigue:

“Cada Estado Parte adoptará todas las medidas apropiadas para la búsqueda, localización y liberación de las personas desaparecidas y, en caso de fallecimiento, para la búsqueda, el respeto y la restitución de sus restos”.

Así mismo, la obligatoriedad de la búsqueda está establecido en el art. 15 de esta convención, al determinar que todos los Estados parte de la misma están jurídicamente obligados a cooperar con el resto de Estados en la búsqueda de los desaparecidos:

“Los Estados Partes cooperarán entre sí y se prestarán todo el auxilio posible para asistir a las víctimas de las desapariciones forzadas, así como en la búsqueda, localización y liberación de las personas desaparecidas y, en caso de fallecimiento, en la exhumación, la identificación de las personas desaparecidas y la restitución de sus restos”.

En complemento, los Principios rectores para la búsqueda de personas desaparecidas aprobados por el Comité contra las desapariciones forzadas de Naciones Unidas¹² (abril 2019), han desarrollado estas obligaciones y establecido los siguientes deberes en el proceso de búsqueda. El respeto de la dignidad humana (Principio 2), que la búsqueda debe regirse por una política pública en contextos en que la desaparición sea frecuente o masiva (Principio 3), tener un enfoque diferencial incluido el enfoque de género para mujeres adultas y adolescentes (Principio 4) y el enfoque étnico:

Principio 2. 2. El deber de reconocimiento de la dignidad de las buscadoras “*como personas que se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad y riesgo y que tienen conocimientos*

importantes que pueden contribuir a la eficacia de la búsqueda”.

3. *El deber de velar y tomar medidas “para que las víctimas, incluidos los familiares, no sean objeto de estigmatización y otros malos tratos morales o difamaciones que lesionen su dignidad, reputación o buen nombre”.*

Principio 3.1. *La búsqueda debe ser parte de una política pública integral en materia de desapariciones, en particular, en contextos en que la desaparición sea frecuente o masiva.*

Principio 4.1. El enfoque diferencial también debe ser tenido en cuenta en la atención a quienes participan en la búsqueda, como familiares y otras personas allegadas a la persona desaparecida.

3. *En los casos de mujeres -adultas y adolescentes-desaparecidas o que participan en la búsqueda, todas las etapas de la búsqueda deben realizarse con perspectiva de género.*
4. *En los casos de personas desaparecidas o que participan en la búsqueda y que son miembros de pueblos indígenas o de otros grupos étnicos o culturales, se tienen que considerar y respetar los patrones culturales.*

Las obligaciones internacionales de los Estados y el derecho a la búsqueda de los desaparecidos.

Particularmente, los Principios del Comité contra las Desapariciones Forzadas de Naciones Unidas (CED) y la doctrina de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH)¹³ establecen que el deber de búsqueda es una obligación permanente hasta que se determine la suerte y/o el paradero de la persona desaparecida y la identificación plena y formal de los restos.

PRINCIPIO 7. LA BÚSQUEDA ES UNA OBLIGACIÓN PERMANENTE. 1. La búsqueda de una persona desaparecida debe continuar hasta que se determine con certeza la suerte y/o el paradero de la persona desaparecida.

Por su parte, en el sistema interamericano, desde el año 2005 la Asamblea General ha emitido diversas resoluciones¹⁴ para que los Estados miembros

¹³ Corte IDH: *Ibsen Cárdenas e Ibsen Peña Vs. Bolivia* (Supervisión de Cumplimiento de Sentencia), de 14 de mayo de 2013. Así en el caso, aunque las autoridades judiciales reconocieron desde 1983 la existencia de un entierro ilegal de restos entre los cuales podían encontrarse la víctima, a juicio de la Corte IDH la identificación científicamente aceptable sólo se realizó en 2007 mediante el procedimiento de ADN.

¹⁴ AG OEA (2018): *Promoción y protección de derechos humanos*. AG/RES. 2928 (XLVIII-0/18). 5 de junio de 2018. AG OEA (2016): *Promoción y protección de derechos humanos*. AG/RES. 2887 (XLVI-O/16). 14 de junio de 2016. AG OEA (2014): *Las personas desaparecidas y la asistencia a sus familiares*. AG/RES. 2864 (XLIV-O/14), 5 de junio de 2014. AG OEA (2013): *Las personas desaparecidas y la asistencia a sus familiares*. AG/RES. 2794 (XLIII-0/13). 5 de junio de 2013. AG OEA (2012): *Las personas desaparecidas y la asistencia a sus familia-*

¹¹ Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas. (Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CED/Pages/ConventionCED.aspx>]

¹² Principios Rectores para la Búsqueda de Personas Desaparecidas (2019). CED/C/7. CED. 8 de mayo de 2019.

den cumplimiento a los deberes internacionales relacionados con la búsqueda y el esclarecimiento de la suerte y el esclarecer el paradero de las personas desaparecidas.

Adicionalmente, desde 1988, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha proferido numerosas sentencias recalcando el deber de búsqueda de los Estados¹⁵.

Particularmente la Corte Interamericana ha resaltado sobre el derecho a la verdad ya la búsqueda que:

“la localización e identificación de las víctimas devela una verdad histórica que contribuye a cerrar el proceso de duelo de la comunidad maya Achí de Río Negro; aporta a la reconstrucción de su integridad cultural; enaltece la dignidad de las personas desaparecidas o presuntamente ejecutadas y la de sus familiares, quienes han luchado durante décadas por encontrar a sus seres queridos, y sienta un precedente para que violaciones graves, masivas y sistemáticas, como las ocurridas en este caso, no vuelvan a suceder”¹⁶.

res. AG/RES. 2717 (XLII-O/12). 4 de junio de 2012. AG OEA (2011): *Las personas desaparecidas y la asistencia a sus familiares*. AG/RES. 2651 (XLI-O/11). 7 de junio de 2011. AG OEA (2010): *Las personas desaparecidas y la asistencia a sus familiares*. AG/RES. 2594 (XL-O/10), 8 de junio de 2010. AG OEA (2009): *Persons who have disappeared and assistance to members of their families*. AG/RES. 2513 (XXXIX-O/09). 4 de junio de 2009. AG OEA (2008): *Las personas desaparecidas y la asistencia a sus familiares*. AG/RES. 2416 (XXXVIII-O/OS). 3 de junio de 2008. AG OEA (2007): *Persons who have disappeared and assistance to members of their families*. AG/RES. 2295 (XXXVII-O/07). 5 de junio de 2007. AG OEA (2005): *Las personas desaparecidas y la asistencia a sus familiares*. AG/RES. 2134 (XXXV-O/05). 7 de junio de 2005.

¹⁵ Corte IDH: 19 *Comerciantes Vs. Colombia* (Supervisión de Cumplimiento de Sentencia), de 8 de julio de 2009. Corte IDH: *Radilla Pacheco Vs. México* (Supervisión de Cumplimiento de Sentencia), de 14 de mayo de 2013, Corte IDH: *Caballero Delgado y Santana Vs. Colombia* (Supervisión de Cumplimiento de Sentencia), de 27 de febrero de 2012, Corte IDH: *González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México* (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas), Serie C N° 205, de 16 de noviembre de 2009. Corte IDH: *Masacre de Pueblo Bello Vs. Colombia* (Supervisión de Cumplimiento de Sentencia), de 9 de julio de 2009.

¹⁶ Corte IDH: *Masacres de Río Negro Vs. Guatemala* (Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas), Serie C No. 250, de 4 de septiembre de 2012. La Corte IDH resaltó que “[l]a localización e identificación de las víctimas devela una verdad histórica que contribuye a cerrar el proceso de duelo de la comunidad maya Achí de Río Negro; aporta a la reconstrucción de su integridad cultural; enaltece la dignidad de las personas desaparecidas o presuntamente ejecutadas y la de sus familiares, quienes han luchado durante décadas por encontrar a sus seres queridos, y sienta un precedente para que violaciones graves, masivas y sistemáticas, como las ocurridas en este caso, no vuelvan a suceder”.

Así, el deber estatal de búsqueda, tiene su correlato en el derecho de las víctimas a buscar a sus seres queridos desaparecidos y en el derecho de toda persona y de la sociedad a acceder a la verdad.

En esta línea los principios rectores consagran el deber de los Estados de respetar el derecho a la participación de víctimas y de toda persona u organización con un interés legítimo y a que sus aportes y cuestionamientos sean considerados rigurosamente en el proceso de búsqueda:

PRINCIPIO 5. LA BÚSQUEDA DEBE RESPETAR EL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN DE VÍCTIMAS, SUS REPRESENTANTES LEGALES, Y “toda persona, asociación u organización con un interés legítimo. Este derecho debe estar protegido y garantizado en todas las etapas del proceso de búsqueda, (...) tener acceso a la información. Sus aportes, experiencias, sugerencias alternativas, cuestionamientos y dudas deben ser tomados en cuenta durante todas las etapas de la búsqueda, como insumos para hacer más efectiva la búsqueda, sin someterlas a formalismos que las obstaculicen. (Subrayado propio).

El deber de proteger a quienes buscan a los desaparecidos hace parte integral del deber de garantizar la participación en condiciones seguras desde distintos ámbitos incluidos los riesgos para la salud física y mental de personas y comunidades en el proceso de búsqueda.

PRINCIPIO 14. LA BÚSQUEDA DEBE DESARROLLARSE EN CONDICIONES SEGURAS

1. (...) Las personas que en el marco de la búsqueda y/o investigación ofrezcan testimonios, declaraciones o apoyo deben gozar de medidas de protección específicas.
2. Los Estados tienen que proveer apoyo económico a las víctimas que buscan a una persona desaparecida, tomando en cuenta el daño (...) en la economía familiar y los gastos adicionales que se tienen que asumir en el proceso de búsqueda, como transporte, alojamiento, pérdida de horas laborales y otros.
3. Los funcionarios encargados de la búsqueda deben tomar en cuenta los riesgos para la salud física y mental que las personas y comunidades pueden experimentar durante todo el proceso de búsqueda, como los que se derivan del descubrimiento de la suerte de un familiar o de la frustración de no encontrar ninguna información. En cualquier momento en el que se identifique un riesgo, desde el inicio de la búsqueda hasta incluso después de la entrega de la persona desaparecida, las autoridades competentes deberán ofrecer acompañamiento integral a las víctimas y a todas las personas involucradas en la búsqueda.

Observaciones del Comité contra las Desapariciones Forzadas de Naciones Unidas sobre Colombia¹⁷

Para el presente proyecto de ley son de particular interés el cumplimiento de las Observaciones del Comité contra las Desapariciones Forzadas de Naciones Unidas, respecto de sus preocupaciones sobre la persistencia de las desapariciones forzadas por agentes del Estado y las perpetradas por grupos armados organizados al margen de la ley sin la autorización, el apoyo o la aquiescencia de agentes del Estado. Igualmente, sus recomendaciones, para que las búsquedas sean llevadas adelante por las autoridades competentes, con la participación activa de los allegados de la persona desaparecida.

Se resalta la alta preocupación del Comité contra las Desapariciones Forzadas por las alegaciones sobre hechos de hostigamiento, intimidación, ataques y amenazas de los que habrían sido objeto algunos familiares de personas desaparecidas, denunciantes de hechos de desaparición forzada defensores de derechos humanos que asisten a las víctimas e inclusive funcionarios judiciales (artículos 12 y 24) y recomienda adoptar medidas que el Estado parte redoble sus esfuerzos para garantizar la efectiva protección de todas las personas en el marco de la búsqueda de las víctimas de desaparición forzada, contra todo maltrato o intimidación de los que pudieran ser objeto:

- b. Prevenir y sancionar los actos de intimidación y/o malos tratos de los que pudieran ser objeto los familiares de personas desaparecidas, los denunciantes de hechos de desaparición forzada, los defensores de derechos humanos que asisten a las víctimas y las personas que participan en la investigación de una desaparición forzada.

El Comité destaca la graves vulneraciones y violencias contra las mujeres desaparecidas y sus familiares incluidos niños y niñas mujeres en el marco de la búsqueda:

“42. Asimismo, el Comité desea subrayar la singular crueldad con la que las desapariciones forzadas afectan a los derechos humanos de las mujeres y los niños. Las mujeres que son sometidas a desaparición forzada son particularmente vulnerables a violencia sexual y otras formas de violencia de género. Las mujeres que son miembros de la familia de una persona desaparecida son particularmente vulnerables a sufrir serios efectos sociales y económicos adversos, así como a padecer violencia, persecución y represalias como resultado de sus esfuerzos para localizar a sus seres queridos. Por su parte, los niños víctimas de desaparición

forzada, ya sea porque ellos mismos son sometidos a desaparición o porque sufren a consecuencia de la desaparición de sus familiares, son particularmente vulnerables a múltiples violaciones de los derechos humanos, incluida la sustitución de su identidad”.

Persistencia de las desapariciones perpetradas sin la autorización, el apoyo o la aquiescencia de agentes del Estado

“23. Al Comité le preocupa que continúen dándose desapariciones perpetradas por grupos armados organizados al margen de la ley sin la autorización, el apoyo o la aquiescencia de agentes del Estado, a pesar de las medidas adoptadas por el Estado parte para prevenir y sancionar esas desapariciones (artículo 3°).

- 24. El Comité recomienda al Estado parte que continúe sus esfuerzos con miras a prevenir e investigar de manera rápida, exhaustiva e imparcial todas las conductas contempladas en el artículo 3° de la Convención, y procesar y sancionar a los responsables.

Búsqueda de personas desaparecidas

26. El Comité recomienda que el Estado parte continúe e incremente sus esfuerzos de búsqueda. Localización y liberación de las personas desaparecidas y, en caso de fallecimiento, de búsqueda, respeto y restitución de sus restos. En particular, le recomienda que:

- a. Garantice en la práctica que, cuando se tenga noticia de una desaparición, la búsqueda se inicie en todos los casos de oficio y sin dilaciones; que se adopten medidas concretas y efectivas de búsqueda para acrecentar las posibilidades de encontrar a la persona con vida; y que se continúe la búsqueda hasta que se establezca la suerte de la persona desaparecida;
- e. Vele por que las búsquedas sean llevadas adelante por las autoridades competentes, con la participación activa de los allegados de la persona desaparecida en caso de que así lo requiriesen;
- f. Intensifique sus esfuerzos con miras a asegurar que todas las acciones de identificación y restitución de restos tengan debidamente en cuenta las tradiciones y costumbres de los pueblos o comunidades de las víctimas, en particular cuando se trate de víctimas pertenecientes a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes.

Protección de las personas que denuncian y/o participan en la investigación de una desaparición forzada.

- 27. El Comité toma nota del establecimiento de la Mesa Nacional de Garantías de protección para Defensores de Derechos Humanos, así como de los programas existentes para

¹⁷ Comité contra la Desaparición Forzada, Observaciones finales sobre el informe presentado por Colombia en virtud del artículo 29, párrafo 1, de la Convención (2016).

brindar protección a víctimas, testigos e intervinientes en el proceso penal, así como a personas, grupos o comunidades que se encuentran en situación de riesgo extraordinario o extremo como consecuencia directa del ejercicio de sus actividades o funciones políticas, públicas, sociales o humanitarias. No obstante, le preocupan las alegaciones relativas a la existencia de deficiencias en la implementación de estos programas, incluyendo demoras en las evaluaciones de riesgo y en el otorgamiento de medidas de protección, y la falta de adecuación de las medidas a la especificidad de las necesidades de los beneficiarios. Asimismo, le preocupan las alegaciones sobre hechos de hostigamiento, intimidación, ataques y amenazas de los que habrían sido objeto algunos familiares de personas desaparecidas, denunciante de hechos de desaparición forzada, defensores de derechos humanos que asisten a las víctimas e inclusive funcionarios judiciales (artículos 12 y 24).

28. El Comité recomienda que el Estado parte redoble sus esfuerzos para garantizar la efectiva protección de todas las personas a las que se refiere el artículo 12, párrafo 1, de la Convención, contra todo maltrato o intimidación de los que pudieran ser objeto. En particular, le recomienda que incremente sus esfuerzos con miras a:
 - a. Asegurar la implementación rápida y eficaz de los sistemas de protección previstos en los diferentes programas de atención y asistencia; garantizar la participación de las personas que deben recibir protección en la valoración de los riesgos y en la determinación de las medidas de protección; y asegurar que los sistemas de protección cuenten con los recursos necesarios para desarrollar sus mandatos de manera eficaz;
 - b. Prevenir y sancionar los actos de intimidación y/o malos tratos de los que pudieran ser objeto los familiares de personas desaparecidas, los denunciante de hechos de desaparición forzada, los defensores de derechos humanos que asisten a las víctimas y las personas que participan en la investigación de una desaparición forzada.
42. Asimismo, el Comité desea subrayar la singular crueldad con la que las desapariciones forzadas afectan a los derechos humanos de las mujeres y los niños. **Las mujeres que son sometidas a desaparición forzada son particularmente vulnerables a violencia sexual y otras formas de violencia de género. Las mujeres que son miembros de la familia de una persona desaparecida son particularmente vulnerables a sufrir serios efectos sociales y económicos adversos, así como a padecer violencia,**

persecución y represalias como resultado de sus esfuerzos para localizar a sus seres queridos. Por su parte, los niños víctimas de desaparición forzada, ya sea porque ellos mismos son sometidos a desaparición o porque sufren a consecuencia de la desaparición de sus familiares, son particularmente vulnerables a múltiples violaciones de los derechos humanos, incluida la sustitución de su identidad. En este contexto, el Comité pone especial énfasis en la necesidad de que el Estado parte continúe integrando perspectivas de género y adaptadas a la sensibilidad de los niños y niñas en la aplicación de los derechos y obligaciones derivados de la Convención. (Subrayado propio).

43. Se alienta al Estado parte a difundir ampliamente la Convención, el texto de su informe presentado en virtud del artículo 29, párrafo 1, de la Convención, las respuestas escritas que ha facilitado en relación con la lista de cuestiones preparada por el Comité y las presentes observaciones finales para sensibilizar a las autoridades judiciales, legislativas y administrativas, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales que actúan en el Estado parte, así como a la población en general. Asimismo, el Comité alienta al Estado Parte a favorecer la participación de la sociedad civil, en particular las organizaciones de familiares de víctimas, en el proceso de implementación de las presentes observaciones finales.

Marco normativo del Derecho Internacional Humanitario

El Derecho Internacional Humanitario (DIH) consagra otras obligaciones internacionales de los Estados respecto de la búsqueda de las personas desaparecidas en conflictos internacionales y en conflictos armados. El Protocolo Adicional I a los Convenios de Ginebra (PICG)¹⁸ establece el derecho de las familias de conocer la suerte de sus miembros y obligaciones de las Partes beligerantes de buscar los desaparecidos, responder solicitudes de información de los familiares, el registro de datos.

Se resalta el deber de respetar, buscar y recoger a los muertos de facilitar su identificación. Con base en el cual se prohíben la mutilación de los cadáveres.

Sección III - Personas desaparecidas y fallecidas, artículo 32 - Principio general (...) las Altas Partes contratantes, de las Partes en conflicto y de las organizaciones humanitarias internacionales mencionadas en los convenios y en el presente protocolo deberán estar motivadas, ante todo, por el derecho que asiste a las familias de conocer la suerte de sus miembros. Artículo 33 - Desaparecidos. 1.

¹⁸ *Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (PAI)*, 8 de junio de 1977.

Tan pronto como las circunstancias lo permitan, y a más tardar desde el fin de las hostilidades activas, cada Parte en conflicto buscará las personas cuya desaparición haya señalado una Parte adversa. A fin de facilitar tal búsqueda, esa Parte adversa comunicará todas las informaciones pertinentes sobre las personas de que se trate.

2. Con objeto de facilitar la obtención de información de conformidad con lo dispuesto en el párrafo anterior, cada Parte en conflicto deberá, con respecto a las personas que no se beneficien de condiciones más favorables en virtud de los Convenios o del presente Protocolo:
 - a) Registrar en la forma disputa en el artículo 138 del IV Convenio la información sobre tales personas, cuando hubieran sido detenidas, encarceladas o mantenidas en cualquier otra forma de cautiverio durante más de dos semanas como consecuencia de las hostilidades o de la ocupación o hubieran fallecido durante un período de detención;
 - b) En toda la medida de lo posible, facilitar y, de ser necesario, efectuar la búsqueda y el registro de la información relativa a tales personas si hubieran fallecido en otras circunstancias como consecuencia de las hostilidades o de la ocupación.

Por su parte, el *Convenio II de Ginebra del 12 de agosto de 1949*¹⁹, en su Título III, establece el deber de adoptar inmediatamente todas las medidas de búsqueda de personas vivas, heridas y muertas.

Artículo 8º. Búsqueda. Siempre que las circunstancias lo permitan, y en particular después de un combate, se tomarán sin demora todas las medidas posibles para buscar y recoger a los heridos, enfermos y náufragos a fin de protegerlos contra el pillaje y los malos tratos y asegurarles la asistencia necesaria, y para buscar a los muertos, impedir que sean despojados y dar destino decoroso a sus restos.

Contribución a la implementación de la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas²⁰.

El presente proyecto de ley contempla una contribución a la implementación de la Resolución 1325 y subsiguientes en cuanto a las “Medidas para apoyar las iniciativas de paz de las mujeres locales y los procesos autóctonos de solución de conflictos y para hacer participar a las mujeres en todos los mecanismos de aplicación de los acuerdos de paz”.

Igualmente, en lo que se refiere a “c) Medidas que garanticen la protección y el respeto de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, particularmente en lo relativo a la constitución y el sistema judicial”. Y especialmente, en cuanto

al compromiso establecido en la Resolución 1325 de “todas las partes en un conflicto armado a que adopten medidas especiales para proteger a las mujeres y las niñas de la violencia por razón de género, particularmente la violación y otras formas de abusos sexuales, y todas las demás formas de violencia en situaciones de conflicto armado” y la “responsabilidad de todos los Estados de poner fin a la impunidad y de enjuiciar a los culpables crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra”, con base en las siguientes disposiciones de la Resolución 1325:

- “8. Pide a todos los que participen en la negociación y aplicación de acuerdos de paz que adopten una perspectiva de género, en que se tengan en cuenta y se incluyan, entre otras cosas:
 - a) Las necesidades especiales de las mujeres y las niñas durante la repatriación y el reasentamiento, así como para la rehabilitación, la reintegración y la reconstrucción después de los conflictos;
 - b) Medidas para apoyar las iniciativas de paz de las mujeres locales y los procesos autóctonos de solución de conflictos y para hacer participar a las mujeres en todos los mecanismos de aplicación de los acuerdos de paz;
 - c) Medidas que garanticen la protección y el respeto de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, particularmente en lo relativo a la constitución, el sistema electoral, la policía y el sistema judicial;
- “9. Exhorta a todas las partes en un conflicto armado a que respeten plenamente el derecho internacional aplicable a los derechos y a la protección de las mujeres y niñas.
- “10. Insta a todas las partes en un conflicto armado a que adopten medidas especiales para proteger a las mujeres y las niñas de la violencia por razón de género, particularmente la violación y otras formas de abusos sexuales, y todas las demás formas de violencia en situaciones de conflicto armado;
- “11. Subraya la responsabilidad de todos los Estados de poner fin a la impunidad y de enjuiciar a los culpables de genocidio, crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra, especialmente los relacionados con la violencia sexual y de otro tipo contra las mujeres y las niñas y, a este respecto, destaca la necesidad de excluir esos crímenes, siempre que sea viable, de las disposiciones de amnistía.”

IV. Marco jurídico nacional

La Constitución Política de Colombia consagra por una parte en su Título II De los Derechos y Garantías y los deberes, en su Capítulo 1 de los Derechos fundamentales la prohibición absoluta de

¹⁹ *II Convenio de Ginebra del 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las Fuerzas Armadas en el mar* (CGII), Ginebra, 12 de abril a 12 de agosto de 1949.

²⁰ ONU: Consejo de Seguridad, *Resolución 1325* (2000).

la desaparición forzada y de toda forma de esclavitud y por otra parte establece el derecho a la igualdad de mujeres y hombres y a la no discriminación:

“Artículo 12. Nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”.

Artículo 17. Se prohíben la esclavitud, la servidumbre y la trata de seres humanos en todas sus formas.

“Artículo 13. *“Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, opinión política o filosófica”.*

Resaltando este artículo la protección del derecho a la igualdad a favor de grupos discriminados o marginados y a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta:

“El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados.

“El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

Como se ha sustentado en las leyes que sancionan la violencia contra la mujer en Colombia, la consagración del principio de la igualdad, la condena a todas las formas de discriminación y la obligación de sancionar los abusos provee un marco suficientemente amplio para orientar las leyes: políticas y programas en relación con la detección, atención, prevención y sanción de todas las formas de violencia contra las mujeres, así como la erradicación de la impunidad. Y particularmente el derecho de las mujeres a no ser sometida a ningún tipo de discriminación:

“Artículo 43. *La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación...*”.

Así mismo, la Constitución Política de Colombia establece el derecho a la intimidad personal,

familiar y el derecho al buen nombre:

“Artículo 15. Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas.

En la recolección, tratamiento y circulación de datos se respetarán la libertad y demás garantías consagradas en la Constitución”.

Igualmente, la Constitución Política de Colombia protege el derecho al libre desarrollo de

su personalidad, a la libertad de conciencia y el derecho a la libre expresión.

“Artículo 16. Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico.

Artículo 18. Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia.

Artículo 20. Se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundamentar medios masivos de comunicación.

Artículo 24. Todo colombiano, con las limitaciones que establezca la ley, tiene derecho a circular libremente por el territorio nacional, a entrar y salir de él, ya permanecer y residenciarse en Colombia.

Artículo 28. Toda persona es libre. Nadie puede ser molestado en su persona o familia, ni reducido a prisión o arresto, ni detenido, ni su domicilio registrado, sino en virtud de mandamiento escrito de autoridad judicial competente, con las formalidades legales y por motivo previamente definido en la ley”.

Protección de la ley a los derechos de las mujeres

La Ley 1257 de 2008, consagra garantías a las mujeres a una vida libre de violencias, en el ámbito público y privado.

Artículo 2°. *Definición de violencia contra la mujer.* Por violencia contra la mujer se entiende cualquier acción u omisión, que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico o patrimonial por su condición de mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, bien sea que se presente en el ámbito público o en el privado.

Para efectos de la presente ley, y de conformidad con lo estipulado en los Planes de Acción de las Conferencias de Viena, Cairo y Beijing, por violencia económica, se entiende cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, el control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. Esta forma de violencia puede consolidarse en las relaciones de pareja, familiares, en las laborales o en las económicas.²¹

Artículo 3°. *Concepto de daño contra la mujer.* Para interpretar esta ley, se establecen las siguientes definiciones de daño:

- a. Daño psicológico: Consecuencia proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones,

²¹ Ley 1257 de 2008, *por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de las formas de violencia y discriminación contra las mujeres.*

comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

- b. Dado o sufrimiento físico: Riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona.
- c. Dado o sufrimiento sexual: Consecuencias que provienen de la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas.
- d. Daño patrimonial: Pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer.

La agravación punitiva del homicidio y del homicidio en persona protegida, cuando se cometa contra una mujer por el hecho de ser mujer²².

V. CONTENIDO DE LA INICIATIVA

La presente iniciativa legislativa consta de un total de 20 artículos incluida su vigencia, los cuales se encuentran comprendidos según la estructura que se expone a continuación:

Capítulo I: Generalidades (tres artículos)

Contempla el objeto y alcance de la iniciativa, así como establece una definición de mujeres y personas buscadoras.

Capítulo II: Principios (un artículo)

Indica los principios que deben guiar la interpretación y aplicación de la ley (dignidad, igualdad y no discriminación atención diferenciada, entre otros).

Capítulo III: Reconocimiento como constructoras de paz (dos artículos)

Establece el reconocimiento del rol de las mujeres y personas buscadoras como constructoras de paz, y determina su participación dentro del marco de implementación de la política pública de la paz total.

Capítulo IV: Derechos de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada (un artículo)

Además de los derechos y libertades reconocidos en la Constitución Política, la ley y en los tratados

ratificados por Colombia, enuncia un listado de derechos íntimamente ligados a las labores de búsqueda de las mujeres y personas buscadoras.

Capítulo V: Medidas de sensibilización, información, atención y prevención (seis artículos)

Define medidas de sensibilización pública, contempla el deber de rendir un informe anual ante la Comisión de Derechos Humanos y Comisión de Paz del Congreso de la República con la participación efectiva de las mujeres y personas buscadoras y sus organizaciones, consagra el Día Nacional de reconocimiento a las Mujeres y Personas Buscadoras de víctimas de desaparición forzada, y determina medidas de atención y prevención en el orden territorial.

Capítulo VI: Medidas en materia de educación, vivienda, salud y seguridad social (cuatro artículos)

Establece medidas de acceso a la educación priorizando las solicitudes de ingreso de mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada para otorgarles beneficios a aquellas y sus parientes en primer y segundo grado de consanguinidad en las matrículas, subsidios para programas de formación superior y créditos estudiantiles.

Asimismo, otorga oportunidades de acceso a los subsidios o programas de vivienda de interés social y de mejoramiento de vivienda a las unidades familiares en las cuales, por lo menos uno de sus integrantes, sean mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada.

En materia de acceso a la salud integral, especifica el deber de definir medidas especiales para el fortalecimiento con amplia participación de la sociedad civil de los programas de atención psicosocial y de salud integral para las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada.

Por último, prevé la afiliación de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada y sus parientes dentro del primer grado de consanguinidad o civil, y su cónyuge, compañero o compañera permanente, al régimen subsidiado en salud de forma prioritaria; salvo que sean cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo. Adicionalmente serán afiliados al Régimen de Riesgos Laborales (ARP) y gozarán de todos sus beneficios.

Capítulo VII: Circunstancia de mayor punibilidad (un artículo)

Adiciona un numeral al artículo 58 de la Ley 599 de 2000 con el objetivo de gravar con mayor punibilidad los casos en que la conducta punible se dirija o tenga por propósito afligir, impedir, obstaculizar, represaliar o desincentivar la labor de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de

²² *Ibidem*.

desaparición forzada por razón de la búsqueda y el esclarecimiento de la verdad en el ámbito de la presente ley.

Capítulo VIII: Registro Único de mujeres personas buscadoras (un artículo)

Determina la creación de un Registro Único de Mujeres y Personas Buscadoras de víctimas de desaparición forzada a cargo de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Capítulo IX: Disposiciones finales (un artículo)

Estipula su vigencia.

VI. IMPACTO FISCAL

El proyecto no tiene impacto fiscal adicional porque los recursos para su implementación están garantizados dentro de presupuestos asignados a otras Políticas Públicas como las de Equidad de género para las Mujeres, Reconciliación Convivencia y No Estigmatización, el Programa de Reparación Integral a Víctimas y/o la Estrategia de reparación integral a mujeres víctimas de violencia sexual. En ese sentido, propone realizar una acción afirmativa para con las mujeres buscadoras que sufren afectaciones específicas a sus derechos por la búsqueda de sus familiares.

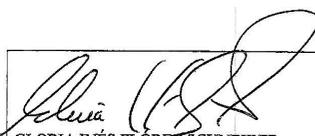
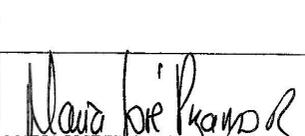
VII. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

El artículo 291 de la Ley 5ª de 1992 -Reglamento Interno del Congreso-, modificado por el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, establece que: “el autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el congresista pueda encontrar”. A su turno, el artículo 286 de la norma en comento, modificado por el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019, define el conflicto de interés como la “situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista”.

De conformidad con lo anterior, tenemos que esta iniciativa legislativa otorga medidas en materia de educación, vivienda, salud y seguridad social, por lo que podrían incurrir en conflicto de interés los congresistas que tengan la condición de mujer o persona buscadora, o si su cónyuge o compañero o compañera permanente, o a alguno de sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad o primero civil ostentan la misma condición. Lo anterior, sin perjuicio del deber de los congresistas de examinar, en cada caso en concreto, la existencia de posibles hechos generadores de conflictos de interés, en cuyo evento deberán declararlos de conformidad con lo dispuesto

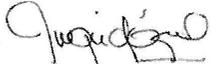
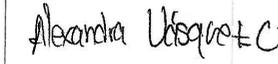
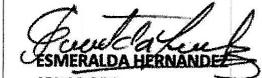
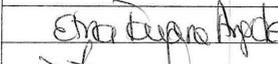
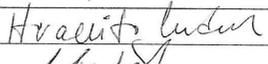
en el inciso 1º del artículo 286 ibídem: “Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones”.

Por los y las congresistas,

 GLORIA INÉS FLORES SCHNEIDER Senado de la República Coalición Pacto Histórico.	 MARÍA JOSÉ PIZARRO RODRÍGUEZ Senado de la República Coalición Pacto Histórico.
--	---

Susana Gómez C.
Representante a la Cámara

28

 IVÁN CEPEDA CASTRO Senado de la República Coalición Pacto Histórico.	 ALIRIO URIBE MUÑOZ Representante a la Cámara. Coalición Pacto Histórico
 JAEH QUIROGA CARRILLO Senado de la República Coalición Pacto Histórico	 INGRID JOHANA AGUIRRE JUVINAO Representante a la Cámara Fuerza Ciudadana- Pacto Histórico
 LEIDER ALEXANDRA VASQUEZ OCHOA Representante a la Cámara PACTO HISTÓRICO	 CLARA EUGENIA LÓPEZ OBREGÓN Senadora de la República Pacto Histórico -UP
 ESMERALDA HERNÁNDEZ SENADORA PACTO HISTÓRICO	 OLGA BEATRIZ GONZALEZ CORREA Representante a la Cámara Partido Liberal
 ESTEBAN DUQUE ARCE	 HRACLITO LUJÁN

29

CAMARA DE REPRESENTANTES SECRETARÍA GENERAL

El día 19 de Octubre del año 2022

Ha sido presentado en este despacho el Proyecto de Ley X Acto Legislativo _____

No. 242 Con su correspondiente Exposición de Motivos, suscrito Por: HS Gloria Flores HS María J. Pizarro, HR Alirio Uribe, HS Iván Cepeda, HS Jaeh Quiroga y otros HS.S. y H.P.R

SECRETARIO GENERAL

C O N T E N I D O

Gaceta número 1314 - Martes, 25 de octubre de 2022

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

Págs.

Proyecto de ley número 241 de 2022 Cámara, por medio de la cual se modifica la Ley 1616 de 2013.	1
Proyecto de ley número 242 de 2022 Cámara, por medio del cual se reconoce y protege de forma integral la labor y los derechos de las mujeres y personas buscadoras de víctimas de desaparición forzada.	20