



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - N° 242

Bogotá, D. C., lunes, 6 de abril de 2026

EDICIÓN DE 22 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 214 DE 2025 SENADO

por medio de la cual se reglamenta el ejercicio profesional de la atención prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C., 27 de marzo de 2026

Para: H. S. ALEX XAVIER FLÓREZ HERNÁNDEZ
Presidente Comisión Sexta Constitucional Senado

Dr. JORGE ELIECER LAVERDE VARGAS
Secretario General
Comisión Sexta Constitucional Senado

REFERENCIA: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No. 214 de 2025 SENADO, "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGLAMENTA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."

Respetados Señores,

En mi calidad de congresista de la República y en uso de las atribuciones que me han sido conferidas constitucional y legalmente, me permito rendir informe de ponencia positiva para primer debate ante la Comisión Sexta Constitucional Permanente del Senado de la República, conforme con lo establecido en el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, en los siguientes términos:

1. Trámite del proyecto de ley
2. Objeto
3. Justificación
4. Panorama global de emergencias: la necesidad crítica de la Paramedicina
5. Colombia frente a la crisis: la oportunidad de transformar la Paramedicina y la Atención Prehospitalaria en el país
6. Impacto socioeconómico: cómo la Atención Prehospitalaria eficiente beneficia a todos
7. Marco Legal y Constitucional: fundamentos para la regulación de la Paramedicina en Colombia
8. Sistema de Emergencias Médicas (SEM) y el rol fundamental de la Paramedicina
9. Profesionalización de la Paramedicina: garantía de calidad y seguridad
10. Referencias
11. Competencia del Congreso y fundamentos de derecho
12. Conflicto de interés.
13. Pliego de modificaciones.

14. Impacto fiscal

15. Proposición

16. Texto propuesto para primer debate.

Cordialmente,

SANDRA RAMÍREZ LOBO SILVA

Senadora de la República

1. Trámite del Proyecto de Ley

La presente iniciativa de ley fue radicada por los H.S. OMAR RESTREPO CORREA, FABIAN DIAZ PLATA, ROBERT DAZA GUEVARA, SANDRA RAMÍREZ LOBO, IMELDA DAZA COTES, JULIÁN GALLO CUBILLOS, PABLO CATATUMBO TORRES; y los Honorables Representantes JAIRO RENALDO CALA SUÁREZ, GABRIEL PARRADO DURÁN, CARLOS ALBERTO CARREÑO, LUIS ALBERTO ALBÁN, PEDRO BARACUTAO GARCÍA, GERMÁN GÓMEZ LÓPEZ, el 27 de agosto de 2025. Para la misma fecha, por la materia de qué trata el mencionado Proyecto de Ley y de conformidad con las disposiciones Constitucionales y Legales la Secretaría asigna el Proyecto a la Comisión SEXTA Constitucional Permanente del Senado de la República.

La mesa directiva de la Comisión Sexta Constitucional Permanente del Senado de República me designó como Ponente para Primer Debate de esta iniciativa, el 17 de septiembre del 2025.

2. Objeto

La presente ley tiene por objeto regular la profesión de Atención Prehospitalaria (de ahora en adelante Paramédico), sus competencias profesionales y su articulación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Educación Superior, conforme a los estándares aceptados nacional e internacionalmente, y así contribuir a garantizar el derecho a la salud.

3. Justificación

La aprobación del Proyecto de Ley No. 214 de 2025 Senado es importante porque responde a una necesidad real de salud pública y de organización del sistema de emergencias en Colombia. La exposición de motivos recuerda que, según la OMS, en 2021 hubo 1,19 millones de muertes por accidentes de tráfico en el mundo, con una tasa de 15 muertes por cada 100.000 habitantes; además, en América Latina la tasa fue de 17,3 por cada 100.000 habitantes y en Colombia de 15,4. A ello se suma que, entre 1992 y 2023, 210,5 millones de latinoamericanos y caribeños fueron afectados por 1.880 desastres, lo que demuestra que la atención prehospitalaria no es un asunto marginal sino una necesidad estructural para proteger la vida.

El proyecto también es relevante porque parte de una realidad clínica contundente: en una emergencia, el tiempo define la supervivencia. La exposición de motivos explica la importancia de la "hora dorada", esto es, la necesidad de que el paciente reciba atención y llegue al hospital en menos de una hora para aumentar sus posibilidades de vivir y reducir secuelas. Por eso, regular la atención prehospitalaria significa fortalecer la respuesta temprana, mejorar la estabilización del paciente y articular mejor la atención en la escena con la atención hospitalaria.

En el caso colombiano, la urgencia de esta regulación es aún mayor. El proyecto señala que en 2022 el 45,8 % de las muertes correspondió a homicidios y el 27,9 % a eventos de transporte. Además, cita un estudio según el cual por cada muerte vial en Colombia habría aproximadamente 10 lesionados graves, 40 moderados y 50 leves, lo que sugiere que más de 500.000 personas sufren lesiones no fatales por incidentes viales cada año. A pesar de esta magnitud, el mismo texto advierte que en Colombia no existe una adecuada coordinación ni un sistema interoperable validado entre los distintos componentes de la atención prehospitalaria, lo cual hace evidente la necesidad de una norma que ordene, profesionalice y fortalezca este servicio.

El proyecto es igualmente importante porque reconoce que ya existe una base académica y profesional que el Estado debe ordenar y respaldar. La exposición de motivos indica que en el país 11 universidades ofrecen programas de Atención Prehospitalaria y que esta formación existe desde comienzos del siglo XXI, con primeros egresados en 2004. Sin embargo, también señala que, aunque el Ministerio del Trabajo reconoce al "paramédico" como área profesional de la salud, todavía no existe un marco normativo específico que regule su ejercicio. En ese sentido, la iniciativa llena un vacío legal y protege tanto a los usuarios del sistema de salud como al talento humano que presta estos servicios.

Además, el articulado ofrece una salida institucional seria y equilibrada. El proyecto regula quiénes pueden ejercer, exige título con registro calificado, inscripción en RETHUS y ausencia de sanciones; crea un Consejo Nacional de Atención Prehospitalaria y consejos departamentales para hacer seguimiento, coordinar políticas y actualizar estándares; establece un régimen de transición de tres años para quienes hoy ejercen sin el título formal; y ordena al Ministerio de Salud y al Ministerio de Educación expedir la reglamentación en un plazo máximo de seis meses. Es decir, no se limita a reconocer una profesión: crea condiciones para mejorar calidad, seguridad del paciente, formación, vigilancia y articulación territorial.

En conclusión, este proyecto debe ser aprobado porque fortalece el derecho fundamental a la salud, mejora la respuesta del Estado ante urgencias, emergencias y desastres, protege la vida en los momentos más críticos y llena un vacío normativo en una actividad esencial para el país. Su aprobación significaría darle a Colombia una herramienta legal para profesionalizar la atención prehospitalaria, reducir riesgos, ordenar competencias y responder con mayor eficacia a una realidad marcada por la accidentalidad, la violencia y los desastres.

4. Panorama global de emergencias: la necesidad crítica de la Paramedicina

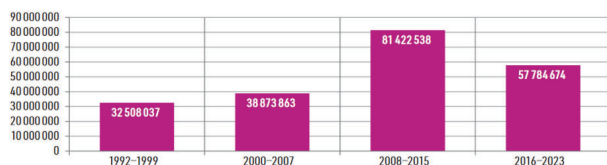
4.1. Desafío mundial: estadísticas alarmantes de accidentes y desastres.

Según el Informe Mundial Sobre la Seguridad Vial (Global Status Report on Road Safety, 2023) de la Organización mundial de la salud (OMS), se estima que en 2021 hubo 1,19 millones de muertes por accidentes de tráfico en el mundo; esto corresponde a una tasa de 15 muertes por accidentes de tráfico por cada 100.000 habitantes. A partir de 2019, las lesiones por accidentes de tráfico siguen siendo la principal causa de muerte para niños y jóvenes de 5 a 29 años y es la 12.ª causa de muerte cuando se consideran todas las edades.

Los motociclistas y otros conductores de vehículos motorizados de dos y tres ruedas representan el 30% de las muertes por accidentes de tráfico a nivel mundial. Los ocupantes de vehículos de cuatro ruedas constituyen el 25% de las muertes. Los peatones representan el 21% de las muertes y los ciclistas el 5%. El 92% de las muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos. El riesgo de muerte es tres veces mayor en los países de bajos ingresos que en los países de altos ingresos, a pesar de que estos países tienen menos del 1% de todos los vehículos motorizados.

Así lo corrobora el Anuario Estadístico (CEPAL, 2024), registrando que durante el 2019, en América Latina, la tasa de muertes por accidentes de tránsito ascendió a 17.3 muertes por cada 100.000 habitantes. En Colombia para el mismo año esta tasa se ubicó en 15.4. Por otra parte, el mismo documento ilustra cómo desde 1992 hasta cerrar el 2023, 210 millones y medio de latinoamericanos y caribeños han sido afectados por 1.880 desastres. Esto según la Oficina de la ONU para Asuntos Humanitarios significa que América Latina y el Caribe es la segunda región más propensa a desastres naturales en el mundo.

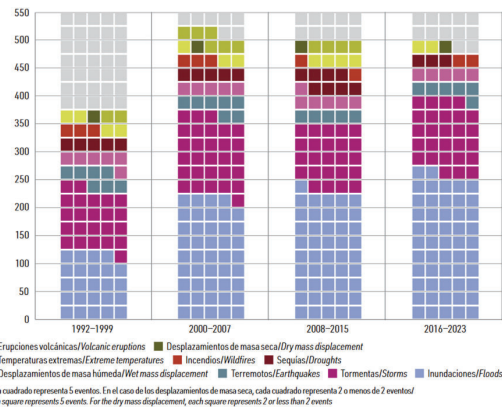
Gráfico 1: Personas directamente afectadas por eventos extremos y desastres en América Latina y el Caribe 1992 - 2023.



Fuente: Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2023 (CEPAL)

Entre los distintos eventos catastróficos se encuentran: erupciones volcánicas; desplazamientos de masa seca; temperaturas extremas; incendios; sequías; desplazamientos de masa húmeda; terremotos; tormentas; inundaciones, entre otros.

Gráfico 2: Número de eventos en América Latina y el Caribe 2023.



Fuente: Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2023 (CEPAL)

4.2. La Hora Dorada: por qué cada minuto cuenta en emergencias médicas

Humberto Salas Torres, coordinador de paramédicos y ambulancias de la Cruz Roja Mexicana, explica la importancia crucial del tiempo en la atención médica de emergencia. Según él, existe un periodo crítico, conocido como "la hora dorada", durante el cual un paciente debe recibir atención médica para maximizar sus posibilidades de supervivencia y minimizar las secuelas potenciales.

"El paciente tiene que llegar en menos de una hora a un hospital, si esto es efectivo tiene mayores posibilidades de vivir o evitar que tenga una secuela. Si pasa a lo que se le llama "la hora dorada", los resultados pueden llegar a ser fatales."

Si la atención médica se retrasa más allá de este periodo crítico, las probabilidades de supervivencia o recuperación rápida del paciente disminuyen significativamente, dependiendo de la gravedad y naturaleza de la emergencia.

La importancia del factor tiempo se evidencia en un estudio realizado por Demetriades, que comparó dos grupos de pacientes traumatizados: 4,856 transportados por servicios paramédicos y 926 transportados por familiares, policías sin entrenamiento paramédico o transeúntes. Los resultados mostraron una tasa de mortalidad del 9.3% en el primer grupo, frente a un 2.4% en el segundo. Esta diferencia significativa subraya la vital importancia del tiempo en el pronóstico del paciente. Una atención prehospitalaria de calidad, rápida

<p>y bien coordinada con la atención hospitalaria representa la mejor estrategia para maximizar las posibilidades de supervivencia de un paciente y reducir el riesgo de secuelas a largo plazo.</p> <p>4.3. Respuestas internacionales: modelos exitosos de Para-medicina y Atención Prehospitalaria</p> <p>La Asamblea Mundial de la Salud (ONU, 2019) emitió una serie de recomendaciones clave para mejorar los sistemas de atención de urgencia a nivel global. Estas recomendaciones se centran en varios aspectos fundamentales, incluyendo la capacitación del personal sanitario, la atención Prehospitalaria, la concienciación comunitaria, la recopilación de datos y la protección de los proveedores de atención médica.</p> <p>Un punto central es la importancia de la formación específica en atención de urgencias para todos los profesionales de la salud relevantes, desde la capacitación de posgrado para médicos y enfermeros hasta la integración de la atención de urgencias en los planes de estudio de grado. También se enfatiza la necesidad de aumentar la conciencia y la capacidad de las comunidades para abordar situaciones de emergencia, mediante campañas y capacitación en entornos educativos y laborales. Además, se recomienda la implementación de sistemas estandarizados para la recopilación de datos, con el fin de comprender mejor la carga local de enfermedades agudas y mejorar la coordinación y calidad de la atención de urgencia. Finalmente, se destaca la importancia de proteger a los proveedores de atención sanitaria, los pacientes y la infraestructura frente a la violencia y la discriminación, especialmente en entornos de alto riesgo. En todos estos ámbitos, los profesionales en APH juegan un papel clave.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) cuenta con una división llamada "Acciones de Emergencia y Humanitarismo", dedicada a la atención de víctimas de desastres. Esta división trabaja en estrecha colaboración con la Cruz Roja Internacional durante desastres mayores.</p> <p>Otra asociación importante es la International Trauma Anesthesia and Critical Care Society (ITACCS), fundada en 1988 en Estados Unidos. ITACCS ha expandido su alcance a Europa y Asia, y en 1994 creó una filial en América Latina llamada Sociedad Latinoamericana de Trauma, Anestesia y Cuidado Crítico (LATACCS).</p> <p>Los objetivos de ITACCS y sus filiales incluyen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crear protocolos internacionales de manejo. 2. Implementar el uso de transporte militar para víctimas civiles durante desastres. 3. Establecer redes educativas, especialmente en zonas remotas, para optimizar la eficiencia y reducir la mortalidad. <p>El objetivo principal se define como: "Evitar muertes y prevenir daño funcional a través del desarrollo de centros locales de atención al traumatizado". El American College of Surgeons (ACS) también participa en la atención de estos pacientes a través de su comité de trauma, con filiales en todo el mundo.</p>	<p>Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó en 2023 una serie de recomendaciones para fortalecer la atención traumatológica de emergencia en América Latina y el Caribe (Fortalecer la atención de emergencias traumatológicas en la Región de las Américas, 2023). Estas recomendaciones se centran en el establecimiento de una política integral y un marco legal sólido para la atención de emergencias.</p> <p>La OPS enfatiza la necesidad de incorporar la atención de emergencia en los planes nacionales de salud y designar una oficina responsable dentro del ministerio de salud de cada país. Se recomienda realizar un análisis situacional utilizando herramientas estandarizadas como la Evaluación del Sistema de Emergencia y Cuidados Intensivos (ECCSA) y la Herramienta de Evaluación de las Unidades de Emergencias Hospitalarias (HEAT). Además, se propone fortalecer el marco legal y normativo, abordando aspectos clave como la obligatoriedad de la atención prehospitalaria independientemente de la capacidad de pago, la formación y certificación de profesionales, los requisitos para establecimientos de salud, y la garantía de calidad en los servicios de emergencia.</p> <p>La OPS también destaca la importancia de proteger los datos personales y establecer mecanismos de confidencialidad en la atención de emergencias.</p> <p>4.4. Definición y regulación de paramédicos en el mundo</p> <p>El término "Paramédico" varía según la jurisdicción de cada país. En algunos lugares, se refiere a cualquier persona que atiende emergencias prehospitalarias. En países como Inglaterra, Canadá, Costa Rica, México, Venezuela y Panamá, se requiere una licencia o certificación oficial y estudios universitarios.</p> <p>La Paramedicina continúa evolucionando con sus propias normas y cuerpo de conocimientos. En muchos lugares, los paramédicos han formado asociaciones profesionales. En países como Australia, Sudáfrica, Reino Unido y, cada vez más, en Canadá, se requiere una titulación universitaria para realizar ciertos procedimientos específicos.</p> <p>4.5. Situación en diferentes países</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estados Unidos: La formación paramédica se considera profesional. El término "paramédico" se reserva para el nivel más alto de entrenamiento, por encima del Técnico en Emergencias Médicas (T.E.M.). 2. Alemania: Los paramédicos realizan procedimientos como intubación o canalización de vía solo con autorización médica, cuando el médico no puede llegar al sitio del accidente. 3. Israel: Los paramédicos tienen amplias competencias y su profesión está regulada por la Ordenanza de Médicos de 1976, completamente separada de la enfermería. 4. Inglaterra: El NHS Ambulance Service define varios niveles de estudios para paramédicos y técnicos, desde asistente de cuidados hasta paramédico principal.
<ol style="list-style-type: none"> 5. Australia: Cuenta con un sistema paramédico regulado. Desde el 1 de diciembre de 2018, los paramédicos deben registrarse en la Junta de Paramedicina de Australia y cumplir con estándares específicos para ejercer. El sistema incluye varios niveles de certificación y formación. 6. México: La educación de Técnicos en Urgencias Médicas (TUM) Paramédicos está en desarrollo. Actualmente, solo cinco universidades ofrecen programas aprobados por la Secretaría de Educación Pública (SEP). 7. Argentina: La profesión de paramédico es reciente. La carrera de técnico superior en emergencia médica (TSEM) se inició en Rosario en 1999 y en Córdoba en 2004, extendiéndose luego a otras provincias. 8. Colombia: El Ministerio del Trabajo reconoce "Paramédico" como un área profesional de la salud y de asistentes de ambulancia. Sin embargo, aún carece de un marco normativo que regule su ejercicio. <p>La Atención Prehospitalaria (APH) en América Latina y el Caribe se desarrolló principalmente como respuesta a desastres, destacando la participación de la Cruz Roja Mexicana en el desastre de Monterrey en 1909.</p> <p>4.6. Evolución y estado actual de la Atención Prehospitalaria en Colombia</p> <p>En el siglo pasado en nuestro país. Eran los organismos de socorro como la Defensa Civil y la Cruz Roja; de una manera altruista pero muy alejados de la práctica médica basada en evidencia científica; Eran estas organizaciones civiles quienes atendían a las víctimas de accidentes de tránsito y aéreos; Los cuerpos de bomberos a su vez se apropiaron de la atención de las víctimas de los incendios estructurales incluido prestar los primeros auxilios a víctimas quemadas; La ciudadanía hacia lo suyo con los accidentes caseros, infartos, desmayos, partos expulsivos etc. Llevando los pacientes a los centros asistenciales más cercanos con sus propios medios, apoyados por remedios caseros; Situación similar se hacía en los accidentes laborales. Siempre buscando la llegada al hospital en el menor tiempo posible.</p> <p>Las ciencias médicas y ciencias de la salud que lo complementan están en constante desarrollo. Ya que surgen diversos conocimientos apoyados en evidencia científica que como es lógico producen cambios en las formas de diagnóstico, tratamiento, terapéutica o paliación. Los avances en el entrenamiento médico de emergencia, los apoyos biomédicos acompañados de avances en comunicaciones y el marco normativo colocan al país en un momento de adaptación. Así lo indica la organización mundial de la salud OMS cuando CONSIDERA que es necesario desplegar más esfuerzos en todo el mundo para reforzar la prestación de atención traumatológica y de emergencia con el fin de asegurar que se preste de forma oportuna y eficaz a quienes la necesitan en el contexto del sistema asistencial general, y de las iniciativas de salud y promoción de la salud conexas.</p> <p>La política pública en salud para los servicios de emergencia en Colombia está centrada en garantizar la atención oportuna y eficiente de la población en situaciones de urgencias, emergencias y desastres, y en la implementación de medidas preventivas y de respuesta integral en salud pública. Los SEM y el CRUE y como eje principal están los profesionales en Atención Pre Hospitalaria. desempeña un papel clave en la</p>	<p>coordinación y prestación de estos servicios en los municipios. y hace parte de las especialidades médicas en Colombia.</p> <p>Las necesidades del país en los servicios de emergencia pasan por realidades sociales, culturales, políticas, geográficas, incrementos de tráfico, violencia, terrorismo, exacerbación de las enfermedades cardiovasculares súbitas, accidentes comunes en el hogar, accidentes ofídicos, junto con el incremento de los riesgos modificables y no modificables.</p> <p>Es por esto que a inicios del siglo XXI en algunas facultades de medicina del país se crea La Atención Pre hospitalaria como profesión en Colombia. Esta es una carrera médica por ciclos propedéuticos de aparición reciente (primeros egresados en 2004); Hoy es ofertada por 11 facultades de medicina y es creada con el objetivo de darle al país profesionales con la capacidad de respuesta médica en la escena ante situaciones de incidentes, urgencias, emergencias y los</p> <p>desastres con capacidad científica, técnica y tecnológica. Basada siempre en evidencia médica y tecnológica y que busca transportar la sala de urgencias a la escena transportando los recursos necesarios. Esto pretende generar una "cultura pre hospitalaria" novedosa para el país.</p> <p>El Ministerio de Salud, lanza en el año 2006 en la Resolución 1043 y está incorpora al Tecnólogo y al Técnico Profesional en Atención Pre Hospitalaria en los servicios de Transporte Asistencial Básico, Transporte Asistencial Medicalizado y Crea el Servicios de Atención Pre Hospitalaria. Cuya premisa busca ser una extensión de las salas de urgencias y/o hasta el destino final del paciente según condición y medios disponibles con un servicio prestado en el sitio de ocurrencia de la enfermedad súbita.</p> <p>Esta profesión incorpora elementos de competencia específica diseñados como respuesta a las necesidades médicas en ambientes extra hospitalarios como lo son: componentes operacionales en la búsqueda y rescate en cualquier modalidad, aseguramiento de escenarios (fuego, cuerpos de agua, accidentes vehiculares, Materiales peligrosos, alturas, espacios confinados, accidentes eléctricos, nucleares, biológicos y químicos), el diagnóstico médico inicial en escena, el tratamiento inicial, la terapia inicial, transporte asistencial cualesquier modalidad (ambulancias), promoción de la salud y la prevención de enfermedades traumáticas, la operación y coordinación de centrales de comunicación de emergencias, apoyo y diseño de los planes de emergencias institucionales, planes de emergencia hospitalaria, la coordinación de brigadas industriales, y desde luego la educación.</p> <p>En resumen, la normativa nacional en educación y salud en Colombia establece que los paramédicos son los egresados de las facultades de medicina en los programas de Técnicos profesionales y Tecnólogos en Atención Pre hospitalaria, y no otros profesionales, ni ocupaciones de la salud o personas con educación informal. La atención pre hospitalaria es una extensión del servicio de urgencias y requiere personal calificado en la toma de decisiones para mantener la estabilidad y la seguridad del paciente.</p> <p>5. Colombia frente a la crisis: la oportunidad de transformar la Paramedicina y la Atención Prehospitalaria en el país</p> <p>En Colombia, las lesiones traumáticas representan una causa significativa de mortalidad y morbilidad. Según lo que Pájaro et al (2022) escribieron en el informe "Forensis, datos para la vida" del Instituto Nacional de</p>

<p>Medicina Legal, que en el 2022, el 45,8% de las muertes se debieron a homicidios y 27,9% a eventos de transporte, que comparadas con el año inmediatamente anterior registran un aumento preocupante.</p> <p>Un estudio de la Universidad de Antioquia (2017) estima que, por cada muerte vial en Colombia, hay aproximadamente 10 lesionados graves, 40 moderados y 50 leves, muchos de los cuales no se registran oficialmente. Esto sugiere que más de 500.000 personas (1% de la población) sufren lesiones no fatales por incidentes viales anualmente.</p> <p>Los informes del Ministerio de Salud indican que las lesiones (Grupo III) son la principal causa de mortalidad y morbilidad, incluyendo homicidios, accidentes de tránsito y heridas. Los homicidios representan el 25% de la carga de enfermedad en el país, significativamente mayor que el promedio regional de 3% en Latinoamérica.</p> <p>El trauma es la principal causa de muerte en las primeras tres décadas de vida y la tercera para todas las edades, después de enfermedades cardiovasculares y cáncer. La Atención Prehospitalaria (APH) efectiva, proporcionada por paramédicos, es crucial para reducir la mortalidad y las secuelas a largo plazo de lesiones graves. Las muertes por lesiones graves ocurren en tres fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In situ, por lesiones muy graves. 2. Fase intermedia o subaguda, horas después del incidente. 3. Fase tardía, días o semanas después, por complicaciones. <p>La APH es particularmente efectiva durante la segunda fase, donde puede prevenir muertes por compromiso de vías respiratorias, insuficiencia respiratoria o hemorragias incontrolables.</p> <p>En Colombia, el sistema de APH incluye los Centros Automáticos de Despacho (CAD) operados por la Policía Nacional, y los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE). Sin embargo, la coordinación y unificación de un sistema de información interoperable validado entre estos y otros sistemas de APH es inexistente.</p> <p>La mejora en la calidad de la APH y la atención de emergencia hospitalaria puede no solo salvar vidas, sino también contribuir a la prevención mediante la recolección sistemática de datos para identificar entornos, comportamientos y grupos de alto riesgo. De ahí la importancia de contar con una norma que regule de manera adecuada el ejercicio de esta importante profesión.</p> <p>6. Impacto socioeconómico: cómo la Atención Prehospitalaria eficiente beneficia a todos</p> <p>El impacto económico de las complicaciones hospitalarias en personas que sufren emergencias médicas o traumáticas, junto con las secuelas y la pérdida de vidas humanas, puede ser significativamente reducido mediante el desarrollo de una cultura de Atención Prehospitalaria adecuada y oportuna, así como la implementación de sistemas eficaces de atención a emergencias y desastres.</p>	<p>La Atención Prehospitalaria (Paramédica) se define como la Ciencia Sanitaria encargada de la promoción, prevención, atención, diagnóstico y terapéutica paramédica en salud. Su objetivo principal es preservar la vida y disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez y muerte en personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, ya sea por trauma, enfermedad o desastre de cualquier etiología. Esta atención se proporciona en el lugar del evento, abarcando desde el rescate hasta el traslado y la admisión en una institución asistencial médica.</p> <p>En Colombia, actualmente 11 universidades ofrecen programas de Atención Prehospitalaria. Estas instituciones de educación superior han realizado un diagnóstico exhaustivo sobre la necesidad de formar recursos humanos en salud en el área de Atención Prehospitalaria o paramédica, con el fin de contribuir a afrontar y mitigar los efectos de los problemas médicos, traumáticos y de violencia en el país.</p> <p>El trauma constituye un problema de salud pública en Colombia. Desde la década de 1970, las lesiones violentas, tanto intencionales como no intencionales, han ocupado los primeros lugares entre las causas de mortalidad en el país. Esto subraya la importancia de su manejo adecuado y la necesidad de contar con personal plenamente capacitado para atender estas situaciones.</p> <p>Los prehospitalarios o paramédicos son los primeros en brindar atención a un paciente en caso de accidente o urgencia. El tiempo durante el cual el paciente es atendido y trasladado es crucial para determinar su supervivencia o recuperación. En el ámbito clínico, los primeros 60 minutos de atención se conocen como la "hora dorada" o el "período de oro", resaltando la importancia de una intervención rápida y efectiva en situaciones de emergencia.</p> <p>7. Marco Legal y Constitucional: fundamentos para la regulación de la Paramedicina en Colombia</p> <p>7.1. El Derecho a la Salud: un mandato constitucional</p> <p>El derecho a la salud está consagrado explícitamente en los artículos 44 y 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991, reconociéndose como un derecho inherente a la persona. Estos artículos establecen que su prestación, como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.</p> <p>La Corte Constitucional ha reconocido la salud como un derecho fundamental que debe garantizarse a todos los seres humanos en condiciones de igualdad y dignidad. No hacerlo conduciría a un déficit de protección constitucionalmente inadmisibles. Al respecto, la Corte manifestó:</p> <p style="padding-left: 20px;">El derecho a la salud es un derecho que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas. Es un derecho complejo, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones que de él se derivan y por la magnitud y variedad de acciones y omisiones que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general. La</p>
<p>complejidad de este derecho, implica que la plena garantía del goce efectivo del mismo, está supeditada en parte a los recursos materiales e institucionales disponibles.</p> <p>En el análisis de este derecho, se debe considerar que algunas obligaciones derivadas de él tienen carácter prestacional y son de cumplimiento inmediato, ya sea por tratarse de acciones simples del Estado que no requieren mayores recursos, o porque, a pesar de implicar movilización de recursos, la gravedad y urgencia del asunto demandan una acción estatal inmediata. Un ejemplo es la obligación de adoptar medidas adecuadas y necesarias para garantizar la atención en salud de toda persona.</p> <p>Otras obligaciones prestacionales derivadas de este derecho fundamental son de cumplimiento progresivo, debido a la complejidad de las acciones y los recursos necesarios para garantizar efectivamente su goce efectivo.</p> <p>Este derecho y la exigencia de su cumplimiento no son ajenos al Bloque de Constitucionalidad. El desarrollo más amplio sobre el derecho a la salud, su alcance y significado, lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General N°14 (2000) acerca "el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud".</p> <p>La Observación General N°14 (2000) establece categóricamente que "la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos". El Comité insiste en la indivisibilidad e interdependencia del derecho a la salud, vinculándolo estrechamente con otros derechos humanos.</p> <p>Por su parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" establece en su Artículo 10 el Derecho a la Salud, definiendo medidas específicas que los Estados parte deben adoptar para garantizarlo.</p> <p>La garantía de este derecho, especialmente en lo que respecta a la atención primaria de salud, podría fortalecerse mediante la regulación de la atención prehospitalaria. Esto implicaría el trabajo de personal capacitado (Prehospitalario) como primer respondiente, garantizando así los derechos a la salud y la vida, incluso fuera de las instalaciones de las entidades prestadoras de servicios de salud.</p> <p>7.2 Vacíos legales actuales y la necesidad de una normativa específica</p> <p>La Ley 1164 de 2007 (artículo 2) se refiere al ejercicio idóneo de las competencias propias de cada profesión u ocupación en el ámbito de la salud, con el objetivo de garantizar la satisfacción y el mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios. Asimismo, establece las características inherentes al desempeño del Talento Humano en Salud, señalando que las competencias propias</p>	<p>de las profesiones y ocupaciones, conforme a los títulos o certificados legalmente obtenidos, deben ser respetadas por los prestadores y aseguradores de servicios de salud, incluyendo la individualidad de los procesos de atención.</p> <p>En cuanto a los requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones en el área de la salud, la ley dispone que dicho ejercicio requiere la acreditación de un título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida, aplicable al personal de salud con formación en educación superior (técnico, tecnólogo, profesional, especialización, maestría, doctorado).</p> <p>Además, la ley establece que el ejercicio informal de las profesiones y ocupaciones en el área de la salud está prohibido, indicando expresamente que "Ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no está autorizado sin los requisitos establecidos en la presente ley." En este sentido, la Atención Prehospitalaria, por ser un ejercicio profesional con competencias definidas, sólo puede ser brindada por un Tecnólogo o Profesional en Atención Prehospitalaria.</p> <p>Por último, la Ley 1164 de 2007 define las competencias del talento humano en salud, lo cual es ratificado por la Ley 749 de 2002, que regula la formación y las instituciones de educación superior técnicas profesionales y tecnológicas. Esta última norma menciona que el Tecnólogo tiene responsabilidades de dirección, coordinación y gestión, de acuerdo con la especificidad del programa universitario.</p> <p>8. Sistema de Emergencias Médicas (SEM) y el rol fundamental de la Paramedicina</p> <p>La Ley 1438 de 2011 estableció la creación de una Oficina de Emergencias y Desastres en Colombia, encargada de organizar los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM). La operación y desarrollo de estos sistemas fueron posteriormente reglamentados mediante la Resolución 926 de 2017.</p> <p>El SEM se concibe como un modelo integral que busca articular los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su objetivo principal es garantizar una respuesta oportuna a víctimas de enfermedades, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica urgente.</p> <p>Este sistema abarca múltiples componentes, incluyendo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mecanismos de notificación de emergencias médicas 2. Actuación del primer respondiente 3. Gestión de solicitudes a través de centros reguladores de urgencias y emergencias 4. Prestación de servicios prehospitalarios y de urgencias 5. Modalidades de transporte básico y medicalizado 6. Atención hospitalaria 7. Programas educacionales 8. Procesos de vigilancia

<p>La premisa fundamental del SEM es "llevar al paciente indicado al hospital adecuado en el momento oportuno". Este enfoque se asocia directamente con la reducción de la mortalidad y la discapacidad derivadas de emergencias médicas, mejorando así los resultados de salud de la población atendida.</p> <p>8.1 Paramedicina y emergencias médicas en desastres</p> <p>Los paramédicos también prestan una importante labor en temas de atención de emergencias, catástrofes y desastres naturales. El terremoto de Popayán en el Cauca en 1983; la toma del Palacio de Justicia en Bogotá y el desastre de Armero, Tolima, en 1985, visibilizaron las limitaciones en materia de atención oportuna y adecuada en ambientes extrahospitalarios.</p> <p>La Policía Nacional de Colombia cuenta con una unidad C-SAR,20 que desarrolla actividades de búsqueda, localización, recuperación y estabilización de víctimas de aeronaves derribadas o accidentadas en el área de operación. Dentro de sus funciones realizan actividades como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar como enfermero rescatista en desastres naturales, ataques subversivos, evacuaciones aeromédicas y operativos programados por la Dirección Antinarcóticos y la Policía Nacional. • Realizar los planes de evacuación, evasión y comunicaciones de acuerdo con la zona, efectuando enlaces con sanidad policial o entidades médicas que se encuentren en el área de operaciones. • Realizar y coordinar el traslado de los elementos logísticos y equipo médico necesario para cumplir con los requerimientos exigidos en las operaciones de aspersión, interdicción, erradicación manual y apoyos humanitarios ordenados por la Policía Nacional. • Brindar asesoría al personal que se encuentre emocionalmente afectado comprometiendo la seguridad de las operaciones. • Apoyar las evacuaciones y rescates de las aeronaves que por fallas o impactos sean derribadas. • Proveer evacuación médica en apoyo a las operaciones de interdicción de la Policía Nacional de Colombia u otras representaciones en el país, de acuerdo con las Direcciones de Antinarcóticos y NAS. • Proveer observación y seguridad a aeronaves y personal de tripulación, envueltos en operaciones de aspersión aérea y rescate. <p>9. Profesionalización de la Paramedicina: garantía de calidad y seguridad</p> <p>El ejercicio de la labor de atención prehospitalaria requiere delimitar su campo de acción y regular su ejercicio en los siguientes aspectos.</p> <p>9.1. Perfil Ocupacional del Tecnólogo en Atención Prehospitalaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desempeñarse como miembro de comandos de intervención de entidades de socorro, actuando como tecnólogo en emergencias de salud, para la atención inicial de personas en emergencias traumáticas y no traumáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser miembro activo en programas de promoción y prevención de emergencias y desastres en instituciones de salud, educativas, comerciales y empresas. - Participar activamente en la intervención de emergencias y desastres en instituciones de salud, educativas, comerciales y empresas, realizando acciones como el análisis de factores de riesgo, la intervención experta en emergencias, la canalización adecuada de comunicaciones y recursos, y la promoción de la cultura de prevención, además del desarrollo de planes de atención en emergencias de salud. - Ser miembro activo en empresas encargadas de cubrir eventos especiales con concentración masiva de personas, identificando factores de riesgo y ejecutando intervenciones en caso de contingencias. - Actuar como tecnólogo en programas de atención de emergencias en hospitales y otras instituciones de salud, llevando a cabo tareas de recepción en el servicio de urgencias (Triage), traslado a la unidad de trauma, y participación en maniobras iniciales de atención de urgencias. - Servir como tripulante de ambulancia. - Operar en centrales de comunicaciones. - Operar brigadas de emergencia. - Integrarse en los Comités Hospitalarios y Locales para la atención de emergencias. - Ser delegado de unidades o establecimientos de emergencias y desastres en las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo y otras entidades públicas o privadas que deben constituir un Comité de Emergencias o de Gestión del Riesgo conforme a la legislación vigente. - Actuar como delegado operativo en el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, así como en servicios de ambulancia privados y domiciliarios. - Ser delegado de la brigada de emergencia en instituciones públicas o privadas. - Ser delegado en equipos interdisciplinarios para la gestión de emergencias y desastres. - Brindar y apoyar en la provisión de Soporte Vital Básico y Avanzado según el estado del paciente o víctima. - Apoyar, según los protocolos de intervención, en las actividades del Sistema de Atención Prehospitalaria dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud. - Participar en actividades de promoción, prevención, atención y recuperación de emergencias y desastres. - Actuar como docente en educación formal y no formal, dentro de su campo de especialidad. - Apoyar programas de atención de emergencias realizando tareas de recepción en el servicio de urgencias (Triage), traslado a la unidad de trauma, y participación en maniobras iniciales de atención de urgencias en instituciones prestadoras de servicios de salud con servicio de urgencias de baja complejidad. - Apoyar y participar en programas de atención de emergencias en establecimientos de comercio, centros comerciales, sistemas de transporte masivo y escenarios con concentración masiva de personas, realizando acciones de prevención, atención inicial, primeros auxilios, atención de urgencias prehospitalarias y gestión del riesgo.
<p>10. Referencias</p> <p>CEPAL. (2024). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2023. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. https://www.cepal.org/es/publicaciones/68991-anuario-estadistico-america-latina-caribe-2023-statistical-yearbook-latin</p> <p>Fortalecer la atención de emergencias traumatológicas en la Región de las Américas. (2023). Organización Panamericana de la Salud. https://doi.org/10.37774/9789275327166</p> <p>Global status report on road safety 2023. (2023). https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517</p> <p>ONU. (2019). Sistema de Atención de Urgencias para la cobertura sanitaria universal: Asegurar una atención rápida a los enfermos agudos y a las personas con traumatismos. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R16-sp.pdf</p> <p>Pájaro, J. A. J., Martínez, S. O. J., Murillo, C. A., Fernández, I. P., & Buitrago, M. A. J. (s. f.). GRUPO CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA.</p> <p>Única de ocupaciones para Colombia DANE 2023-2024 (2024). https://www.dane.gov.co/files/sen/nomenclatura/cuoci/documento-</p> <p>11. Competencia del Congreso y fundamentos de derecho</p> <p>El Congreso de la República es competente para tramitar y aprobar el presente proyecto de ley de conformidad con los artículos 114 y 150 de la Constitución Política, así como con la Ley 3 de 1992 y la Ley 5 de 1992, que regulan la función legislativa y la competencia de las Comisiones Constitucionales Permanentes. A su vez, el proyecto encuentra sustento material en los artículos 44 y 49 de la Constitución, en la Observación General No. 14 del Comité DESC, en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, en la Ley 1164 de 2007, la Ley 749 de 2002, la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 926 de 2017, normas que reconocen el deber del Estado de garantizar la atención en salud, regular el ejercicio del talento humano y organizar los sistemas de emergencias médicas.</p> <p>12. Conflicto de interés.</p> <p>El artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, establece que se deben consignar las consideraciones que describan circunstancias o eventos que podrían generar conflicto de interés a los Congresistas de la República en la discusión y votación de las iniciativas legislativas, de conformidad con el artículo 286 de la Ley 5 de 1992, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019, que reza:</p>	<p>"Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en el ejercicio de sus funciones.</p> <p>Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista o el Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos.</p> <p>Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.</p> <p>Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión</p> <p>Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil (...)"</p> <p>Con base en lo anterior, me permito manifestar que no existe ninguna situación que conlleve a la suscrita a tener intereses particulares que riñan con el contenido del proyecto de ley que se somete a aprobación del Congreso de la República. Tampoco se evidencian motivos que puedan generar un conflicto de interés en la congresista para que puedan discutir y votar esta iniciativa de ley. Por ello, el conflicto de interés y el impedimento es un tema especial e individual en el que cada congresista debe analizar si puede generar un conflicto de interés o un impedimento.</p> <p>13. Pliego de modificaciones. Sin pliego de modificaciones</p> <p>14. Impacto fiscal</p> <p>Sobre el contenido y alcance de la previsión del impacto fiscal en los proyectos de ley la Honorable Corte Constitucional ha precisado:</p> <p>"Las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto última en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso.</p>

Elo en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes.

Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre las poderes públicos y el principio democrático. Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno.

Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 79 de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo, afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

(...) Así, pues, el mencionado art. 7° de la Ley 819 de 2003 se erige como una importante herramienta tanto para racionalizar el proceso legislativo como para promover la aplicación y en Cumplimiento de las leyes, así como la implementación efectiva de las políticas públicas. Pero ello no significa que pueda interpretarse que este artículo constituye una barrera para que el Congreso ejerza su función legislativa a una carga de trámite que recaiga sobre el legislativo exclusivamente.

(...) Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. El Ministerio de Hacienda es quien cuenta con los elementos necesarios para poder efectuar estimativos de los costos fiscales, para establecer de dónde pueden surgir los recursos necesarios para asumir los costos de un proyecto y para determinar la compatibilidad de los proyectos con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. A él tendrían que acudir los congresistas o las bancadas que quieren presentar un proyecto de ley que implique gastos. De esta manera, el Ministerio decidiría qué peticiones atiende y el orden de prioridad para hacerlo. Con ello adquiriría el poder de determinar la agenda legislativa, en desmedro de la autonomía del Congreso. (Sentencia C-315/08)

15. Proposición.

Por lo anteriormente expuesto presento ponencia positiva y solicito a los Honorables Senadores miembros de la Comisión VI del Senado de la República, dar primer debate al Proyecto de Ley No. 214 de 2025 Senado- "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGLAMENTA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES." según el texto propuesto.

Cordialmente,

SANDRA RAMIREZ LOBO SILVA
 Senadora de la República

16. Texto propuesto para primer debate del Proyecto de Ley No. 214 de 2025 Senado- "POR MEDIO DE LA CUAL SE REGLAMENTA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES." según el texto propuesto.

El Congreso de Colombia
DECRETA

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el ejercicio profesional de la Atención Prehospitalaria en el territorio nacional, definiendo sus funciones, competencias e integración con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Educación Superior, conforme a los estándares nacionales e internacionales, con el fin de contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 2. Ámbito del ejercicio profesional. Para efectos de la presente ley, se entiende por atención prehospitalaria el conjunto de acciones y procesos estandarizados que comprenden actividades clínicas, operativas, educativas y de gestión, realizadas en el lugar del evento y/o durante el transporte asistencial de pacientes, orientadas a garantizar la continuidad de la atención mediante el uso de tecnologías apropiadas, medios adecuados y talento humano competente.

El ejercicio profesional de la atención prehospitalaria corresponde a personas formadas en los niveles técnico profesional, tecnológico, profesional o posgraduales, en el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y en Instituciones de Educación Superior acreditadas por el Ministerio de Educación Nacional y reguladas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos profesionales deberán contar con competencias para la valoración, intervención, estabilización y traslado de pacientes en situaciones de urgencia, emergencia o desastre, apoyo en maniobras de rescate, educación comunitaria, prevención del riesgo de desastres, procesos de investigación, gestión del riesgo en salud y respuesta intersectorial, con sujeción a principios éticos y de responsabilidad profesional.

Artículo 3. Formación de la Atención Prehospitalaria. La formación para el ejercicio profesional de la atención prehospitalaria será ofrecida por instituciones de educación que cuenten con registro calificado vigente del Ministerio de Educación Nacional. Estas instituciones, en ejercicio de su autonomía, podrán estructurar programas académicos bajo el esquema de ciclos propedéuticos que permitan la obtención progresiva de los títulos de Técnico Profesional, Tecnólogo y Profesional Universitario en Atención Prehospitalaria.

Parágrafo 1. Los egresados de programas académicos en atención prehospitalaria, en cualquiera de los niveles de formación mencionados, podrán ser reconocidos con la denominación de paramédicos, conservando la identificación del nivel educativo correspondiente.

Parágrafo 2. Las instituciones de educación superior, en el marco de su autonomía y conforme a la normativa vigente, podrán ofrecer el programa de Técnico Profesional en Atención Prehospitalaria en modalidad híbrida, siempre que dicha modalidad contemple componentes prácticos obligatorios y cumpla con las condiciones de calidad definidas por el Ministerio de Educación Nacional.

Parágrafo 3. Las instituciones de educación que cuenten con programas en atención prehospitalaria, debidamente acreditados por el Ministerio de Educación Nacional, podrán implementar procesos de reconocimiento y validación de competencias ocupacionales para personas con experiencia demostrable en el área, con el fin de facilitar su ingreso o avance en los ciclos de formación. Dichos procesos deberán garantizar estándares de calidad mediante evaluaciones teóricas y prácticas rigurosas, verificación de trayectoria laboral y demás mecanismos definidos por la normativa vigente.

Artículo 4. Actividades. Los técnicos profesionales, tecnólogos, profesionales y posgraduados en Atención Prehospitalaria podrán ejercer las funciones y competencias definidas en los perfiles profesionales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con la ley y la reglamentación vigente.

Artículo 5. Requisitos para el ejercicio. Para el ejercicio profesional de la atención prehospitalaria, se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Poseer un título de técnico profesional, tecnólogo o profesional debidamente expedido por una institución que cuente con registro calificado emitido por el Ministerio de Educación Nacional.
- b) Encontrarse registrado en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) del Ministerio de Salud y Protección Social.
- c) No encontrarse sancionado por la autoridad pública competente.

Parágrafo 1. En caso de títulos obtenidos en el extranjero, estos deberán surtir el trámite de convalidación de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Educación Nacional.

Parágrafo 2. Los empleadores tendrán en cuenta las definiciones y competencias descritas en la Clasificación Única de Ocupaciones para Colombia (CUOC) vigente para cada uno de los niveles de formación.

Artículo 6. Régimen de transición. Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren ejerciendo funciones en Atención Prehospitalaria sin contar con el título formal exigido por esta norma, podrán continuar ejerciendo de manera transitoria por un período máximo de tres (3) años,

<p>contados a partir de la promulgación de la ley, siempre que cumplan con las condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional.</p> <p>Durante este período, dichas personas deberán acogerse a los mecanismos de validación de competencias laborales y académicas, formación complementaria o certificación por competencias, según corresponda, ofrecidos por instituciones avaladas y conforme a los lineamientos que establezca el Gobierno Nacional. Finalizado el período de transición, sólo podrán ejercer quienes cumplan con los requisitos establecidos en la presente ley.</p> <p>Artículo 7. Consejo Nacional de Atención Prehospitalaria. Créanse el Consejo Nacional de Atención Prehospitalaria como instancia de carácter consultivo, técnico y de coordinación intersectorial, encargado de asesorar, hacer seguimiento y evaluar las políticas públicas en materia de atención prehospitalaria en sus respectivos niveles, así como de proponer la actualización de normas, estándares y lineamientos para el ejercicio de esta actividad esencial en el sistema de salud.</p> <p>El Consejo Nacional será coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, el cual ejercerá la Secretaría Técnica y convocará sesiones ordinarias al menos cuatro (4) veces por año.</p> <p>El Consejo estará integrado por los siguientes miembros, con voz y voto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El/La Ministro/a de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá. 2. El/La Ministro/a de Educación Nacional o su delegado. 3. Un (1) representante de la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Un (1) representante del Comité Nacional para el Manejo de Desastres de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. 5. Un (1) representante del Colegio Profesional Colombiano de Atención Prehospitalaria, con funciones públicas. 6. Tres (3) representantes del talento humano en atención prehospitalaria, uno por cada nivel de formación (técnico, tecnólogo y profesional), designados por sus respectivas asociaciones legalmente constituidas. 7. Un (1) representante de las asociaciones de egresados de programas académicos en atención prehospitalaria, legalmente reconocidas. 8. Dos (2) representantes de instituciones de educación superior que ofrezcan programas en atención prehospitalaria, designados por asociaciones o redes académicas del sector. 9. Un (1) delegado del sector Defensa y Seguridad, con experiencia en atención prehospitalaria, designado de forma rotativa entre las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. 10. Un (1) representante de la Dirección Nacional de Bomberos de Colombia. 	<p>Parágrafo 1. Los representantes serán designados por sus respectivas entidades u organizaciones, mediante los mecanismos internos que estas establezcan, y su nombramiento deberá ser comunicado formalmente a la Secretaría Técnica correspondiente.</p> <p>Parágrafo 2. Los Consejos podrán invitar, con voz pero sin voto, a representantes de pacientes, organizaciones científicas, gremios, organismos humanitarios, aseguradores u otras entidades cuya participación sea pertinente según los temas a tratar.</p> <p>Parágrafo 3. El Consejo Nacional establecerá su reglamento interno y definirá criterios de elección y rotación de sus miembros.</p> <p>Parágrafo 4. El Consejo Nacional se articulará con el Observatorio Nacional del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, para efectos de análisis de datos, orientación de la formación, vigilancia del ejercicio profesional y planeación sectorial.</p> <p>Artículo 8. Consejos Departamentales de Atención Prehospitalaria. En cada departamento del país se establecerá un Consejo Departamental de Atención Prehospitalaria, coordinado por la Secretaría o seccional de Salud Departamental, el cual tendrá funciones similares a las del Consejo Nacional, adaptadas a las realidades del territorio, y será responsable de articular a los actores locales involucrados en la formación, prestación y regulación de la atención prehospitalaria.</p> <p>Cada Consejo Departamental estará integrado por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El/La Secretario/a de Salud Departamental o su delegado, quien lo presidirá. 2. Un (1) delegado del Comité Departamental de Gestión del Riesgo. 3. Un (1) representante por cada nivel de formación (técnico, tecnólogo y profesional) con presencia en el departamento. 4. Un (1) representante de las instituciones de educación superior que ofrezcan programas en atención prehospitalaria en el departamento. 5. Un (1) delegado de organismos de socorro con operación permanente en el territorio. 6. Un (1) delegado de la red hospitalaria departamental con servicios de urgencias y emergencias. 7. Un (1) representante de las asociaciones de egresados con presencia regional. 8. Un (1) delegado del sector Defensa y Seguridad con funciones en atención prehospitalaria en el territorio. <p>Parágrafo 1. Los representantes serán designados por sus respectivas entidades u organizaciones, mediante los mecanismos internos que estas establezcan, y su nombramiento deberá ser comunicado formalmente a la Secretaría Técnica correspondiente.</p> <p>Parágrafo 2. Los Consejos podrán invitar, con voz, pero sin voto, a representantes de pacientes, organizaciones científicas, gremios, organismos humanitarios, aseguradores u otras entidades cuya participación sea pertinente según los temas a tratar.</p>
--	---


Artículo 9. Del ejercicio no idóneo de las profesiones prehospitalarias. Se considerará ejercicio ilegal o no idóneo de la Atención Prehospitalaria en el territorio nacional, toda acción que implique la prestación de servicios en este campo sin cumplir con los requisitos de formación, certificación o habilitación establecidos en la presente ley y sus reglamentos.

Igualmente, se considerará ejercicio indebido la utilización, por parte de personas no autorizadas, de títulos, distintivos, uniformes, emblemas, credenciales o cualquier otro símbolo que induzca a terceros a creer que quien los porta se encuentra facultado legalmente para ejercer funciones en atención prehospitalaria. La verificación, investigación y sanción de estas conductas corresponderá a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

Artículo 10. Reglamentación. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, dentro de un plazo máximo de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán expedir la reglamentación correspondiente en el ámbito de sus respectivas competencias.

Artículo 11. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.



Cordialmente,



SANDRA RAMÍREZ LOBO SILVA
Senadora de la República

**INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 73 DE 2025 SENADO**

por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades Respiratorias.

<p>Bogotá, D.C., 26 de noviembre de 2025</p> <p>MIGUEL ANGEL PINTO HERNÁNDEZ Presidente Comisión Séptima Constitucional Senado de la República</p> <p>Referencia: Informe de ponencia para primer debate al <i>Proyecto de Ley No. 073 de 2025 Senado, "Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades Respiratorias."</i></p> <p>Cumpliendo con la designación y las instrucciones dispuestas por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República y de conformidad con los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992, me permito, rendir informe de ponencia positiva al <i>Proyecto de Ley No. 073 de 2025, "Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades respiratorias."</i></p> <p>Atentamente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  OMAR DE JESÚS RESTREPO Senador de la República Ponente </div> <div style="text-align: center;">  NADIA BEL SCAFF Senadora de la República Ponente </div> </div>	<p style="text-align: center;">CONTENIDO DE LA PONENCIA</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Tabla de contenido</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>I. Trámite Legislativo</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>II. Objeto y Contenido del Proyecto</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td> Objeto del Proyecto de Ley</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td> Contenido del Proyecto Ley</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>III. Marco legal</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td>IV. Justificación de la Iniciativa</td> <td style="text-align: right;">6</td> </tr> <tr> <td>V. Conceptos de la Entidades</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td> Concepto del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td> Concepto de la Comisión de Regulación de Comunicaciones</td> <td style="text-align: right;">7</td> </tr> <tr> <td>VI. Consideraciones del Autor</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>VII. Consideraciones del Ponente</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>VIII. Pliego de modificación</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>IX. Conflictos de interés</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>X. Proposición</td> <td style="text-align: right;">19</td> </tr> <tr> <td>XI. Texto propuesto</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">I. Trámite Legislativo</p> <p>En la legislatura 2024–2025, el tema que hoy recoge el Proyecto de Ley No. 073 de 2025 Senado fue presentado inicialmente como Proyecto de Ley No. 380 de 2025 Senado, "Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias". Este proyecto fue radicado el 25 de febrero de 2025 por el Honorable Senador Pedro Hernando Flórez y publicado en la Gaceta del Congreso No. 228 de 2025, siendo repartido a la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado. Posteriormente, el 26 de marzo de 2025, la Mesa Directiva de dicha Comisión designó como ponente para primer debate al Honorable Senador Wilson Arias Castillo, circunstancia consignada en el informe de ponencia positiva publicado en la Gaceta del Congreso No. 606 del 5 de mayo de 2025.</p> <p>No obstante contar con informe de ponencia para primer debate, la iniciativa no alcanzó a ser discutida ni votada en la Comisión Séptima durante la legislatura correspondiente, razón</p>	Tabla de contenido	3	I. Trámite Legislativo	3	II. Objeto y Contenido del Proyecto	3	Objeto del Proyecto de Ley	3	Contenido del Proyecto Ley	3	III. Marco legal	4	IV. Justificación de la Iniciativa	6	V. Conceptos de la Entidades	7	Concepto del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible	7	Concepto de la Comisión de Regulación de Comunicaciones	7	VI. Consideraciones del Autor	8	VII. Consideraciones del Ponente	8	VIII. Pliego de modificación	8	IX. Conflictos de interés	18	X. Proposición	19	XI. Texto propuesto	21
Tabla de contenido	3																																
I. Trámite Legislativo	3																																
II. Objeto y Contenido del Proyecto	3																																
Objeto del Proyecto de Ley	3																																
Contenido del Proyecto Ley	3																																
III. Marco legal	4																																
IV. Justificación de la Iniciativa	6																																
V. Conceptos de la Entidades	7																																
Concepto del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible	7																																
Concepto de la Comisión de Regulación de Comunicaciones	7																																
VI. Consideraciones del Autor	8																																
VII. Consideraciones del Ponente	8																																
VIII. Pliego de modificación	8																																
IX. Conflictos de interés	18																																
X. Proposición	19																																
XI. Texto propuesto	21																																
<p>por la cual el entonces Proyecto de Ley No. 380 de 2025 Senado se entendió archivado por vencimiento de términos, de conformidad con el artículo 190 de la Ley 5ta de 1992.</p> <p>Atendiendo a la relevancia del asunto para la salud pública y a la necesidad de retomar el debate, en la legislatura 2025–2026 la iniciativa fue nuevamente presentada ante el Senado de la República como Proyecto de Ley No. 073 de 2025 Senado, "Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades respiratorias". La nueva radicación fue suscrita por los Honorables Senadores Pedro Hernando Flórez, Fabián Díaz Plata, Ferny Silva Idrobo, Omar de Jesús Restrepo Correa, Martha Peralta y Nadia Bel Scaff, y repartida a la Comisión Séptima Constitucional Permanente, cuya Mesa Directiva designó como ponentes a los Honorables Senadores Omar de Jesús Restrepo Correa y Nadia Bel Scaff. En cumplimiento de dicha designación se presenta el presente informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No. 073 de 2025 Senado.</p> <p style="text-align: center;">II. Objeto y Contenido del Proyecto</p> <p>Objeto del Proyecto de Ley</p> <p>El Proyecto de Ley No. 073 de 2025 Senado tiene por objeto reconocer la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el conjunto de enfermedades respiratorias, transmisibles y no transmisibles, como un problema de salud pública prioritario en Colombia. Sobre esa base, la iniciativa establece las directrices y objetivos para la formulación de un Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, concebido como una política pública de alcance nacional que articula prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así como intervenciones sobre los factores ambientales y de riesgo asociados.</p> <p>El objeto del proyecto trasciende la mera declaración programática: busca que el Estado adopte un enfoque integral de salud respiratoria que combine acciones de educación y sensibilización de la población, fortalecimiento del talento humano en salud, organización de servicios y uso intensivo de la información epidemiológica, con el fin de garantizar mejores condiciones de bienestar, calidad de vida y salud para todas las personas residentes en el territorio nacional, especialmente aquellas que, por su condición socioeconómica o por exposición ambiental y laboral, soportan una carga desproporcionada de enfermedad respiratoria.</p> <p>Contenido del Proyecto Ley</p> <p>El contenido normativo se estructura en tres títulos y nueve artículos, que desarrollan de manera sistemática el objeto descrito:</p> <p>Título I. Objeto y ámbito de aplicación (artículos 1 a 3)</p>	<p>Este título define los elementos esenciales de la política. El artículo 1 concreta el objeto de la ley, al establecer que la EPOC y las enfermedades respiratorias son un problema de salud pública prioritario y al disponer que, para enfrentarlo, se formulará un Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, orientado por estrategias de educación, prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y paliación, así como por la intervención sobre factores ambientales y de riesgo.</p> <p>El artículo 2 fija los principios rectores de la interpretación y aplicación de la ley. En particular, resalta el respeto y las garantías al derecho a una vida digna, y precisa que la tarea fundamental de las autoridades de salud se orienta a la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y adecuado y rehabilitación de los pacientes, dentro de un enfoque integral que promueva estilos de vida saludables y un ambiente digno para toda la población.</p> <p>El artículo 3 delimita el ámbito de aplicación, precisando que la ley rige en todo el territorio nacional y comprende a las entidades públicas y privadas responsables de la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades respiratorias. De manera enunciativa, incorpora a las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los organismos gubernamentales encargados de las políticas públicas en salud, educación, medio ambiente y trabajo, así como a las autoridades territoriales; además, la norma orienta los programas y políticas de promoción de la salud respiratoria, la gestión de factores de riesgo ambientales y la coordinación interinstitucional en los diferentes niveles de gobierno, e identifica como beneficiarios a todos los habitantes del país, con especial atención en la población más expuesta a factores de riesgo.</p> <p>Título II. Pautas del Plan Nacional para la Atención Integral de las Enfermedades Respiratorias (artículos 4 a 6)</p> <p>El artículo 4 crea el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, concebido como un instrumento de política pública que debe formularse mediante un amplio proceso de participación social, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. La disposición exige que el Plan incluya metas a corto, mediano y largo plazo, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación, y establece un plazo máximo de dos (2) años para que el Ministerio de Salud y Protección Social lo formule e implemente, garantizando su articulación con instrumentos existentes como el Plan Decenal de Salud Pública.</p> <p>El artículo 5 define el objetivo general del Plan, consistente en priorizar en la agenda pública de salud las enfermedades respiratorias transmisibles (como las infecciones respiratorias agudas, la influenza estacional y el virus sincitial respiratorio) y no transmisibles (como el asma, la EPOC, la bronquitis crónica, la fibrosis pulmonar y el síndrome de apnea del sueño), movilizandolos recursos estatales para estrategias de detección temprana, atención integral, vacunación conforme a guías de práctica clínica, e inclusión y participación social de los pacientes.</p> <p>A su turno, el artículo 6 enumera los objetivos específicos del Plan, orientados a la prevención y atención de las enfermedades respiratorias mediante campañas de información, fortalecimiento del talento humano, ampliación del acceso a tecnologías diagnósticas y terapéuticas, consolidación de sistemas de información y seguimiento, y evaluación periódica del impacto de las intervenciones sobre la carga de enfermedad respiratoria en el país.</p> <p>Título III. Pedagogía (artículos 7 a 9)</p>																																

<p>Finalmente, el Título III incorpora el componente pedagógico y comunicacional de la política. El artículo 7 ordena al Gobierno nacional promover programas interinstitucionales de sensibilización dirigidos a informar a la ciudadanía sobre prevención, factores de riesgo, signos de alarma e importancia del diagnóstico temprano en salud respiratoria, con mensajes diferenciales y enfoque territorial, así como con la participación activa de pacientes y organizaciones sociales.</p> <p>El artículo 8 faculta la difusión de mensajes en salud respiratoria a través de los medios de comunicación, articulando la competencia de la Comisión de Regulación de Comunicaciones con el liderazgo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de mejorar la adherencia a los tratamientos, reducir complicaciones y evitar sobre costos al sistema de salud.</p> <p>El artículo 9 regula la vigencia de la ley y cierra el esquema normativo, asegurando que el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias se inserte de manera coherente en el ordenamiento jurídico vigente y en los instrumentos de política pública ya existentes.</p> <p style="text-align: center;">III. Marco legal</p> <p>El Proyecto de Ley No. 073 de 2025 Senado se apoya en un entramado normativo robusto que, tanto a nivel constitucional como legal e internacional, impone al Estado colombiano la obligación de garantizar la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento integral y la paliación de las enfermedades respiratorias, así como la gestión de los factores de riesgo asociados. Lejos de crear un régimen aislado, la iniciativa concreta y organiza mandatos ya vigentes, orientándolos específicamente a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y a otras patologías respiratorias transmisibles y no transmisibles.</p> <p>1. Fundamento constitucional</p> <p>La Constitución Política reconoce un conjunto de derechos y deberes estatales que sirven de soporte directo a la propuesta. El artículo 11 consagra el derecho fundamental a la vida, que en el contexto de las enfermedades respiratorias se traduce en el deber de prevenir y tratar condiciones que comprometen de forma grave la supervivencia y la calidad de vida de la población. El artículo 48 establece el derecho a la seguridad social y la obligación del Estado de asegurar servicios de salud de calidad, con especial énfasis en poblaciones vulnerables y en personas con patologías crónicas o de alto impacto como la EPOC, el asma o las infecciones respiratorias agudas. A su vez, el artículo 49 define la salud como un derecho fundamental y de interés público, atribuyendo al Estado la responsabilidad de organizar, dirigir y regular su prestación, bajo criterios de universalidad, eficiencia y oportunidad. Finalmente, el artículo 79 reconoce el derecho a gozar de un ambiente sano, trazando un vínculo normativo explícito entre la protección ambiental, la reducción de la contaminación atmosférica y la prevención de enfermedades respiratorias asociadas a la exposición a agentes nocivos, como el material particulado, el asbesto y otros contaminantes.</p>	<p>En conjunto, estos mandatos constitucionales obligan a diseñar políticas públicas que no se limiten a la atención individual del paciente, sino que incorporen estrategias poblacionales de prevención, gestión del riesgo y control de determinantes sociales y ambientales, elementos que el proyecto articula a través de un Plan Nacional específico para las enfermedades respiratorias.</p> <p>2. Fundamento legal y regulatorio interno</p> <p>En el plano legal, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo y establece que su garantía exige disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, bajo enfoques de integralidad, continuidad y oportunidad. El proyecto se inscribe de manera directa en esta normatividad al orientar la construcción de un plan nacional que organiza la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las enfermedades respiratorias, asegurando que dichas dimensiones del derecho a la salud sean efectivas y no meramente declarativas.</p> <p>La Ley 100 de 1993, al crear el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), estructuró el andamiaje institucional y financiero sobre el cual se prestan los servicios de salud en el país. En ese marco, el Proyecto de Ley 073 de 2025 no pretende alterar la arquitectura básica del sistema, sino fortalecerla mediante la definición de una política pública nacional específica para las enfermedades respiratorias, articulada con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y con instrumentos de planificación vigentes, con el fin de garantizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados para pacientes con EPOC, asma, infección por Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y otras patologías.</p> <p>El Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud, consolida la regulación sobre promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades crónicas y agudas, y fija parámetros técnicos y organizativos para la prestación de servicios de salud. El proyecto desarrolla y concreta estas disposiciones al ordenar la formulación e implementación de un Plan Nacional para la Atención Integral de las Enfermedades Respiratorias, con metas, responsables, indicadores y mecanismos de evaluación, de modo que las obligaciones genéricas del decreto se traduzcan en un programa específico, verificable y evaluable en materia respiratoria.</p> <p>La Ley 1335 de 2009, por su parte, establece medidas integrales para el control del tabaquismo, reconociendo el consumo de tabaco como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la EPOC y de otras enfermedades respiratorias crónicas. Al abordar de manera expresa la prevención y el control de factores de riesgo, así como la educación en salud respiratoria, el proyecto se articula con esta ley y la refuerza, al integrar el control del tabaquismo en una política más amplia de atención integral de las enfermedades respiratorias.</p> <p>En el plano de la planeación sectorial, el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, adoptado mediante la Resolución 1035 de 2022, fija objetivos, metas y estrategias para enfrentar los principales desafíos de salud pública en el país durante una década, orientados a la garantía efectiva del derecho a la salud, al bienestar integral y a la calidad de vida. El proyecto se alinea con este instrumento al priorizar las enfermedades respiratorias como problema de</p>
<p>salud pública y al exigir la formulación de un plan nacional con enfoque preventivo, territorial y basado en evidencia, contribuyendo así al cumplimiento de las metas del Plan Decenal en materia de enfermedades crónicas y transmisibles del sistema respiratorio.</p> <p>Adicionalmente, la Resolución 2335 de 2023 regula los procedimientos técnicos y administrativos para la ejecución, seguimiento y ajuste de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables del pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, definiendo indicadores de resultado y de oportunidad. Entre ellos se incluyen expresamente indicadores relacionados con enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores —como tasas de hospitalización por exacerbaciones de EPOC o crisis asmáticas, y tiempos de oportunidad para espirometrías y valoración por neumología—, lo cual demuestra que el propio reglamento reconoce la necesidad de monitorear el desempeño del sistema frente a estas patologías. El Plan Nacional previsto en el proyecto se apoya en esta regulación para establecer metas e indicadores coherentes con los ya usados por el sector, evitando duplicidades y fortaleciendo el monitoreo de resultados.</p> <p>Por último, la Resolución 2717 de 2024 fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la vigencia 2025 e incorpora recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento, entre ellas la ampliación de la ruta de atención integral para personas expuestas al asbesto, uno de los factores de riesgo clásicos para la EPOC. La existencia de estos lineamientos técnico-financieros evidencia que el sistema ya reconoce la carga y el riesgo asociados a las enfermedades respiratorias, y que resulta jurídicamente consistente desarrollar una política pública específica —como la que propone este proyecto— que permita articular recursos, rutas y metas en torno a la salud respiratoria.</p> <p>3. Fundamento internacional y de política global</p> <p>En el ámbito internacional, la iniciativa se armoniza con los compromisos asumidos por Colombia en el marco de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En particular, se vincula con el ODS 3, “Salud y bienestar”, que insta a los Estados a reducir significativamente la carga de las enfermedades no transmisibles y a fortalecer la capacidad de los sistemas sanitarios para la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, incluidas las respiratorias. El diseño de un plan nacional integral, centrado en la prevención, el diagnóstico temprano, la atención oportuna y la rehabilitación, es un desarrollo normativo interno directamente coherente con estos compromisos.</p> <p>De igual forma, el proyecto se articula con el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, del cual Colombia es Estado parte. Este instrumento obliga a adoptar políticas integrales para reducir el consumo de tabaco y la exposición al humo de segunda mano, así como para prevenir las enfermedades relacionadas con este factor de riesgo. Dado que el tabaquismo es uno de los determinantes más relevantes de la EPOC y de otras enfermedades respiratorias, la creación de un plan nacional que incorpore de manera expresa acciones de prevención, educación y gestión del riesgo tabáquico se presenta como una concretización interna de esas obligaciones internacionales, reforzando la coherencia del ordenamiento jurídico colombiano con los estándares de salud global.</p>	<p>En suma, el marco legal muestra que el Proyecto de Ley No. 073 de 2025 Senado no opera en el vacío, sino que sistematiza, integra y orienta un conjunto de mandatos constitucionales, legales y compromisos internacionales ya vigentes, dotándolos de una herramienta concreta de política pública —el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades respiratorias— que permite avanzar de las declaraciones generales a la realización efectiva del derecho fundamental a la salud y del derecho a un ambiente sano para las personas afectadas o en riesgo de padecer estas patologías.</p> <p style="text-align: center;">IV. Justificación de la Iniciativa</p> <p>A continuación se presenta una síntesis razonada de la justificación de la iniciativa, elaborada a partir de la exposición de motivos original con la que fue radicado el proyecto de ley. Las referencias a estudios, cifras epidemiológicas, estimaciones económicas y conceptos técnicos se apoyan íntegramente en ese documento y en la bibliografía que allí se relaciona, de manera que su verificación y contraste deben hacerse con base en dicho texto y en las fuentes primarias que lo sustentan. El propósito de este acápite no es introducir nueva evidencia ni formular valoraciones propias de los ponentes, sino relatar y ordenar los motivos que dieron origen a la iniciativa, dejando a salvo las consideraciones autónomas que más adelante se desarrollarán en esta ponencia.</p> <p>La aprobación de una política pública integral para la atención de enfermedades respiratorias, como el asma, el virus sincitial respiratorio y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras patologías transmisibles y no transmisibles, responde a la necesidad de enfrentar un problema de salud pública que afecta a millones de personas en el país y genera una carga creciente para el sistema de salud. En su conjunto, estas enfermedades desbordan el ámbito clínico individual y se expresan como un desafío estructural que atraviesa las barreras de acceso al diagnóstico y al tratamiento, impacta de manera directa la calidad de vida de los hogares, incide en la productividad laboral y tensiona la sostenibilidad financiera del sistema.</p> <p>Las cifras oficiales disponibles permiten dimensionar la magnitud del problema. En materia de enfermedades respiratorias no transmisibles, se ha estimado que alrededor del ocho coma nueve por ciento de la población mayor de cuarenta años padece enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lo que la ubica entre las primeras causas de muerte en el país. A su vez, el asma incide aproximadamente en el diez coma cuatro por ciento de la población general y se calcula que una de cada ocho personas en Colombia vive con esta enfermedad, lo que se convierte en una de las afecciones respiratorias crónicas de mayor prevalencia. En el campo de las infecciones respiratorias agudas, los informes de vigilancia en salud pública han mostrado un incremento sostenido de las consultas externas y de las hospitalizaciones en salas generales y unidades de cuidado intensivo, así como una participación relevante del virus sincitial respiratorio en los cuadros graves que afectan, sobre todo, a niñas, niños y personas mayores.</p>

<p>La dimensión de esta carga se agrava por el marcado subdiagnóstico y por las barreras estructurales para el acceso a servicios especializados. Diversos estudios han mostrado que un porcentaje muy significativo de personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el país, cercano al ochenta y siete por ciento, no cuenta con diagnóstico confirmado, en gran medida por la limitada disponibilidad de pruebas como la espirometría y por la inexistencia de capacidades suficientes en el primer nivel de atención. Esta situación se ve reforzada por la fragmentación de las rutas de atención, la insuficiente oferta de programas de rehabilitación pulmonar, la persistencia de factores de riesgo como el tabaquismo y la contaminación atmosférica y las profundas desigualdades territoriales que enfrentan las poblaciones rurales, dispersas y en situación de vulnerabilidad social.</p> <p>En el caso del virus sincitial respiratorio, la situación es especialmente crítica en los extremos del curso de vida. Este agente se reconoce como una de las principales causas de infección respiratoria aguda en menores de cinco años y en personas adultas mayores, incrementa de manera sustantiva la demanda de servicios hospitalarios y se asocia con complicaciones severas, particularmente cuando coexisten diagnósticos de asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudios clínicos han puesto de presente que una alta proporción de las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda baja en adultos carece de identificación etiológica precisa, lo que sugiere un subregistro del virus sincitial respiratorio y, en consecuencia, un manejo subóptimo de su verdadera carga epidemiológica.</p> <p>El peso económico de este conjunto de patologías es igualmente considerable. Solo la atención de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica se ha estimado en más de ochocientos cincuenta mil millones de pesos anuales en costos directos para el sistema de salud, cifra que no incorpora de manera plena los gastos de bolsillo de los hogares, la pérdida de productividad laboral ni los costos asociados a discapacidad y muerte prematura. Si se proyecta este impacto al conjunto de enfermedades respiratorias crónicas e infecciosas, resulta evidente que el abordaje fragmentado, tardío y fundamentalmente reactivo termina siendo más costoso e ineficiente que un enfoque preventivo, oportuno e integral que actúe sobre los determinantes sociales, ambientales y clínicos de la salud respiratoria.</p> <p>A la luz de este panorama, se justifica que el legislador reconozca expresamente a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y a las demás enfermedades respiratorias como un problema de salud pública prioritario y que lo haga mediante un plan nacional con fuerza de ley, articulado con el Plan Decenal de Salud Pública, con las políticas de control del tabaquismo y con los instrumentos de gestión de la calidad del aire. El proyecto de ley bajo estudio no se limita a enunciar propósitos generales; propone un marco programático para la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno, la rehabilitación y los cuidados paliativos, fortalece la capacidad resolutoria de la atención primaria en salud, orienta el uso racional y costo efectivo de las tecnologías, incluidos desarrollos innovadores de apoyo diagnóstico, y ordena la acción coordinada de las entidades territoriales y del nivel nacional. De esta manera, la iniciativa busca transformar una respuesta hoy dispersa y reactiva en una política pública coherente y de largo plazo, alineada con el mandato constitucional de garantía progresiva del derecho fundamental a la salud y con el deber del Estado de reducir las desigualdades evitables en materia de enfermedad y muerte por causas respiratorias.</p>	<p style="text-align: center;">V. Conceptos de la Entidades</p> <p>Concepto del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible</p> <p>El Ministerio considera que no es necesario que emita un concepto técnico sobre el Proyecto de Ley, dado que el Proyecto de Ley trata sobre un plan de atención integral para enfermedades, el Ministerio determina que el asunto es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social. Por esta razón, remite la solicitud de concepto a esa cartera.</p> <p>Concepto de la Comisión de Regulación de Comunicaciones</p> <p>La postura principal de la Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC) respecto al Proyecto de Ley 073 de 2025 Senado es que el artículo 8 del proyecto es redundante, innecesario y puede generar una duplicidad normativa, ya que reproduce una competencia que la CRC actualmente ya ejerce. En lugar de eliminar el artículo, la CRC propone una redacción alternativa para reconocer su competencia actual y aclarar el procedimiento. El texto sugerido es:</p> <p><i>“ARTÍCULO 8. Fomento a la difusión de mensajes en salud respiratoria. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá promover la emisión de mensajes de prevención sobre enfermedades respiratorias, como la EPOC, el asma, el virus sincitial respiratorio (VSR) y otras patologías, dirigidos especialmente a pacientes con enfermedades respiratorias no controladas, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, reducir complicaciones y evitar sobrecostos al sistema de salud. Estos mensajes podrán difundirse en televisión abierta mediante la solicitud de autorización de Espacios Institucionales a la Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC)”.</i></p> <p>Concepto del Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>A la fecha el Ministerio de Salud y Protección Social no ha presentado concepto, solicitado para el primero de septiembre de 2025.</p> <p style="text-align: center;">VI. Consideraciones del Ponente</p> <p>Las enfermedades respiratorias constituyen hoy uno de los núcleos más críticos de carga de enfermedad en Colombia, tanto por su impacto en la morbilidad y la mortalidad como por las afectaciones que generan sobre los hogares y sobre el sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Federación Médica Colombiana, 2022). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC, el asma, las infecciones respiratorias agudas y otras patologías crónicas y agudas se expresan de forma persistente en las estadísticas de consultas,</p>
<p>hospitalizaciones y muertes evitables, y concentran una proporción relevante de los recursos del sistema, tal como lo recoge la exposición de motivos del Proyecto de Ley 073 de 2025 Senado (Congreso de la República de Colombia, 2025). El estudio de Prevalencia de la EPOC en Colombia PREPOCOL mostró que aproximadamente el 8,9 por ciento de las personas mayores de cuarenta años en Colombia padecen EPOC, lo que equivale a nueve de cada cien personas en este grupo etario (Mesa, 2015; Cobos et al., 2021; Arcos Cerón, 2022). A su vez, el Ministerio de Salud y Protección Social ha señalado que cerca de una de cada ocho personas en el país vive con asma, lo que confirma que se trata de una de las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes y de mayor peso en la mortalidad nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; Federación Médica Colombiana, 2022). A ello se suma la elevada contribución del virus sincitial respiratorio y de otras infecciones respiratorias agudas a los cuadros graves en niñas, niños, personas mayores y personas con comorbilidades respiratorias, que se traducen en una demanda importante de camas hospitalarias y de cuidados intensivos, de acuerdo con los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud sobre prevención y control de enfermedades respiratorias crónicas y con el propio Plan Decenal de Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).</p> <p>Este panorama se agrava por dos rasgos estructurales ampliamente descritos en la literatura nacional sobre EPOC y otras enfermedades respiratorias crónicas (Mesa, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.). De un lado, el subdiagnóstico masivo: se ha documentado que una proporción alta de personas con EPOC no cuenta con diagnóstico confirmado, debido en buena medida a la limitada disponibilidad y uso de la espirometría y a las restricciones de capacidad resolutoria en el primer nivel de atención, lo que retrasa el inicio oportuno del tratamiento y favorece la progresión de la enfermedad (Cobos et al., 2021; Arcos Cerón, 2022). De otro lado, la concurrencia de determinantes sociales, ambientales y laborales que exceden el ámbito clínico individual. El tabaquismo activo y pasivo, la exposición al humo de biomasa en los hogares, la contaminación atmosférica urbana, la presencia de material particulado y otros contaminantes industriales, así como las condiciones de trabajo en sectores de alto riesgo respiratorio, han sido identificados como factores de riesgo centrales para la EPOC y otras enfermedades respiratorias, y se combinan con las desigualdades territoriales para concentrar la carga de enfermedad en poblaciones rurales, dispersas, trabajadoras y en situación de vulnerabilidad social (Mesa, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.).</p> <p>Desde el punto de vista constitucional y legal, este diagnóstico no admite respuestas marginales. La Constitución Política de Colombia reconoce el derecho a la vida, a la seguridad social, a la salud y a un ambiente sano, e impone al Estado deberes de prevención, de diagnóstico oportuno, de tratamiento integral y de control de los factores de riesgo asociados a las enfermedades que amenazan estos bienes jurídicos (Constitución Política de Colombia, 1991). La Ley Estatutaria 1751 de 2015 desarrolla estos mandatos al regular el derecho fundamental a la salud como un derecho autónomo y al exigir que su garantía se materialice bajo criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, con enfoques de integralidad, continuidad, oportunidad y progresividad (Congreso de la República de Colombia, 2015; Ramírez, 2016). El proyecto de ley bajo estudio no pretende crear un régimen paralelo al ya existente, sino organizar y concretar estas obligaciones mediante un Plan Nacional específico para la EPOC y otras enfermedades respiratorias,</p>	<p>articulado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el Plan Decenal de Salud Pública y con las rutas integrales de atención en salud, de forma tal que los mandatos constitucionales y legales se traduzcan en acciones verificables y evaluables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Morales, 2022; Congreso de la República de Colombia, 2025).</p> <p>En este contexto, las modificaciones introducidas en el Título I del proyecto buscan reforzar el carácter garantista, intersectorial y territorial de la iniciativa, sin alterar su espíritu original, tal como se desprende de la exposición de motivos y del articulado radicado (Congreso de la República de Colombia, 2025). La nueva formulación del artículo primero, al reconocer y declarar expresamente a la EPOC y a las demás enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles como problema de salud pública prioritario de interés nacional, confiere un mandato más claro al Estado y al sector salud y sitúa la política en el plano de las prioridades estratégicas del país, en coherencia con el tratamiento que el Plan Decenal de Salud Pública otorga a las enfermedades crónicas y a las enfermedades transmisibles de alta carga (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Morales, 2022). La actualización del catálogo de principios incorpora la vida digna, la universalidad, la integralidad, la equidad territorial, el enfoque diferencial, la sostenibilidad ambiental y la participación social, alineando el texto con los principios y elementos estructurales de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y con el enfoque preventivo y territorial del Plan Decenal (Congreso de la República de Colombia, 2015; Ramírez, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). A su vez, el ajuste del ámbito de aplicación precisa los actores institucionales llamados a intervenir, refuerza la naturaleza vinculante e intersectorial de la política y subraya la necesidad de coordinación entre salud, ambiente, trabajo y educación, así como entre la Nación y los entes territoriales, de acuerdo con los lineamientos vigentes de política pública en salud y con la organización del sistema de protección social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Congreso de la República de Colombia, 2025).</p> <p>Las modificaciones al Título II apuntan a dotar al Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias de una estructura más robusta y coherente con los instrumentos de planeación sectorial existentes. La utilización de la fórmula de creación del Plan como instrumento de política pública, la fijación de un plazo máximo de dos años para su formulación e implementación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la exigencia de metas, indicadores, responsables e instancias de evaluación, permiten pasar de una declaración programática a un compromiso estatal con tiempos y responsabilidades definidos, en armonía con las exigencias de planeación y seguimiento que rigen la política pública en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Morales, 2022). La inclusión explícita de la enfermedad neumocócica dentro del objetivo general refleja la alta carga y mortalidad asociada a esta patología, en especial en la primera infancia, documentada por el Ministerio de Salud y por la literatura científica, y evita que el Plan se concentre únicamente en la vacunación, manteniendo abiertas otras estrategias de prevención y control (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Los nuevos artículos sobre prevención de riesgos laborales respiratorios, planificación territorial diferenciada y preparación ante emergencias respiratorias responden a tres vacíos identificados en el debate técnico: la necesidad de intervenir los factores de riesgo en el trabajo, de ajustar las acciones a la realidad epidemiológica y ambiental de cada territorio y de incorporar protocolos de vigilancia, preparación y respuesta rápida frente a brotes virales,</p>

episodios críticos de contaminación del aire y otros eventos extraordinarios que afectan la salud respiratoria, tal como recomiendan los lineamientos nacionales sobre enfermedades respiratorias crónicas y los desarrollos recientes del Plan Decenal de Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El componente pedagógico y comunicacional, desarrollado en el Título III, también se fortalece con las modificaciones propuestas. La precisión de la competencia del Ministerio de Salud y Protección Social para liderar la emisión de mensajes de prevención en medios masivos, en coordinación con la Comisión de Regulación de Comunicaciones a través de los espacios institucionales previstos en la regulación de comunicaciones, permite aprovechar capacidades existentes sin incurrir en duplicidades normativas, de conformidad con el concepto técnico remitido por la Comisión de Regulación de Comunicaciones al trámite del proyecto (Comisión de Regulación de Comunicaciones, s. f.; Congreso de la República de Colombia, 2025). La incorporación de un mandato de innovación y actualización tecnológica, que incluye tecnologías diagnósticas avanzadas, telemedicina y dispositivos de monitoreo remoto con énfasis en zonas rurales, es coherente con el objetivo de cerrar brechas territoriales en diagnóstico y seguimiento formulado en la política pública de salud, y aprovecha herramientas ya reconocidas por la regulación sectorial sobre telemedicina y tecnologías en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Las estrategias de sensibilización y educación, con mensajes diferenciados y participación activa de pacientes y organizaciones sociales, se mantienen como un eje central para avanzar hacia una ciudadanía mejor informada y corresponsable en el cuidado de la salud respiratoria, en línea con los enfoques de participación social y de empoderamiento comunitario promovidos por el Plan Decenal de Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022; Morales, 2022).

En síntesis, los ponentes consideramos que el proyecto de ley, con las modificaciones aquí propuestas, ofrece una respuesta normativa proporcionada y consistente con la magnitud del problema respiratorio en Colombia. La iniciativa respeta íntegramente el espíritu de la exposición de motivos original, no altera la arquitectura del sistema de salud ni introduce restricciones al goce efectivo del derecho fundamental a la salud; por el contrario, organiza y fortalece la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos en enfermedades respiratorias, incorpora la gestión de los determinantes sociales, ambientales y laborales, y refuerza la articulación entre la Nación y los territorios, en consonancia con los parámetros trazados por la Constitución Política, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el Plan Decenal de Salud Pública (Constitución Política de Colombia, 1991; Congreso de la República de Colombia, 2015; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Por estas razones, y atendiendo al deber constitucional de garantizar la vida, la salud y un ambiente sano, los ponentes recomendamos a la Honorable Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado aprobar en primer debate el Proyecto de Ley 073 de 2025, con el pliego de modificaciones que acompaña esta ponencia (Congreso de la República de Colombia, 2025).

VII. Pliego de modificación

Texto radicado	Texto propuesto para primer debate	Justificación
"Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias"	"Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias"	
TÍTULO I: OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	TÍTULO I. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	Se mantiene igual
ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica – EPOC y las enfermedades respiratorias como un problema de salud pública prioritario. En este contexto, se establecen las directrices y objetivos para la formulación de un Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, que contemple estrategias integrales de programas de educación y sensibilización sobre la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y paliación de las enfermedades respiratorias, así como la mejora de los factores ambientales y de riesgo. Todo ello con el fin de garantizar el bienestar, la calidad de vida y la salud de los colombianos.	Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto reconocer y declarar a la EPOC y demás enfermedades respiratorias, transmisibles y no transmisibles, como un problema de salud pública prioritario de interés nacional. En tal sentido, dispone la formulación e implementación del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, que contemple estrategias integrales de educación, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así como intervenciones sobre los determinantes ambientales, laborales y sociales de la salud respiratoria.	Se propone una nueva redacción con el mismo espíritu. Se sustituye el verbo “establecer” por “reconocer y declarar” para conferir efecto declarativo y de priorización. Se amplía la cobertura conceptual y se armoniza con la Ley 1751 de 2015 (art. 6 y 9). Se integra al lenguaje técnico-sanitario de la OMS y OPS.

ARTÍCULO 2. Principios. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida una vida digna, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente, dentro de un contexto integral que promueva una vida saludable y un ambiente digno para todos los ciudadanos.	Artículo 2. Principios. La interpretación y aplicación de esta ley se rige por los principios de vida digna, universalidad, integralidad, equidad territorial, enfoque diferencial, sostenibilidad ambiental y participación social. Las autoridades sanitarias deberán garantizar acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en salud respiratoria, con enfoque de derechos y territorial.	Se propone una nueva redacción con el mismo objetivo. Se actualizan los principios conforme a la Ley 1751 de 2015 y al Plan Decenal 2022–2031. Introduce equidad territorial y sostenibilidad ambiental para reflejar el impacto geográfico de la EPOC y otras enfermedades respiratorias.
ARTÍCULO 3. Ámbito de aplicación. La presente ley aplica en todo el territorio nacional y abarca todas las entidades públicas y privadas competentes en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades respiratorias. Esto incluye, de manera enunciativa pero no limitativa, a las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (hospitales, clínicas, centros de atención primaria, empresas promotoras de salud), así como organismos gubernamentales encargados de la política pública en salud, educación y medio ambiente y trabajo	Artículo 3. Ámbito de aplicación. Esta ley aplica en todo el territorio nacional y vincula a todas las entidades públicas y privadas que intervienen en la atención y prevención de enfermedades respiratorias, incluyendo al Ministerio de Salud y Protección Social, entes territoriales de salud, EPS, IPS, EPSI, organismos de educación, ambiente y trabajo. Se orientarán los programas de promoción y prevención respiratoria, garantizando coordinación interinstitucional, articulación territorial y uso eficiente de los recursos.	Se propone una nueva redacción que haga más claro y más sintético el ámbito de aplicación. Se refuerza el carácter vinculante e intersectorial conforme a los artículos 49 C.P. y 12 Ley 1751 de 2015. Se alinea con el Decreto 780 de 2016 en materia de responsabilidad compartida.

y, así como autoridades locales (secretarías de salud, alcaldías y gobernaciones). Asimismo, orientará los programas y políticas dirigidos a la promoción de la salud respiratoria y la prevención de esta, la capacitación y sensibilización de la población sobre las enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles, y la gestión de los factores de riesgo ambientales, asegurando la asignación de recursos, la educación y concienciación de la ciudadanía y la coordinación interinstitucional (del orden nacional, territorial y municipal). Este enfoque integral y sistémico requerirá la colaboración activa de todos los sectores a nivel nacional, territorial y municipal, promoviendo la asignación adecuada de recursos, la educación y concienciación de la ciudadanía, y la coordinación interinstitucional en los diferentes niveles de gobierno.		
PARÁGRAFO. Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana residente en el territorio nacional y, en particular, a aquella ubicada en zonas con mayor exposición a factores de riesgo.		

<p>TÍTULO II: PAUTAS DEL PLAN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</p>	<p>TÍTULO II. PAUTAS DEL PLAN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</p>		<p>objetivos, metas a corto, mediano y largo plazo, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación, con el propósito de mejorar la salud respiratoria de la población, prevenir las enfermedades respiratorias, y garantizar el bienestar de los pacientes, familiares y cuidadores. Asimismo, deberá articularse con los instrumentos vigentes de política pública en salud, como el Plan Decenal de Salud Pública.</p>	<p>deberá estar alineado con la Política Nacional de Promoción y Prevención y con la priorización de la atención primaria en salud a través de los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS o la instancia que haga sus veces en el marco del Sistema de Salud.</p>	
<p>ARTÍCULO 4. Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. El Plan Nacional de Manejo de Enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de las enfermedades Respiratorias, a través de un proceso amplio de participación social, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, el cual incluirá medidas y estrategias desde un enfoque holístico y metas a corto, mediano y largo plazo orientadas a mejorar la salud y prevenir las enfermedades respiratorias, el bienestar de los pacientes, familiares y cuidadores; y a evaluar el impacto del Plan en la implementación de instrumentos como el Plan Decenal de Salud Pública y en el gasto en salud. Este Plan deberá establecer acciones concretas, responsables interinstitucionales y mecanismos para evaluar sus avances y su actualización periódica. El Plan deberá definir</p>	<p>Artículo 4. Creación del Plan Nacional. Créase el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, como instrumento de política pública articulado con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, la Política de Aire Limpio y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Su formulación e implementación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social dentro de un plazo máximo de dos (2) años contados desde la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>Este Plan deberá establecer acciones concretas, responsables interinstitucionales y mecanismos para evaluar sus avances y su actualización periódica.</p> <p>PARÁGRAFO. El Plan Nacional de Manejo de Enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias</p>	<p>Se ajusta y sintetiza la redacción. Se adecua a la técnica legislativa: se otorga mandato imperativo ("Créase") y se establece plazo concreto para implementación, siguiendo lineamientos de la Ley 819 de 2003 (planeación fiscal) y del Decreto 1082 de 2015 (gestión pública).</p> <p>Se eliminan duplicidades en el articulado y se especifica el plazo máximo para que el Ministerio de Salud y Protección Social, actúe en relación al Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades respiratorias.</p>	<p>PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará el Plan Nacional de Enfermedades Respiratorias en un plazo no mayor a un año dos años (2) contado a partir de la expedición de la presente ley.</p>	<p>PARÁGRAFO 2. El Plan Nacional de Manejo de Enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias deberá estar alineado con la Política Nacional de Promoción y Prevención y con la priorización de la atención primaria en salud a través de los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS o la instancia que haga sus veces en el marco del Sistema de Salud.</p>	
<p>ARTÍCULO 5. Objetivo general del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. Priorizar en la agenda de pública de salud las enfermedades respiratorias transmisibles como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), entre ellas la Influenza AH1N1, Parainfluenza, Influenza A estacional, Influenza B, virus sincitial respiratorio y los adenovirus; y enfermedades no transmisibles como el Asma, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la Bronquitis crónica, Fibrosis Pulmonar, el Síndrome de Apnea del sueño, entre otras; y movilizar los recursos estatales para desarrollar estrategias y acciones orientadas a la detección temprana, la atención en salud efectiva e integral incluyendo estrategias de prevención como la vacunación a esta población de acuerdo con recomendaciones y guías de práctica clínica, así como la inclusión y participación social de los pacientes diagnosticados con alguna de estas enfermedades en Colombia.</p>	<p>ARTÍCULO 5. Objetivo general del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. Priorizar en la agenda de pública de salud las enfermedades respiratorias transmisibles como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), entre ellas la Influenza AH1N1, Parainfluenza, Influenza A estacional, Influenza B, virus sincitial respiratorio y los adenovirus; y enfermedades no transmisibles como el Asma, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la Bronquitis crónica, Fibrosis Pulmonar, el Síndrome de Apnea del sueño, enfermedad neumocócica entre otras; y movilizar los recursos estatales para desarrollar estrategias y acciones orientadas a la detección temprana, la atención en salud efectiva e integral incluyendo estrategias de prevención como la vacunación a esta población de acuerdo con recomendaciones y guías de práctica clínica, así como la inclusión y participación social de los pacientes diagnosticados con alguna de estas enfermedades en Colombia.</p>	<p>Se agrega la neumonía debido a la carga de la enfermedad y la mortalidad asociada, especialmente mortalidad significativa en niños menores de 5 años. Así mismo, se mantienen abiertas las estrategias de prevención y no se limitan únicamente a la vacunación.</p>	<p>ARTÍCULO 6. Objetivos específicos del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formular e implementar acciones para la prevención y detección temprana de enfermedades respiratorias, entre ellas, campañas de autocuidado que mejoren la calidad de vida y la salud respiratoria de las personas y sus familias. 2. Fortalecer el talento humano para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y paliación de pacientes con enfermedades respiratorias. 3. Mejorar el acceso al diagnóstico y tecnologías en salud, de manera continua, para el tratamiento de enfermedades respiratorias, contemplando el apoyo de herramientas como Inteligencia Artificial (IA). 4. Robustecer el levantamiento de data actualizada y especializada de la EPOC y otras enfermedades respiratorias, e incluir indicadores de medición tales como: exacerbaciones, hospitalizaciones y mortalidad evitable. 5. Avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 relacionadas con enfermedades respiratorias. 6. Establecer metas e 	<p>ARTÍCULO 6. Objetivos específicos del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. Serán objetivos del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formular e implementar acciones para la prevención y detección temprana de enfermedades respiratorias, entre ellas, campañas de autocuidado que mejoren la calidad de vida y la salud respiratoria de las personas y sus familias. 2. Fortalecer el talento humano para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y paliación de pacientes con enfermedades respiratorias. 3. Mejorar el acceso al diagnóstico y tecnologías en salud, de manera continua, para la prevención, el tratamiento de enfermedades respiratorias, contemplando el apoyo de herramientas como Inteligencia Artificial (IA). 4. Robustecer el levantamiento de data actualizada y especializada de la EPOC y otras enfermedades respiratorias, e incluir indicadores de medición tales como: exacerbaciones, hospitalizaciones y mortalidad evitable. 	<p>Se incorpora la prevención en los objetivos. No se puede limitar los objetivos a tratamientos, es esencial que el plan de atención incluya medidas de prevención</p>

<p>indicadores claros para la evaluación y seguimiento del Plan Nacional de Manejo de las Enfermedades Respiratorias. 7. Divulgar información sobre los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de enfermedades respiratorias. 8. Evaluar el impacto de la implementación del Plan Nacional de Manejo de las Enfermedades Respiratorias en el gasto público.</p>	<p>5. Avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 relacionadas con enfermedades respiratorias. 6. Establecer metas e indicadores claros para la evaluación y seguimiento del Plan Nacional de Manejo de las Enfermedades Respiratorias. 7. Divulgar información sobre los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de enfermedades respiratorias. 8. Evaluar el impacto de la implementación del Plan Nacional de Manejo de las Enfermedades Respiratorias en el gasto público.</p>	
<p>ARTÍCULO NUEVO</p>	<p><u>ARTÍCULO 7. Prevención de riesgos laborales respiratorios. El Ministerio del Trabajo emitirá lineamientos de vigilancia, diagnóstico temprano y prevención para trabajadores expuestos a factores de riesgo respiratorio en sectores como minería, construcción, agricultura, manufactura, hidrocarburos y otros.</u> <u>Las empresas deberán implementar programas de protección respiratoria basados en evidencia científica.</u></p>	<p>Se agrega un artículo nuevo que cubra la pretensión de prevenir las enfermedades respiratorias desde el ambiente laboral, junto con sus riesgos asociados a la actividad.</p>
<p>ARTÍCULO 7. Estrategias de sensibilización a la ciudadanía. El Gobierno Nacional promoverá el desarrollo de programas interinstitucionales de sensibilización enfocados en informar a la ciudadanía sobre, la prevención, los factores de riesgo, signos de alarma y la importancia de obtener un diagnóstico temprano en enfermedades respiratorias. Asimismo, se fomentará la adopción de estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado. PARÁGRAFO 1. Los programas de sensibilización deberán contar con mensajes diferenciados, adaptados a cada tipo de audiencia o grupo de interés (pacientes, comunidad educativa, personal de atención en salud y sociedad civil), teniendo en cuenta las necesidades específicas, el contexto de estos y el acceso prioritario de esta información a poblaciones rurales, dispersas y vulnerables. PARÁGRAFO 2. Se fomentará la participación activa de los pacientes y sus organizaciones en los espacios de discusión, diseño e implementación de estrategias en salud respiratoria, incluyendo aquellas relacionadas con los programas de</p>	<p>ARTÍCULO 10. Estrategias de sensibilización a la ciudadanía. El Gobierno Nacional promoverá el desarrollo de programas interinstitucionales de sensibilización enfocados en informar a la ciudadanía sobre, la prevención, los factores de riesgo, signos de alarma y la importancia de obtener un diagnóstico temprano en enfermedades respiratorias. Asimismo, se fomentará la adopción de estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado. PARÁGRAFO 1. Los programas de sensibilización deberán contar con mensajes diferenciados, adaptados a cada tipo de audiencia o grupo de interés (pacientes, comunidad educativa, personal de atención en salud y sociedad civil), teniendo en cuenta las necesidades específicas, el contexto de estos y el acceso prioritario de esta información a poblaciones rurales, dispersas y vulnerables. PARÁGRAFO 2. Se fomentará la participación activa de los pacientes y sus organizaciones en los espacios de discusión, diseño e implementación de estrategias en salud respiratoria, incluyendo aquellas relacionadas con</p>	<p>Se corrige la numeración</p>
<p>ARTÍCULO NUEVO</p>	<p><u>ARTÍCULO 8. Planificación territorial diferenciada. El Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias deberá incluir capítulos territoriales que definan prioridades, indicadores y acciones específicas según la situación epidemiológica, ambiental, sociocultural y laboral de cada departamento y municipio del país.</u></p>	<p>Se agrega un artículo en donde se establece que el Plan debe ser diferenciado teniendo en cuenta las situación específica de cada territorio.</p>
<p>ARTÍCULO NUEVO</p>	<p><u>Artículo 9. Preparación ante emergencias respiratorias. El Plan Nacional deberá incluir protocolos de vigilancia, preparación y respuesta ante emergencias sanitarias relacionadas con enfermedades respiratorias, incluyendo brotes virales, episodios críticos de contaminación del aire o eventos ambientales extraordinarios.</u> <u>El Instituto Nacional de Salud fortalecerá sus capacidades de vigilancia genómica y respuesta rápida.</u></p>	
<p>TÍTULO PEDAGOGÍA III:</p>	<p>TÍTULO PEDAGOGÍA III.</p>	
<p>sensibilización y educación.</p> <p>ARTÍCULO 8. Fomento a la difusión de mensajes en salud respiratoria. La Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC) podrá promover la emisión de mensajes de prevención sobre enfermedades respiratorias, como la EPOC, el asma, el virus sincitial respiratorio (VSR) y otras patologías respiratorias. Así mismo, podrá fomentar estrategias de comunicación y educación dirigidas a pacientes con enfermedades respiratorias no controladas, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, reducir complicaciones y evitar sobrecostos al sistema de salud.</p>	<p>los programas de sensibilización y educación.</p> <p>ARTÍCULO 11. Fomento a la difusión de mensajes en salud respiratoria. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá promover la emisión de mensajes de prevención sobre enfermedades respiratorias, como la EPOC, el asma, el virus sincitial respiratorio (VSR) y otras patologías, dirigidos especialmente a pacientes con enfermedades respiratorias no controladas, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, reducir complicaciones y evitar sobrecostos al sistema de salud. Estos mensajes podrán difundirse en televisión abierta mediante la solicitud de autorización de Espacios Institucionales a la Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC).</p>	<p>Se modifica el artículo de acuerdo al concepto técnico allegado por la Comisión de Regulación de Comunicaciones, en función a las competencias de cada entidad y evitando la duplicidad normativa.</p>
<p>ARTÍCULO NUEVO</p>	<p><u>ARTÍCULO 12. Innovación y actualización tecnológica. El Ministerio de Salud promoverá el uso de tecnologías diagnósticas avanzadas, telemedicina, y dispositivos de monitoreo remoto especialmente en zonas rurales.</u></p>	

ARTÍCULO 9. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su sanción y publicación en el Diario Oficial, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias y su reglamentación se dará dentro del año siguiente a su promulgación.	ARTÍCULO 13. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su sanción y publicación en el Diario Oficial, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias y su reglamentación se dará dentro del año siguiente a su promulgación.
---	--

VIII. Conflictos de interés

La Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992, establece que se configura o no el conflicto de interés, cuando:

- a) *Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*
- b) *Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión*
- c) *Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.*

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

- a) *Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de Ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusiona con los intereses de los electores.*
- b) *Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.*
- c) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.*
- d) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.*

- e) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.*
- f) *Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos.*

Se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la ley 5 de 1992 modificado por la ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales.

IX. Bibliografía

Bibliografía

Arcos Cerón, F. (2022). *Mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Colombia, 2000–2019* [Tesis de maestría, Universidad de Antioquia].

Bahamón Escobar, L. F., et al. (2024). Comportamiento de las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un hospital de referencia de Colombia. *Revista Colombiana de Neumología*.

Cobos, R. C. R., Ruiz-Jaramillo, J. F., & Ramírez, N. L. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud e intervenciones emergentes en enfermedad pulmonar obstructiva crónica: revisión de literatura. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 23(2), 27–38.

Colombia. Congreso de la República. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial 49.427.

Colombia. Congreso de la República. Senado de la República. (2025). *Proyecto de ley 073 de 2025 Senado: Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias*. Exposición de motivos.

Colombia. Instituto Nacional de Salud. (2024). *Protocolo de vigilancia en salud pública de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 09*.

Comisión de Regulación de Comunicaciones. (s. f.). *Espacios institucionales y mensajes cívicos*.

Federación Médica Colombiana. (2022, 3 de mayo). *7 de cada 10 personas que viven con asma en Colombia aún no tienen un tratamiento adecuado*.

Martínez, L. S. (2015). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Colombia: situación actual y desafíos. En *Consenso colombiano de EPOC* (pp. 7–18). Fundación Neumológica Colombiana / Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Morbi-mortalidad de las enfermedades respiratorias crónicas, Colombia 2005–2013*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Controla el asma, disfruta tu vida*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Resolución 1035 de 2022, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Lineamientos técnicos para la vigilancia y prevención de infecciones respiratorias agudas graves y virus sincitial respiratorio en Colombia*.

Morales Villamizar, A. J. (2022). Colombia cuenta con un nuevo Plan Decenal de Salud Pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 21(45), 1–6.

Osorio Castañeda, C. E. (2015). EPOC ocupacional: una revisión narrativa. *Revista Colombiana de Neumología*, 27(4), 205–214.



Pineda-Higueta, S. E., Gómez-Arias, R. D., Perea-Jaramillo, A. F., et al. (2016). Calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica atendidos en un hospital de tercer nivel en Medellín. *Iatreia*, 29(3), 227–238.

Ramírez Rincón, A. M. (2016). Implicaciones de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 sobre las decisiones judiciales en salud. *CES Derecho*, 7(2), 44–63.

X. Proposición

Con fundamento en lo anteriormente expuesto, me permito rendir informe de **PONENCIA POSITIVA** y en consecuencia se solicita a los honorables miembros de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República dar primer debate al Proyecto de Ley N° 073 de 2025 Senado, **"Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias"** de conformidad con el texto aquí propuesto.

De los honorables Congresistas,

 OMAR DE JESÚS RESTREPO Senador de la República Ponente	 NADIA BEL SCAFF Senadora de la República Ponente
---	--

XI. Texto propuesto

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No 073 DE 2025 SENADO

PROYECTO DE LEY NÚMERO 073 DE 2025 SENADO
 “Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias”

El Congreso de Colombia

DECRETA

TÍTULO I. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto reconocer y declarar a la EPOC y demás enfermedades respiratorias, transmisibles y no transmisibles, como un problema de salud pública prioritario de interés nacional. En tal sentido, dispone la formulación e implementación del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, que contemple estrategias integrales de educación, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, así como intervenciones sobre los determinantes ambientales, laborales y sociales de la salud respiratoria.

ARTÍCULO 2. Principios. La interpretación y aplicación de esta ley se rige por los principios de vida digna, universalidad, integralidad, equidad territorial, enfoque diferencial, sostenibilidad ambiental y participación social. Las autoridades sanitarias deberán garantizar acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en salud respiratoria, con enfoque de derechos y territorial.

ARTÍCULO 3. Ámbito de aplicación. Esta ley aplica en todo el territorio nacional y vincula a todas las entidades públicas y privadas que intervienen en la atención y prevención de enfermedades respiratorias, incluyendo al Ministerio de Salud y Protección Social, entes territoriales de salud, EPS, IPS, EPSI, organismos de educación, ambiente y trabajo. Se orientarán los programas de promoción y prevención respiratoria, garantizando coordinación interinstitucional, articulación territorial y uso eficiente de los recursos.

TÍTULO II. PAUTAS DEL PLAN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

- 6. Establecer metas e indicadores claros para la evaluación y seguimiento del Plan Nacional de Manejo de las Enfermedades Respiratorias.
- 7. Divulgar información sobre los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de enfermedades respiratorias.
- 8. Evaluar el impacto de la implementación del Plan Nacional de Manejo de las Enfermedades Respiratorias en el gasto público.

ARTÍCULO 7. Prevención de riesgos laborales respiratorios. El Ministerio del Trabajo emitirá lineamientos de vigilancia, diagnóstico temprano y prevención para trabajadores expuestos a factores de riesgo respiratorio en sectores como minería, construcción, agricultura, manufactura, hidrocarburos y otros.

Las empresas deberán implementar programas de protección respiratoria basados en evidencia científica.

ARTÍCULO 8. Planificación territorial diferenciada. El Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias deberá incluir capítulos territoriales que definan prioridades, indicadores y acciones específicas según la situación epidemiológica, ambiental, sociocultural y laboral de cada departamento y municipio del país.

ARTÍCULO 9. Preparación ante emergencias respiratorias. El Plan Nacional deberá incluir protocolos de vigilancia, preparación y respuesta ante emergencias sanitarias relacionadas con enfermedades respiratorias, incluyendo brotes virales, episodios críticos de contaminación del aire o eventos ambientales extraordinarios.

El Instituto Nacional de Salud fortalecerá sus capacidades de vigilancia genómica y respuesta rápida.

TÍTULO III. PEDAGOGÍA

ARTÍCULO 10. Estrategias de sensibilización a la ciudadanía. El Gobierno Nacional promoverá el desarrollo de programas interinstitucionales de sensibilización enfocados en informar a la ciudadanía sobre, la prevención, los factores de riesgo, signos de alarma y la importancia de obtener un diagnóstico temprano en enfermedades respiratorias. Asimismo, se fomentará la adopción de estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado.

PARÁGRAFO 1. Los programas de sensibilización deberán contar con mensajes diferenciados, adaptados a cada tipo de audiencia o grupo de interés (pacientes, comunidad educativa, personal de atención en salud y sociedad civil), teniendo en cuenta las necesidades específicas, el contexto de estos y el acceso prioritario de esta información a poblaciones rurales, dispersas y vulnerables.

PARÁGRAFO 2. Se fomentará la participación activa de los pacientes y sus organizaciones en los espacios de discusión, diseño e implementación de estrategias en salud respiratoria, incluyendo aquellas relacionadas con los programas de sensibilización y educación.

ARTÍCULO 4. Creación del Plan Nacional. Créase el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, como instrumento de política pública articulado con el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, la Política de Aire Limpio y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Su formulación e implementación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social dentro de un plazo máximo de dos (2) años contados desde la entrada en vigencia de la presente ley.

Este Plan deberá establecer acciones concretas, responsables interinstitucionales y mecanismos para evaluar sus avances y su actualización periódica.

PARÁGRAFO. El Plan Nacional de Manejo de Enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias deberá estar alineado con la Política Nacional de Promoción y Prevención y con la priorización de la atención primaria en salud a través de los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS o la instancia que haga sus veces en el marco del Sistema de Salud.

ARTÍCULO 5. Objetivo general del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. Priorizar en la agenda de pública de salud las enfermedades respiratorias transmisibles como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), entre ellas la Influenza AH1N1, Parainfluenza, Influenza A estacional, Influenza B, virus sincitial respiratorio y los adenovirus; y enfermedades no transmisibles como el Asma, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la Bronquitis crónica, Fibrosis Pulmonar, el Síndrome de Apnea del sueño, enfermedad neumocócica entre otras; y movilizar los recursos estatales para desarrollar estrategias y acciones orientadas a la detección temprana, la atención en salud efectiva e integral incluyendo estrategias de prevención de acuerdo con recomendaciones y guías de práctica clínica, así como la inclusión y participación social de los pacientes diagnosticados con alguna de estas enfermedades en Colombia.

ARTÍCULO 6. Objetivos específicos del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. Serán objetivos del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, los siguientes:

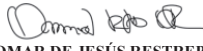

1. Formular e implementar acciones para la prevención y detección temprana de enfermedades respiratorias, entre ellas, campañas de autocuidado que mejoren la calidad de vida y la salud respiratoria de las personas y sus familias.
2. Fortalecer el talento humano para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y paliación de pacientes con enfermedades respiratorias.
3. Mejorar el acceso al diagnóstico y tecnologías en salud, de manera continua, para la prevención, el tratamiento de enfermedades respiratorias, contemplando el apoyo de herramientas como Inteligencia Artificial (IA).
4. Robustecer el levantamiento de data actualizada y especializada de la EPOC y otras enfermedades respiratorias, e incluir indicadores de medición tales como: exacerbaciones, hospitalizaciones y mortalidad evitable.
5. Avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 relacionadas con enfermedades respiratorias.

ARTÍCULO 11. Fomento a la difusión de mensajes en salud respiratoria. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá promover la emisión de mensajes de prevención sobre enfermedades respiratorias, como la EPOC, el asma, el virus sincitial respiratorio (VSR) y otras patologías, dirigidos especialmente a pacientes con enfermedades respiratorias no controladas, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, reducir complicaciones y evitar sobrecostos al sistema de salud. Estos mensajes podrán difundirse en televisión abierta mediante la solicitud de autorización de Espacios Institucionales a la Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC).

ARTÍCULO 12. Innovación y actualización tecnológica. El Ministerio de Salud promoverá el uso de tecnologías diagnósticas avanzadas, telemedicina, y dispositivos de monitoreo remoto especialmente en zonas rurales.

ARTÍCULO 13. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su sanción y publicación en el Diario Oficial, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias y su reglamentación se dará dentro del año siguiente a su promulgación.

De los honorables congresistas,

 OMAR DE JESÚS RESTREPO Senador de la República Ponente	 NADIA BLEL SCAFF Senadora de la República Ponente
---	---

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., a los seis (06) días del mes de marzo del año dos mil veintiséis (2026) - En la presente fecha se autoriza la **publicación en Gaceta del Congreso de la República**, Informe de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 073 DE 2025 SENADO

TÍTULO: "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA EPOC Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS"

INICIATIVA H.S. PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, FABIÁN DÍAZ PLATA, FERNEY SILVA IDROBO, OMAR RESTREPO CORREA, MARTHA PERALTA EPIEYÚ, NADIA BLEL SCAFF.

RADICADO: EN SENADO: 30-07-2025 EN COMISIÓN: 14-08-2025 EN CÁMARA: X-X-202X

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CÁMARA	PONENCIA 2º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA
09 Art 1394/2025								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
OMAR DE JESUS RESTREPO CORREA	PONENTE	PARTIDO COMUNES
NADIA BLEL SCAFF	PONENTE	PARTIDO CONSERVADOR

NÚMERO DE FOLIOS: TREINTA Y DOS (32)
RECIBIDO EL DÍA: 26 DE NOVIEMBRE DE 2025
HORA: 15:48

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

El secretario,

Praxere José Ospino Rey
PRAXERE JOSÉ OSPINO REY
 Secretario General Comisión Séptima

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA SEGUNDO DEBATE EN SENADO DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 305 DE 2025 SENADO

por medio de la cual se establecen las condiciones para la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial y se dictan otras disposiciones.

<p>Bogotá D.C., 27 de marzo de 2026</p> <p>Honorable Senador JAIRO ALBERTO CASTELLANOS Presidente Comisión Tercera Constitucional Permanente Senado de la República Ciudad</p> <p>Referencia: Informe de ponencia para segundo debate en Senado del Proyecto de ley 305 de 2025 Senado "Por medio de la cual se establecen las condiciones para la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Reciba un cordial saludo,</p> <p>De conformidad y en cumplimiento de las disposiciones establecidas en el artículo 150, 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992 y en cumplimiento de la designación realizada por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Tercera del Senado de la República, en mi condición de ponente de esta iniciativa legislativa y en atención a las disposiciones establecidas, presento informe de ponencia positiva para segundo debate del Proyecto de Ley N° 305 de 2025 Senado "Por medio de la cual se establecen las condiciones para la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial y se dictan otras disposiciones"</p> <p>Cordialmente,</p> <p style="text-align: center;"><i>Efraín Cepeda Sarabia</i> EFRAÍN CEPEDA SARABIA Senador de la República</p>	<p style="text-align: center;">INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN SENADO AL PROYECTO DE LEY N°305 de 2025 Senado "Por medio de la cual se establecen las condiciones para la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial y se dictan otras disposiciones"</p> <p>El presente informe está dividido en 8 secciones subsiguientes al contenido, que se detallan de manera enumerada a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trámite de la iniciativa 2. Objeto y contenido del Proyecto de Ley 3. Justificación <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Ampliación de las fuentes de recursos del Fondo de modernización, descongestión y bienestar de la administración de justicia 3.2 Destinación de los recursos del fondo de modernización, descongestión y bienestar de la administración de justicia 4. Marco Jurídico <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Definición de Fondos Especiales 4.2 Fondo para la Modernización, Descongestión y Bienestar de la Administración de Justicia 4.3 Recursos que conforman el Fondo de Modernización 4.4 Trámite como ley ordinaria 4.5 Naturaleza jurídica de la prescripción para los depósitos en custodia en condición especial 4.6 Garantías del debido proceso y de publicidad 4.7 Inexistencia de expropiación o confiscación 5. Pliego de modificaciones 6. Impacto Fiscal 7. Conflicto de Intereses 8. Proposición 9. Texto propuesto para primer debate del Proyecto de ley N°305 de 2025 Senado "Por medio de la cual se establecen las condiciones para la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial y se dictan otras disposiciones" <p>1. Trámite de la iniciativa</p> <p>El proyecto de ley 305 de 2025 Senado "por medio de la cual se establecen las condiciones para la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial y se dictan otras disposiciones" fue radicado el 21 de octubre de 2025, es de autoría del Presidente del Consejo Superior de la Judicatura, Dr. Jorge Enrique Vallejo Jaramillo y de los senadores Efraín</p>
---	---

Cepeda Sarabia, Jairo Alberto Castellanos Serrano, Juan Pablo Gallo Maya y Juan Carlos García.

El día 25 de marzo de 2025, este proyecto de ley surtió su primer debate en la Comisión III Constitucional Permanente del Senado de la República, siendo aprobado de manera unánime con una modificación al artículo 1 propuesta por la Senadora Ana Carolina Espitia en el sentido de aumentar de 10 a 15 años el término de prescripción: *“por un periodo igual o superior a quince (15) años, y respecto de los cuales no se haya recibido solicitud de verificación, cancelación, cambio de beneficiario o de titular, inspección o retiro por parte del beneficiario o titular del depósito en custodia ante el depositario.*

Parágrafo 1o. El término de quince (15) años para la prescripción se contará a partir de la fecha de la última comunicación remitida al Banco de la Republica (...)”

2. Objeto y contenido del Proyecto de Ley

La iniciativa tiene por objeto establecer las condiciones para la prescripción de los bienes muebles entregados en depósito y custodia al Banco de la República y demás entidades públicas, que no hayan sido reclamados hasta la fecha de promulgación de la presente ley. Para el efecto, se propone la adición al artículo 5A de la Ley 1743 de 2014 el cual modifica la ley 270 de 1996 en su artículo 192.

La iniciativa legislativa cuenta con tres (3) artículos, a saber:

Artículo	Contenido
I	Adiciona el artículo 5A a la Ley 1743 de 2014 para definir los depósitos en custodia en condición especial y su prescripción a favor del Consejo Superior de la Judicatura y el fondo para la modernización, descongestión y bienestar de la administración de justicia. Además, se define que el Consejo Superior de la Judicatura reglamentará el procedimiento aplicable a la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial
II	Excluye de la definición los bienes asociados al marco normativo de paz y los vinculados a actuaciones de la DIAN por régimen cambiario.
III	Dispone la vigencia a partir de la promulgación y deroga normas contrarias.

3. Justificación

El presente proyecto de ley se sustenta en lo establecido en el artículo 150 de la Constitución Política, en el cual se concede competencia al Congreso de la República para hacer las leyes y, por medio de ellas, ejercer funciones como la de interpretar, derogar y reformar las leyes.

aquellos bienes que cumplan las precitadas características, **teniendo como referencia lo dispuesto para el término de prescripción adquisitiva extraordinaria, establecido en el artículo 2532 del Código Civil, modificado por el artículo 6 de la Ley 791 de 2002**, sin desconocer los derechos de quien pueda ser el dueño o de terceros y que permita administrar y disponer, después de un tiempo considerable, aquellos bienes que tendrán como destino el presupuesto de la Rama Judicial a través del Fondo para la Modernización, Descongestión y Bienestar de la Administración de Justicia, creado por la Ley 1743 de 2014.

Por otra parte, la presente iniciativa pretende aliviar, así sea parcialmente, una grave situación presupuestal que presenta la Rama Judicial, como consecuencia del monto de presupuesto aprobado recientemente por el Congreso de la República para la vigencia 2026, toda vez que la desfinanciación de esta Rama del poder público se estima en una cifra que cercana a los \$700 mil millones de pesos, comprometiendo gravemente su funcionamiento y el pago de sentencias judiciales.

Este hecho se suma a una calamitosa y progresiva reducción presupuestal que agudiza la crisis de la justicia, afectando principalmente a los colombianos que buscan en las distintas jurisdicciones la resolución de sus conflictos judiciales.

Por esta razón, se requiere ampliar las fuentes de financiación de la Rama Judicial con el propósito de **incrementar los Recursos del Fondo de Modernización, Descongestión y Bienestar de la Administración de Justicia, con el propósito de atender el desbordado incremento de procesos en los despachos judiciales.**

3.1 Ampliación de las fuentes de recursos del Fondo de modernización, descongestión y bienestar de la administración de justicia

Los recursos que integran el Fondo de Modernización están identificados presupuestalmente como recursos 16 Sin Situación de Fondos SSF, de acuerdo a la clasificación realizada por el Ministerio de Hacienda por la fuente de financiación, y se encuentran destinados a financiar la modernización, la descongestión y el bienestar de la administración de justicia, además de contribuir en el fortalecimiento del sistema judicial, a través de proyectos de inversión.

La solicitud de inclusión de los indicados recursos en el Fondo de Modernización, implica que su naturaleza corresponde a los recursos de la Nación y de fondo especial (16), sin Situación de Fondos SSF. De esta manera, al integrar esta fuente de ingresos a la Rama Judicial, se fortalecen los procesos de planeación, ejecución, control del recaudo y del gasto de esos recursos.

En este orden de ideas, una vez que sean incorporados los recursos presupuestalmente, recaudados en las cuentas bancarias del Consejo Superior de la Judicatura y posteriormente trasladados a la libreta SCUN de la Rama Judicial en la Cuenta Única Nacional (CUN) del Ministerio de Hacienda, se garantizara que puedan ser ejecutados conforme con la Ley para la vigencia que sean presupuestados. El aforo y el control último de los recursos lo ejercerá

En este marco, resulta pertinente declarar que la organización judicial colombiana se ha caracterizado por sus múltiples cambios a lo largo de la historia. Según lo relata Carlos Ariel Sánchez en el artículo *“la administración de Justicia en Colombia, siglo XX. Desde la Constitución de 1886 hasta la Carta Política de 1991”*, en Colombia tuvo lugar la realización de, por lo menos, cinco reformas judiciales que produjeron transformaciones o supresiones de múltiples juzgados y dependencias pertenecientes a la Rama Judicial.

Esta dinámica ha impactado de manera directa la situación de los depósitos o bienes muebles que han sido entregados en custodia a diferentes entidades públicas, como es el caso del Banco de la República, entidad que en vigencia de la Constitución Política de 1886 recibió, desde 1900, bienes provenientes de procesos judiciales ante la Rama Judicial para ser depositados en custodia en sus instalaciones, tales como joyas; piedras y metales preciosos; pesos colombianos; divisas y demás, provenientes de órganos de distinta naturaleza, por ejemplo la Policía Nacional; las fuerzas militares; la Dirección Nacional de Estupefacientes; el Consejo Nacional de Estupefacientes; el Departamento Administrativo de Seguridad (D.A.S.); la Superintendencia de Control de Cambios; entre otros.

Esta situación ha derivado en una incertidumbre jurídica, en la actualidad, sobre dichos bienes en depósito en custodia, de los cuales no se tiene certeza sobre la existencia de dichos despachos judiciales o si la información sobre el expediente del respectivo proceso fue aportada al expediente de los depósitos en custodia.

Para el caso particular de los depósitos en custodia en el Banco de la República, se tiene que los hay constituidos a partir de 1900 en virtud de orden judicial, en donde figuran como beneficiarios distintos juzgados, inspecciones de policía y tribunales de justicia, respecto de los cuales no es clara su situación. Lo anterior por cuanto esos despachos ya no existen o no fueron aportados al expediente de los depósitos en custodia, la información sobre el expediente del respectivo proceso. Dichos depósitos en custodia totalizan un aproximado de 540 depósitos en custodia.

Por lo anterior y de acuerdo con las funciones constitucionales y legales asignadas al Consejo Superior de la Judicatura, esta iniciativa tiene como propósito brindar una solución a la situación jurídica de los depósitos que se encuentran en custodia en diferentes entidades públicas, entre ellas, el Banco de la República, respecto de los cuales transcurrió el término de **quince (15) años o más desde su constitución y sobre los que no se haya recibido reclamación por parte del beneficiario o titular del depósito en custodia, debidamente verificada en su legitimidad por el Banco de la República o por la entidad pública correspondiente, como tampoco, existe evidencia sobre la interposición de medidas cautelares o, en general, de cualquier instrucción u orden judicial o administrativa acerca del depósito.**

De esta manera, se propone el establecimiento de un procedimiento que permita la declaratoria de pleno derecho en favor del Consejo Superior de la Judicatura, respecto de

el Ministerio de Hacienda, a través de la Dirección General de Presupuesto y la Dirección del Tesoro Nacional.

La incorporación de estos recursos, que se estiman en más de \$25 mil millones de pesos (dado que solo en dólares americanos se contabilizan \$5,3 millones de dólares), al Fondo de Modernización contribuye, sin lugar a duda, en la inversión a mediano plazo en proyectos de tecnología, infraestructura y sistemas de información más eficientes, condición básica para agilizar los procesos judiciales, facilitar el acceso a la información y promover la transparencia en la administración de justicia, así como mejorar la gestión de los procesos judiciales.

Finalmente, es de destacar que el Ministerio de Justicia y del Derecho se beneficiará de la incorporación de estos recursos al Fondo de Modernización, en atención a lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1743 de 2014, que ordena: *“los recursos recaudados en cumplimiento de lo establecido en la presente ley se destinarán en un dos por ciento (2%) a la promoción y utilización de los Mecanismos Alternativos de Solución de Conflictos, como medida preventiva de descongestión, especialmente en lo relacionado al cumplimiento del Plan Nacional de Conciliación”*

3.2 Destinación de los recursos del fondo de modernización, descongestión y bienestar de la administración de justicia

Uno de los mayores desafíos que enfrenta el sistema de justicia es la acumulación de procesos y los tiempos de respuesta para su resolución, que eventualmente podrían generar escenarios de mora judicial. Para contrarrestar este fenómeno, se requieren medidas de descongestión para agilizar los trámites judiciales, como la creación de juzgados, la implementación de sistemas de gestión de casos eficientes, capacitación de jueces y funcionarios, entre otros, que son susceptibles de ser financiados con estos recursos.

Así mismo, el bienestar de los funcionarios y actores del sistema de justicia es fundamental para garantizar un servicio de calidad. **El traslado de estos recursos permitirá mejorar las condiciones laborales, proporcionar capacitación y formación continua, brindar apoyo psicológico, social y promover el bienestar general de quienes trabajan en la administración de justicia.**

Los ingresos del Fondo de Modernización han contribuido para financiar los siguientes proyectos de inversión:

- Adquisición, adecuación y dotación de inmuebles y/o lotes de terreno para la infraestructura propia del sector a nivel nacional.
- Construcción y dotación de infraestructura física asociada a la prestación del servicio de justicia a nivel nacional.
- Elaboración de estudios especiales y análisis estadístico para la modernización de la Rama Judicial a nivel nacional.

<ul style="list-style-type: none"> - Formación y capacitación en competencias judiciales y organizacionales a los funcionarios, de la Rama Judicial, a través de la jurisdicción ordinaria, contencioso administrativo y las jurisdicciones especiales, integradas por autoridades indígenas y jueces de paz. - Fortalecimiento de la plataforma para la gestión tecnológica nacional. - Fortalecimiento de los esquemas de apoyo de la Rama Judicial a nivel nacional. - Fortalecimiento de los mecanismos para el acceso a la información de la Rama Judicial a nivel nacional. - Implementación de estrategias para fortalecer la gestión de los despachos judiciales en la Rama Judicial a nivel nacional. - Implementación digital y litigio en línea a nivel nacional. - Implementación, mantenimiento, evaluación y mejora de los sistemas de gestión integrados de la Rama Judicial a nivel nacional. - Mejoramiento de los procesos de administración de carrera judicial a nivel nacional. - Mejoramiento y mantenimiento de la infraestructura física de la Rama Judicial a nivel nacional. - Transformación digital de la Rama Judicial a nivel nacional. <p>4. Marco Jurídico</p> <p>4.1 Definición de Fondos Especiales</p> <p>La solicitud de la Rama Judicial se sustenta legalmente en virtud de lo consagrado en el Estatuto Orgánico del Presupuesto, respecto al origen y destino de los Fondos Especiales.</p> <p>De acuerdo con el artículo 30 del Decreto 111 de 1996, por medio del cual se compilan las normas que conforman el Estatuto Orgánico de Presupuesto, “constituyen fondos especiales en el orden nacional, los ingresos definidos en la ley para la prestación de un servicio público específico, así como los pertenecientes a fondos sin personería jurídica creados por el legislador (L. 225/95, art. 27)”.</p> <p>4.2 Fondo para la Modernización, Descongestión y Bienestar de la Administración de Justicia</p> <p>En el caso de la Rama Judicial existe el Fondo de Modernización destinado a recaudar, administrar e invertir los recursos y rentas que la ley ha señalado, con la finalidad de apoyar la modernización, la descongestión y el bienestar de la Administración de Justicia y contribuir en el fortalecimiento del sistema judicial, a través de proyectos de inversión, teniendo en cuenta la siguiente normatividad:</p> <p>Artículo 192 de la Ley 270 de 1996: Creación del Fondo de Modernización.</p> <p>Artículo 21 de la Ley 1285 de 2009: Modifica el artículo 192 de la Ley 270 de 1996. “El Fondo para la Modernización, Descongestión y Bienestar de la Administración de Justicia</p>	<p>será un fondo especial administrado por el Consejo Superior de la Judicatura, o quien haga sus veces, integrado por los siguientes recursos...”</p> <p>Ley 1743 de 2014: Por medio de la cual se establecen alternativas de financiamiento para la Rama Judicial.</p> <p>Decreto 272 de 2015, Reglamentario de la Ley 1743 de 2014: Se determinan los procedimientos para el recaudo y la ejecución de los recursos que integran el Fondo de Modernización.</p> <p>Decreto 1482 de 2018: Reglamenta el Fondo de Modernización y establece que se creó como un fondo especial o fondo-cuenta, sin personería jurídica, administrado por el Consejo Superior de la Judicatura, constituido como un sistema de cuentas presupuestales, financieras y contables, cuyo objeto principal es recaudar, administrar e invertir los recursos y rentas que la ley ha precisado, con la finalidad de apoyar la modernización, la descongestión y el bienestar de la Administración de Justicia de la siguiente manera:</p> <p>“1. Modernización de la justicia: Se refiere a la incorporación de métodos, sistemas de gestión, de acceso electrónico (expediente electrónico), técnicas, estrategias, mejores prácticas, instalaciones, equipos y tecnologías de la información y las comunicaciones, que permitan facilitar y mejorar el acceso de las personas a la administración de justicia, así como incrementar los niveles de eficacia, calidad y eficiencia de la función judicial.</p> <p>2. Descongestión: Disminución de los inventarios de procesos judiciales, para llevarlos a niveles acordes con la capacidad instalada de la Rama Judicial, de tal manera que se logre un equilibrio entre la demanda y la oferta de justicia. Este objetivo incluye, además de las medidas indicadas en el literal anterior, medidas como la creación de cargos transitorios, la adopción de reformas legales, entre otras.</p> <p>3. Bienestar de la administración de justicia: Mejoras en las condiciones de vida laboral de los servidores judiciales, lo cual incluye, además de las medidas y acciones referidas en los numerales anteriores, programas para la prevención, la mitigación y el manejo del estrés laboral; programas de estímulos con el fin de motivar el desempeño eficaz y el compromiso de los servidores judiciales; condiciones físicas adecuadas de las instalaciones y los puestos de trabajo (iluminación, ventilación, higiene, ubicación, niveles de ruido y contaminación, accesibilidad, ergonomía, facilidad de transporte y desplazamientos etc.); manejo de riesgos psicosociales; recreación y deporte; entorno familiar; seguridad personal y familiar; acceso a servicios médicos, odontológicos y psicológicos; prevención y solución de conflictos laborales, y preparación para el retiro, entre otros.”</p> <p>4.3 Recursos que conforman el Fondo de Modernización</p> <p>De acuerdo con el artículo 3 de la Ley 1743 de 2014, el Fondo de Modernización está integrado por los siguientes recursos:</p>
<p>1. “(...) Los derechos, aranceles, emolumentos y costos que se causen con ocasión de las actuaciones judiciales y sus rendimientos.</p> <p>2. Los recursos provenientes del pago del Arancel Judicial.</p> <p>3. Los recursos provenientes del pago de la Contribución Especial Arbitral.</p> <p>4. El dinero recaudado por la aplicación del artículo 206 del Código General del Proceso, o norma que lo sustituya, adición y/o complemente.</p> <p>5. Los recursos provenientes de los depósitos judiciales en condición especial, de que trata el artículo 192A de la Ley 270 de 1996.</p> <p>6. Los recursos provenientes de los depósitos judiciales no reclamados, de que trata el artículo 192B de la Ley 270 de 1996.</p> <p>7. El dinero recaudado por concepto de las multas impuestas por los jueces a las partes y terceros en el marco de los procesos judiciales y arbitrales de todas las jurisdicciones.</p> <p>8. Los recursos provenientes del impuesto de remate establecido en el artículo 7o de la Ley 11 de 1987, o norma que haga sus veces.</p> <p>9. Los recursos provenientes de los acuerdos de compartición de bienes con otros Estados.</p> <p>10. Los recursos provenientes de donaciones.</p> <p>11. Los rendimientos generados sobre todos los recursos enunciados en los numerales anteriores, sin perjuicio de la destinación del 30% para el Sistema Carcelario y Penitenciario establecida en el artículo 6o de la Ley 66 de 1993.</p> <p>12. Los demás que establezca la ley (...).”</p> <p>Adicionalmente, el numeral 12 del artículo 3 de la Ley 1743 de 2014, consagra que el Fondo de Modernización podrá contar con nuevas fuentes de recursos, facilitando al legislador la facultad de incorporar recursos adicionales.</p> <p>4.4 Trámite como ley ordinaria</p> <p>El trámite legislativo requerido para la modificación propuesta debe seguir el procedimiento de ley ordinaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 150 de la Constitución Política y el capítulo VI de la Ley 5 de 1992. Esto obedece a que, en asuntos relacionados con la administración de justicia, la aplicación del régimen estatutario, comoquiera que obedece a situaciones especiales, debe interpretarse de manera restrictiva.</p> <p>Esta postura ha sido reiterada por la Corte Constitucional. En la sentencia C-713 de 2008, se precisó que ciertos aspectos vinculados a la administración de justicia pueden ser regulados mediante leyes ordinarias, señalando que no todo elemento relacionado con dicha materia requiere necesariamente una ley estatutaria. Igualmente, en la sentencia C-162 de 2003, se aclaró que el mandato constitucional que asigna al legislador la tarea de desarrollar la</p>	<p>administración de justicia mediante ley estatutaria no implica que todas las situaciones específicas deban someterse a ese trámite especial.</p> <p>Más recientemente, en la sentencia C-022 de 2021, la Corte reafirmó que la reserva de ley estatutaria tiene un carácter excepcional y debe aplicarse de forma restrictiva. En relación con el literal a) del artículo 152 se establecieron criterios para determinar si una materia está sujeta a dicha reserva: (i) que involucre un derecho fundamental, (ii) que la regulación sea integral y sistemática, (iii) que afecte directamente el núcleo esencial del derecho, (iv) que imponga límites o restricciones que interfieran con dicho núcleo, y (v) que se trate de mecanismos constitucionales indispensables para la protección del derecho.</p> <p>En consecuencia, la propuesta legislativa sobre la prescripción de depósitos en custodia en condición especial no cumple con los criterios jurisprudenciales que justificarían el trámite estatutario. Esta regulación no altera el núcleo esencial del derecho a la administración de justicia ni establece mecanismos para su protección. Por tanto, debe tramitarse como ley ordinaria, como ocurrió con el Proyecto de Ley 164 de 2014 Cámara – 125 de 2015 Senado (Ley 1743 de 2014), que fue aprobado por las Comisiones Terceras y Plenarias sin afectar la naturaleza estatutaria de la Ley 270 de 1996 ni incurrir en vicios de procedimiento.</p> <p>En cuanto a su naturaleza y titularidad, se debe indicar que la iniciativa no trata de una iniciativa de gasto ni de una fuente fiscal nueva. Así mismo, no constituye una iniciativa de carácter tributario o presupuestal, en los términos de los artículos 154 y 346 de la Constitución Política, toda vez que no crea impuestos, tasas ni contribuciones, ni modifica el presupuesto de rentas ni el de gastos y no establece una nueva fuente de financiación, por el contrario, racionaliza la incorporación de bienes en abandono que ya pertenecen materialmente al Estado. Este mecanismo conlleva la extinción del derecho de propiedad de los titulares originales y la transferencia del dominio a dicha Corporación, lo cual exige regulación legal conforme al principio de reserva establecido en el artículo 150 de la Constitución.</p> <p>En la misma línea, el artículo 30 del Decreto 111 de 1996 (Estatuto Orgánico del Presupuesto) dispone que la creación de fondos especiales y la definición de sus ingresos solo puede realizarse mediante ley. Por tanto, el Consejo Superior de la Judicatura no tiene competencia para establecer causales de adquisición originaria del dominio ni para definir nuevas fuentes presupuestales. Dicho de otra manera, el contenido del proyecto no puede ser adoptado mediante acuerdo del Consejo Superior de la Judicatura ya que implica la creación de una figura de prescripción adquisitiva extraordinaria sobre bienes muebles en custodia, en favor de la Rama Judicial, lo que refuerza la necesidad de que la materia sea regulada por ley ordinaria, siguiendo el precedente de la Ley 1743 de 2014.</p> <p>En este sentido, el Banco de la República, como entidad custodia de los bienes objeto de la regulación, ha solicitado expresamente que esta situación se regule mediante ley, con el fin de garantizar seguridad jurídica en el proceso de transferencia de titularidad a la</p>

Rama Judicial, de manera que también, se dé un ahorro en el costo de administración de custodia de dichos bienes en el Banco de la República.

4.5 Naturaleza jurídica de la prescripción para los depósitos en custodia en condición especial

La prescripción contemplada en la iniciativa legislativa no tiene carácter sancionatorio ni confiscatorio, sino que constituye un mecanismo legal de extinción de titularidad por abandono prolongado de bienes, bajo control administrativo y con plena garantía de defensa.

La figura de “prescripción de pleno derecho”, prevista en el proyecto, fue admitida por el legislador en el marco de la Ley 1743 de 2014, en la cual se regló la posibilidad de que depósitos judiciales no reclamados durante más de diez años se incorporaran al Fondo de Modernización de la Rama Judicial, siempre que se cumplieran las etapas de publicación y oportunidad de reclamo.

Por tanto, el proyecto no introduce un procedimiento nuevo ni elimina la intervención del titular potencial, sino que extiende a los depósitos en custodia del Banco de la República y de otras entidades públicas un régimen ya existente y constitucionalmente avalado.

4.6 Garantías del debido proceso y de publicidad

De acuerdo a lo reglado en el artículo 5 de la ley 1743 de 2014, antes de que opere la prescripción se exige la realización de un procedimiento administrativo garantista que incluya:

1. **Publicación única en un diario de amplia circulación nacional y en la página web oficial del Consejo Superior de la Judicatura, donde se identifiquen los depósitos en custodia susceptibles de prescripción, con la información disponible sobre su radicado, proceso y beneficiarios.**
2. **Término de 20 días hábiles para que los interesados formulen reclamaciones ante el juzgado o autoridad que conoció del proceso o ante el Consejo Superior de la Judicatura.**
3. **Verificación de legitimidad de la reclamación antes de cualquier decisión definitiva.**
4. **Resolución administrativa final mediante acto motivado, sujeto a control de legalidad y con posibilidad de recurso.**

De este modo, la prescripción no se produce sin conocimiento ni participación de los posibles titulares, sino tras agotar un procedimiento con las mismas garantías del debido proceso administrativo reconocido por la jurisprudencia constitucional. Así, el parágrafo 2º del artículo 1º del proyecto de ley señala que el Consejo Superior de la Judicatura reglamentará el procedimiento aplicable, dentro del cual se incluirá el término prudencial en el que se podrán presentar las reclamaciones pertinentes.

4.7 Inexistencia de expropiación o confiscación

El efecto jurídico generado por la prescripción no equivale a una expropiación, toda vez que:

- **No hay traslado forzoso de propiedad privada con indemnización, sino declaratoria legal de extinción del derecho frente a bienes muebles en abandono prolongado, respecto de los cuales no existe reclamación ni actividad del titular.**
- El bien no es objeto de apropiación por un tercero privado, sino que se integra al patrimonio público de la Nación – Rama Judicial, con destinación específica al fortalecimiento del sistema judicial.

Por tanto, este proyecto de ley no elimina ni desconoce el derecho de propiedad, lo cede legítimamente ante el interés general y la función social de la propiedad, conforme al artículo 58 de la Constitución Política, en procura de un equilibrio constitucional que tiene como propósitos:

- La protección de derechos patrimoniales potenciales, mediante un procedimiento garantista y transparente; y
- El interés público superior de administrar eficientemente bienes en abandono, en cumplimiento de los principios de moralidad, economía, eficacia y publicidad del artículo 209 de la Constitución.

El Estado no actúa como propietario inmediato, sino como administrador temporal, y solo adquiere titularidad una vez verificado el cumplimiento de los requisitos legales de prescripción y vencidos los plazos de reclamación.

Así, la medida no vulnera derechos fundamentales, sino que concretiza la función social de la propiedad y la obligación estatal de proteger el patrimonio público.

5. Pliego de modificaciones

Texto definitivo primer debate del Senado de la República, Proyecto de ley 305 de 2025 Senado	Texto propuesto segundo debate del Senado de la República, Proyecto de ley 305 de 2025 Senado	Justificación
Artículo 1º. Adiciónese el artículo 5A de la Ley 1743 de 2014, el cual quedará así:	Artículo 1º. Adiciónese el artículo 5A de la Ley 1743 de 2014, el cual quedará así:	

Artículo 5A. Adiciónese el artículo 192D de la Ley 270 de 1996, el cual quedará así:	Artículo 5A. Adiciónese el artículo 192D de la Ley 270 de 1996, el cual quedará así:
Artículo 192D. Depósitos en custodia en condición especial. Se consideran depósitos en custodia en condición especial, aquellos bienes muebles que se encuentran depositados en custodia en el Banco de la República o en cualquier otra entidad pública, por un periodo igual o superior a quince (15) años, y respecto de los cuales no se haya recibido solicitud de verificación, cancelación, cambio de beneficiario o de titular, inspección o retiro por parte del beneficiario o titular del depósito en custodia ante el depositario.	Artículo 192D. Depósitos en custodia en condición especial. Se consideran depósitos en custodia en condición especial, aquellos bienes muebles que se encuentran depositados en custodia en el Banco de la República o en cualquier otra entidad pública, por un periodo igual o superior a quince (15) años, y respecto de los cuales no se haya recibido solicitud de verificación, cancelación, cambio de beneficiario o de titular, inspección o retiro por parte del beneficiario o titular del depósito en custodia ante el depositario.
Parágrafo 1o. El término de quince (15) años para la prescripción se contará a partir de la fecha de la última comunicación remitida al Banco de la República o entidad pública correspondiente por el beneficiario o titular del depósito, depositante, despacho judicial, o en su defecto, a partir de la fecha de constitución del depósito en custodia. Los depósitos en custodia en condición especial prescribirán de pleno derecho a favor del Consejo Superior de la Judicatura – Dirección Ejecutiva de	Parágrafo 1o. El término de quince (15) años para la prescripción se contará a partir de la fecha de la última comunicación remitida al Banco de la República o entidad pública correspondiente por el beneficiario o titular del depósito, depositante, despacho judicial, o en su defecto, a partir de la fecha de constitución del depósito en custodia. Los depósitos en custodia en condición especial prescribirán de pleno derecho a favor del Consejo Superior de la Judicatura – Dirección Ejecutiva de

Administración Judicial, y se incorporarán al Fondo para la Modernización, Descongestión y Bienestar de la Administración de Justicia.	Administración Judicial, y se incorporarán al Fondo para la Modernización, Descongestión y Bienestar de la Administración de Justicia.	
Parágrafo 2o. El Consejo Superior de la Judicatura reglamentará el procedimiento aplicable a la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial, así como su conversión e incorporación al presupuesto de la Rama Judicial.	Parágrafo 2o. El Consejo Superior de la Judicatura reglamentará el procedimiento aplicable a la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial, así como su conversión e incorporación al presupuesto de la Rama Judicial. <u>En todo caso, el Consejo Superior de la Judicatura, deberá publicar por una sola vez en un diario de amplia circulación nacional y en la página web oficial de la Entidad el listado de todos los depósitos en custodia en condición especial a la fecha de publicación, identificando información disponible sobre su radicado, proceso y beneficiarios, para que en el término de veinte (20) días hábiles, siguientes a la fecha de la publicación, el beneficiario del depósito se presente a realizar las reclamaciones correspondientes ante el juzgado o autoridad que conoció del proceso o ante el Consejo Superior de la Judicatura.</u>	Se propone modificar el artículo 1 en su parágrafo 2, de manera que, haya claridad del procedimiento para dichos depósitos, así se le incorpora condiciones de publicidad y término.

6. Impacto Fiscal

Atendiendo lo previsto para proyectos que tienen una naturaleza financiera, el impacto fiscal previsto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 exige concepto de impacto fiscal únicamente para proyectos que afecten los ingresos o gastos del Estado. El presente proyecto no altera el balance fiscal, ya que los depósitos en custodia no constituyen recursos nuevos, ni su incorporación genera obligaciones presupuestales adicionales. Por el contrario, su inclusión en el Fondo de Modernización permite un manejo más transparente y eficiente de bienes en abandono, reduciendo costos administrativos y fortaleciendo la gestión patrimonial del Estado, lo que representa un impacto fiscal positivo y neutral en términos de gasto.

Lejos de contrariar el artículo 347 C.P., el proyecto armoniza con el principio de sostenibilidad fiscal, en tanto propicia la recuperación de activos improductivos y su reinversión en el sistema judicial, sin ampliar el gasto ni crear déficit. El procedimiento previsto garantiza la trazabilidad de los recursos, su incorporación en la Cuenta Única Nacional (CUN) y el control del Ministerio de Hacienda, preservando la disciplina fiscal del sector justicia.

7. Conflicto de Intereses

El artículo 182 de la Constitución Política de Colombia dispone que los congresistas deberán poner en conocimiento de la respectiva Cámara las situaciones de carácter moral o económico que los inhabilan para participar en el trámite de los asuntos sometidos a su consideración, y que la Ley determinará lo relacionado con los conflictos de intereses y las recusaciones.

En consecuencia, el artículo 286 de la Ley 5 de 1992, modificado por la Ley 2033 de 2009, definió lo relativo al Régimen de Conflicto de Interés de los Congresistas, en ese sentido dispuso:

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

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

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

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

Por otra parte, la Ley precitada también define las circunstancias bajo las cuales se entiende que no hay conflicto de interés para los congresistas, en ese sentido se dispuso:

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

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

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

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

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

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

PARÁGRAFO 1o. Entiéndase por conflicto de interés moral aquel que presentan los congresistas cuando por razones de conciencia se quieran apartar de la discusión y votación del proyecto.

PARÁGRAFO 2o. Cuando se trate de funciones judiciales, disciplinarias o fiscales de los congresistas, sobre conflicto de interés se aplicará la norma especial que rige ese tipo de investigación.

PARÁGRAFO 3o. Igualmente se aplicará el régimen de conflicto de intereses para todos y cada uno de los actores que presenten, discutan o participen de cualquier iniciativa legislativa, conforme al artículo 140 de la Ley 5 de 1992.”

Sobre el conflicto de interés el Consejo de Estado en se ha pronunciado en Sentencia del año 2022, estableciendo que:

“Siempre que se produzca un resultado provechoso por el simple ejercicio de una función oficial, que convenga al agente o a otra persona allegada, en el orden moral o material, surgirá un conflicto de intereses. Si la ley protege el interés, será lícito;

pero si se persigue con fines personales, particulares, que sobrepasen el interés social, será ilícito”

En consecuencia, se considera que la Ley y la jurisprudencia han dado los criterios orientadores que determinan circunstancias en las cuales se podría estar incurso en un conflicto de interés. Para lo cual será necesario que respecto del asunto objeto de conocimiento de parte del congresista (discusión o votación) se reporte un beneficio en el que concurren tres características simultáneas, a saber, ser actual, particular y directo. Define la Ley también las circunstancias bajo las cuales se considera que no existe un conflicto de interés, en esa medida, se señala que aun cuando el congresista pueda reportar un beneficio, pero este se funde en el interés general, en el interés de sus electores, se dará lugar a que no exista tal conflicto.

En ese sentido, no existe un conflicto de interés como ponente y autor del proyecto de ley respecto de las disposiciones que este incluye, toda vez que con el mismo no se genera beneficio alguno que reúna las características dispuestas en la ley para ello, es decir particular, actual y directo.

De igual manera, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modifica el artículo 291 de la Ley 5 de 1992, en que se dispone el incluir “(...) un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286”; el presente proyecto de ley no presenta conflictos de interés dado que no establece disposiciones que generen beneficios particulares, actuales y directos para los congresistas o las personas relacionadas con estos en los grados determinados por la ley. Esto no exime al congresista que así lo considere de declarar los conflictos de intereses en los que considere que pueda estar inmerso.

8. Proposición

Por las anteriores consideraciones, solicito a la Honorable Plenaria del Senado de la República aprobar en SEGUNDO Debate el proyecto de ley 305 de 2025 Senado “Por medio de la cual se establecen las condiciones para la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial y se dictan otras disposiciones” y en consecuencia, dar tránsito a segundo debate, según el texto definitivo que se propone.

Cordialmente,



EFRAÍN CEPEDA SARABIA
Senador de la República

9. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE EN LA PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY N°305 DE 2025 SENADO.

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LAS CONDICIONES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE LOS DEPÓSITOS EN CUSTODIA EN CONDICIÓN ESPECIAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1º. Adiciónese el artículo 5A de la Ley 1743 de 2014, el cual quedará así:

Artículo 5A. Adiciónese el artículo 192D de la Ley 270 de 1996, el cual quedará así:

Artículo 192D. Depósitos en custodia en condición especial. Se consideran depósitos en custodia en condición especial, aquellos bienes muebles que se encuentran depositados en custodia en el Banco de la República o en cualquier otra entidad pública, por un periodo igual o superior a quince (15) años, y respecto de los cuales no se haya recibido solicitud de verificación, cancelación, cambio de beneficiario o de titular, inspección o retiro por parte del beneficiario o titular del depósito en custodia ante el depositario.

Parágrafo 1o. El término de quince (15) años para la prescripción se contará a partir de la fecha de la última comunicación remitida al Banco de la República o entidad pública correspondiente por el beneficiario o titular del depósito, depositante, despacho judicial, o en su defecto, a partir de la fecha de constitución del depósito en custodia. Los depósitos en custodia en condición especial prescribirán de pleno derecho a favor del Consejo Superior de la Judicatura – Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, y se incorporarán al Fondo para la Modernización, Descongestión y Bienestar de la Administración de Justicia.

Parágrafo 2o. El Consejo Superior de la Judicatura reglamentará el procedimiento aplicable a la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial, así como su conversión e incorporación al presupuesto de la Rama Judicial. En todo caso, el Consejo Superior de la Judicatura, deberá publicar por una sola vez en un diario de amplia circulación nacional y en


la página web oficial de la Entidad el listado de todos los depósitos en custodia en condición especial a la fecha de publicación, identificando información disponible sobre su radicado, proceso y beneficiarios, para que en el término de veinte (20) días hábiles, siguientes a la fecha de la publicación, el beneficiario del depósito se presente a realizar las reclamaciones correspondientes ante el juzgado o autoridad que conoció del proceso o ante el Consejo Superior de la Judicatura.

Artículo 2º. No se entenderán como depósitos en custodia en condición especial:

- a. Los bienes depositados en custodia en el Banco de la República de conformidad con lo establecido en la Ley 1753 de 2015, Decreto Ley 903 de 2017, Decreto Único Reglamentario 1081 de 2015, adicionados y modificados por los Decretos 1407 de 2017, 1535 de 2017 y 1787 de 2017, y demás normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan.
- b. Los bienes depositados en custodia en el Banco de la República por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales- DIAN en el curso de incautaciones e investigaciones administrativas que adelante por infracciones al régimen cambiario, de conformidad con lo establecido en el Decreto 2245 de 2011 o de aquellas normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

Artículo 3º. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



EFRAÍN CEPEDA SARABIA
Senador de la República

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE POR LA COMISION TERCERA DEL SENADO EN SESIÓN DEL DÍA 25 DE MARZO DE 2026

**PROYECTO DE LEY N° 305 DE 2025 SENADO
" POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LAS CONDICIONES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE LOS DEPÓSITOS EN CUSTODIA EN CONDICIÓN ESPECIAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

ARTÍCULO 1º. Adiciónese el artículo 5A de la Ley 1743 de 2014, el cual quedará así:

ARTÍCULO 5A. Adiciónese el artículo 192D de la Ley 270 de 1996, el cual quedará así:

ARTÍCULO 192D. DEPÓSITOS EN CUSTODIA EN CONDICIÓN ESPECIAL. *Se consideran depósitos en custodia en condición especial, aquellos bienes muebles que se encuentran depositados en custodia en el Banco de la República o en cualquier otra entidad pública, por un periodo igual o superior a quince (15) años, y respecto de los cuales no se haya recibido solicitud de verificación, cancelación, cambio de beneficiario o de titular, inspección o retiro por parte del beneficiario o titular del depósito en custodia ante el depositario.*

PARÁGRAFO 1º. *El término de quince (15) años para la prescripción se contará a partir de la fecha de la última comunicación remitida al Banco de la República o entidad pública correspondiente por el beneficiario o titular del depósito, depositante, despacho judicial, o en su defecto, a partir de la fecha de constitución del depósito en custodia. Los depósitos en custodia en condición especial prescribirán de pleno derecho a favor del Consejo Superior de la Judicatura – Dirección Ejecutiva de Administración Judicial, y se incorporarán al Fondo para la Modernización, Descongestión y Bienestar de la Administración de Justicia.*

PARÁGRAFO 2º. *El Consejo Superior de la Judicatura reglamentará el procedimiento aplicable a la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial, así como su conversión e incorporación al presupuesto de la Rama Judicial.*

ARTÍCULO 2º. No se entenderán como depósitos en custodia en condición especial:

- a. Los bienes depositados en custodia en el Banco de la República de conformidad con lo establecido en la Ley 1753 de 2015, Decreto Ley 903 de 2017, Decreto Único Reglamentario 1081 de 2015, adicionados y modificados por los Decretos 1407 de 2017, 1535 de 2017 y 1787 de 2017, y demás normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan.
- b. Los bienes depositados en custodia en el Banco de la República por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales- DIAN en el curso de incautaciones e investigaciones administrativas que adelante por infracciones al régimen cambiario, de conformidad con lo establecido en el Decreto 2245 de 2011 o de aquellas normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

ARTÍCULO 3º. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Bogotá. D.C. 25 de marzo de 2026

*En sesión de la fecha se le dio lectura a la proposición con que termina el informe para primer debate del PROYECTO DE LEY N° 305 DE 2025 SENADO " POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN LAS CONDICIONES PARA LA PRESCRIPCIÓN DE LOS DEPÓSITOS EN CUSTODIA EN CONDICIÓN ESPECIAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" Una vez aprobada la proposición la Presidencia sometió a consideración el articulado presentado por el ponente, siendo **aprobado con modificaciones**. La Comisión de esta forma declara aprobado en su primer debate el proyecto mencionado. Acta No 14 de 25 de marzo de 2026. Anunciado el día 18 de marzo de 2026; Acta No. 13 de la misma fecha.*

JAIRO CASTELLANOS SERRANO
Presidente

KARINA ESPINOSA OLIVER
Vicepresidente

EFRAIN CEPEDA SARABIA
Ponente



RAFAEL OYOLA ORDOZGOITIA
Secretario General

CONTENIDO

Gaceta número 242 - lunes, 6 de abril de 2026

SENADO DE LA REPÚBLICA**PONENCIAS**

Págs.

Informe de ponencia positiva para primer debate al proyecto de ley número 214 de 2025 Senado, por medio de la cual se reglamenta el ejercicio profesional de la atención prehospitalaria y se dictan otras disposiciones.....	1
Informe de ponencia positiva para primer debate al Proyecto de Ley número 73 de 2025 Senado, por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades Respiratorias.....	8
Informe de ponencia positiva para segundo debate en Senado del Proyecto de ley número 305 de 2025 Senado, por medio de la cual se establecen las condiciones para la prescripción de los depósitos en custodia en condición especial y se dictan otras disposiciones.....	16