



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° 1273

Bogotá, D. C., lunes, 14 de septiembre de 2026

EDICIÓN DE 16 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

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 12 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se establece la Política Nacional de Demencias, se adoptan medidas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas que viven con demencia y de sus cuidadores, y se dictan otras disposiciones.



Comisión Séptima Constitucional Permanente

CSP-CS-0907-2026
Bogotá D.C., 14 de septiembre de 2026

Doctor
DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
Secretario General
Doctora
LUCENA GONZÁLEZ QUIROGA
Jefe Sección de Leyes
Senado de la República
E. S. D.

ASUNTO: Publicación en la Gaceta del Congreso informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No 012/2026 SENADO "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE LA POLÍTICA NACIONAL DE DEMENCIAS, SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO, LA ATENCIÓN INTEGRAL, EL CUIDADO, LA INVESTIGACIÓN Y LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON DEMENCIA Y DE SUS CUIDADORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

Respetado Secretario,

Por instrucciones de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado, y teniendo en cuenta lo dispuesto en artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, remito a su Despacho en medio electrónico para su publicación en la Gaceta del Congreso de la República, la siguiente ponencia, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE**NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY:** 012/2026 Senado

TÍTULO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE LA POLÍTICA NACIONAL DE DEMENCIAS, SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO, LA ATENCIÓN INTEGRAL, EL CUIDADO, LA INVESTIGACIÓN Y LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON DEMENCIA Y DE SUS CUIDADORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".

INICIATIVA: H.S. NORMA HURTADO SÁNCHEZ, H.R. LUZ MARINA GORDILLO SALINAS, LUIS ALFONSO CHÁVEZ**RADICADO:** EN SENADO: 21-07-2026 EN COMISIÓN: 11-08-2026 EN CÁMARA: XX-XX-202X

PUBLICACIONES - GACETAS							
TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO CON VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO CON VII CÁMARA	PONENCIA 2º DEBATE CÁMARA
Art 12 960/2026							

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
NORMA HURTADO SANCHEZ	PONENTE UNICA	PARTIDO DE LA U

NÚMERO DE FOLIOS: VEINTICUATRO (24)
RECIBIDO EL DÍA: 11 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 12:28

Atentamente

ALFREDO JOSÉ MOÍSES LÓPEZ
Secretario General Comisión Séptima



Bogotá D.C., 11 de septiembre de 2026

Presidente

ANDRES FORERO MOLINA

Presidente de la Comisión Séptima Constitucional.

Ciudad

Asunto: Informe de ponencia positiva para primer debate en el Senado de la República. Proyecto de Ley 012 de 2026 Senado "Por medio de la cual se establece la política nacional de demencias, se adoptan medidas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas que viven con demencia y de sus cuidadores, y se dictan otras disposiciones".

Respetado señor Presidente,

En cumplimiento del honroso encargo que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, el 13 de agosto de 2026, y en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992 art. 150, 153 y 156, en mi calidad de ponente, me permito radicar informe de ponencia positiva al proyecto descrito en el asunto.

Cordialmente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
SENADORA DE LA REPÚBLICA

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los honorables Senadores del Senado de la República y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, el informe de ponencia se desarrollará en el siguiente orden: I. Tramite del Proyecto de Ley II. Objeto y contenido del Proyecto de Ley. III. Exposición de motivos y consideraciones de los ponentes. IV. Marco constitucional, legal y normativo. V. Pliego de Modificaciones. VI. Impacto Fiscal. VII. Conflicto de intereses. VIII. Proposición. IX. Texto Propuesto. I. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY. El Proyecto de Ley No. 012 de 2026 Senado <i>“Por medio de la cual se establece la política nacional de demencias, se adoptan medidas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas que viven con demencia y de sus cuidadores, y se dictan otras disposiciones”</i>, fue radicado el 21 de julio de 2026 Por la Senadora Norma Hurtado, en compañía de los Congresistas Luis Alfonso Chávez y Luz Marina Gordillo, fue publicado en la Gaceta del Congreso No. 960 de 2026 y la Secretaría General remitió por reparto a la Comisión Séptima Constitucional permanente del Senado de la República el 11 de agosto de 2026; de esta forma la Senadora Norma Hurtado Sánchez fue designada como ponente para primer debate, mediante oficio CSP-CS- 0760 – 2026; posteriormente, el día 31 de agosto, fue autorizada una prórroga mediante oficio CSP-CS-626-2026. II. OBEJTO Y CONTENIDO DEL PROYECTO La presente iniciativa legislativa tiene por objeto establecer la Política Nacional de Demencias como un instrumento de coordinación, orientación y articulación institucional que permita al Estado colombiano responder de manera integral, oportuna y sostenible al creciente impacto sanitario, social y económico asociado a las demencias. En ese sentido, el proyecto busca consolidar un marco normativo que incorpore acciones de promoción de la salud cerebral, prevención de factores de riesgo modificables, diagnóstico temprano, atención integral, rehabilitación, investigación y cuidado continuo, garantizando la protección efectiva de los derechos de las personas que viven con estas condiciones y de quienes asumen su cuidado. De igual manera, el proyecto pretende fortalecer la capacidad de respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la implementación de rutas integrales de atención, protocolos de evaluación neurocognitiva, mecanismos de seguimiento epidemiológico y el desarrollo progresivo de servicios especializados para el abordaje de las demencias. Con ello se busca superar las barreras de acceso, la fragmentación de la atención y las desigualdades territoriales que actualmente dificultan la identificación temprana, el tratamiento oportuno y el acompañamiento adecuado de las personas afectadas, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y geográfica. Finalmente, la iniciativa reconoce que las demencias constituyen un desafío de salud pública que trasciende el ámbito clínico y genera profundas repercusiones sobre las familias, los cuidadores y la sostenibilidad de los sistemas de protección social. Por esta razón, se promueve un enfoque centrado en la persona, basado en los Página 2 de 24	principios de dignidad humana, autonomía, equidad, integralidad y corresponsabilidad social, orientado a fortalecer las capacidades institucionales para la investigación, la generación de conocimiento, la formación del talento humano en salud y el apoyo a los cuidadores, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con demencia y de sus entornos familiares y comunitarios CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY El presente proyecto de ley está estructurado en doce (12) artículos distribuidos en varios capítulos temáticos, mediante los cuales se establece un marco normativo integral para la formulación e implementación de la Política Nacional de Demencias en Colombia. La iniciativa parte de la necesidad de reconocer las demencias como un asunto prioritario de salud pública y de protección social, razón por la cual incorpora disposiciones orientadas a la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, la investigación, el fortalecimiento institucional y la protección de los derechos de las personas que viven con estas condiciones y de sus cuidadores. Capítulo I: se establecen las disposiciones generales de la iniciativa. En primer lugar, se define el objeto de la ley, orientado a la creación de la Política Nacional de Demencias como instrumento para garantizar la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas con demencia y sus familias. De igual manera, se incorporan definiciones técnicas fundamentales para la correcta interpretación y aplicación de la norma, tales como demencia, salud cerebral, unidades de memoria y cuidador, armonizadas con estándares y lineamientos internacionales. Así mismo, se consagran los principios rectores que orientarán la implementación de la política, entre ellos la universalidad, la equidad, la integralidad y continuidad de la atención, el respeto por la autonomía de las personas y el enfoque territorial. Capítulo II: desarrolla los elementos estructurales de la Política Nacional de Demencias. Con este propósito, se crea formalmente la Política Nacional de Demencias como instrumento técnico, operativo y de gestión bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, estableciendo objetivos específicos relacionados con la promoción de la salud cerebral, la prevención de factores de riesgo, el fortalecimiento de la atención en salud, la capacitación del talento humano, la investigación científica, la cooperación internacional y el apoyo a los cuidadores. En desarrollo de dichos propósitos, la iniciativa crea el Consejo Nacional de Demencia como instancia asesora y de concertación permanente encargada de orientar la implementación de la política, promover la articulación interinstitucional y formular recomendaciones técnicas que contribuyan al fortalecimiento de las acciones del Estado en esta materia. Igualmente, se determinan su integración, reglas básicas de funcionamiento y funciones principales. Capítulo III: incorpora las disposiciones relacionadas con la atención integral dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este sentido, se establece la obligación de diseñar e implementar protocolos de evaluación neurocognitiva que permitan la identificación temprana de personas con sospecha de deterioro cognitivo y su articulación con rutas integrales de atención. Asimismo, se promueve la creación y fortalecimiento progresivo de Unidades de Memoria como servicios especializados para el diagnóstico diferencial, el tratamiento integral, la rehabilitación funcional y el acompañamiento a pacientes y cuidadores. Complementariamente, se contemplan mecanismos para la caracterización y seguimiento epidemiológico de las personas con demencia mediante el fortalecimiento de los sistemas de información existentes, con el propósito de mejorar la planeación, el monitoreo de resultados, la generación de evidencia y la toma de decisiones en política pública. Capítulo IV: reconoce el papel fundamental que desempeñan los cuidadores en el proceso de atención y acompañamiento de las personas con demencia. En consecuencia, se establecen medidas orientadas a fortalecer sus capacidades, promover procesos de formación y certificación de competencias, facilitar el acceso a servicios de apoyo psicosocial y salud mental, y garantizar su inclusión dentro de los mecanismos de información y caracterización existentes, permitiendo así una mejor focalización de las acciones de apoyo Página 3 de 24
institucional y una respuesta más efectiva frente a las cargas físicas, emocionales y económicas asociadas al cuidado. Capítulo V sostenibilidad y disposiciones finales: incorpora mecanismos de seguimiento y control institucional mediante la obligación del Ministerio de Salud y Protección Social de presentar informes periódicos al Congreso de la República sobre los avances en la implementación de la Política Nacional de Demencias, incluyendo indicadores de cobertura, resultados y ejecución presupuestal. De igual manera, se establece la vigencia de la ley y se precisa que su implementación deberá desarrollarse de manera articulada con las competencias de las entidades involucradas, garantizando la sostenibilidad institucional y financiera de las medidas previstas. En conjunto, el articulado configura una respuesta integral orientada a fortalecer la capacidad del Estado para afrontar los desafíos derivados del envejecimiento poblacional y del incremento progresivo de las demencias, bajo un enfoque de derechos, salud pública y protección social. III. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS Envejecimiento y Salud En la consolidación de un Estado Social de Derecho, es necesario implementar políticas públicas enfocadas en disminuir las desigualdades estructurales y asegurar que existan condiciones materiales que promuevan la dignidad humana durante toda la vida. En este escenario, la salud es un eje transversal de la justicia social. Se entiende que va más allá de no estar enfermo, ya que incluye un estado completo de bienestar físico, mental y social. Su garantía requiere acciones diferenciadas cuando se trata de poblaciones que enfrentan un mayor riesgo de vulnerabilidad debido a sus características demográficas y sociales, como las personas mayores. Como derecho fundamental autónomo y como servicio público administrado por el Estado, este debe ser garantizado. Colombia está viviendo un cambio demográfico acelerado, en el que se destaca el incremento continuo de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad. Esto ha generado una transformación estructural en la composición etaria del país. En 2024, los nacimientos en Colombia disminuyeron un 13,7%, tras caer 7,0% en 2022 y 10,1% en 2023, consolidando así una reducción del 31% desde los niveles pre - pandemia. Mientras entre 2014 y 2019 el promedio de nacimientos por año fue 655 mil, en 2024 fue 445 mil. Aunque la aceleración en la caída de la natalidad tras la pandemia es un fenómeno regional y de economías emergentes, Colombia ha liderado esta tendencia.¹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2030 una de cada seis personas en el planeta tendrá 60 años o más; en ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones.² Según la CEPAL (2017), “para 2017 en América Latina y el Caribe había 76,3 millones de personas mayores, que representaban el 11,8% de la población regional. Asimismo, se estima que en 2030 esta población ascenderá a 121 millones, es decir, el 17,0% de la población en la región; y, para 2060, las personas mayores conformarán el 30,0% de la población regional y serán alrededor de 234 millones”. Página 4 de 24	De acuerdo a datos del DANE en 2023 registro 7'610.671 adultos mayores de 60 años, los cuales llegan a representar el 14,5% de la población, a su vez el 55% son mujeres y el 45% son hombre, esto quiere decir que hay mayor proporción de mujeres y una concentración relevante en departamentos como Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca. Este fenómeno demográfico no es coyuntural sino estructural, y exige una respuesta institucional sostenida y basada en evidencia. Según la legislación colombiana, las personas mayores son aquellas que han llegado a los 60 años. Desde el punto de vista normativo, esto restringe el campo de acción de numerosos programas y medidas de protección. El desafío actual, no obstante, va más allá de la categorización por edad: consiste en establecer un sistema que garantice condiciones de autonomía, independencia funcional y participación social para evitar que el envejecimiento conlleve exclusión o precariedad. En esta línea, el envejecimiento y la salud deben ser considerados como una prioridad estratégica del Estado, no solo por motivos demográficos, sino también por razones constitucionales de dignidad, igualdad material y protección reforzada; estas últimas exigen que se prevengan y gestionen de manera integral las repercusiones sanitarias, sociales y económicas del cambio poblacional. Proyecciones demográficas. El DANE realizó una actualización de las proyecciones de población de 2025, fundamentada en una población de partida o población base que corrige las deficiencias de cobertura de censos anteriores. Para esto, utilizaron adaptaciones de las plantillas de la Oficina del Censo de los Estados Unidos con el fin de reconstruir la población menor de 10 años, un grupo que suele presentar altos niveles de subnumeración. Una base técnica es esencial para garantizar que las tendencias de corto y largo plazo sean plausibles y reflejen la realidad demográfica inicial del país. En cuanto a la fecundidad, el informe revela una caída acentuada de los nacimientos en el periodo posterior a la pandemia, la cual fue más profunda de lo proyectado inicialmente en ejercicios previos. Según datos del DANE, en 2024 se registró una disminución del 13,7% en el número de nacimientos en Colombia, en comparación con el año anterior. Esto significó que, por primera vez, el país tuvo menos de 500.000 nacimientos en un año, rompiendo así una barrera simbólica importante. Aunque la natalidad ha venido disminuyendo de forma constante durante la última década, esta tendencia se ha acelerado notablemente desde 2022, con caídas anuales superiores al 7%. Página 5 de 24

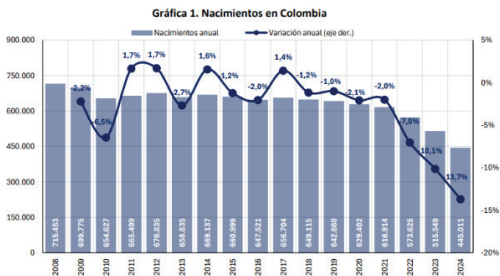
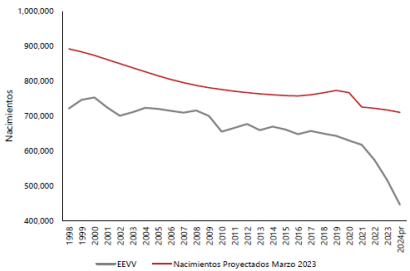


Gráfico 2. Nacimientos proyectados y observados, Colombia 1998 – 2024_p

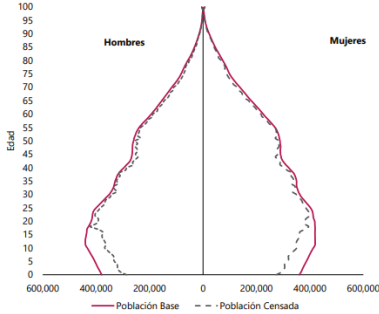


Entre los factores que explican esta transición se destacan el mayor acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos, en el marco del fortalecimiento de sus derechos sexuales y reproductivos; la decisión de muchas de ellas de priorizar su formación académica y desarrollo profesional; así como el aumento de preocupaciones relacionadas con la calidad de vida y el cambio climático. La siguiente grafica muestra la tasa de fecundidad según la edad de la madre en Colombia, revelando una disminución en los nacimientos entre adolescentes y mujeres jóvenes, al tiempo que se observa un aumento en los grupos de mayor edad.

Ahora, en comparación a la población censada en el año 2018, basado en el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV), en su momento revelo una estructura demográfica en la que el 25.2% de los habitantes correspondía a niños y adolescentes (0 a 14 años), el 61.6% a adultos (15 a 59 años) y el 13.2% a adultos mayores (60 años y más). Para ese momento, el país registraba un índice de

envejecimiento de 36.7 personas de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años. En cuanto a la distribución por áreas, en las zonas rurales el 54.8% de la población era menor de 30 años, mientras que en las cabeceras municipales este grupo representaba el 49.1%.

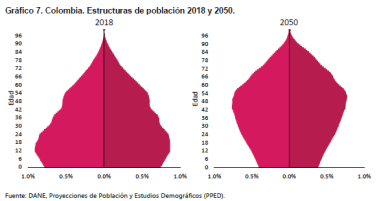
Gráfico 1. Estructuras de población base y población censada 2018.



Fuente: DANE, Proyecciones de Población y Estudios Demográficos (PPED) y Censo Nacional de Población y Vivienda – CNPV

Respecto a la mortalidad, el DANE en su análisis se dividió en dos etapas para proyectar de forma independiente niveles (esperanza de vida al nacer, a los 100 años y mortalidad infantil) y patrones por edad. Los datos muestran que los efectos disruptivos de la pandemia por COVID-19 han mermado, permitiendo que la mortalidad retome un comportamiento estable que se traduce en un crecimiento sostenido de la esperanza de vida al nacer.

En cuando Las proyecciones resultantes de estos componentes señalan una transformación radical en la estructura de la población colombiana, donde el segmento de 60 años y más pasará de representar el 13.2% en 2018 al 24.6% en 2050. Este envejecimiento acelerado es consecuencia directa de la menor fecundidad y el aumento de la longevidad, lo que provocará que el índice de envejecimiento suba de 36.7 personas mayores por cada 100 menores en 2018, a una cifra estimada de 135.9 en el año 2050. Curiosamente, la ventana del bono demográfico (menor relación de dependencia) se ha extendido hasta el año 2055, debido a que la reducción de la población infantil disminuye momentáneamente la presión sobre la población en edad de trabajar.



Además del retraso en la edad de fecundidad, el aumento en la esperanza de vida es un factor clave que contribuye tanto al crecimiento poblacional como al proceso de envejecimiento demográfico. En Colombia, la esperanza de vida alcanzó los 77,5 años en 2024, y se proyecta que llegará a los 82,4 años para el año 2050. Esta tendencia también se refleja en América Latina, donde se estima una expectativa de vida de 80,1 años para ese mismo periodo.

Finalmente, el volumen total de la población alcanzará su punto máximo en el año 2043, con aproximadamente 56 millones de habitantes. A partir de 2044, se proyecta que la tasa de crecimiento sea inferior a cero, iniciando un descenso sostenido que llevaría al país a tener cerca de 50.5 millones de personas en 2070. Este escenario de decrecimiento poblacional, sumado a la transición de la población rural y urbana hacia edades predominantemente superiores a los 30 años, plantea desafíos estructurales para el Estado.

Tabla 3. Colombia. Grandes grupos de edad 2018 y 2050.

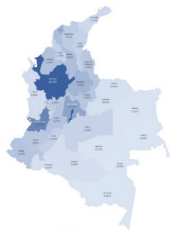
Grupos de Población	2018	2050
0 a 14 años	25.2 %	13.6%
15 a 59 años	61.6 %	61.8 %
60 años y más	13.2 %	24.6 %

Fuente: DANE, Proyecciones de Población y Estudios Demográficos (PPED).

Distribución y Características de las Personas Mayores en Colombia.

En el país, el 80% de la población mayor de 60 años se agrupa en 12 departamentos y la capital Bogotá, que lidera con el 16%, seguida por Antioquia (14%), Valle del Cauca (10%), Cundinamarca (7%) y Atlántico (5%). Esta concentración resalta la necesidad de enfocar políticas en estas zonas clave.

Mapa 1. Porcentaje de personas mayores en Colombia
Total nacional
2024

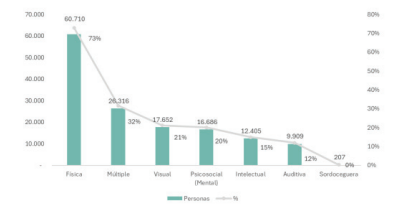


Fuente: DANE, Proyecciones de población a nivel municipal. Periodo 2024.

De las 382.889 personas con certificado de discapacidad en Colombia, 83.298 (21,7%) corresponden a adultos mayores. Los tipos más comunes son:

- Discapacidad física: 73%, la más frecuente.
- Discapacidad múltiple (más de un tipo): 32%.
- Discapacidad psicosocial (mental): 21%, que exige cuidados específicos.
- Discapacidad intelectual: 15%, con énfasis en apoyos educativos.
- Discapacidad auditiva: 12%, impactando la comunicación social.
- Sordoceguera: baja incidencia, pero requiere atención especializada en la vejez.

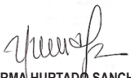
Gráfica 5. Número y porcentaje de las personas mayores con discapacidad en Colombia, según tipo de discapacidad
Total nacional
Corte octubre de 2024



Fuente: Cubo RLCPD, Corte 10 de octubre de 2024.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018, Colombia cuenta con 14.243.223 hogares, de los cuales 4.331.451 (30,4%) incluyen al menos una persona mayor. El 80% de estos hogares se concentran en 13 departamentos y Bogotá (16%), Antioquia (14%), Valle del Cauca (10%), Cundinamarca (6%) y Santander (5%). Los departamentos con menor proporción son Vaupés y Amazonas. En cuanto a la afiliación al sistema de salud, predominan las personas mayores en el régimen subsidiado (49%), seguido del contributivo (46%) y el especial (6%). Por género, las mujeres representan el 54% y los hombres el 46%. Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez y su Plan de Acción Intersectorial En desarrollo de esta política pública de envejecimiento, el concepto de discriminación por edad fue reconocido como una problemática de carácter estructural dentro del Plan de Acción Intersectorial (PAI) de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez, adoptado mediante la Resolución 1608 de 2025. A diferencia de otros instrumentos organizados por programas independientes, este plan se estructura a partir de objetivos estratégicos, ejes y líneas de acción transversales que involucran múltiples sectores y diferentes etapas del curso de vida, partiendo del reconocimiento de que la edad no solo es una variable demográfica, sino también un factor que puede generar desigualdades, barreras en el acceso y situaciones de vulneración de derechos. El PAI desarrolla este enfoque mediante la articulación de acciones orientadas a: (i) garantizar derechos; (ii) eliminar prácticas discriminatorias; (iii) promover la transformación de imaginarios sociales; y (iv) fortalecer las capacidades institucionales para prevenir y atender situaciones de exclusión asociadas a la edad. Estas acciones se organizan en diversos ejes estratégicos que comprometen a 28 entidades responsables y corresponsables, lo que asegura el carácter intersectorial de las medidas adoptadas. De igual manera, el Plan incorpora metas, indicadores y asignación de responsabilidades específicas, lo que permite realizar seguimiento a las intervenciones relacionadas con inclusión, participación, acceso equitativo a bienes y servicios, y protección frente a la vulneración de derechos, abordando la discriminación por edad de manera transversal bajo los enfoques de derechos humanos, igualdad y curso de vida. Por su parte, el programa "Reconocimiento y dignidad para la vida plena de las personas mayores", en concordancia con la Política Pública y el PAI, tiene como propósito avanzar en la garantía efectiva de los derechos de las personas mayores, especialmente en lo relacionado con el cuidado, el reconocimiento social, la autonomía y la eliminación de la discriminación y de todas las formas de violencia. Para cumplir este objetivo, el programa se organiza en tres componentes: (1) cuidado y erradicación de violencias; (2) fortalecimiento de la respuesta institucional, adecuada y pertinente; y (3) reconocimiento y autonomía, los cuales se desarrollan en el marco de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031 y de su correspondiente Plan de Acción Intersectorial. La ausencia de una Política Nacional de Demencias en Colombia y los avances de América Latina	A pesar del acelerado envejecimiento poblacional y del incremento sostenido de las enfermedades neurodegenerativas, Colombia aún no cuenta con una Política Nacional de Demencias que establezca objetivos, estrategias, mecanismos de coordinación institucional, metas de seguimiento y responsabilidades específicas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, la investigación y el apoyo a las personas que viven con demencia y a sus cuidadores. Si bien existen disposiciones relacionadas con el envejecimiento, la salud mental, la atención de enfermedades crónicas y la protección de las personas mayores, estas medidas se encuentran dispersas en distintos instrumentos normativos y de política pública, sin conformar un marco específico que permita abordar las demencias como un desafío prioritario de salud pública. Esta situación contrasta con los avances observados en diversos países de América Latina, que durante la última década han adoptado estrategias nacionales especializadas para responder al impacto creciente de estas enfermedades. Chile, por ejemplo, implementó su Plan Nacional de Demencia como una política pública orientada a garantizar la atención integral de las personas afectadas, fortalecer la detección temprana, desarrollar servicios especializados, apoyar a los cuidadores y promover la inclusión social de quienes viven con esta condición. Asimismo, países como Costa Rica, Argentina, Uruguay, Brasil y México han avanzado en la formulación de estrategias, planes nacionales, lineamientos técnicos o programas específicos dirigidos a mejorar la capacidad de respuesta de sus sistemas de salud frente a las demencias, en consonancia con las recomendaciones formuladas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. En este contexto, la ausencia de una política específica en Colombia representa una brecha institucional que limita la coordinación de esfuerzos, dificulta la generación de información epidemiológica confiable, restringe la formación especializada del talento humano y reduce la capacidad del Estado para anticipar los efectos sanitarios, sociales y económicos asociados al incremento proyectado de estas enfermedades. La experiencia internacional demuestra que las estrategias nacionales de demencia constituyen herramientas fundamentales para articular acciones intersectoriales, fortalecer la atención integral y garantizar una respuesta sostenible frente a uno de los principales desafíos que enfrentarán los sistemas de salud durante las próximas décadas. Por ello, la adopción de una Política Nacional de Demencias no solo constituye una medida necesaria para cerrar un vacío existente en el ordenamiento institucional colombiano, sino también una oportunidad para armonizar la respuesta nacional con las mejores prácticas desarrolladas en la región y con los compromisos promovidos por los organismos internacionales de salud. El vacío regulatorio y la gravedad del problema Colombia enfrenta una transición demográfica sin precedentes que ha transformado la pirámide poblacional en un desafío estructural para el Estado Social de Derecho. Según las proyecciones actualizadas del DANE, para el año 2024 contamos con más de 8.2 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa aproximadamente el 14.5% de la población total. Este fenómeno, caracterizado por una caída drástica en la natalidad y un aumento sostenido en la esperanza de vida la cual se proyecta alcanzará los 82.4 años para 2050, configura una "tormenta perfecta" epidemiológica. Sin embargo, el marco normativo nacional no ha evolucionado a la misma velocidad que el perfil de salud de sus ciudadanos, dejando a una proporción creciente de la población en un estado de vulnerabilidad jurídica y asistencial desatendida.
La gravedad del problema radica en la naturaleza de las demencias, síndromes crónicos y progresivos que, al comprometer funciones cognitivas vitales como la memoria, el juicio y el lenguaje, anulan la autonomía del individuo. No se trata de una consecuencia inevitable o "normal" del envejecimiento, sino de una condición patológica que exige respuestas sanitarias altamente especializadas. Con un índice de envejecimiento que escalará de 36.7 en 2018 a una cifra estimada de 135.9 personas mayores por cada 100 menores en 2050, la prevalencia de trastornos neurocognitivos se perfila como la próxima gran crisis de salud pública, para la cual el país carece actualmente de una estrategia nacional coordinada y vinculante. El propio Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) ha certificado formalmente que, a la fecha, no cuenta con módulos específicos en sus encuestas nacionales para caracterizar de manera nominal y técnica a la población con demencia. Esta carencia de datos impide que el Ministerio de Salud y las entidades territoriales diseñen políticas basadas en evidencia real, condenando la asignación de recursos y la creación de servicios a estimaciones inciertas que profundizan las brechas de acceso, especialmente en las zonas rurales. Las cifras de discapacidad funcional disponibles refuerzan la urgencia de esta intervención legislativa. Según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, una parte significativa de la población mayor de 60 años ya reporta dificultades severas para "entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo", con un 4.83% de individuos que se declaran incapaces de realizar estas funciones y un 5.06% que lo hace con mucha dificultad. Estas limitaciones no solo afectan la esfera individual, sino que generan una dependencia funcional que el sistema de salud actual, fragmentado y centrado en la atención de enfermedades agudas, no tiene la capacidad de gestionar de manera integral ni longitudinal. A pesar de contar con la Ley 1251 de 2008 y la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores mediante la Ley 2055 de 2020, estas normas operan bajo un marco de generalidad que resulta insuficiente ante la especificidad de la demencia. Actualmente, no existe una obligación legal que mandate la creación de "Unidades de Memoria" especializadas o que establezca protocolos de evaluación neurocognitiva obligatorios en el primer nivel de atención. La persistencia de este vacío regulatorio frente a una problemática de tal magnitud representa un incumplimiento de los fines esenciales del Estado y del mandato constitucional de proteger la dignidad de los sujetos de especial protección. La creación de una Política Nacional de Demencia no es una opción facultativa, sino una necesidad para transitar de un modelo de "envejecimiento con exclusión" hacia uno de "salud cerebral". IV. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y NORMATIVO. El artículo 2 de la Constitución Política de Colombia define los fines esenciales del Estado, y establece que las autoridades de la República están instituidas para proteger la vida de todas las personas residentes en Colombia, así: <i>"Artículo 2°. Son fines esenciales del Estado. Servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la</i>	<i>Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares". (Resaltado fuera de texto).</i> Además, el artículo 49 establece que la provisión del servicio de salud es responsabilidad del Estado, y se enfatiza la obligación de cada individuo de velar por el cuidado integral de su salud: el presente Proyecto de Ley tiene como objetivo hacer cumplir estos mandatos constitucionales. <i>"Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (...). Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad (...)" (Resaltado fuera de texto).</i> En desarrollo de lo previsto en el artículo 46 de la Constitución Política, el Estado colombiano tiene la obligación de concurrir a la protección y asistencia de las personas mayores y de promover su integración a la vida activa y comunitaria. ARTICULO 46. El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. Este mandato se articula con los principios estructurales del orden constitucional consagrados en los artículos 1, 13 y 16 superiores, que erigen la dignidad humana como fundamento del Estado Social de Derecho, garantizan la igualdad real y efectiva y reconocen el libre desarrollo de la personalidad. En tal sentido, la Constitución no solo proscribe toda forma de discriminación, sino que impone a las autoridades el deber de adoptar medidas diferenciadas y acciones afirmativas en favor de sujetos de especial protección constitucional, cuando sus condiciones particulares así lo exijan, con el propósito de remover obstáculos estructurales que limiten el ejercicio pleno de sus derechos. En el plano internacional, el Estado colombiano ratificó mediante la Ley 2055 de 2020³ la "Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores", adoptada el 15 de junio de 2015 en el marco de la Organización de los Estados Americanos (OEA), instrumento que tiene por objeto promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos de las personas mayores, y cuya constitucionalidad fue declarada mediante Sentencia C-395 de 2021⁴

<i>"La Corte ha indicado que no es obligatorio adelantar el trámite de la consulta previa si las medidas tomadas, vía legislativa o administrativa, se dirigen a la población en su conjunto. En consecuencia, ha recalcado que tal mecanismo solo se activa cuando se afecte específica y directamente a las comunidades étnicas, y no cuando las disposiciones hubieren sido previstas "de manera uniforme para la generalidad de los colombianos".</i> <i>"el marco internacional y regional de protección de los derechos de las personas mayores, con independencia de su carácter jurídico, su naturaleza vinculante o no, o su órgano o instrumento de expedición, sugiere la existencia de un consenso normativo sobre los mínimos que deben ser garantizados por los Estados en favor de las personas de edad en el derecho internacional. Así, desde los desarrollos más tempranos, el derecho internacional ha identificado que las medidas y políticas que se expidan en esta materia deben fundarse en el reconocimiento de la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la protección de la dignidad de esta población. Además, ha prestado especial atención a garantizar, como mínimo y en relación de preferencia, los derechos a la seguridad social, a la salud, a la igualdad y no discriminación, a la educación, a un nivel de vida adecuado, a la justicia, a una vida libre de violencia, y a una vida digna, incluida la prohibición de tratos crueles e inhumanos".</i> Negrilla Subrayada fuera del texto original Este marco normativo refuerza la obligación estatal de adoptar medidas legislativas integrales orientadas a prevenir y erradicar prácticas discriminatorias basadas en la edad, en armonía con los compromisos constitucionales e internacionales asumidos por Colombia. En septiembre de 2015, los 193 Estados miembros de la ONU adoptaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Este marco universal orienta las políticas públicas destinadas a erradicar la pobreza, reducir las desigualdades y promover sociedades inclusivas, pacíficas y sostenibles. La Agenda, compuesta por 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incorpora los aspectos económicos, sociales y ambientales del desarrollo. También incluye compromisos transversales en materia de igualdad, no discriminación y garantía de derechos, plenamente aplicables a la protección de las personas mayores. Este Plan describe cuatro áreas estratégicas de acción diseñadas para, cambiar las opiniones de la sociedad sobre la edad y el envejecimiento; mejorar el apoyo de la comunidad a la independencia y la participación de los adultos mayores; garantizar una atención integrada y centrada en la persona, y brindar servicios de salud y atención a largo plazo que satisfagan sus necesidades. En el ámbito legal Colombia ha generado desarrollos normativos, dentro de los que se destacan la Ley 1251 de 2008⁵ representa un marco legislativo colombiano, al establecer un instrumento jurídico orientado a la protección, promoción, restablecimiento y defensa de los derechos de las personas adultas mayores. Cuyo propósito fundamental es integrar a esta población en el desarrollo de la sociedad, valorando sus experiencias de vida y garantizando el ejercicio pleno de sus derechos. ⁵ http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1251_2008.html Página 14 de 24	Entre los principales avances que emergen de la Ley destaca la definición clara del sujeto de derecho: toda persona de 60 años o más pasa a ser identificada como adulta mayor desde el plano legal. Esta definición facilita la focalización de políticas y servicios, permitiendo que los esfuerzos públicos y privados se orienten hacia aquellos que que requieren atención prioritaria. Así mismo la Ley ordenar la creación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, la normativa impone al Estado la obligación de planificar y ejecutar acciones transversales en todas las entidades de la Administración Pública. Dicha política reconoce que estas formas de discriminación se encuentran asociadas a estereotipos y procesos discriminatorios impuestos por cada sociedad desde la cultura dominante, que invisibilizan los desequilibrios entre los distintos grupos de edad y determinan un ejercicio limitado de los derechos y la ciudadanía bajo el prurito del déficit de capacidades y la edad. Esto implica cuestionar visiones reduccionistas sobre la vejez y el envejecimiento que desconocen la diversidad de los seres humanos en edades avanzadas, bajo un modelo generalizado según el cual las personas mayores son dependientes o representan una carga. En el plano de la protección, la ley establece medidas específicas para grupos vulnerables dentro de la población adulta mayor, como indígenas, mujeres, personas con discapacidad, población desplazada y reclusos. Este reconocimiento de vulnerabilidades señala una comprensión de la desigualdad que trasciende la edad y reconoce la interseccionalidad de riesgos que pueden afectar a determinadas poblaciones. ARTÍCULO 1o. OBJETO. <i>La presente ley tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, Deberes del Hombre de 1948, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.</i> La Ley 687 de 2001⁶ creó la Estampilla Pro Bienestar del Adulto Mayor, un mecanismo de financiación destinado a apoyar programas sociales y de atención para las personas mayores, articulando recursos provenientes de la industria y el comercio para promover derechos, servicios y bienestar. La Ley 1955 de 2019⁷ modifica diversos aspectos de la Ley 687, con el objetivo de fortalecer la recaudación, distribución y transparencia de los recursos de la estampilla, así como ampliar su cobertura y perfiles de destinatarios. En este sentido, la norma busca garantizar mayor sostenibilidad fiscal y más efectivas intervenciones orientadas al envejecimiento activo y la protección de derechos. ARTÍCULO 1o. <i><Artículo modificado por el artículo 217 de la Ley 1955 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Autorízase a las asambleas departamentales y a los concejos distritales y municipales para emitir una estampilla, la cual se llamará Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor, como recurso de obligatorio recaudo para concurrir con las entidades territoriales en la construcción, instalación, mantenimiento, adecuación, dotación y</i> ⁶ http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0687_2001.html ⁷ http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1955_2019.html Página 15 de 24
<i>funcionamiento de Centros de Bienestar, Centros de Protección Social, Centros Vida y otras modalidades de atención y desarrollo de programas y servicios sociales dirigidos a las personas adultas mayores, en sus respectivas jurisdicciones. El producto de dichos recursos se destinará en un 70% para la financiación de los Centros Vida y el 30% restante, al financiamiento de los Centros de Bienestar o Centros de Protección Social del adulto mayor, sin perjuicio de los recursos adicionales que puedan gestionarse a través de otras fuentes como el Sistema General de Regalías, el Sistema General de Participaciones, el sector privado y la cooperación internacional, principalmente.</i> Por su parte, la Ley 2040 de 2020 complementa ese marco al focalizar esfuerzos en el empleo de personas mayores sin pensión, promoviendo su inserción laboral, fomentando incentivos a trabajadores y articulando políticas de apoyo, acompañamiento y cobertura de riesgos laborales. Así, se consolidan dos pilares, la financiación orientada al bienestar y la viabilidad de una vida adulta mayor con participación económica. Su principal objetivo es crear incentivos, subsidios o exenciones que favorecen la contratación de personas mayores sin pensión, así como apoyo a la adaptación de lugares de trabajo y la formación continua. ARTÍCULO 7o. SELLO AMIGABLE "ADULTO MAYOR". <i>Créese el sello amigable "Adulto Mayor" el cual identificará a las empresas que incorporen dentro de su planta laboral a personas mayores que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley, de conformidad con los roles establecidos por el Ministerio de Trabajo. El Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo reglamentarán dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley lo referente al sello "Adulto Mayor", teniendo en cuenta los siguientes parámetros</i> V. PLIEGO DE MODIFICACIONES. El proyecto de ley no cuenta con pliego de modificaciones, debido a que se adopta el texto radicado. VI. IMPACTO FISCAL. El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo. Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional: <i>"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 último, 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</i> Página 16 de 24	<i>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. Ello 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 los 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 7º de la Ley 819 de 2003 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.</i> Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa. <i>"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.</i> <i>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.</i> <i>Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda".</i> VII. CONFLICTO DE INTERESES. Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual el autor del proyecto y los ponentes presentan en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describe las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto y de acuerdo con los artículos 286 y 291 de la ley 5º de 1992, se incluyen criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar. Página 17 de 24

Por lo anterior, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa: <i>"ARTÍCULO 3o. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: (...) </i> <i>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.</i> <i>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.</i> <i>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".</i> Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias: <i>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.</i> <i>b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.</i> <i>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.</i> <i>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.</i> <i>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 (...)"</i> En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada congresista evaluarlos, pudiendo manifestar cuando considere que está inmerso en impedimento durante el trámite legislativo del Proyecto de Ley Página 18 de 24	VIII. PROPOSICIÓN. Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, propongo a la Honorable Comisión Séptima del Senado de la República, DAR PRIMER DEBATE Y APROBAR el Proyecto de Ley 012 de 2026 Senado <i>"Por medio de la cual se establece la política nacional de demencias, se adoptan medidas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas que viven con demencia y de sus cuidadores, y se dictan otras disposiciones"</i>. conforme al texto propuesto. Atentamente,  NORMA HURTADO SANCHEZ SENADOR DE LA REPÚBLICA IX. TEXTO PROPUESTO. PROYECTO DE LEY 012 DE 2026 SENADO "POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE LA POLÍTICA NACIONAL DE DEMENCIAS, SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO, LA ATENCIÓN INTEGRAL, EL CUIDADO, LA INVESTIGACIÓN Y LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON DEMENCIA Y DE SUS CUIDADORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES". EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES Artículo 1°: Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la Política Nacional de Demencias - PND -, con el fin de garantizar la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas que viven con demencia, así como el apoyo a sus familias y cuidadores. Artículo 2°: Definiciones. Para la interpretación de la presente ley, adóptense las siguientes definiciones basadas en estándares internacionales: a. Demencia: Síndrome de naturaleza crónica, progresiva, no transmisible, generalmente de origen neurodegenerativo, caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas, tales como memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio que frecuentemente se acompañan de alteraciones conductuales y emocionales, que excede lo esperable para el envejecimiento normal y compromete la Página 19 de 24
autonomía y el desempeño en las actividades de la vida diaria que excede lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. b. Salud cerebral: estado dinámico de funcionamiento del cerebro que permite el desarrollo, el mantenimiento y la adaptación de las capacidades cognitivas, emocionales, conductuales y motoras a lo largo de todo el ciclo vital. c. Unidad de memoria: Servicio especializado de carácter multidisciplinario e interdisciplinario, integrado funcionalmente a la red de prestación de servicios de salud, cuyo propósito es realizar la evaluación diagnóstica de alta complejidad, el tratamiento integral y el seguimiento longitudinal de personas con demencias de etiología incierta, evolución atípica o de difícil manejo clínico. Estas unidades actúan como centros de referencia técnica para el apoyo a la atención primaria y la formación de cuidadores. d. Cuidador: Persona que brinda apoyo físico, emocional o social a un individuo con demencia. Puede ser cuidador formal de tipo remunerado o informal, tales como familiares o allegados no remunerados. Artículo 3°: Principios rectores. Para la interpretación y aplicación de la presente ley, se establecen los siguientes principios: Universalidad: El acceso a las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado integral debe garantizarse a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin discriminación alguna por razones de edad, sexo, condición socioeconómica o ubicación geográfica. Equidad: El Estado adoptará medidas diferenciadas en favor de las personas con demencia que se encuentren en circunstancias de debilidad, manifiesta o vulnerabilidad social, priorizando la reducción de brechas en el acceso a servicios entre zonas urbanas y rurales. Integralidad y continuidad: Se garantiza un modelo de atención longitudinal que articule la promoción de la salud cerebral, la prevención de factores de riesgo modificables, el diagnóstico oportuno, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, la rehabilitación cognitiva y los cuidados paliativos. Autonomía y respeto a la voluntad: Se promoverá la capacidad de las personas con demencia para adoptar decisiones sobre su propia vida y su salud, facilitando el uso de apoyos para la toma de decisiones, directivas anticipadas y el reconocimiento de su identidad biográfica, conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Enfoque territorial y descentralización: Las acciones de la política deberán adaptarse a las realidades demográficas, epidemiológicas y culturales de cada región, reconociendo la autonomía de las entidades territoriales en la gestión de sus recursos. CAPÍTULO II DE LA POLÍTICA NACIONAL DE DEMENCIA Artículo 4°: Creación de La Política Nacional de Demencia. Créase la Política Nacional de Demencia - PND - como el instrumento técnico, operativo y de gestión bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social. La PND tendrá como fin la organización sistémica de las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación y cuidado integral en todo el territorio nacional. La PND desarrollará sus líneas de acción bajo los siguientes objetivos fundamentales: Página 20 de 24	- Implementar estrategias de promoción de la salud cerebral con enfoque de ciclo vital, para la prevención de las demencias, mediante la reducción de factores de riesgo modificables e integrarlos en los programas vigentes de Enfermedades No Transmisibles (ENT). - Establecer protocolos de evaluación neurocognitiva protocolizado en el primer nivel de atención, asegurando su articulación con la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y el acceso a servicios especializados de neurología, geriatría, psiquiatría, neuropsicología y rehabilitación física integral y ocupacional. - Desarrollar un plan nacional de capacitación continua para el personal de salud y sectores sociales, basado en la guías de intervención y modelos de atención centrados en la persona. - Fomentar la investigación científica sobre las demencias a través del Fondo de Investigación en Salud -FIS-, priorizando el desarrollo de nuevo conocimiento , tecnologías de asistencia y telemedicina. - Promover campañas nacionales y territoriales de sensibilización y antiestigma, dirigidas a la población general y al personal de salud. - Promover la cooperación internacional y el intercambio de mejores prácticas, en alianza con organismos multilaterales como la OMS, la OPS y Alzheimer's Disease International entre otras. - Crear programas de formación para los cuidadores, mediante formación, consejería, servicios de respiro y apoyo social y económico, reconociendo el valor social de su labor. Parágrafo. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, dispondrá de un plazo máximo de doce (12) meses contados a partir de la promulgación de la presente ley para la formulación, reglamentación técnica y puesta en marcha de la PND. Artículo 5°: Consejo Nacional de Demencia. Créase el Consejo Nacional de Demencias - CND - como el órgano asesor, consultivo y de concertación permanente de la Política Nacional de Demencia. Su propósito será orientar velar por la garantía de derechos de las personas con demencia y asegurar la articulación entre los sectores salud, social, científico y educativo. El Consejo Nacional de Demencia estará integrado por: - El Ministro de Salud y Protección Social, o su delegado, quien lo presidirá. - El Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado. - El Director del Instituto Nacional de Salud (INS), o su delegado. - El Director del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), o su delegado. - Dos (2) representantes de la sociedades médicas con experiencia demostrada en diagnóstico e intervención en demencias designados por el Ministerio de Salud. - Dos (2) representantes de la academia y/o la comunidad científica con experiencia demostrada en investigación en neurociencias designados por el Ministerio de Ciencia. - Dos (2) representantes de las asociaciones nacionales de familiares de personas con demencia y Alzheimer legalmente constituidas. - Un (1) representante de los cuidadores de personas con demencia - Un (1) representante de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) - Un (1) representantes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) especializadas en la materia. La Secretaría Técnica del Consejo será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Página 21 de 24

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley, reglamentará el proceso de elección de los representantes de la sociedad civil y academia.

Parágrafo 2. Los miembros del Consejo actuarán ad honorem. Sus reuniones se realizarán de manera ordinaria cada cuatro (4) meses y extraordinariamente cuando las necesidades del PND lo requieran. El funcionamiento del Consejo no implicará la creación de nuevos cargos públicos ni el aumento de la planta de personal, debiendo operar con la infraestructura y recursos existentes de las entidades que lo integran.

Artículo 6°: Funciones del Consejo Nacional de Demencia. El CND tendrá las siguientes funciones técnicas y jurídicas:

1. Asesorar al Ministerio de Salud y Protección Social en la formulación, actualización y evaluación periódica de la Política Nacional de Demencia.
2. Recomendar estándares de calidad para las Rutas Integrales de Atención y los servicios socio-sanitarios especializados.
3. Emitir conceptos técnicos sobre las líneas de investigación prioritaria financiadas por el Fondo de Investigación en Salud -FIS-.
4. Fomentar la cooperación internacional para la transferencia de tecnologías y mejores prácticas en el cuidado de la demencia.

CAPÍTULO III
DE LA ATENCIÓN INTEGRAL Y EL SISTEMA DE SALUD

Artículo 7°: Protocolo y ruta de atención en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los protocolos de evaluación neurocognitiva que deberán ser implementados de manera obligatoria por los prestadores de servicios de salud , como una medida que permita la identificación temprana de casos sospechosos de deterioro cognitivo y su articulación con el proceso diagnóstico definitivo.

La evaluación neurocognitiva se integrará funcionalmente en una Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, garantizando que el usuario transite de forma coordinada entre los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud.

Artículo 8°: Creación y operación de las Unidades de Memoria. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la creación y el fortalecimiento progresivo de Unidades de Memoria dentro de la red de prestadores del sistema de salud, conforme a la capacidad instalada y la demanda epidemiológica territorial.

Las Unidades de Memoria desarrollarán, como mínimo, las siguientes funciones dentro del sistema de salud:

1. Realizar diagnósticos diferenciales y de certeza en casos de sospecha de deterioro cognitivo remitidos desde el nivel primario de atención.

2. Diseñar e implementar planes de intervención de alta complejidad que incluyan terapias farmacológicas y no farmacológicas adaptadas al estadio de la enfermedad.
3. Brindar servicios de estimulación cognitiva, rehabilitación funcional y apoyo neuropsicológico orientado al mantenimiento de la autonomía de la persona.
4. Actuar como centros de formación y transferencia de conocimiento para el talento humano del primer nivel de atención y para cuidadores formales e informales.
5. Coordinar con los servicios sociales y comunitarios la implementación de estrategias de respiro y apoyo domiciliario para familias y cuidadores

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a dieciocho (18) meses, definirá los estándares técnicos y requisitos mínimos de infraestructura, dotación y procesos para la habilitación de las Unidades de Memoria, asegurando que su operación se ajuste a los principios de accesibilidad universal y diseño para todos.

Artículo 9°: Caracterización y seguimiento. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de los sistemas de información existentes, adecuará y fortalecerá los módulos de información para consolidar la caracterización de personas con demencia , teniendo como propósito fundamental la vigilancia epidemiológica, el seguimiento longitudinal del curso de la enfermedad y la medición de la oportunidad en la atención, especialmente en los siguientes elementos:

1. La identificación nominal y georreferenciada de los pacientes, capturando datos de prevalencia e incidencia por regiones y municipios;
2. El registro del estado clínico de la enfermedad y la trazabilidad de la trayectoria de atención desde la sospecha diagnóstica hasta el cuidado paliativo;
3. La medición de indicadores de oportunidad, incluyendo los tiempos de espera para la asignación de citas con especialistas en la materia y la realización de pruebas diagnósticas;
4. La caracterización socioeconómica y de salud mental del cuidador, incluyendo la aplicación de escalas de medición de sobrecarga para orientar servicios de respiro.

Parágrafo 1. Los datos procesados serán insumo obligatorio para el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez -ONEV-, el cual publicará anualmente un reporte sobre el estado de las demencias en Colombia, garantizando la anonimización de datos sensibles de conformidad con la Ley 1581 de 2012 (Habeas Data).

Parágrafo 2. El desarrollo de este registro se realizará mediante la optimización de la infraestructura tecnológica actual del Ministerio de Salud y Protección Social, así como por el Instituto Nacional de Salud (INS). Su implementación estará sujeta a las disponibilidades presupuestales y no podrá implicar la creación de nuevas estructuras administrativas permanentes.

CAPÍTULO IV
DE LOS CUIDADORES Y EL APOYO SOCIAL

Artículo 10°: Derechos de los cuidadores. Los cuidadores de personas con demencia, en su calidad de sujetos de especial protección constitucional y de conformidad con la Ley 2297 de 2023, la Ley 1251 de 2008 y la Ley 1850 de 2017, ejercerán las siguientes facultades y recibirán las garantías que se detallan a continuación:

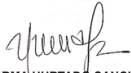
1. Recibir capacitación técnica y complementaria impartida por el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA - y otras instituciones públicas y privadas oferentes, orientada específicamente a la salud cerebral, al manejo de trastornos neurocognitivos y demencias, permitiendo la convalidación de saberes previos y la certificación de competencias laborales para su inserción en el mercado formal.
2. Obtener acceso prioritario a servicios de apoyo psicosocial y salud mental por parte de su Entidad Promotora de Salud - EPS -, eliminando barreras administrativas y de fragmentación en la atención.
3. Ser incluidos en el módulo específico del SISPRO y en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD -, garantizando que su información sea utilizada para la focalización de las garantías previstas en la presente ley.

CAPÍTULO VI
SOSTENIBILIDAD Y DISPOSICIONES FINALES

Artículo 11°: Informe anual al congreso. Durante el primer trimestre de cada anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social presentará ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República un informe anual sobre los avances en la implementación de la Política Nacional de Demencia, incluyendo, entre otros, indicadores de cobertura y ejecución presupuestal.

Artículo 12°: Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,


NORMA HURTADO SANCHEZ
SENADORA DE LA REPÚBLICA



Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día catorce (14) del mes de septiembre del año dos mil seis (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: 012/2026 Senado

TÍTULO: “POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE LA POLÍTICA NACIONAL DE DEMENCIAS, SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO, LA ATENCIÓN INTEGRAL, EL CUIDADO, LA INVESTIGACIÓN Y LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON DEMENCIA Y DE SUS CUIDADORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

INICIATIVA: H.S. NORMA HURTADO SÁNCHEZ, H.R. LUZ MARINA GORDILLO SALINAS, LUIS ALFONSO CHÁVEZ

RADICADO: EN SENADO: 21-07-2026 EN COMISIÓN: 11-08-2026 EN CÁMARA: XX-XX-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
Art 12 960/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
NORMA HURTADO SANCHEZ	PONENTE UNICA	PARTIDO DE LA U

NÚMERO DE FOLIOS: VEINTICUATRO (24)
RECIBIDO EL DÍA: 11 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 12:28

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



ALFREDO JOSÉ MOÍSES LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima
Senado de la República

Requisitos e idoneidad profesional: Reserva exclusiva de la práctica quirúrgica estética a médicos cirujanos con título de especialidad o posgrado clínico debidamente reconocido y registrado en el ReTHUS.

Habilitación de prestadores: Requisitos de infraestructura y estándares de calidad vigentes exigidos a las IPS y profesionales independientes para la apertura y prestación de servicios quirúrgicos.

Regulación de insumos y medicamentos: Obligatoriedad de que todos los insumos, biopolímeros, dispositivos y medicamentos aplicados o formulados cuenten con registro sanitario del INVIMA.

Consentimiento informado: Exigencia de un documento previo, claro y oportuno que detalle los riesgos, beneficios, alternativas y la información completa del cirujano tratante.

Regulación de publicidad y prohibiciones: Restricción a la publicidad engañosa y prohibición expresa de promociones, rifas, patrocinios o contenidos dirigidos a menores de edad.

Régimen de responsabilidad y seguros: Clarificación de las obligaciones de medio por parte del médico y establecimiento de seguros o mecanismos de amparo frente a eventuales complicaciones quirúrgicas.

Reforma al Código Penal: Adición de un tipo penal que sanciona con pena de prisión el ejercicio ilegal de las profesiones del área de la salud para desincentivar los procedimientos clandestinos.

Inspección, Vigilancia y Control: Fortalecimiento de las competencias sancionatorias y de fiscalización de la Superintendencia Nacional de Salud, la SIC y demás organismos pertinentes.

Vigencia y derogatorias: Fecha de entrada en rigor de la ley tras su promulgación y derogatoria de disposiciones contrarias.

II. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS Y CONSIDERACIÓN DE LOS PONENTES

Esta iniciativa recoge, depura y fortalece el contenido del Proyecto de Ley No. 311 de 2023 Cámara – 237 de 2024 Senado, “por la cual se regulan los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos y se dictan otras disposiciones”, cuyo texto fue discutido y aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República en sesiones de 1 y 8 de abril de 2025 (Actas Nos. 32 y 33). Durante ese trámite, la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva –SCCP– presentó observaciones técnicas orientadas a garantizar que la regulación cumpliera efectivamente su finalidad protectora. El

Página 4 de 33

presente proyecto incorpora dichas observaciones y articula, en un solo cuerpo normativo, las medidas sanitarias y penales necesarias para una protección integral del paciente

La masificación de los procedimientos estéticos en el país, acompañada de la proliferación de oferentes sin la formación médica especializada requerida y de establecimientos que no cumplen las condiciones de habilitación, ha generado un problema de salud pública de creciente gravedad. Las consecuencias documentadas —infecciones sistémicas, necrosis tisular, embolias grasas, deformidades permanentes, secuelas psicológicas y muertes— evidencian que el marco vigente resulta insuficiente para conjurar el riesgo. Esta ley busca cerrar esas brechas mediante dos líneas de intervención complementarias: (i) una regulación sanitaria que reserva la realización de estos procedimientos a los profesionales médicos efectivamente competentes y a los prestadores debidamente habilitados; y (ii) una reforma al Código Penal que sanciona, con pena privativa de la libertad, el ejercicio ilegal de las profesiones del área de la salud.

La masificación de las intervenciones quirúrgicas con fines estéticos en Colombia ha dejado de ser un asunto puramente privado para convertirse en un problema de salud pública con repercusiones financieras directas sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De acuerdo con datos de la ADRES, entre el año 2015 y abril de 2026, el sistema ha tenido que reconocer y pagar un total de **\$2.670.254.589 pesos** por conceptos de recobros relacionados con complicaciones derivadas de procedimientos estéticos.

Es imperativo destacar que el **42.7% de estos recursos (\$1.140.185.068)** se han destinado exclusivamente a **reconstrucciones**, lo que evidencia que el Estado colombiano está asumiendo la carga económica de intentar reparar la integridad física de pacientes víctimas de procedimientos realizados, en muchos casos, por personal no idóneo. Esta cifra, que no incluye los costos cubiertos directamente por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), demuestra que el riesgo social de estas prácticas es de una magnitud considerable y justifica plenamente una regulación estricta basada en títulos de idoneidad y especialización médica.

La caracterización del riesgo social y sanitario que motiva esta iniciativa legislativa encuentra su sustento empírico más alarmante en las cifras de mortalidad y morbilidad reportadas por las autoridades forenses del país. De acuerdo con el consolidado de necropsias medicolegales remitido por el Instituto de Medicina Legal, entre enero de 2018 y junio de 2023 se registraron en Colombia **63 fallecimientos** cuya causa de muerte estuvo directamente asociada a cirugías estéticas y a la inyección de biopolímeros.

Este fenómeno no solo representa una tragedia humana irreparable, sino que evidencia un patrón crítico de salud pública: el 73% de estas muertes (46 casos) se derivaron de procedimientos quirúrgicos estéticos, mientras que el 27% restante (17 casos) fueron

Página 5 de 33

consecuencia del uso de sustancias modelantes no permitidas. La distribución de estas cifras revela que la población más vulnerable se encuentra en la plenitud de su edad productiva, con una incidencia alarmante en los rangos de 20 a 34 años, donde se concentran 32 de las muertes documentadas, lo que subraya la urgencia de regular un mercado que está cobrando la vida de los ciudadanos más jóvenes del país.”

Tabla 1. Necropsias medicolegales cuya causa de muerte está asociada a cirugías estéticas e inyección de biopolímeros y otras sustancias, por grupo etario y edad Colombia enero 2018 - junio 2023*

Grupo de Edad / Edad	Inyección de Biopolímeros y otras sustancias	Cirugías estéticas	Total
(20 a 24)	8	3	11
21	2	1	3
22	3	0	3
23	3	1	4
24	0	1	1
(25 a 29)	5	6	11
25	1	1	2
26	2	2	4
27	0	1	1
28	2	0	2
29	0	2	2
(30 a 34)	2	8	10
30	0	2	2
31	1	0	1
32	0	1	1
33	0	3	3
34	1	2	3
(35 a 39)	0	7	7
35	0	2	2
36	0	1	1
37	0	1	1
38	0	2	2
39	0	1	1

(40 a 44)	1	7	8
40	0	1	1
41	0	4	4
42	0	2	2
44	1	0	1
(45 a 49)	0	8	8
45	0	2	2
46	0	3	3
47	0	1	1
48	0	1	1
49	0	1	1
(50 a 54)	0	5	5
50	0	1	1
51	0	1	1
52	0	1	1
53	0	2	2
(55 a 59)	0	1	1
58	0	1	1
(60 a 64)	0	1	1
62	0	1	1
(65 a 69)	1	0	1
65	1	0	1
Total general	17	46	63

* Información provisional sujeta a cambios por actualización
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, SIRDEC

Este panorama de mortalidad se ve agravado por una dimensión territorial y demográfica que exige una intervención normativa inmediata. Los datos indican que centros urbanos como Bogotá (4 casos), Antioquia (3 casos) y Valle del Cauca (3 casos) concentran la mayor parte de las fatalidades por biopolímeros, reflejando una descentralización del riesgo que afecta a diversas regiones del territorio nacional. Asimismo, el impacto no discrimina género, registrándose muertes tanto en hombres (9 casos) como en mujeres (8 casos), e incluso afectando de manera desproporcionada a comunidades de especial protección como la población LGBTIQ+, que representa casi una cuarta parte de los fallecimientos por inyección

de sustancias. Estas cifras, lejos de ser estadísticas aisladas, son el reflejo de un sistema de vigilancia que, aunque identifica el desenlace fatal, carece actualmente de las herramientas de prevención que esta ley propone para evitar que el quirófano se convierta en un escenario de riesgo mortal

Tabla 3. Necropsias medicolegales cuya causa de muerte esta asociada a la aplicacion de biopolímeros y otras sustancias según departamento y municipio del hecho Colombia enero 2018 - junio 2023*.

Departamento del hecho / Municipio	Total
Antioquia	3
Medellín	3
Bogotá, D.C.	4
Bogotá, D.C.	4
Cauca	1
Patía	1
Cesar	1
Valledupar	1
Córdoba	1
Montería	1
Magdalena	1
Santa Marta	1
Quindío	1
Armenia	1
Santander	1
Cimitarra	1
Tolima	1
Falan	1
Valle del Cauca	3
Cali	2
Palmira	1
Total general	17

* Información provisional sujeta a cambios por actualización
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Foren
Centro de Referencia Nacional s
Violencia, SIRDEC

La gravedad de la pérdida de vidas humanas se complementa con un impacto financiero sistémico que el Estado colombiano ha tenido que absorber ante la falta de una regulación estricta sobre la idoneidad profesional. Mientras el Medicina Legal detalla la letalidad, los registros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) cuantifican la morbilidad y el costo de la reparación, donde en la última década el sistema ha aprobado pagos por **\$2.670.254.589 pesos** para tratar las secuelas de estos procedimientos, de los cuales más de **\$1.140 millones** se han destinado exclusivamente a reconstrucciones físicas de pacientes que sobrevivieron a intervenciones negligentes.

Los casos más sonados recientes (principalmente 2025-2026) de muertes o complicaciones graves por cirugías estéticas en Colombia están

muy ligados a “clínicas de garaje”, lugares sin habilitación sanitaria, personal no calificado (incluso barberos o peluqueros) y procedimientos como liposucción, lipólisis láser, abdominoplastia, aumento de glúteos o inyección de biopolímeros.

- **Yulixa Toloza (mayo 2026, Bogotá):** El más sonado. Estilista de 52 años se sometió a una lipólisis láser en un local del barrio Venecia (sur de Bogotá) que solo tenía permiso como peluquería. La operó un hombre que trabajaba como barbero. Desapareció después del procedimiento; su cuerpo apareció días después en una cuneta en Cundinamarca (entre Apulo y Anapoima). Murió por embolia pulmonar/embolismo graso, con graves lesiones internas. El caso generó conmoción nacional, búsquedas masivas en redes y debate sobre feminicidio e ilegalidad. Se detuvo a involucrados (algunos de origen venezolano).
- **Medellín / Antioquia:** Epicentro de muertes en clínicas irregulares. Reportaron **17 fallecimientos en dos años**(aprox. 2024-2026): 11 en 2024, 5 en 2025 y al menos 1 en 2026 (Carolina Merchán Jaramillo, 30 años, febrero 2026, tras abdominoplastia con liposucción en El Poblado). También destacó Angie Dahiana López Taborda (diciembre 2025), que murió una semana después de aumento de senos, abdominoplastia y liposucción; presentó descompensación y convulsiones. Además, hubo un brote de infecciones por bacteria (*Mycobacterium chelonae*) que afectó a cerca de 48-50 mujeres en 2024 por procedimientos de una persona sin título.
- **Cali (2025):** Varias muertes. **Orfa Márquez** (diciembre 2025), prima hermana de la vicepresidenta Francia Márquez, falleció tras cirugía en un centro sin habilitación en el barrio Ciudad 2000. **Alicia Stone** (octubre 2025), detective del NYPD de 40 años, murió tras liposucción y levantamiento de glúteos. Medicina Legal documentó 71 muertes en Cali entre 2013 y 2023 por estos procedimientos (causas frecuentes: lipoinyección glútea, biopolímeros, infecciones y cirugías múltiples).
- **Barranquilla:** Al menos 5 muertes en unos 16 meses. Destacan:
 - **Sara Milena Echeverría Alcendra** (julio 2026, ~30-31 años): Murió durante o poco después de intervención de senos y abdomen/liposcultura. Había bajado de peso para operarse y pagó una suma alta.
 - **Geniffer Selene García Mozo** (agosto 2026): Fiscal especializada de 55 años, murió un día después de liposcultura asistida por ultrasonido.
 - **Yuleidys Fernanda Charris Reales** (abril 2026, 40 años): Tras procedimiento en una casa del barrio Las Nieves. Las autoridades cerraron varios servicios por irregularidades.
- **Bogotá – médico judicializado (agosto 2026):** Gabriel Fernando Cubillos Valencia fue imputado por la Fiscalía por la muerte de **cuatro pacientes** y secuelas graves en otras tres tras procedimientos estéticos ofrecidos por redes sociales (con descuentos).

Se usaron consentimientos en blanco e inmuebles inadecuados para recuperación. No aceptó cargos.

- **Otros casos recientes:**
 - Mujer fallecida a finales de agosto 2026 en Bogotá tras una **bichectomía** en un establecimiento sin permiso (localidad Antonio Nariño); apareció otra afectada del mismo centro con biopolímeros en glúteos.
 - Casos en Neiva (María José Torres Osorio, 21 años, diciembre 2025, tras abdominoplastia y mamoplastia), Cauca/Puerto Tejada y otros.

Entre 2013 y 2023 Medicina Legal registró decenas de muertes (71 solo en algunas ciudades como Cali o a nivel más amplio). Las causas más comunes son embolia pulmonar/grasa (especialmente por inyección de grasa en glúteos), infecciones, biopolímeros y cirugías múltiples en lugares sin condiciones. Hay cientos de complicaciones adversas y cierres de centros ilegales cada año. Colombia es uno de los países con más procedimientos estéticos, pero el boom de ofertas baratas en redes y “clínicas de garaje” agrava los riesgos.

Las autoridades (Secretarías de Salud, Fiscalía, Superintendencia) investigan y clausuran locales, y ha habido propuestas de leyes más estrictas (por ejemplo, tras el caso Toloza). Siempre se recomienda verificar habilitación del centro y título del cirujano plástico certificado.

III. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y NORMATIVO

1. Libertad de escoger profesión u oficio. El artículo 26 de la Constitución Política de Colombia precisa que “toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social.”

Sobre el particular la Corte Constitucional en sentencia C 226 de 1994 señaló que:

“De la lectura del artículo 26 de la Constitución Política se deduce “una cierta diferenciación entre las profesiones y las ocupaciones, artes y oficios; en las primeras la regla general es la inspección y vigilancia por parte de las autoridades competentes, y en las segundas, en cambio, en principio opera el libre ejercicio. Lo expuesto se fundamenta en que el constituyente supone que las profesiones van ligadas a una necesaria cuota de escolaridad, la cual se presentaría como garantía de aptitud para realizar la labor profesional. De esa manera se reduce el riesgo social que puede implicar para la sociedad el ejercicio de una actividad profesional. En cambio, el Constituyente entiende que las ocupaciones,

artes y oficios, por lo general, no requieren formación académica y no comportan un riesgo social. Así, se presenta la necesidad de controlar el ejercicio de las profesiones y la posibilidad del libre ejercicio de las ocupaciones, artes y oficios. Sin embargo, la propia Carta fundamental establece la posibilidad de reglamentación, inspección y vigilancia sobre aquellas ocupaciones no profesionales que exijan formación académica o que, a pesar de no necesitar la mencionada formación, impliquen un riesgo social.

En ese orden de ideas, las fronteras que demarcan el derecho de ejercicio de una profesión son el respeto por los derechos ajenos y la protección de los riesgos sociales. Esto explica que la Constitución autorice formas de regulación de las profesiones y de ciertos oficios como reconocimiento de la necesaria formación académica y riesgo de carácter social de estas actividades. Pero el legislador no puede regular de manera arbitraria las profesiones y oficios. En efecto, tales regulaciones sólo son legítimas constitucionalmente si se fundamentan de manera razonable en el control de un riesgo social, y no se traducen en una restricción desproporcionada o inequitativa del libre ejercicio de las actividades profesionales o laborales (subraya intencional)

De conformidad con lo anterior es claro que la libertad de escoger profesión u oficio es un derecho fundamental que ampara un espectro de la libertad esencial para el desarrollo de las personas que sólo puede ser limitado o demarcado en virtud de los derechos de terceros o la protección de la comunidad contra los riesgos sociales que pueda entrañar el ejercicio de una determinada profesión, ocupación, arte u oficio.

Ahora bien, tales delimitaciones en el marco del ejercicio del derecho fundamental a ejercer una profesión u oficio, se patentiza, en muchos de los casos en las exigencia de títulos de idoneidad, y en las reglamentaciones del ejercicio profesional que en el marco de la libertad de configuración del legislador expide el Congreso de la República amparado en sus funciones legales y constitucionales.

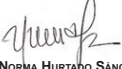
Como se explicará más adelante, las delimitaciones del ejercicio del derecho a escoger profesión u oficio deben gozar de razonabilidad y proporcionalidad, pues la limitación en el ejercicio de un derecho fundamental es constitucionalmente admisible exclusivamente bajo la condición de que las restricciones impuestas garantizan alcanzar un objetivo constitucionalmente amparado.

2. **Títulos de idoneidad.** Al respecto de los títulos de idoneidad y su relación con la mitigación del riesgo social la Corte Constitucional en sentencia C 694 de 1999:

“En primer término, el riesgo social que genera la actividad social debe ser claro y afectar, o poner en peligro, el interés general y derechos fundamentales; pero eso

no es suficiente; <u>es además necesario que ese riesgo pueda ser disminuido de manera sustantiva gracias a una formación académica específica.</u> En efecto, no tiene sentido que la ley profesionalice ciertos oficios e imponga, como requisito para su ejercicio, un título de idoneidad, si los riesgos de esa actividad no pueden ser claramente reducidos gracias a una formación, pues, de no ser así, la exigencia del título sería inadecuada e innecesaria. Por ende, sólo puede limitarse el derecho a ejercer un oficio y exigirse un título de idoneidad, cuando la actividad genera <u>(i) un riesgo de magnitud considerable, (ii) que es susceptible de control o de disminución a través de una formación académica específica."</u> (subraya y negrilla intencional) Así las cosas, es claro que el derecho a escoger libremente profesión u oficio es un derecho fundamental sujeto a restricciones; que esas restricciones están sujetas a la existencia de un riesgo social de considerable magnitud, que, cuando se trata de restricciones por vía de la exigencia derivada de los títulos de idoneidad, la formación académica debe ser un medio razonable, proporcional y eficaz para mitigar los riesgos sociales derivados del ejercicio de la profesión u oficio y que, los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos satisfacen plenamente ambos requisitos. 3. Competencias de los profesionales de la salud. De acuerdo con la normatividad vigente en nuestro país, las competencias para desempeñarse como profesional de la salud únicamente se pueden adquirir a través de los programas de educación formal de nivel universitario en pregrado y posgrado respectivamente. En ese sentido el artículo 12 de la ley 1164 de 2007 señaló que un programa de educación es pertinente cuando responde "a los requerimientos de formación en coherencia con los avances del conocimiento y la tecnología en el área del saber correspondiente, de manera que den respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población, sean estos actuales o previsibles en el futuro." En ese sentido la norma citada destaca que competencia es "Es una actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. <u>Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber-hacer.</u>" (subraya intencional) El ejercicio competente es una condición de calidad dentro del sistema pues, como lo reconoce el artículo 2 de la ley de talento humano "La formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, debe caracterizarse por el logro de los mayores beneficios posibles en la formación y la atención, dentro de la disponibilidad de recursos del sistema educativo y de servicios y con los menores riesgos para los usuarios de servicios de salud. <u>Se reconocen en</u> Página 12 de 33	<u>la calidad dos componentes interrelacionados: el ejercicio idóneo de competencias propias de cada profesión u ocupación en salud y la satisfacción y mejoramiento de la salud de los usuarios de los servicios.</u> (subraya intencional) El ejercicio competente, es, además, un derecho y un deber del talento humano en salud. Así lo reconoce el artículo 22 de la ley en cita cuando señala que "<u>ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no esta autorizada sin los requisitos establecidos en la presente ley.</u>" (subraya intencional) En punto del derecho se reconoce en el artículo 37 que "El Talento Humano en Salud debe ser ubicado de acuerdo con sus competencias correspondientes a sus títulos o certificados expedidos por la entidad educativa. <u>No se comprometerán a realizar labores que excedan su capacidad.</u>" . (subraya intencional) 4. Derecho a la salud y deber de regulación (artículos 48 y 49 C.P.). La seguridad social y la salud son derechos irrenunciables cuya atención es un servicio público a cargo del Estado, quien tiene el deber de garantizar que quienes prestan servicios de salud cuenten con la idoneidad requerida. 5. Vida e integridad personal (artículos 11 y 12 C.P.). La vida es inviolable y nadie podrá ser sometido a tratos que menoscaben su integridad. El ejercicio de procedimientos quirúrgicos con finalidad estética por personal no idóneo o es establecimientos no habilitados, pone en peligro real e inmediato estos bienes de la más alta jerarquía constitucional, lo que justifica, conforme al principio de proporcionalidad, la protección más intensa que ofrece el ordenamiento, incluida la sanción penal. 6. La seguridad del paciente como eje rector Que un procedimiento quirúrgico con finalidad estética sea seguro depende de tres condiciones concurrentes: primera, que sea realizado por el profesional médico que cuente con las competencias adquiridas a través de programas de formación universitaria de pregrado y posgrado; segunda, que se realice en un prestador de servicios de salud que cumpla todas las condiciones, criterios y estándares de habilitación exigidos por la normatividad vigente; y tercera, que el paciente, en virtud del principio de autocuidado, siga estrictamente las recomendaciones del médico tratante. A ello se suman dos condiciones de entorno: que exista publicidad veraz que permita a los usuarios reconocer a los prestadores y profesionales que cumplen los requisitos, y que se implementen estrategias de inspección, vigilancia y control verdaderamente costo-efectivas. Ninguna disposición de esta ley puede impactar negativamente este objetivo. Por ello, la iniciativa propone la creación de un Registro Nacional de Complicaciones es una respuesta técnica a la actual opacidad estadística que impide una vigilancia sanitaria efectiva. Como ha señalado la ADRES, en la actualidad no existe un código CUPS (Clasificación Única Página 13 de 33
de Procedimientos en Salud) específico que identifique de manera unívoca la extracción de biopolímeros o patologías como la alogenesis iatrogénica y el síndrome de ASIA. Esta carencia obliga a las autoridades a realizar aproximaciones técnicas mediante el análisis de 1.438 ítems de recobro asociados a códigos CIE-10 genéricos de complicaciones mecánicas o trastornos de la mama. Sin datos precisos sobre infecciones, reintervenciones y eventos adversos, el Estado carece de la capacidad de formular políticas preventivas. El Registro permitirá que la vigilancia deje de ser reactiva y pase a ser proactiva, capturando información sobre la evolución anual de los casos y permitiendo que instituciones como el INVIMA emitan alertas sanitarias oportunas sobre insumos o técnicas que comprometan la vida de los pacientes. Por otra parte, el mercado de las cirugías plásticas ha sido permeado por estrategias de publicidad engañosa que presentan procedimientos médicos invasivos como productos de consumo ordinario, minimizando sus riesgos inherentes. Sin embargo, la realidad clínica reportada muestra que el sistema ha procesado solicitudes de tratamiento de complicaciones y 'otros eventos' por un valor de \$1.334.344.567 pesos, una cifra incluso superior a los costos de las extracciones iniciales. Esto refuerza la necesidad de que el consentimiento informado incluya la advertencia expresa de que el resultado estético es una obligación de medio y no de resultado, sujeta a variables biológicas individuales y a la pericia del cirujano. La transparencia en la publicidad, exigiendo la visibilidad del registro del especialista y la habilitación de la IPS, es la primera línea de defensa para que el ciudadano tome una decisión informada y no basada en estereotipos o promociones económicas que ocultan carencias técnicas catastróficas. 7. Reserva de competencias: solo médicos especialistas con formación quirúrgica Los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos no son meros actos técnicos. Requieren una formación médica integral que permita abordar al paciente de forma holística —considerando sus aspectos psíquicos y somáticos, comorbilidades, riesgos quirúrgicos y posibles complicaciones—, formular el diagnóstico, establecer la indicación quirúrgica, ejecutar la técnica operatoria y realizar el seguimiento posoperatorio completo, incluido el manejo de complicaciones sistémicas. Esta visión solo la brinda una formación de base médica, enmarcada en programas de educación superior aprobados por el Ministerio de Educación Nacional. De acuerdo con la Ley 1164 de 2007 (Talento Humano en Salud), las competencias para desempeñarse como profesional de la salud solo se adquieren a través de los programas de educación formal de nivel universitario de pregrado y posgrado. Su artículo 22 establece que Página 14 de 33	ninguna persona podrá realizar actividades de atención en salud o ejercer competencias para las cuales no esté autorizada, y su artículo 37 dispone que el talento humano en salud debe ubicarse conforme a sus competencias y no comprometerse a realizar labores que excedan su capacidad. Sobre esta base, la ley reserva la realización de los procedimientos quirúrgicos con fines estéticos a los médicos titulados que cuenten con una especialidad médico-quirúrgica que incluya competencias formales en la materia. La reserva de la práctica de cirugías plásticas a médicos especialistas con formación quirúrgica no es una restricción arbitraria, sino una medida de mitigación de riesgo basada en la complejidad del acto médico. La cirugía plástica, estética y reconstructiva no es un mero acto técnico, sino una actuación idónea que requiere el dominio del 'ser, saber, hacer y saber-hacer'. La gravedad de la situación actual se refleja en la judicialización de la salud: se han documentado al menos 43 procedimientos de alta complejidad aprobados en cumplimiento de fallos de tutela, de los cuales 31 correspondieron a extracciones y 8 a reconstrucciones complejas. El hecho de que los ciudadanos deban recurrir a la justicia para que el sistema público subsane las secuelas de intervenciones estéticas subraya la urgencia de garantizar que solo profesionales debidamente convalidados y registrados en el ReTHUS puedan intervenir el cuerpo humano, asegurando un manejo postoperatorio integral y la capacidad científica de resolver contingencias sin trasladar la morbilidad al sistema público. 8. Naturaleza de las obligaciones del especialista: obligaciones de medio La iniciativa precisa, recogiendo jurisprudencia decantada de la Corte Suprema de Justicia, que las obligaciones asumidas por el cirujano o el profesional que realiza procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos son obligaciones de medio y no de resultado. En consecuencia, el especialista solo será llamado a responder cuando no haya actuado con la diligencia, pericia y prudencia exigibles. Esta clarificación aporta seguridad jurídica al ejercicio profesional sin desmedro de las garantías del paciente, y guarda coherencia con los artículos 16 de la Ley 23 de 1981, según el cual la responsabilidad del médico por reacciones adversas no irá más allá del riesgo previsto y el artículo 26 de la ley 1164 según el cual "<u>Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de</u> 9. El vacío punitivo frente al ejercicio ilegal de la medicina El ordenamiento penal colombiano no sanciona hoy con pena privativa de la libertad a quien ejerce la medicina o una especialidad médica sin título válido. El Decreto-Ley 100 de 1980 tipificaba el ejercicio ilegal de profesión con pena de prisión; sin embargo, el artículo 474 de la Página 15 de 33

Ley 599 de 2000 derogó expresamente dicho decreto sin incorporar un equivalente funcional, generando un vacío punitivo injustificado. La única norma aplicable —la falsedad personal del artículo 296 de la Ley 599 de 2000, modificado por la Ley 2502 de 2025— prevé exclusivamente pena de multa y tutela un bien jurídico de menor jerarquía (la fe pública), insuficiente frente a una conducta que pone en peligro la salud pública y la vida. Desde la teoría de la pena, la multa no satisface las funciones de prevención general ni especial: quien ejerce ilegalmente con fines lucrativos obtiene ingresos que superan con holgura el valor de cualquier multa, y puede continuar su actividad al día siguiente de pagarla. El derecho comparado confirma la insuficiencia de la respuesta meramente patrimonial: España (artículo 403 del Código Penal) sanciona el intrusismo con prisión de seis meses a dos años cuando el infractor se atribuye públicamente la condición de profesional; Argentina (artículo 208 del Código Penal) sanciona el ejercicio ilegal de la medicina con inhabilitación especial; y Chile (artículo 313a del Código Penal) prevé pena privativa de la libertad cuando se producen resultados lesivos. Por ello, esta ley adiciona al Código Penal un tipo autónomo de ejercicio ilegal de profesión en ciencias de la salud (delito de peligro), agrava el homicidio y las lesiones cuando el autor carece de título válido, y eleva a prisión la falsedad personal cuando recae sobre la condición de profesional o especialista del área de la salud. IV. CONCEPTOS TÉCNICOS El Ministerio de Educación Nacional, mediante radicado 2026-EE-284897 del 03 de agosto de 2026, responde a una solicitud de la senadora Norma Hurtado sobre si los odontólogos o cirujanos maxilofaciales están habilitados para realizar procedimientos médico-quirúrgicos de carácter estético, se limita a delimitar dicha facultad al Ministerio de Salud y Protección Social, sobre lo cual aún se espera respuesta. V. PLIEGO DE MODIFICACIONES El proyecto de ley no cuenta con pliego de modificaciones. VI. IMPACTO FISCAL El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo. Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional: Página 16 de 33	<i>"Las obligaciones previstas en el artículo 7° 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 último, 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. Ello 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 los 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 7° de la Ley 819 de 2003 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.</i> Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa. <i>"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el</i> Página 17 de 33
<i>principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.</i> <i>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.</i> <i>Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda".</i> La viabilidad fiscal de la Ley 1608 de 2013 y la Ley 1797 de 2016 ha sido clave para gestionar recursos en el sector salud, permitiendo el aprovechamiento de fondos acumulados para apoyar la sostenibilidad del sistema, optimizar el flujo de recursos y cubrir obligaciones financieras de manera oportuna. Estas leyes lograron la implementación de mecanismos efectivos para el uso de excedentes financieros y la administración de recursos específicos destinados al sector salud, generando un impacto positivo en la operación del sistema. Estas leyes, al contar con viabilidad fiscal confirmada, facilitaron una administración más eficiente de los recursos en el sector salud. Esto no solo ha contribuido a aliviar las cargas financieras de las entidades de salud y mejorar la liquidez en el sistema, sino también ha sentado un precedente que permite al actual proyecto de ley continuar utilizando saldos acumulados y recursos no ejecutados en áreas que necesitan financiamiento urgente, manteniendo así la estabilidad y sostenibilidad del sistema de salud colombiano. Respecto del impacto fiscal del proyecto es muy importante precisar que el articulado no tiene efectos directos respecto del gasto público en el sentido de que no genera nuevos conceptos de gasto ni presiona o compromete adiciones al presupuesto general de la nación o los presupuestos de las entidades territoriales. En otras palabras el proyecto no crea ni modifica las cargas fiscales del sector público en razón a que su esencia es el direccionamiento y uso de recursos que ya existen pero que por disposiciones de orden legal no pueden ser usados para el saneamiento de pasivos del sector salud. En su gran mayoría se trata de recursos parafiscales que conforme lo ha señalado la Corte Constitucional en sentencia SU-480 de 1997 y posteriores son recursos de naturaleza pública pero no deben ser incorporados en el presupuesto general de la nación. Página 18 de 33	De otro lado también es relevante destacar que el presente proyecto de ley no impone a los ciudadanos ni a las empresas en Colombia cargas fiscales o parafiscales adicionales a las ya existentes de manera que no implica erogaciones adicionales de recursos por parte de personas naturales o jurídicas. No obstante que el proyecto no tiene impacto fiscal sobre las finanzas públicas, sí tiene un impacto financiero muy importante en el sector salud. Ya las leyes anteriores con contenidos similares mostraron su efecto positivo. Por ejemplo en el caso de ley 1608 de 2013 se tiene un estimativo de un efecto positivo de destinación de recursos del orden de 1,1 billones de pesos cifra que puede ser similar en el caso de la ley 1797 de 2016. Respecto de la ley 1929 de 2018 se tiene estimado un efecto de redireccionamiento de recursos hacia el sector salud por el orden de 1,03 billones de pesos que terminaron por beneficiar no sólo a los prestadores de servicios de salud sino también al talento humano en salud. En el presente proyecto de ley se estima un beneficio agregado de todas las fuentes utilizadas que puede estar por encima de los 3.5 billones de pesos que si bien no tiene como efecto el saneamiento total de los pasivos del sector salud en Colombia, si corresponde a un apoyo que en las actuales circunstancias resulta fundamental para poder garantizar la continuidad de la operación del sistema y de la prestación de servicios de salud a los usuarios beneficiarios. VII. CONFLICTO DE INTERESES. Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente: <i>"ARTÍCULO 1° El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:</i> <i>ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones. Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.</i> Página 19 de 33

a) <i>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.</i> b) <i>Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión</i> c) <i>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."</i> Atendiendo el anterior apartado legal, se considera que en el caso de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que eventualmente puedan generar un conflicto de interés por parte de los congresistas que participen en el debate y votación. Lo anterior, entendiendo el carácter general de lo propuesto en la iniciativa legislativa. Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación 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 en las que pueda estar incurso. VIII. PROPOSICIÓN. Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, propongo a la Honorable Comisión Séptima del Senado de la República, dar primer debate al Proyecto de Ley No. 014 de 2026 Senado "POR LA CUAL SE REGULAN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS CON FINES ESTÉTICOS, SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA VIDA DE LOS PACIENTES, SE REFORMA LA LEY 599 DE 2000 (CÓDIGO PENAL) EN MATERIA DE EJERCICIO ILEGAL DE PROFESIONES DEL ÁREA DE LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", conforme al texto propuesto. Atentamente,  NORMA HURTADO SÁNCHEZ Senadora de la República Página 20 de 33	TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE. Texto propuesto para segundo debate Proyecto de Ley No. 014 de 2026 Senado "POR LA CUAL SE REGULAN LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS CON FINES ESTÉTICOS, SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y LA VIDA DE LOS PACIENTES, SE REFORMA LA LEY 599 DE 2000 (CÓDIGO PENAL) EN MATERIA DE EJERCICIO ILEGAL DE PROFESIONES DEL ÁREA DE LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA: CAPÍTULO I Disposiciones generales Artículo 1°: Objeto. La presente ley tiene por objeto reglamentar la práctica de los procedimientos médico quirúrgicos con fines estéticos que tengan como finalidad principal un propósito estético, adoptar medidas para proteger la salud y la vida de las personas que se someten a ellos y establecer disposiciones relacionadas con los registros, insumos y medicamentos aplicados a los pacientes, con el fin de proteger su salud y su vida. Se exceptúan del ámbito de aplicación de la presente ley los aspectos relacionados con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas y los procedimientos no invasivos, es decir, aquellos procedimientos estéticos que no impliquen la modificación o afectación de la piel u órganos a través de incisiones, inyecciones o utilización de dispositivos médicos que la modifiquen. Artículo 2°: Principios y valores. Para efectos de la aplicación e interpretación de la presente ley se tendrán en cuenta los principios y valores contenidos en los artículos 35 y 36 de la Ley 1164 de 2007, así como la autonomía profesional en los términos del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, o las normas que los modifiquen, sustituyan o alteren. Para la aplicación, interpretación y sanciones se tendrán en cuenta las competencias de la Superintendencia de Industria y Comercio en la Ley 1480 de 2011 -estatuto del consumidor- y cualquier norma que la sustituya, modifique o derogue únicamente en relación con la publicidad y no en aquello que atañe a la definición y alcance de las responsabilidades propias del acto médico; las de la Superintendencia Nacional de Salud en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1949 de 2019 y cualquier norma que la sustituya, modifique o derogue, sobre vigilancia y sanciones a los establecimientos en donde tengan lugar los procedimientos; y las del Tribunal Nacional de Ética Médica en la Ley 23 de 1981 que la modifique, sustituya o derogue en relación con las faltas éticas de los profesionales de la salud en medicina. Página 21 de 33
Artículo 4. Definiciones. Para efectos de la presente ley, entiéndase por: Procedimiento médico con fines estéticos: aquel realizado por un profesional de la medicina que utiliza dispositivos médicos o sustancias inyectables que afectan la piel o el tejido, con la finalidad de modificar o embellecer aquellas partes del cuerpo que no son satisfactorias al individuo. Procedimiento médico-quirúrgico con fines estéticos: todo aquel realizado por un profesional de la medicina en el que se practique una incisión en la piel y manipulación de órganos o tejidos, con la finalidad de modificar o embellecer aquellas partes del cuerpo que no son satisfactorias al individuo. Promociones: Cualquier actividad publicitaria que tenga como objeto o por efecto presentar a la cirugía plástica como un producto de consumo ordinario libre de riesgo o un servicio de consumo sujeto a descuentos que no se corresponden con la complejidad y riesgo del acto quirúrgico. Parágrafo. El uso de los dispositivos médicos con fines estéticos será reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la tecnología y los avances del sector. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) realizará la autorización de comercialización de dichos dispositivos previa evaluación de eficacia y seguridad. CAPÍTULO II Condiciones para la realización de los procedimientos y manejo de la información Artículo 4°. Condiciones para la práctica de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos. Los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos que se practiquen en Colombia deberán cumplir las siguientes condiciones: - Realizarse por quienes acrediten los requisitos contenidos en el artículo 5° de la presente ley. - Contratar con un prestador habilitado en donde se realice el respectivo procedimiento, de conformidad con la normatividad que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social. - Utilizar los insumos, dispositivos y medicamentos autorizados en el país, en los términos del artículo 9° de la presente ley. - Contar con el consentimiento informado del paciente en los términos del artículo 10 de la presente ley. Parágrafo. Toda práctica de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos realizada por quien no acredite las competencias exigidas en el artículo 5° de la presente ley será considerada ejercicio ilegal de la profesión. El incumplimiento de las demás condiciones Página 22 de 33	señaladas en este artículo dará lugar a las sanciones administrativas, éticas, civiles y penales que correspondan conforme a la presente ley y a las normas vigentes. Artículo 5°. Requisitos para la práctica de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos. Desde la vigencia de la presente ley, sólo podrán practicar los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos los médicos autorizados para el ejercicio de la profesión en Colombia que cumplan el siguiente requisito: Tener título de posgrado en una especialidad médico-quirúrgica que incluya competencias formales en la práctica de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida según la ley colombiana. En caso de que el título fuera obtenido en el exterior, deberá ser convalidado ante el Ministerio de Educación Nacional conforme al procedimiento y plazos establecidos. Parágrafo 1°. Es deber de los médicos especialistas registrarse en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS). Para el efecto, deberán aportar los soportes que den cuenta de la formación académica requerida, conforme a la Ley 1164 de 2007. Parágrafo 2°. Los médicos especialistas deberán exhibir en un lugar visible el correspondiente registro junto con sus títulos de idoneidad. Dicha información también deberá publicarse a través de los medios por los cuales ofrezcan sus servicios. Parágrafo 3°. En atención a la reserva de títulos de idoneidad prevista en el artículo 26 de la Constitución Política y a la delimitación de competencias establecida en la Ley 23 de 1981 y la Ley 1164 de 2007, la habilitación para la práctica de los procedimientos regulados en esta ley corresponde exclusivamente a los profesionales de la medicina y que cuenten con la especialidad médico-quirúrgica respectiva. Artículo 6°. Condiciones para los prestadores de servicios de salud. Podrán ofrecer y practicar procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos los profesionales que cuenten con las competencias para realizarlos y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cumplan integralmente con los estándares y criterios de habilitación vigentes y los procedimientos correspondan a las posibilidades del prestador habilitado. Para la práctica de los procedimientos a que se refiere esta ley, los prestadores deberán cumplir con las condiciones, criterios y estándares de habilitación exigidos por la normatividad vigente, de acuerdo a lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. El prestador de servicios de salud deberá procurar la continuidad del manejo posoperatorio del paciente por parte del especialista que realizó el procedimiento u otro especialista con sus mismas competencias. Parágrafo 1°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios del grupo quirúrgico que contemplen ofrecer y practicar procedimientos médico-quirúrgicos con finalidad Página 23 de 33

estética serán objeto de visita de habilitación previa a la apertura de dichos servicios por parte de la autoridad de salud correspondiente. Parágrafo 2°. Los profesionales independientes, en la consulta externa especializada, solo podrán ofrecer y realizar procedimientos propios de dicho ámbito de servicio, conforme a la normatividad vigente, y en ningún caso practicar procedimientos médico-quirúrgicos en ese contexto de habilitación. Parágrafo 3°. Es deber de los profesionales de la salud que participen en la intervención poner de presente de manera clara y expresa la información de que tratan los literales del artículo 8° de la presente ley. Parágrafo 4°. Los tribunales de ética médica investigarán, juzgarán y sancionarán las faltas relacionadas con la práctica de estos procedimientos, sin perjuicio de las demás instancias de responsabilidad civil, penal y administrativa a que haya lugar. Artículo 7°. Guías de práctica clínica. El Ministerio de Salud y Protección Social, con la asesoría de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, en un término no mayor a veinticuatro (24) meses desde la entrada en vigencia de esta ley, deberá realizar, actualizar y emitir guías de práctica clínica en procedimientos quirúrgicos con fines estéticos que brinden el máximo de seguridad a los pacientes. Artículo 8°. Deberes del paciente, del médico y de las instituciones prestadoras de salud. Con el fin de coadyuvar a la práctica responsable de los procedimientos quirúrgicos con fines estéticos, los pacientes tendrán los siguientes deberes: 1. Informarse sobre la formación profesional del médico que realizará el procedimiento, con el fin de conocer su título en medicina y la especialidad que ejerce en el campo consultado 2. Informarse sobre la habilitación de la institución prestadora de servicios de salud donde será llevado a cabo el procedimiento quirúrgico. 3. Cumplir las medidas de autocuidado, acatar las recomendaciones informadas por el médico tratante y asistir a los controles posoperatorios. Los médicos y las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán los siguientes deberes: 1. Otorgar toda la información sobre el procedimiento a practicar, sus recomendaciones y sus riesgos. 2. Informar si el lugar donde se practicará el procedimiento cuenta con las habilitaciones correspondientes. Parágrafo. Los pacientes deberán poner en conocimiento de las autoridades las irregularidades encontradas en la información recibida. Página 24 de 33	Artículo 9°. De los insumos, dispositivos y medicamentos. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6 de la Ley 2316 de 2023, los insumos, dispositivos y medicamentos en salud utilizados o prescritos para la práctica de los procedimientos quirúrgicos con fines estéticos deberán estar autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), según corresponda. Artículo 10. Consentimiento informado. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 10, literal d), de la Ley 1751 de 2015, todos los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos requerirán del consentimiento informado del paciente, el cual deberá ser otorgado con antelación a la realización del procedimiento y deberá contener, además de los requisitos generales, los siguientes aspectos: a. Nombre, número de identificación y firma del profesional de la salud que practica el procedimiento. b. Nombre, número de identificación y firma del paciente. c. Institución, sede y fecha en la que se va a practicar el procedimiento. d. Información suficiente, oportuna, completa, asequible y veraz relacionada con el tipo de procedimiento, destacando los beneficios y los riesgos inherentes al procedimiento y consecuencias. e. Constancia de que el paciente ha sido informado de las alternativas existentes para practicar el procedimiento, siempre que dichas alternativas se encuentren disponibles. f. La advertencia expresa de que el resultado estético puede variar según condiciones anatómicas, cicatrización, respuesta biológica individual y evolución postoperatoria. Lo anterior, sin perjuicio de la autonomía en la toma de decisiones por parte del médico cirujano especialista, quien, como consecuencia de contingencias externas al normal desarrollo del procedimiento que pongan o puedan poner en riesgo la integridad del paciente, podrá ajustar o variar el plan inicialmente previsto. De dichas decisiones se informará posteriormente al paciente y se dejará constancia en la historia clínica. Parágrafo 1°. Se entiende por información suficiente y completa la explicación, en términos sencillos, de la condición en salud, el diagnóstico, el manejo o procedimiento, las alternativas de tratamiento existentes y los riesgos previstos de alta ocurrencia o complicaciones frecuentes. Dicha información podrá entregarse de manera verbal, escrita o por cualquier otro medio, según las condiciones del paciente. Parágrafo 2°. El INVIMA advertirá a la población sobre las indicaciones, contraindicaciones, dosificaciones y usos adecuados de los medicamentos, dispositivos o insumos utilizados o prescritos para estos procedimientos, para lo cual destinará un espacio en su página web institucional. Página 25 de 33
Parágrafo 3°. Las obligaciones asumidas por el profesional de la medicina que acredite las competencias para realizar procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos son obligaciones de medio y no de resultado; en consecuencia, el especialista únicamente será considerado responsable cuando no haya actuado conforme a la diligencia, pericia y prudencia exigibles. Artículo 11. Seguro obligatorio de atención de complicaciones. Créase el Seguro Obligatorio de Atención de Complicaciones derivadas de los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos, destinado a amparar los gastos médicos, quirúrgicos, hospitalarios, no quirúrgicos, farmacéuticos, de rehabilitación y de traslado que demande la atención de las complicaciones y de los eventos adversos derivados de los procedimientos regulados por la presente ley. Ningún procedimiento médico-quirúrgico con fines estéticos podrá practicarse en el territorio nacional sin que se encuentre amparado por el seguro de que trata este artículo, vigente al momento de la intervención. La calidad de tomador podrá recaer en el paciente, en el prestador de servicios de salud o en el profesional que realice el procedimiento, según se convenga; en todo caso, corresponde al prestador y al profesional verificar la existencia y vigencia del amparo con antelación al procedimiento. El seguro se regirá por las siguientes reglas: 1. Obligatoriedad y disponibilidad. Las entidades aseguradoras autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia para explotar el ramo estarán obligadas a expedir, en todo el territorio nacional, las pólizas que les sean solicitadas por quienes acrediten los requisitos previstos en el numeral 3 de este artículo, sin que puedan negar, condicionar, dilatar o restringir su expedición. La Superintendencia Financiera de Colombia señalará, con carácter uniforme, las condiciones generales de la póliza y adoptará un mecanismo de compensación de riesgo entre aseguradoras que impida la selección adversa y garantice la viabilidad financiera y la disponibilidad permanente del producto. La negativa injustificada de expedición dará lugar a las sanciones previstas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y en las normas que lo desarrollen. 2. Prima. El Gobierno Nacional, mediante la reglamentación correspondiente, definirá el valor de la prima o la tarifa máxima del seguro, con observancia de los principios técnicos de equidad, suficiencia y moderación, y con fundamento en la información estadística y actuarial disponible. La reglamentación podrá establecer rangos diferenciales según la complejidad y el riesgo del procedimiento, y será revisada periódicamente. Las aseguradoras no podrán cobrar primas, recargos o deducibles distintos de los autorizados. 3. Acreditación de la competencia profesional. La póliza únicamente podrá expedirse cuando el procedimiento vaya a ser practicado por un médico que acredite los Página 26 de 33	requisitos exigidos en el artículo 5° de la presente ley y en un prestador que cumpla las condiciones de habilitación previstas en el artículo 6°. Para tal efecto, la entidad aseguradora deberá verificar, con antelación a la expedición, la inscripción y el registro del profesional en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) y la habilitación del prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). La aseguradora que expida la póliza sin efectuar dicha verificación no podrá oponer al paciente el incumplimiento de este requisito para negar la cobertura, sin perjuicio de las acciones de repetición contra el responsable y de las sanciones a que haya lugar. 4. Neutralidad frente a la autonomía profesional. Las condiciones de la póliza no podrán incidir, afectar ni condicionar la autonomía profesional garantizada por el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015. En particular, queda prohibido: a. Subordinar la cobertura o su reconocimiento a autorizaciones previas de la entidad aseguradora sobre la indicación quirúrgica, la técnica operatoria, los insumos, los dispositivos o el plan de manejo posoperatorio. b. Imponer al profesional protocolos, guías o listados de procedimientos distintos de las guías de práctica clínica de que trata el artículo 7° de la presente ley. c. Condicionar la expedición de la póliza, su precio o su renovación a la vinculación del profesional o del prestador a redes, listados o convenios de la entidad aseguradora. d. Establecer incentivos, descuentos o penalizaciones asociados a la frecuencia de complicaciones o de eventos adversos reportados, que puedan inducir su subnotificación o la modificación de las decisiones clínicas. e. Intervenir, directa o indirectamente, en la selección del paciente, del profesional tratante o del prestador. Toda estipulación contraria a lo previsto en este numeral se tendrá por no escrita. El seguro de que trata el presente artículo ampara gastos de atención en salud y no constituye seguro de responsabilidad civil profesional; en consecuencia, su cobertura opera con independencia de la determinación de responsabilidad y su pago no comporta reconocimiento de culpa ni de responsabilidad alguna del profesional o del prestador, en concordancia con el parágrafo 3° del artículo 10 de la presente ley. Lo anterior, sin perjuicio de las demás pólizas o seguros previstos en las normas vigentes, cuya contratación continuará rigiéndose por el régimen general. Parágrafo 1°. No podrá negarse ningún servicio de salud, especialmente el de urgencias, por tratarse de una complicación asociada a un procedimiento médico-quirúrgico con finalidad estética. La póliza deberá garantizar la suficiencia de la red de prestación de servicios para atender las complicaciones y permitir la continuidad del manejo posoperatorio en los términos del artículo 6° de la presente ley. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará, en Página 27 de 33

coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera de Colombia, el proceso de pago, recobro y subrogación entre el sistema de salud, los prestadores y las entidades aseguradoras. Parágrafo 2°. Cuando el procedimiento se practique sin el amparo exigido en este artículo, o por quien no acredite las competencias del artículo 5°, el sistema de salud y las entidades que asuman la atención de la complicación podrán repetir contra el prestador y el profesional responsables por el valor total de los servicios prestados, sin perjuicio de las sanciones administrativas, éticas y penales a que haya lugar. Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional reglamentará el presente artículo dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, con la participación de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva y del gremio asegurador. La reglamentación definirá, como mínimo, las coberturas y sumas aseguradas, la prima o tarifa máxima, las exclusiones admisibles, las condiciones de suficiencia de la red de atención, el procedimiento de reclamación y los mecanismos de información y verificación. Parágrafo 4°. La obligatoriedad prevista en este artículo será exigible a partir de la entrada en vigencia de la reglamentación de que trata el parágrafo anterior y, en todo caso, a más tardar dieciocho (18) meses después de la promulgación de la presente ley. Vencido dicho término sin que se hubiere expedido la reglamentación, la obligatoriedad se hará exigible con sujeción a las condiciones generales y a las tarifas máximas que señale la Superintendencia Financiera de Colombia. Artículo 12. Del reporte, seguimiento y análisis de la información. Los casos de mortalidad y los eventos adversos asociados a los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos serán considerados eventos de interés en salud pública; en consecuencia, las instituciones que los practiquen deberán reportarlos a las autoridades de inspección, vigilancia y control para su investigación y la adopción de medidas pertinentes. Igualmente, deberán reportar los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) correspondientes. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este artículo dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la ley, garantizando lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, y que la sustituya, modifique, o derogue. CAPÍTULO III Publicidad, promoción y patrocinio Artículo 13. Publicidad de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos. Las piezas publicitarias mediante las cuales se ofrezca o promocióne la práctica de procedimientos quirúrgicos con fines estéticos, por cualquier medio, deberán incluir información clara, suficiente, oportuna, comprensible, precisa, idónea, verificable y veraz y, Página 28 de 33	como mínimo, contener: a) el nombre de la institución prestadora del servicio de salud; y b) la indicación clara y visible de la condición de habilitación de los servicios. En el caso de los profesionales de la salud que ofrezcan la promoción en la práctica de procedimientos quirúrgicos con fines estéticos por cualquier medio, igualmente deberán incluir información clara, suficiente, oportuna, comprensible, precisa, idónea, verificable y veraz, y contener: (a) El nombre del profesional competente (b) La acreditación de los títulos académicos que lo habilitan para ejercer y practicar procedimientos quirúrgicos con finalidad estética Parágrafo 1°. La información deberá estar resaltada en la página web, red social o aplicativo dispuesto por el prestador o el profesional, de forma claramente visible y en todo caso verificable por el paciente. Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con la Superintendencia Nacional de Salud, realizarán periódicamente campañas de información sobre estos procedimientos y sobre los derechos y obligaciones de pacientes y médicos. Artículo 14. Prohibiciones. Se prohíben las siguientes prácticas en la publicidad y promoción de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos a través de cualquier medio de comunicación o redes sociales: a) Las dirigidas a menores de edad o hechas atractivas para ellos, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 5 de la Ley 1799 de 2016, o cualquier norma que la sustituya, modifique o derogue. b) Las que induzcan a error al paciente. Se entenderá que inducen a error las afirmaciones sobre información objetivamente verificable que resulten falsas o inexactas, tales como garantizar la ausencia de complicaciones o riesgos, asegurar resultados o atribuir títulos, calidades o experiencia que no correspondan a la realidad. c) Las rifas, promociones, ofertas y patrocinios. Parágrafo 1°. La Superintendencia de Industria y Comercio y la Superintendencia Nacional de Salud investigarán y sancionarán, de acuerdo con su competencia, las conductas previstas en este artículo. Parágrafo 2°. Será competencia de COLJUEGOS investigar y sancionar las actividades relacionadas con el literal c), de conformidad con la legislación vigente. Artículo 15. Publicidad engañosa. Los prestadores de servicios de salud que incurran en prácticas de publicidad engañosa para lograr la prestación de servicios de procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos se harán acreedores de las sanciones previstas en la Ley 1480 de 2011 y demás normas que la sustituyan, modifiquen o complementen, sin perjuicio de las demás condenas y sanciones jurisdiccionales y administrativas aplicables. Página 29 de 33
Parágrafo. La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá funciones de inspección, vigilancia y control sobre la publicidad engañosa, conforme al régimen de la Ley 1480 de 2011, sin perjuicio de las competencias asignadas a otras autoridades en virtud de la presente ley. CAPÍTULO IV Régimen de responsabilidad y sanciones Artículo 16. Responsabilidad profesional. Los profesionales de la salud que realicen procedimientos quirúrgicos con fines estéticos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente ley serán sancionados por los tribunales de ética profesional correspondientes, con las sanciones contempladas en sus respectivos regímenes, además de la suspensión del ejercicio profesional de conformidad con lo consagrado en el artículo 83 de la Ley 23 de 1981. Lo anterior, sin perjuicio de las demás condenas o sanciones civiles, penales y/o administrativas a que haya lugar. Artículo 17. Ejercicio ilegal de la medicina en los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos. La práctica de los procedimientos médico-quirúrgicos con fines estéticos por quienes no acrediten las competencias para realizarlos de conformidad con las establecida en la presente ley se considera ejercicio ilegal de la medicina, y dará lugar a las sanciones administrativas, éticas y penales previstas en la ley, en particular a las contempladas en el Capítulo V de la presente ley. Lo no previsto se regirá por las normas generales para el ejercicio de las profesiones de la salud. Artículo 18. Infracciones administrativas. Adiciónese un numeral al artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, así: <i>"22. Ejercer de manera ilegal las profesiones de la salud, de conformidad con las normas que regulan la materia."</i> Artículo 19. Sanciones a los prestadores de servicios de salud. El incumplimiento de lo dispuesto en los artículos 4°, 5°, 6°, 9°, 10, 11 y 12 de la presente ley podrá acarrear al prestador las siguientes sanciones: 1) cierre temporal, definitivo, o pérdida de la habilitación del servicio; y 2) multas conforme a la normatividad superior vigente. Lo anterior, sin perjuicio de las demás actuaciones o sanciones que deban adoptar las entidades competentes. Artículo 20. Responsabilidad por publicidad. La Superintendencia de Industria y Comercio sancionará el incumplimiento de lo previsto en los artículos 13, 14 y 15 de la presente ley por parte del anunciante, promotor o patrocinador, conforme al artículo 30 de la Ley 1480 de 2011 y demás normas aplicables, sin perjuicio de las demás sanciones a que haya lugar. Página 30 de 33	Parágrafo. La participación de profesionales de la salud en prácticas que contravengan los artículos 13, 14 y 15 se considera como mínimo falta grave contra la ética profesional, y será sancionada conforme a lo dispuesto en la ley 23 de 1981. Parágrafo 2. Los médicos con competencias en procedimientos quirúrgicos con fines estéticos a quienes se les demuestre la conducta de publicidad engañosa, consistente en la difusión de información objetivamente verificable que resulte falsa o inexacta, incurrirán en multa de hasta mil (1.000) salarios mínimos legales vigentes. Lo anterior sin perjuicio de las sanciones civiles y administrativas que le sean aplicables. CAPÍTULO V Disposiciones penales en materia de ejercicio ilegal de profesiones del área de la salud Artículo 21. Tipo penal autónomo — Ejercicio ilegal de profesión en ciencias de la salud. Adiciónase el artículo 372A a la Ley 599 de 2000, dentro del Título XIII (Delitos contra la salud pública), el cual quedará así: "Artículo 372A. Ejercicio ilegal de profesión en ciencias de la salud. El que, sin poseer título académico expedido por autoridad competente y sin contar con los requisitos exigidos por la ley para el ejercicio de una profesión o especialidad en el área de la salud, ejerza actos de diagnóstico, prescripción, intervención, procedimiento invasivo, quirúrgico, anestésico, terapéutico o de manejo clínico reservado legalmente a profesiones u ocupaciones del área de la salud, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años e inhabilitación para el ejercicio de cualquier actividad relacionada con la salud por el mismo término. En la misma pena incurrirá el profesional o especialista que promueva o encubra el ejercicio ilegal de profesiones u ocupaciones de la salud. Las penas se aumentarán de una tercera parte a la mitad cuando: 1) el autor se atribuya públicamente el título, grado académico, especialización o certificación que no posee; 2) la conducta se realice con fines de lucro o de manera reiterada; o 3) la víctima sea un sujeto de especial protección constitucional. Parágrafo. La sentencia condenatoria ejecutoriada deberá ser comunicada de inmediato por el juez al Ministerio de Salud y Protección Social para su inclusión en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) y demás sistemas de información previstos en la Ley 1164 de 2007." Artículo 22. Circunstancias de agravación en el homicidio y las lesiones personales. Adiciónase un numeral a los artículos 104, 110, 119 y 121 de la Ley 599 de 2000, con el siguiente texto: Página 31 de 33

