REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXXV - Nº 1449 | Bogotá, D. C., jueves, 1° de octubre de 2026 | EDICIÓN DE 34 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 356 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se establece el plan nacional del cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida, se emiten directrices para su implementación en el territorio nacional, y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., 10 de septiembre de 2026

Doctor

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

Secretario General

Cámara de Representantes

REF.: Radicación Proyecto de Ley número 356 de 2026 cámara, *por medio de la cual se establece el plan nacional del cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida, se emiten directrices para su implementación en el territorio nacional, y se dictan otras disposiciones.*

Como Representante a la Cámara por Bogotá y en uso del derecho consagrado en los artículos 150, 154 de la Constitución Política de Colombia y 140 de la Ley 5ª de 1992, por su digno conducto me permito poner a consideración del Honorable Congreso de la República el Proyecto de Ley de la referencia.

Cordialmente,



JAIRO LEÓN VARGAS
Representante a la Cámara
Congreso de la República

PROYECTO DE LEY NÚMERO 356 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se establece el plan nacional del cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida, se emiten directrices para su implementación en el territorio nacional, y se dictan otras disposiciones.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. MARCO NORMATIVO O CONSTITUCIONAL

El artículo 2° de la Constitución Política de Colombia, establece que son fines esenciales del Estado servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución y que corresponde a las autoridades de la República proteger a todas las personas residentes en el país, en su vida, honra, bienes y creencias. Asimismo, el artículo 7° *ibidem,* reconoce y da protección a la diversidad étnica y cultural de la Nación, por lo cual se establece el respeto por las cosmovisiones, formas de gobierno y territorios de los pueblos étnicos, así como reconociendo a Colombia como un país multilingüe, pluriétnico y pluricultural.

La Constitución Política de Colombia, en sus los artículos 44, 48 y 49, este último modificado por el Acto Legislativo 2° de 2009, reconocen y amparan el derecho fundamental a la salud y la seguridad social, estableciendo la obligación en cabeza del Estado de garantizar la prestación del servicio público de la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, asegurando a todas las personas el acceso efectivo a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El numeral 42.6 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001 atribuye a la Nación, a través del entonces Ministerio de Salud, la competencia para definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. En ejercicio de estas competencias y en el marco de las funciones de dirección, regulación y coordinación del sector salud, se han desarrollado instrumentos, lineamientos y políticas orientados al fortalecimiento de la salud mental, los cuales han sido incorporados progresivamente en los procesos de planificación territorial en salud desde el año 2005.

Los artículos 17 y 27 de la Ley 1098 de 2006 reconocen el derecho de los niños, niñas y adolescentes a la vida, a la calidad de vida y a la salud integral. En particular, el artículo 27 establece que la salud constituye un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solamente la ausencia de enfermedad, garantizando a todos los niños, las niñas y los adolescentes el acceso a la atención integral en salud. Asimismo, el numeral 7 del artículo 39 de la misma ley dispone como obligación de la familia incluirlos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud desde el momento de su nacimiento y garantizar su acceso oportuno a los controles periódicos de salud, los programas de vacunación y los demás servicios médicos requeridos.

En consecuencia, la garantía efectiva del derecho a la salud integral comprende la adopción de acciones de promoción de la salud mental, prevención de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, identificación temprana de señales de alerta y acceso oportuno a servicios de atención, tratamiento y seguimiento, con la participación activa de la familia, la sociedad y el Estado.

El artículo 12 de la Ley 1438 de 2011 estableció la Atención Primaria en Salud como la estrategia para la coordinación intersectorial y la acción conjunta del Estado, las instituciones y la comunidad para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, constituyéndose en una herramienta fundamental para la prevención de la conducta suicida y la atención integral de la salud mental.

El artículo 33 de la Ley 1122 de 2007 otorgó competencia al Gobierno nacional para definir el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual deberá incorporarse en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Dicho plan, entre otros aspectos, debe incluir, conforme al literal a), las acciones orientadas a la promoción de la salud mental y la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. Así mismo, parágrafo 3° *ibidem*, establece la obligación a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social de definir los protocolos de atención, remisión y tratamiento en los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Mediante la Ley 1346 de 2009 se aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El artículo 25 reconoce el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad y obliga a los Estados a garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, incluida la rehabilitación relacionada con la salud, la detección e intervención tempranas y la prestación de servicios accesibles y próximos a las comunidades. A su vez, el artículo 26 dispone la adopción de medidas de habilitación y rehabilitación dirigidas a alcanzar y mantener la máxima independencia y capacidad física, mental, social y vocacional de las personas con discapacidad. Estas disposiciones constituyen un fundamento para el desarrollo de acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de factores de riesgo asociados a la conducta suicida y la atención integral de las personas con discapacidad, garantizando su acceso oportuno y no discriminatorio a los servicios de salud y rehabilitación.

Los artículos 3°, 4° y 5° de la Ley 1620 de 2013 crearon el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar, con el fin de articular acciones de promoción de derechos, protección integral y convivencia escolar en los establecimientos educativos. En desarrollo de dichos objetivos, la ley prevé mecanismos de prevención, detección temprana, atención y seguimiento de las situaciones que afectan el bienestar de los estudiantes, incluidos los fenómenos de violencia escolar y acoso escolar, los cuales constituyen factores de riesgo relevantes para la salud mental y la conducta suicida de niños, niñas y adolescentes.

La Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, determinó mediante el literal c) del artículo 5° que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar dicho derecho fundamental, para lo cual debe diseñar e implementar políticas orientadas a fomentar la promoción de la salud, la prevención y el manejo de la enfermedad, así como la rehabilitación de sus consecuencias, a través de intervenciones tanto colectivas como individuales.

Según el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (OMS, 2021) de la Organización Mundial de la Salud reconoce la prevención del suicidio como una de las prioridades mundiales en salud mental, promoviendo la implementación de intervenciones basadas en la comunidad, el fortalecimiento de la atención primaria en salud y la reducción de los factores sociales asociados al riesgo suicida.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2024), la tasa de suicidio en Colombia alcanzó en 2023 su nivel más alto registrado, con 6,59 casos por cada 100.000 habitantes, equivalentes a 3.195 muertes y aproximadamente ocho suicidios diarios. Asimismo, entre 2014 y 2023 se evidenció un incremento acumulado del 41,22 % en el número de casos, lo que refleja una tendencia creciente de este fenómeno en el país.

La Ley 2460 de 2025, *por medio de la cual se modifica la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos y/o enfermedades mentales, así como medidas para la promoción y cuidado de la salud mental*, modificó el artículo 1° de la Ley 1616 de 2013 para establecer que su objeto es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, con especial priorización de los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes, mediante la promoción de la salud, la prevención del trastorno mental y la atención integral e integrada en salud mental en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. Asimismo, la Ley 2460 de 2025 modificó el artículo 2° de la Ley 1616 de 2013 para disponer que sus medidas se aplicarán teniendo en cuenta los enfoques de derechos humanos, género, diferencial, étnico, poblacional-territorial, de curso de vida y biopsicosocial.

De conformidad con el artículo 2° de la Ley 2460 de 2025, la promoción y el cuidado de la salud mental, así como la prevención y atención integral de los trastornos y/o enfermedades mentales, constituyen una responsabilidad transversal que involucra a los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los diversos actores con competencias en esta materia. En concordancia con ello, los numerales 10 y 11 del artículo 5° de la Ley 1616 de 2013, modificados por la Ley 2460 de 2025, disponen que los factores biológicos, psicosociales y los determinantes sociales en salud que afectan la salud mental deben ser comprendidos y atendidos dentro de las acciones de promoción, prevención y atención integral, y reconocen el papel de los agentes comunitarios en salud mental, entendidos como voluntarios, organizaciones y líderes comunitarios que promueven prácticas saludables y entornos protectores, en coordinación con las autoridades y el talento humano en salud, para fortalecer la relación entre las comunidades y los servicios de salud.

En concordancia con los artículos 27 y 28 de la Ley 1616 de 2013, se garantiza la participación efectiva de las comunidades y la inclusión de asociaciones de personas, familias y cuidadores en las acciones de salud mental, y con los artículos 1° y 8° de la Ley 2518 de 2025, se establece la participación comunitaria e intersectorial como principio rector y se promueve la implementación del modelo comunitario en la prevención de la enfermedad mental.

De acuerdo al marco de la normatividad colombiana, la Resolución número 347 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social establece el Código Dorado como un protocolo de aplicación obligatoria para la atención inmediata, integral y articulada de las personas que presenten conducta suicida, incluyendo ideación o intento de suicidio, en todo el territorio nacional. Esta disposición busca fortalecer la respuesta del sistema de salud mediante la identificación oportuna del riesgo, la atención integral y la articulación entre los diferentes actores y servicios involucrados en la protección de la salud mental y la prevención del suicidio.

La Ley 2294 de 2023, por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 *"Colombia Potencia Mundial de la Vida"*, señala en su artículo 166 que el Gobierno Nacional bajo la coordinación técnica del Ministerio de Salud y Protección Social, y con la participación del Consejo Nacional de Salud Mental actualizará la política nacional de salud mental individual y colectiva en la cual se abordarán líneas estratégicas con acciones transectoriales de mediano y largo plazo que incidan en los determinantes sociales de la salud mental, por entornos de desarrollo, curso de vida distinguiendo los enfoques poblacional, interseccional y territorial que contemple la promoción de la salud mental, la prevención, atención integral, rehabilitación e inclusión social de la población con afectaciones en salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas, y las situaciones de violencia.

El Decreto número 729 de 2025, mediante el cual se adicionó el Título a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 y se adoptó la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034, incorpora en el numeral 5.3.5 de su anexo la estrategia denominada "Mitigación de la conducta suicida". Esta estrategia está orientada a reducir los factores de riesgo asociados a la conducta suicida mediante la articulación transectorial e intersectorial de acciones dirigidas a las personas, las familias y las comunidades, con enfoque de curso de vida. Para ello, contempla medidas relacionadas con el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la sensibilización y concienciación de la población, la disminución del estigma y la discriminación, la capacitación de actores clave, el acceso oportuno a los servicios de salud mental, la atención y el tratamiento oportunos, la respuesta frente a situaciones de crisis, el seguimiento de los casos y el acompañamiento a las personas sobrevivientes y a sus familias, así como mecanismos de coordinación y seguimiento orientados a mejorar la respuesta institucional frente a este evento.

El artículo 25 del Convenio 169 de la OIT, aprobado mediante la Ley 21 de 1991, dispone en su numeral 1 que los gobiernos deben garantizar a los pueblos indígenas servicios de salud adecuados o proporcionar los medios que les permitan organizarlos y prestarlos bajo su propia responsabilidad y control, con el fin de que puedan alcanzar el máximo nivel posible de salud física y mental. A su vez, el numeral 2 establece que dichos servicios deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario, planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y considerar sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. De igual forma,

el numeral 3 prevé que el sistema de asistencia sanitaria priorice la formación y vinculación de personal de salud de la comunidad local y se centre en los cuidados primarios de salud, manteniendo la articulación con los demás niveles de atención. Finalmente, el numeral 4 señala que la prestación de los servicios de salud debe coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales adoptadas en el país. En materia de salud mental, estas disposiciones orientan la implementación de acciones con enfoque comunitario e intercultural, fundamentadas en la participación de los pueblos indígenas, el reconocimiento de sus saberes y prácticas tradicionales, el fortalecimiento de la atención primaria en salud y la articulación de las intervenciones sanitarias con las realidades sociales, económicas y culturales de los territorios.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo transitorio 56 de la Constitución Política de 1991, el Gobierno nacional se encuentra facultado para expedir, de manera transitoria, normas de carácter fiscal y de funcionamiento aplicables a los territorios indígenas, hasta tanto se adopte la ley a la que se refiere el artículo 329 de la Carta Política, garantizando su coordinación con las demás entidades territoriales. En ejercicio de dicha facultad se expidió el Decreto Ley 480 de 2025, mediante el cual se establece e implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (Sispi) como política de Estado, reconociendo y garantizando la autonomía de los pueblos indígenas para la organización, gestión, administración y desarrollo de sus sistemas propios de salud, en armonía con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y bajo un enfoque de integralidad e interculturalidad. Asimismo, el artículo 25 de la citada disposición autoriza la implementación de procesos propios de fomento de la salud, protección de la armonía y cuidado integral, incluyendo la realización de tratamientos interculturales de carácter voluntario, con respeto por los conocimientos, prácticas, usos y saberes ancestrales de los pueblos indígenas. En este contexto, el Sispi constituye un referente normativo fundamental para la formulación e implementación de acciones de promoción de la salud mental, prevención de la conducta suicida y cuidado integral con enfoque intercultural, comunitario y territorial, acordes con las cosmovisiones, formas de organización y sistemas propios de conocimiento de los pueblos indígenas.

2. PANORAMA MUNDIAL: PERSONAS CON CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida constituye uno de los principales retos contemporáneos en materia de salud pública a nivel mundial, debido a su impacto sobre la vida, la salud mental, el bienestar de las personas, las familias y las comunidades, así como por las consecuencias sociales, económicas y sanitarias que genera. En las últimas décadas, organismos internacionales han reconocido que el suicidio y las conductas asociadas representan un problema complejo y multifactorial que exige respuestas integrales, coordinadas y sostenidas por parte de los Estados, orientadas no solo a la atención de las personas en riesgo, sino también al fortalecimiento de los factores protectores y la mitigación de los determinantes sociales que inciden en su ocurrencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) ha señalado que más de 720.000 personas fallecen cada año por suicidio en el mundo, constituyéndose en una de las principales causas de muerte prevenible. De igual forma, ha advertido que el suicidio fue la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años a nivel mundial y que cerca del 73 % de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos, lo que evidencia la necesidad de adoptar medidas de prevención desde una perspectiva de equidad, salud pública y derechos humanos. Asimismo, ha precisado que las causas asociadas a la conducta suicida son múltiples y comprenden factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales presentes a lo largo del curso de vida. El suicidio constituye un fenómeno multifactorial cuyas causas están influenciadas por factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales presentes a lo largo del curso de vida. La misma organización señala que numerosos episodios de conducta suicida ocurren en contextos de crisis asociados a problemas económicos, conflictos interpersonales, dolor o enfermedad crónica, así como en situaciones de violencia, abuso, pérdidas significativas, conflictos, desastres y aislamiento social, los cuales pueden incrementar la vulnerabilidad de las personas frente a pensamientos y comportamientos suicidas (Organización Mundial de la Salud, 2025).

En el ámbito regional, la Organización Panamericana de la Salud (2025) ha advertido que la Región de las Américas constituye actualmente la única región de la Organización Mundial de la Salud en la que las tasas de suicidio han mostrado una tendencia creciente. Según dicha entidad, durante 2021 aproximadamente 100.760 personas fallecieron por suicidio en la región, registrándose una tasa de mortalidad ajustada por edad de 9,2 defunciones por cada 100.000 habitantes. Así mismo, la OPS informó que la mortalidad por suicidio afectó de manera desproporcionada a los hombres, registrándose aproximadamente 3,7 muertes masculinas por cada muerte femenina.

Dicha Organización también ha señalado que la interpretación de las estadísticas sobre suicidio debe realizarse con cautela, debido a que factores como el estigma social, las diferencias en los sistemas de registro y certificación de las defunciones, los distintos marcos normativos aplicables, el subregistro y la utilización de categorías de intención indeterminada pueden afectar la calidad y comparabilidad de la información disponible entre países y regiones. En consecuencia, las comparaciones internacionales deben considerar el contexto de producción de los datos, el período analizado, la población de referencia y la metodología utilizada para el cálculo de las tasas.

En el documento *Preventing Suicide: A Global Imperative* (2014), la Organización Mundial de la Salud reconoció que el suicidio constituye un problema de salud pública prevenible y exhortó a los Estados a desarrollar estrategias nacionales integrales de prevención, sustentadas en un enfoque multisectorial que articule las acciones de los sectores de salud, educación, protección social, trabajo, justicia, medios de comunicación y comunidad. En dicho informe se destaca que la prevención de la conducta suicida requiere superar enfoques exclusivamente clínicos para incorporar intervenciones dirigidas a los determinantes sociales de la salud mental y al fortalecimiento de las redes de apoyo familiares y comunitarias.

De manera complementaria, la Organización Mundial de la Salud desarrolló la iniciativa *LIVE LIFE: An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries* (2021), mediante la cual establece un conjunto de intervenciones basadas en la evidencia para la prevención del suicidio, entre las que se encuentran la restricción del acceso a medios letales, la promoción de prácticas responsables de comunicación sobre suicidio, el fortalecimiento de habilidades socioemocionales en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así como la identificación temprana, atención y seguimiento continuo de las personas afectadas por conducta suicidas. Este instrumento resalta la importancia de consolidar estrategias nacionales que permitan coordinar acciones intersectoriales y comunitarias orientadas a la protección de la vida y la salud mental.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha advertido que la Región de las Américas constituye actualmente la única región de la Organización Mundial de la Salud en la que las tasas de suicidio han presentado una tendencia creciente. Según dicha entidad, aproximadamente 100.760 personas fallecieron por suicidio en la región durante el año 2021 y, por cada muerte por esta causa, se estima la ocurrencia de múltiples intentos de suicidio, situación que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, las estrategias de prevención y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Asimismo, la OPS ha señalado que factores como la discriminación, el aislamiento social, la violencia, las desigualdades socioeconómicas, las barreras de acceso a servicios de salud mental y la disponibilidad de medios letales contribuyen significativamente al riesgo suicida (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

En respuesta a esta problemática, la Organización Panamericana de la Salud (2023) adoptó la *Estrategia para Mejorar la Salud Mental y la Prevención del Suicidio en la Región de las Américas*, mediante la cual promueve el fortalecimiento de las políticas públicas, el desarrollo de estrategias nacionales de prevención, la ampliación del acceso a servicios comunitarios de salud mental y la incorporación de enfoques diferenciales que permitan reconocer las necesidades particulares de grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad.

Desde una perspectiva de derechos humanos y bioética, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco (2005) reconoce que la dignidad humana, el respeto por la vulnerabilidad y la responsabilidad social en materia de salud constituyen principios fundamentales para la adopción de políticas públicas dirigidas a la protección de la vida y el bienestar de las personas. Particularmente, los artículos 3°, 8° y 14 de la citada Declaración destacan el deber de los Estados de promover condiciones que garanticen el acceso a la salud, la protección de las personas y grupos en situación de vulnerabilidad y la disminución de las inequidades que afectan el desarrollo humano integral.

De igual manera, la evidencia científica ha demostrado que la conducta suicida constituye un fenómeno complejo y multifactorial que no puede explicarse a partir de una única causa. Casas Muñoz et al. (2024), en su revisión de la literatura sobre factores de riesgo de las conductas suicidas en adolescentes, señalan que la conducta suicida es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, familiares, comunitarios y sociales que actúan de manera simultánea a lo largo del curso de vida, incrementando o reduciendo la vulnerabilidad frente a la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado. Asimismo, los autores explican la utilidad del modelo ecológico para comprender esta problemática, en la medida en que permite analizar la influencia de factores individuales, familiares, comunitarios y sociales en la ocurrencia de la conducta suicida y facilita la formulación de intervenciones multisectoriales orientadas a actuar sobre los distintos niveles de riesgo y protección (Casas Muñoz et al., 2024).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud ha señalado que las intervenciones más efectivas para reducir la mortalidad por suicidio son aquellas que integran acciones de promoción de la salud mental, fortalecimiento de factores protectores, prevención de factores de riesgo, atención integral en salud, participación comunitaria, fortalecimiento de redes de apoyo y seguimiento posterior a las personas con conducta suicida, mediante intervenciones universales, selectivas e indicadas (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2016), la prevención de la conducta suicida debe estructurarse mediante intervenciones universales, selectivas e indicadas, articuladas con acciones de promoción de la salud mental, fortalecimiento de factores protectores, atención integral y seguimiento de las personas en riesgo.

Zaraza-Morales y González-Hernández (2023) analizan la recuperación de las personas con conducta suicida desde el modelo Chime, un enfoque de recuperación en salud mental centrado en la persona que busca superar modelos

exclusivamente orientados a la atención de la crisis o al control de síntomas. Este modelo plantea que los procesos de recuperación se construyen a partir de cinco dimensiones interrelacionadas: *Connectedness* (conexiones sociales), entendida como el fortalecimiento de los vínculos con la familia, la comunidad y las redes de apoyo; *Hope* (esperanza), relacionada con la construcción de expectativas positivas frente al futuro; *Identity* (identidad), orientada a la reconstrucción de una identidad positiva más allá de la experiencia de sufrimiento o enfermedad; *Meaning* (sentido de vida), asociada al desarrollo de propósitos vitales y proyectos de vida significativos; y *Empowerment* (empoderamiento), entendido como la capacidad de la persona para participar activamente en las decisiones relacionadas con su proceso de recuperación. Según los autores, la recuperación de las personas con conducta suicida no se limita a la superación de la crisis inmediata, sino que constituye un proceso continuo de reconstrucción personal, familiar y comunitaria que requiere acompañamiento por parte de los servicios de salud, la familia y las redes sociales de apoyo.

La relevancia de este modelo para la presente iniciativa radica en que permite comprender que la atención de las personas con conducta suicida no debe limitarse a la intervención clínica durante la crisis, sino que debe incorporar acciones orientadas al fortalecimiento de las redes familiares y comunitarias, la reconstrucción de proyectos de vida, la reducción del estigma, la participación activa de la persona en su proceso de recuperación y el seguimiento continuo posterior a los eventos suicidas. En este sentido, el modelo Chime proporciona un fundamento conceptual para el desarrollo de estrategias de cuidado integral, rehabilitación psicosocial y acompañamiento comunitario dentro del Plan Nacional de Cuidado Integral para Personas con Conducta Suicida.

De igual manera, la conducta suicida ha sido reconocida como un fenómeno complejo y multifactorial. Casas Muñoz, Velasco Rojano, Rodríguez Caballero, Gallardo Pérez, Sánchez Olivera, García Piña y Molina Valdespino (2024) señalan que los factores asociados a las conducta suicidas se encuentran distribuidos en los niveles individual, familiar, comunitario y social, por lo que su prevención exige intervenciones integrales dirigidas a actuar simultáneamente sobre dichos ámbitos. Zaraza-Morales y González-Hernández (2023) destacan, desde el modelo de recuperación Chime, que la recuperación de las personas con conducta suicida requiere fortalecer las conexiones sociales, la esperanza, la identidad, el sentido de vida y el empoderamiento, reconociendo que la recuperación constituye un proceso continuo que demanda el acompañamiento de los servicios de salud, la familia y la comunidad.

En ese contexto, la comunidad internacional ha venido avanzando hacia el reconocimiento de la conducta suicida como un asunto prioritario de salud pública y de derechos humanos, lo cual exige la adopción de políticas nacionales que permitan articular acciones sectoriales e intersectoriales orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de los factores de riesgo, la atención integral de las personas afectadas, el fortalecimiento de los entornos protectores y la consolidación de mecanismos de seguimiento y acompañamiento que contribuyan efectivamente a la protección de la vida y a la reducción de la mortalidad asociada a esta problemática.

A) Comparación internacional de las tasas de mortalidad por suicidio

La comparación internacional de la mortalidad por suicidio constituye una herramienta importante para dimensionar la magnitud de esta problemática en diferentes contextos geográficos y socioeconómicos. De acuerdo con el Banco Mundial, utilizando como fuente el *Global Health Observatory* de la Organización Mundial de la Salud, la tasa de mortalidad por suicidio se expresa como el número de defunciones por suicidio por cada 100.000 habitantes y corresponde a una tasa estandarizada por edad, lo que permite mejorar la comparabilidad entre países al reducir las distorsiones derivadas de sus diferencias demográficas. (Banco Mundial, 2026).

En consecuencia, las tasas presentadas no reflejan el número absoluto de defunciones registradas en cada país, sino una medida ajustada del riesgo de mortalidad por suicidio que facilita el análisis comparativo internacional. No obstante, las diferencias observadas entre países deben interpretarse con cautela debido a variaciones en los sistemas de registro, certificación de defunciones y clasificación de las causas de muerte. (Banco Mundial, 2026; Organización Panamericana de la Salud, 2016).

De acuerdo con la información reportada por el Banco Mundial para 2021, la tasa promedio de mortalidad por suicidio en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Ocde) fue de 12,5 muertes por cada 100.000 habitantes. Entre los países con las tasas más elevadas se encuentran la República de Corea (27,5), Lituania (22,1), Eslovenia (18,9), Bélgica (18,4) y Japón (17,4), mientras que Colombia registró una tasa de 5,0 muertes por cada 100.000 habitantes, cifra inferior al promedio de los países miembros de la Ocde. La existencia de diferencias tan marcadas entre países evidencia la influencia de factores sociales, económicos, culturales, sanitarios y comunitarios en la ocurrencia de la conducta suicida y resalta la importancia de implementar estrategias integrales de prevención adaptadas a cada contexto[1].

[1] **Nota metodología:** La Ocde define las tasas de suicidio como las muertes autoinfligidas por una persona con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal y señala que, para efectos de comparación internacional, las tasas se encuentran estandarizadas por edad utilizando como población de referencia la estructura demográfica de la Ocde en 2010 (Ocde, 2024). El Banco Mundial reporta este indicador utilizando como fuente el *Global Health Observatory* de la Organización Mundial de la Salud.

Tabla I. Tasas de mortalidad por suicidio en países seleccionados de la OCDE, 2021

País	Tasa por 100.000 habitantes
Corea del Sur	27,5
Lituania	22,1
Eslovenia	18,9
Bélgica	18,4
Japón	17,4
Estados Unidos	15,6
Francia	16,6
Alemania	12,9
España	8,7
Chile	7,7
México	7,0
Colombia	5,0

Fuente: Banco Mundial, indicador **SH.STA. SUIC.P5**, con base en estimaciones de la Organización Mundial de la Salud.

La Organización Panamericana de la Salud ha señalado que la calidad y comparabilidad de las estadísticas sobre suicidio pueden verse afectadas por factores asociados al subregistro, las diferencias en la clasificación y certificación de las causas de muerte y las limitaciones de los sistemas nacionales de información. De igual manera, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos advierte que la comparabilidad internacional de los datos puede verse influenciada por los procedimientos utilizados para determinar la intencionalidad de la muerte, las autoridades responsables de certificar las defunciones, la realización de investigaciones médico-legales y las disposiciones relacionadas con la confidencialidad de la información. En consecuencia, la interpretación de las tasas internacionales de mortalidad por suicidio debe realizarse considerando las características metodológicas de las fuentes empleadas y las particularidades de los sistemas de registro de cada país (Organización Panamericana de la Salud 2016; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2024).

b) La conducta suicida en el mundo

Las experiencias desarrolladas en distintos países evidencian que la conducta suicida constituye un problema de salud pública presente en contextos geográficos, culturales y socioeconómicos diversos. No obstante, la forma en que se manifiesta, los grupos poblacionales más afectados y los factores asociados pueden variar significativamente entre países y territorios. Por esta razón, el análisis comparado de la evidencia internacional permite identificar patrones epidemiológicos, factores de riesgo comunes, poblaciones especialmente vulnerables y estrategias de prevención que pueden orientar el diseño de políticas públicas y programas de intervención ajustados a las particularidades de cada contexto. En este sentido, los estudios científicos, los sistemas de vigilancia epidemiológica y los informes elaborados por organismos internacionales han documentado tanto tendencias crecientes de mortalidad por suicidio como prevalencias relevantes de ideación suicida e intentos de suicidio en adolescentes y jóvenes de diferentes regiones del mundo, poniendo de manifiesto la necesidad de fortalecer las acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral y acompañamiento continuo de las personas afectadas (Organización Mundial de la Salud, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2016).

México

En México, Casas Muñoz et al. (2024) señalan que la tasa estimada de suicidio en personas de 15 a 29 años aumentó de 8,1 muertes por cada 100.000 habitantes en 2015 a 10,4 en 2021. Asimismo, los autores indican, con fundamento en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2021, que el 5,3 % de los adolescentes de 10 a 19 años había realizado al menos un intento de suicidio durante su vida y que el 6,3 % había presentado pensamientos suicidas (p. S61)[2].

Estos hallazgos evidencian una afectación significativa de la población adolescente y joven, particularmente en relación con los intentos de suicidio y la ideación suicida, y ponen de relieve la importancia de fortalecer las acciones de detección temprana, promoción de la salud mental y acompañamiento oportuno en los entornos educativos, familiares y comunitarios.

Ecuador

En Ecuador, la conducta suicida constituye un problema persistente de salud pública. Un estudio ecológico realizado con información del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Inec) reportó que, entre 2019 y 2023, se registraron 5.468 muertes por suicidio, con una tasa promedio de 6,71 por cada 100.000 habitantes. El 78,05 % de los casos correspondió a hombres, mientras que los grupos más afectados fueron los adultos entre 20 y 64 años (70,25 %) y los adolescentes entre 10 y 19 años (21,10 %). Asimismo, el 71,45 % de los eventos ocurrió en zonas urbanas (Cañarte Siguencia & Alvarado Zambrano, 2025).

El mismo estudio identificó que el principal mecanismo utilizado fue el ahorcamiento, responsable del 75,99 % de las muertes registradas, seguido por el envenenamiento con pesticidas (15,0 %) y el uso de armas de fuego (4,15 %). Los autores concluyen que estos hallazgos respaldan la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, atención integral en salud mental y prevención basada en evidencia, incluyendo medidas orientadas a reducir el acceso a medios letales.

De manera complementaria, un análisis geodemográfico nacional de 11 años realizado en los

[2] Nota de rigor: el artículo constituye una fuente secundaria para las cifras. En su bibliografía, los datos se atribuyen a las estimaciones del Banco Mundial y a la Ensanut. Para una exposición de motivos nacional sería preferible contrastarlos con la fuente mexicana primaria antes de presentar el artículo como único respaldo.

221 cantones de Ecuador identificó 11.280 muertes por suicidio entre 2011 y 2021. El estudio encontró que los hombres concentraron aproximadamente el 77 % de los casos y que las tasas de mortalidad fueron considerablemente superiores en comparación con las mujeres. Asimismo, evidenció una mayor concentración de casos entre las personas de 15 a 39 años y observó diferencias territoriales asociadas con las condiciones geográficas del país.

Particularmente, los autores encontraron que las tasas de suicidio fueron significativamente más elevadas en los cantones ubicados a mayores altitudes, observándose una asociación positiva entre la residencia en zonas de gran altitud y la mortalidad por suicidio. De igual forma, identificaron que los métodos más utilizados continuaron siendo el ahorcamiento y el uso de pesticidas, lo que refuerza la relevancia de las intervenciones dirigidas a limitar el acceso a medios letales y a abordar factores sociales, ambientales y territoriales asociados al riesgo suicida.

China

Cañón Buitrago y Carmona Parra (2018), al revisar estudios desarrollados en población universitaria china, reportan que una investigación realizada con 5.989 estudiantes encontró que el 16,4 % había presentado ideación suicida en algún momento de su vida y que el 1,92 % había realizado al menos un intento de suicidio. Los autores señalan además que la prevalencia de ideación e intento suicida fue significativamente superior entre las mujeres participantes. Estos resultados evidencian la presencia de factores de vulnerabilidad para la conducta suicida en población joven y la necesidad de fortalecer los sistemas de apoyo psicosocial en los entornos educativos.

Chile

La revisión realizada por Cañón Buitrago y Carmona Parra (2018) recoge diversos estudios desarrollados en población chilena que reportan prevalencias significativas de ideación suicida y pensamientos relacionados con la muerte. En uno de los estudios analizados, el 35,3 % de los participantes manifestó pensamientos frecuentes sobre la muerte y el 20,2 % expresó deseos de estar muerto. Adicionalmente, otra investigación desarrollada en adolescentes encontró que el 34,3 % presentaba ideación suicida de riesgo y que el 19,1 % había realizado al menos un intento de suicidio.

Aunque estos resultados corresponden a muestras específicas y no a estimaciones nacionales, evidencian la magnitud que puede alcanzar la conducta suicida en determinados grupos poblacionales y la necesidad de fortalecer las acciones preventivas orientadas a adolescentes y jóvenes.

Puerto Rico

La Organización Panamericana de la Salud informó que, con base en los registros del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico, entre 2000 y 2014 se registró un promedio anual de 313 muertes por suicidio, equivalente aproximadamente a una tasa de 8,4 muertes por cada 100.000 habitantes. Asimismo, la entidad reportó una disminución de la tasa de mortalidad por suicidio de 8,4 en 2013 a 6,5 por cada 100.000 habitantes en 2014 (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

De forma complementaria, Cañón Buitrago y Carmona Parra (2018) refieren un estudio realizado con 179 jóvenes puertorriqueños, en el cual el 17% manifestó pensamientos recurrentes de muerte y el 12,4% informó haber realizado al menos un intento de suicidio. En conjunto, estos hallazgos evidencian que, además de la carga de mortalidad asociada al suicidio, subsisten importantes manifestaciones de riesgo suicida en población joven.

Guyana

La Organización Panamericana de la Salud reportó que la Organización Mundial de la Salud estimó para Guyana una tasa ajustada por edad de 44,2 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes en 2014, una de las más altas registradas en la Región de las Américas. En el estudio nacional citado por la misma publicación se documentaron 673 muertes por suicidio entre 2010 y 2012, con un promedio aproximado de 226 muertes anuales.

El análisis identificó diferencias territoriales relevantes y evidenció una alta utilización de plaguicidas y herbicidas como método de suicidio, particularmente en zonas agrícolas. Estos hallazgos respaldan las recomendaciones formuladas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud respecto a la restricción del acceso a medios letales como una de las intervenciones más efectivas para la reducción de la mortalidad por suicidio (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

El análisis comparado de la evidencia internacional permite concluir que la conducta suicida constituye un fenómeno complejo, multifactorial y presente en contextos culturales, económicos y geográficos diversos. A pesar de las diferencias observadas entre países, los estudios revisados identifican elementos comunes, tales como la especial vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes, la mayor mortalidad registrada en hombres, la influencia de factores sociales, familiares, comunitarios y territoriales, así como la relevancia que tiene la disponibilidad de medios letales en la ocurrencia de los eventos suicidas. De igual forma, la experiencia internacional evidencia que las estrategias más efectivas para la prevención del suicidio son aquellas que articulan acciones de promoción de la salud mental, fortalecimiento de factores protectores, detección temprana, acceso oportuno a servicios de atención integral, seguimiento posterior a los intentos de suicidio y participación activa de las familias, las comunidades y otros sectores sociales. En consecuencia, la evidencia disponible respalda la necesidad de adoptar respuestas integrales, intersectoriales y continuas que permitan atender de manera efectiva las necesidades de las personas con conducta suicida y fortalecer los mecanismos de protección de la vida y la salud mental a lo largo del curso de vida.

3. Panorama nacional

De acuerdo con la información reportada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), el intento de suicidio en Colombia mostró una tendencia creciente entre 2018 y 2023, al pasar de 28.615 casos notificados con ocurrencia en el país (tasa de 59,3 por cada 100.000 habitantes) a 40.815 casos (tasa de 78,17), seguida de una leve disminución en 2024 y 2025 (38.747 y 39.106 casos, con tasas de 73,53 y 73,71, respectivamente). Al comparar el comportamiento acumulado a la semana epidemiológica 24 de cada año, se observa que en 2026 se han notificado 17.540 casos (tasa de incidencia de 32,85 por 100.000 habitantes), cifra superior a los 17.074 casos reportados en el mismo periodo de 2025 (tasa de 32,18), lo que representa un aumento tanto en el número de casos como en la tasa a nivel nacional.

De acuerdo con la información de Estadísticas Vitales (EEVV), la mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio) en Colombia presentó un comportamiento fluctuante entre 2018 y 2025. Durante este período se registraron 23.933 defunciones, con una tasa acumulada de 5,86 defunciones por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad pasó de 5,95 por 100.000 habitantes en 2018 a 5,93 en 2019, disminuyó a 5,45 en 2020, comportamiento que podría estar asociado a los efectos de la pandemia por COVID-19 sobre la dinámica de la mortalidad y los procesos de certificación. Posteriormente, la mortalidad retomó una tendencia ascendente durante 2021 (5,96 por 100.000 habitantes) y 2022 (6,03 por 100.000 habitantes), alcanzando su valor más alto en 2023, con una tasa de 6,32 defunciones por 100.000 habitantes y 3.301 defunciones. En 2024 la tasa disminuyó a 5,83 y continuó descendiendo en 2025, cuando se registraron 2.859 defunciones y una tasa de 5,39 por 100.000 habitantes, lo que representa una reducción del 14,7% respecto a la tasa máxima observada en 2023.

Durante toda la serie se evidenció un marcado predominio de la mortalidad por suicidio en los hombres. En el período 2018-2025 se registraron 19.108 defunciones en hombres (79,8%) y 4.825 en mujeres (20,2%), con tasas acumuladas de 9,56 y 2,31 defunciones por 100.000 habitantes, respectivamente. A lo largo de la serie, las tasas masculinas oscilaron entre 8,61 y 10,04 por 100.000 hombres, mientras que las femeninas variaron entre 2,07 y 2,78 por 100.000 mujeres, manteniéndose de forma consistente entre cuatro y cinco veces superiores en la población masculina. En ambos sexos, la mayor tasa se registró en 2023, seguida de una disminución durante 2024 y 2025.

De acuerdo con la clasificación por curso de vida, la mayor carga de mortalidad por suicidio se concentró de forma sostenida en la población de 27 a 44 años, seguida por el grupo de 19 a 26 años. Al analizar la distribución por grupos quinquenales de edad, las mayores frecuencias acumuladas se registraron en las personas de 20 a 24 años, seguidas por los grupos de 15 a 19 años y 25 a 29 años, lo que evidencia que la mayor carga de mortalidad por suicidio se concentra en adolescentes mayores y adultos jóvenes.

Desde el punto de vista territorial, Antioquia registró el mayor número acumulado de defunciones durante el período 2018-2025, seguido por Bogotá, D.C. y Valle del Cauca, concentrando de manera consistente las mayores frecuencias absolutas del país. No obstante, estas cifras corresponden a valores absolutos y deben interpretarse considerando el tamaño poblacional de cada entidad territorial; por ello, para establecer comparaciones entre departamentos es recomendable utilizar las correspondientes tasas de mortalidad.

Durante el año 2025 se registraron 2.859 defunciones por suicidio en Colombia. Del total de casos, 2.239 (78,3%) correspondieron a hombres y 620 (21,7%) a mujeres, lo que refleja una marcada sobremortalidad masculina, con aproximadamente 3,6 hombres fallecidos por cada mujer.

De acuerdo con la clasificación por curso de vida, la mayor carga de mortalidad por suicidio se concentró en la población de 27 a 44 años, con 936 defunciones (32,7%), seguida del grupo de 19 a 26 años, con 570 casos (19,9%). Posteriormente se ubicaron las personas de 60 años y más, con 487 casos (17,0%), y las de 45 a 59 años, con 469 casos (16,4%). adulta. Estos cuatro grupos representaron cerca del 86% de las defunciones registradas, lo que indica que la mortalidad por suicidio afectó principalmente a la población adulta.

Al analizar la distribución por grupos quinquenales de edad, se observa que el mayor número de defunciones se presentó en el grupo de 25 a 29 años, con 371 casos (13,0%), seguido por los grupos de 15 a 19 años, con 350 casos (12,2%), y de 20 a 24 años, con 348 casos (12,2%). En conjunto, las personas entre 15 y 29 años concentraron 1.069 defunciones, equivalentes al 37,4% del total nacional, lo que pone de manifiesto una importante carga de mortalidad por suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. A partir de los 30 años se observa una disminución progresiva en el número de defunciones conforme aumenta la edad.

Respecto al comportamiento por sexo, los hombres concentraron la mayor proporción de defunciones en prácticamente todos los grupos quinquenales de edad, con porcentajes superiores al 70% en la mayoría de ellos y superiores al 80% entre los 20 y 80 años o más, lo que confirma el marcado predominio masculino en la mortalidad por suicidio. La única excepción se presentó en el grupo de 10 a 14 años, en el que las mujeres registraron un mayor número de defunciones (66 casos; 56,9%) que los hombres (50 casos; 43,1%). En el grupo de 5 a 9 años se observó el mismo número de casos en ambos sexos (dos defunciones en cada uno).

Desde el punto de vista territorial, las mayores frecuencias de defunciones por suicidio durante 2025 se registraron en Antioquia (484 casos; 16,9%),

seguido de Bogotá, D.C. (383 casos; 13,4%) y Valle del Cauca (223 casos; 7,8%). Posteriormente se ubicaron Cundinamarca (165 casos; 5,8%), Nariño (133 casos; 4,7%), Santander (122 casos; 4,3%) y Tolima (110 casos; 3,8%) país. Estos siete departamentos concentraron 56,7% del total de las defunciones registradas en el país. No obstante, estas cifras corresponden a frecuencias absolutas y deben interpretarse considerando el tamaño poblacional de cada entidad territorial; por ello, para realizar comparaciones entre departamentos es recomendable utilizar las correspondientes tasas de mortalidad.

Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer las estrategias de promoción de la salud mental, prevención del suicidio y atención integral con enfoque diferencial por sexo y curso de vida, orientando las acciones prioritariamente hacia la población masculina, especialmente en los grupos de 15 a 29 años, donde se concentra la mayor carga de mortalidad, sin dejar de considerar el comportamiento observado en las adolescentes de 10 a 14 años, único grupo en el que las defunciones fueron superiores a las registradas en los hombres.

4. NECESIDAD DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

El ordenamiento jurídico colombiano ha avanzado de manera progresiva en el reconocimiento de la salud mental como un componente esencial del derecho fundamental a la salud y en la incorporación de medidas orientadas a la promoción del bienestar mental, la prevención de los trastornos mentales y la atención integral de las personas con afectaciones en salud mental. En este sentido, la Ley 1616 de 2013, modificada por la Ley 2460 de 2025, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034 y las disposiciones contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 constituyen avances significativos para el fortalecimiento de la respuesta estatal frente a los desafíos asociados a la salud mental en Colombia.

No obstante, el análisis de la situación epidemiológica nacional evidencia que la conducta suicida continúa representando un importante problema de salud pública y un desafío para la garantía efectiva de los derechos fundamentales a la vida, la salud, la dignidad humana y el desarrollo integral de las personas. Las cifras de mortalidad por suicidio y de intento de suicidio registradas en los sistemas oficiales de información muestran que este fenómeno mantiene una presencia significativa en el territorio nacional, con una afectación particular en adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes, así como diferencias relevantes entre sexos, grupos poblacionales y entidades territoriales.

Si bien el marco normativo vigente contiene disposiciones relacionadas con la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio, el país no cuenta actualmente con un instrumento legal específico que establezca, de manera integral y articulada, un modelo nacional de cuidado para las personas con conducta suicida. Las acciones existentes se encuentran distribuidas en diferentes normas, políticas, planes, lineamientos e instrumentos técnicos, los cuales, aunque complementarios, no configuran un esquema unificado que permita garantizar la continuidad del cuidado, la articulación intersectorial, el seguimiento posterior a los eventos suicidas, el acompañamiento a las familias y cuidadores, ni la implementación homogénea de estrategias de prevención y atención en todo el territorio nacional.

La evidencia científica y las recomendaciones formuladas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han demostrado que la prevención efectiva del suicidio requiere intervenciones sostenidas que trasciendan la atención clínica de la crisis y aborden de manera simultánea los factores individuales, familiares, comunitarios, culturales, sociales y territoriales asociados al riesgo suicida. Del mismo modo, han resaltado la necesidad de fortalecer los mecanismos de detección temprana, la atención integral en salud mental, la continuidad asistencial, la restricción del acceso a medios letales, la participación comunitaria y el acompañamiento posterior a los intentos de suicidio y a las personas sobrevivientes. Estas acciones demandan una coordinación institucional permanente y una definición clara de responsabilidades entre los diferentes sectores involucrados en la protección de la salud mental y la vida.

Adicionalmente, la experiencia internacional demuestra que las estrategias nacionales más exitosas para la reducción de la mortalidad por suicidio son aquellas que cuentan con marcos normativos que permiten articular acciones de promoción de la salud mental, prevención, atención integral, rehabilitación psicosocial, inclusión social, participación comunitaria y seguimiento continuo de las personas afectadas. Los organismos internacionales han insistido en la necesidad de construir respuestas integrales centradas en la persona, orientadas por enfoques de derechos humanos, curso de vida, género, diversidad, interculturalidad y determinantes sociales de la salud.

La necesidad de la presente iniciativa también se fundamenta en la obligación del Estado colombiano de brindar una protección reforzada a grupos poblacionales que presentan mayores condiciones de vulnerabilidad frente a la conducta suicida, entre ellos niños, niñas, adolescentes y jóvenes; personas mayores; personas con discapacidad; pueblos indígenas; personas víctimas de violencias; habitantes de territorios con limitaciones de acceso a servicios de salud mental; y personas con antecedentes de intentos de suicidio o afectaciones severas en salud mental. La adopción de medidas diferenciadas para estos grupos constituye una exigencia derivada de la Constitución Política, de la legislación nacional vigente y de los compromisos internacionales asumidos por Colombia en materia de derechos humanos y salud.

De igual manera, se identifica la necesidad de fortalecer los mecanismos de participación de las familias, cuidadores, comunidades, organizaciones sociales y agentes comunitarios en salud mental, reconociendo que la recuperación de las personas con conducta suicida no depende exclusivamente de la intervención clínica, sino también de la existencia de redes de apoyo, entornos protectores, procesos de inclusión social y acompañamiento continuo. En este sentido, los modelos contemporáneos de recuperación en salud mental, como el modelo Chime, destacan que la reconstrucción de proyectos de vida, el fortalecimiento de la esperanza, la identidad, las conexiones sociales y la participación activa de las personas en su proceso de recuperación constituyen elementos esenciales para la prevención de nuevos eventos suicidas.

En consecuencia, la presente iniciativa legislativa responde a la necesidad de consolidar un marco jurídico específico que permita institucionalizar el Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida como un instrumento de articulación, coordinación y orientación de las acciones del Estado, los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás sectores involucrados. A través de este plan se busca garantizar la implementación de estrategias integrales de promoción, prevención, atención, rehabilitación, seguimiento y cuidado continuo, con enfoque diferencial, territorial, comunitario e intercultural, fortaleciendo las capacidades institucionales y comunitarias para la protección de la vida, la salud mental y la dignidad humana de las personas con conducta suicida y de sus familias

5. Armonización internacional

La prevención de la conducta suicida ha sido reconocida progresivamente por la comunidad internacional como una prioridad de salud pública, derechos humanos y desarrollo social. En consecuencia, diversos organismos multilaterales han promovido la adopción de estrategias nacionales orientadas a fortalecer la promoción de la salud mental, la prevención de los factores de riesgo, la detección temprana, la atención integral y el seguimiento continuo de las personas con conducta suicida, así como el acompañamiento de sus familias y comunidades.

En 2014, la Organización Mundial de la Salud publicó el informe "Prevención del suicidio: un imperativo global", considerado el primer documento mundial de referencia sobre esta problemática. En dicho informe, la OMS reconoció el suicidio como un problema prioritario de salud pública prevenible e hizo un llamado a los Estados para desarrollar estrategias nacionales de prevención sustentadas en enfoques integrales y multisectoriales. Así mismo, destacó que las acciones más eficaces para reducir la mortalidad por suicidio requieren la participación coordinada de los sectores de salud, educación, protección social, justicia, trabajo, medios de comunicación y comunidad, superando modelos de atención centrados exclusivamente en la intervención clínica.

Posteriormente, en 2021, la Organización Mundial de la Salud publicó la guía "*LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*", mediante la cual estableció un conjunto de intervenciones prioritarias basadas en la evidencia para apoyar a los gobiernos en el diseño e implementación de estrategias nacionales de prevención del suicidio. Esta guía identifica cuatro intervenciones fundamentales: i) limitar el acceso a los medios utilizados para el suicidio; ii) promover una comunicación responsable por parte de los medios de comunicación; iii) fortalecer las habilidades socioemocionales para la vida en niños, niñas, adolescentes y jóvenes; y iv) garantizar la identificación temprana, evaluación, atención y seguimiento de las personas afectadas por pensamientos o conducta suicidas. Adicionalmente, reconoce la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la coordinación multisectorial, la financiación, la capacitación del talento humano y la evaluación permanente de las intervenciones implementadas.

Como desarrollo de la estrategia *LIVE LIFE*, la Organización Mundial de la Salud ha elaborado diversos instrumentos técnicos destinados a apoyar a los Estados en la implementación de acciones de prevención del suicidio basadas en la evidencia. Entre ellos se encuentra la actualización del documento *Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals* (2023), que proporciona orientaciones dirigidas a periodistas y medios de comunicación para promover una cobertura responsable del suicidio y reducir los riesgos asociados a la difusión inadecuada de esta problemática (Organización Mundial de la Salud, 2023).

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud publicó el documento *Suicide Prevention Through the Phased Elimination of Highly Hazardous Pesticides* (2024), en el que destaca la reducción progresiva de plaguicidas altamente peligrosos como una medida eficaz para restringir el acceso a medios letales utilizados en el suicidio y disminuir la mortalidad asociada a esta causa (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Asimismo, la guía *LIVE LIFE: An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries* identifica como una de las intervenciones prioritarias para la prevención del suicidio el fortalecimiento de habilidades para la vida y competencias socioemocionales en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con el propósito de incrementar factores protectores frente a la conducta suicida y fortalecer la capacidad de afrontamiento ante situaciones de riesgo (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Estas recomendaciones se sustentan en la evidencia científica que reconoce la conducta suicida como un fenómeno multifactorial asociado a la interacción de factores individuales, familiares, comunitarios y sociales. En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han señalado que la prevención efectiva del suicidio requiere intervenciones coordinadas

que actúen simultáneamente sobre dichos niveles, articulando acciones de promoción de la salud mental, prevención de factores de riesgo, fortalecimiento de factores protectores, atención integral y acompañamiento continuo de las personas afectadas (Organización Mundial de la Salud, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2021; Organización Panamericana de la Salud, 2016).

En el sector de la salud, el suicidio y las autolesiones son también problemas que aborda prioritariamente el Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP), que proporciona orientaciones técnicas basadas en la evidencia a fin de ampliar la prestación de servicios y la atención en los países para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. La Guía de Intervención para el *mhGAP* incluye un módulo específico para el suicidio y las autolesiones para ayudar a detectar, evaluar y atender a tiempo a las personas con conducta suicidas, y para hacerles un seguimiento. A través de la iniciativa Vivir la vida (en inglés), se anima y apoya a los gobiernos para que apliquen un conjunto de intervenciones basadas en la evidencia que son fundamentales para prevenir el suicidio.

De igual forma, la Organización Mundial de la Salud incorporó la prevención del suicidio como una prioridad estratégica en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, instrumento que promueve el fortalecimiento de la atención primaria en salud, la ampliación del acceso a servicios comunitarios de salud mental, la protección de grupos en situación de vulnerabilidad y la implementación de respuestas articuladas que permitan abordar los determinantes sociales asociados a la conducta suicida.

En el ámbito regional, la Organización Panamericana de la Salud adoptó la Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la Región de las Américas, mediante la cual reconoció la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales de los Estados para prevenir la conducta suicida, promover la atención integral basada en derechos humanos y consolidar modelos comunitarios de salud mental. De igual manera, la OPS ha advertido que la Región de las Américas constituye actualmente la única región de la Organización Mundial de la Salud donde las tasas de suicidio han mostrado una tendencia creciente, situación que exige la adopción de medidas integrales y sostenidas por parte de los Estados.

Desde una perspectiva de derechos humanos, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco, particularmente en sus artículos 3°, 8° y 14, reconoce la dignidad humana, la protección de las personas en situación de vulnerabilidad y la responsabilidad social en materia de salud como principios orientadores de la acción estatal. Estos postulados resultan especialmente relevantes para la formulación de políticas públicas dirigidas a las personas con conducta suicida, quienes requieren respuestas integrales que garanticen la protección de la vida, la salud mental, la inclusión social y el respeto por su autonomía y dignidad humana.

En este contexto, la presente iniciativa legislativa se encuentra alineada con las recomendaciones formuladas por los organismos internacionales especializados, en la medida en que promueve un modelo de cuidado integral para las personas con conducta suicida basado en la coordinación intersectorial, la promoción de la salud mental, la prevención de factores de riesgo, la detección temprana, el fortalecimiento de las capacidades comunitarias, el acompañamiento a las familias, el seguimiento posterior a las situaciones de crisis y la incorporación de enfoques diferenciales, territoriales e interculturales, contribuyendo así al cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos por el Estado colombiano en materia de salud mental, derechos humanos y protección de poblaciones en situación de vulnerabilidad.

6. IMPACTO FISCAL

La Ley 819 de 2003, *por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal, y se dictan otras disposiciones*, dispone en su artículo 7° que el impacto fiscal de los proyectos de ley que ordenen gasto o concedan beneficios tributarios deberá hacerse explícito y ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

En cumplimiento de esta disposición, se procede al análisis del impacto fiscal de la presente iniciativa legislativa.

La presente ley tiene por objeto establecer el "Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida", definir lineamientos para su implementación en el territorio nacional y fortalecer la coordinación intersectorial de las acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de la conducta suicida, la atención integral, la rehabilitación psicosocial, la inclusión social y el seguimiento de las personas con conducta suicida.

Las disposiciones contenidas en el proyecto se fundamentan principalmente en la articulación, fortalecimiento y coordinación de competencias, funciones, programas, estrategias e instrumentos que actualmente se encuentran contemplados en el ordenamiento jurídico vigente, particularmente en la Ley 1616 de 2013, modificada por la Ley 2460 de 2025, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública y los instrumentos de gestión y coordinación sectorial e intersectorial existentes.

En ese sentido, la iniciativa no crea prestaciones económicas individuales a cargo del Estado, no establece subsidios, transferencias monetarias ni beneficios tributarios, ni dispone la creación de nuevas entidades del orden nacional con personería jurídica, estructura administrativa o planta de personal propia. De igual forma, las instancias de

coordinación previstas, tales como la Mesa Nacional Intersectorial para el Cuidado Integral de Personas con Conducta Suicida y las Unidades de Análisis, se desarrollarán mediante mecanismos institucionales ya existentes, bajo el principio de coordinación administrativa y en el marco de las competencias asignadas a las entidades participantes.

Así mismo, el proyecto establece expresamente que los servicios y tecnologías en salud requeridos para el cuidado integral de las personas con conducta suicida se financiarán con cargo a las fuentes ordinarias de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con las disposiciones vigentes, y que las acciones colectivas y de salud pública podrán financiarse con recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos territoriales destinados a tales fines, sin crear fuentes adicionales de gasto distintas de las actualmente previstas por la legislación.

En ese sentido, las acciones previstas se desarrollarán con cargo a los recursos humanos, técnicos, administrativos y presupuestales ya asignados a las entidades competentes, conforme al Marco Fiscal de Mediano Plazo y al principio de sostenibilidad fiscal.

7. CONFLICTO DE INTERESES

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y siguientes de la Ley 5ª de 1992, modificados por la Ley 2003 de 2019, los autores y ponentes de los proyectos de ley deben identificar y poner en conocimiento las circunstancias que puedan constituir conflicto de intereses respecto de la discusión y votación de las iniciativas legislativas.

El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 establece que existe conflicto de intereses cuando la participación del Congresista en la discusión o votación de un proyecto de ley pueda generar un beneficio particular, actual y directo a su favor, o a favor de su cónyuge o compañero permanente, o de sus parientes dentro de los grados de consanguinidad, afinidad o parentesco civil definidos por la ley.

Así mismo, la norma señala que:

"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".

En relación con la presente iniciativa legislativa, se considera que su contenido tiene carácter general, abstracto e impersonal, en la medida en que está orientado a fortalecer las acciones de promoción de la salud mental, prevención de la conducta suicida, atención integral, rehabilitación psicosocial, seguimiento y cuidado de las personas con conducta suicida en todo el territorio nacional, sin establecer beneficios individuales, privilegios económicos, exenciones, tratamientos preferenciales o ventajas particulares para un Congresista determinado o para las personas vinculadas a este en los términos previstos por la ley.

De igual manera, el proyecto no modifica situaciones jurídicas individuales, ni afecta investigaciones disciplinarias, fiscales, penales o administrativas de Congresistas; tampoco crea beneficios económicos directos, exenciones tributarias, privilegios contractuales o ventajas patrimoniales que puedan configurar un interés particular, actual y directo en los términos establecidos por la legislación vigente.

En consecuencia, se estima que la discusión y votación del presente Proyecto de Ley no genera, en principio, circunstancias constitutivas de conflicto de intereses para los Congresistas, por tratarse de una iniciativa de interés general dirigida a la protección de la vida, la salud mental y el bienestar de la población colombiana.

No obstante, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 291 y 293 de la Ley 5ª de 1992, modificados por la Ley 2003 de 2019, se recuerda a los honorables Congresistas que la descripción de las posibles circunstancias de conflicto de intereses contenida en esta exposición de motivos tiene carácter meramente orientador y no los exime de la obligación de identificar, evaluar y declarar oportunamente cualquier situación particular, actual y directa que pueda surgir durante el trámite legislativo de la presente iniciativa.

Al respecto, el Consejo de Estado ha señalado que para la configuración de un conflicto de intereses debe existir un interés directo, particular y actual, entendiendo por tal aquel beneficio o utilidad que se derive específicamente para el Congresista o para las personas vinculadas a él en los términos previstos por la ley, y que se encuentre presente al momento de participar en la decisión legislativa, excluyéndose los intereses generales, hipotéticos, futuros o indeterminados.

8. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS.

a) Derecho comparado

1. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Unesco. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

b) Normas y Leyes

1. República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional número 116 del 20 de julio de 1991.

2. Congreso de la República de Colombia. (1991). Ley 21 de 1991, *por medio de la cual se aprueba el Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76 reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 1989.* ***Diario Oficial*** *número 39.720 del 6 de marzo de 1991*.

3. Congreso de la República de Colombia. (2001). Ley 715 de 2001*, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151,*

288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. ***Diario Oficial*** número 44.654 del 21 de diciembre de 2001.

4. Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1098 de 2006, *por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia*. ***Diario Oficial*** número 46.446 del 8° de noviembre de 2006.

5. Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. ***Diario Oficial*** número 46.506 del 9 de enero de 2007.

6. Congreso de la República de Colombia. (2009). Ley 1346 de 2009, *por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006*. ***Diario Oficial*** número 47.427 del 31 de julio de 2009.

7. Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011, *por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. ***Diario Oficial*** número 47.957 del 19 de enero de 2011.

8. Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1620 de 2013, *por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar*. ***Diario Oficial*** número 48.733 del 15 de marzo de 2013.

9. Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013, *por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. ***Diario Oficial*** número 48.680 del 21 de enero de 2013.

10. Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015, *por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. ***Diario Oficial*** número 49.427 del 16 de febrero de 2015.

11. Congreso de la República de Colombia. (2023). Ley 2294 de 2023, *por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida"*. ***Diario Oficial*** número 52.400 del 19 de mayo de 2023.

12. Presidencia de la República de Colombia. (2025). Decreto Ley 480 de 2025.

13. ***Diario Oficial*** de la República de Colombia. ***Diario Oficial*** número 53105 de 02 de mayo de 2025.

14. Congreso de la República de Colombia. (2025). Ley 2460 de 2025, *por medio de la cual se modifica la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones en materia de prevención y atención de trastornos y/o enfermedades mentales, así como medidas para la promoción y cuidado de la salud mental*. ***Diario Oficial*** número 53.153 del 18 de junio de 2025.

15. Presidencia de la República de Colombia. (2025). Decreto número 729 de 2025, *por el cual se adiciona el Título 15 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016 en relación con la actualización de la Política Nacional de Salud Mental*. ***Diario Oficial*** número 53.162 del 26 de junio de 2025.

16. Congreso de la República de Colombia. (2025). Ley 2518 de 2025, *por medio de la cual se fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. ***Diario Oficial*** número 53.224 del 26 de agosto de 2025.

17. Bellver Capella, V. (2014). La condición vulnerable del ser humano: presupuestos para una ética de la fragilidad humana. En V. Bellver Capella (Coord.), Bioética y cuidados de enfermería: Vol. 1. Aproximación.

c) Doctrina

1. Banco Mundial. (2026). Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100.000 habitantes) (SH. STA.SUIC.P5). Datos del Banco Mundial. https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?locations=OE

2. Casas Muñoz, A., Velasco Rojano, Á. E., Rodríguez Caballero, A., Patricia Gallardo Pérez, N., Sánchez Olivera, K., García Piña, C., & Molina Valdespino, D. (2024). Factores de riesgo de las conductas suicidas en adolescentes, revisión de la literatura. Acta Pediátrica de México, 45(Supl. 1), S60-S72.

3. https://doi.org/10.18233/apm.v45iS1.2753

4. Añarte Siguencia, R. J., & Alvarado Zambrano, A. G. (2025). La epidemiología del suicidio en Ecuador desde una perspectiva de salud pública. Revista Científica Internacional Arandu UTIC, 12(4), 606-617. https://doi.org/10.69639/arandu.v12i4.1693

5. Organización Mundial de la Salud. (2014). *Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization*.

6. https://iris.who.int/handle/10665/131056

7. Organización Panamericana de la Salud. (2016). Prevención de la conducta suicida. OPS. Washington, D.C. https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-conducta-suicida

8. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Ocde). (2024). Suicide rates. Ocde Data. https://www.oecd.org/es/data/indicators/suicide-rates.html

9. Organización Mundial de la Salud. (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. World Health Organization*.

10. https://iris.who.int/items/31fb50ac-0105-42ef-829c-db4b54cb4edb

11. Organización Panamericana de la Salud. (2025). Suicidio en la Región de las Américas: Informe regional correspondiente al año 2021. Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/es/documentos/suicidio-region-americas-informe-regional-correspondiente-al-ano-2021

12. Organización Panamericana de la Salud. (2023). Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/

13. Ortiz-Prado, E., Izquierdo-Condoy, J. S., Fernández-Naranjo, R., et al. (2024). *The burden of suicide across different altitudes: An 11-year geodemographic analisis conducted in 221 Ecuadorian cantons ranging from 0 to 4300 m*. BJPsych Open, 10(5), e161. https://doi.org/10.1192/bjo.2024.736

14. Zaraza-Morales, D. R., & González-Hernández, O. J. (2023). Salud mental y espiritualidad: abordaje de enfermería desde la recuperación de personas con conducta suicida. CES Enfermería, 4(2), 42-50.

https://doi.org/10.21615/cesenferm.7260

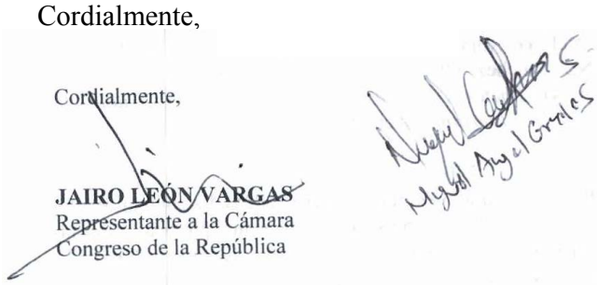
d) Otros

1. Organización Panamericana de la Salud. (2021). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas.

2. Organización Mundial de la Salud. (2025, 25 de marzo). Suicidio. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis 2023: Datos para la vida (2024).

Cordialmente,



PROYECTO DE LEY NÚMERO 356 DE 2026

por medio de la cual se establece el plan nacional del cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida, se emiten directrices para su implementación en el territorio nacional, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°. *Objeto de la Ley*. Establecer el Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida y emitir directrices para su implementación en el territorio nacional.

Artículo 2°. *Principios Rectores*. Las disposiciones contenidas en la presente ley se interpretarán, aplicarán e implementarán de conformidad con los principios constitucionales de dignidad humana, protección de la vida, solidaridad, igualdad y garantía del derecho fundamental a la salud. Así mismo, las actuaciones, políticas, planes, programas, estrategias y acciones desarrolladas en el marco del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida se regirán por los siguientes principios, orientados a la protección integral de la persona, el respeto de sus derechos, la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y el fortalecimiento de los entornos familiares, comunitarios y sociales que favorezcan la salud mental y el bienestar:

a) Dignidad humana. Reconocimiento del valor intrínseco de toda persona, independientemente de su condición de salud mental, situación de vulnerabilidad o antecedentes de conducta suicida.

b) Protección de la vida. Las actuaciones desarrolladas en el marco de la presente ley estarán orientadas a la protección de la vida y al fortalecimiento de condiciones materiales, sociales y comunitarias que favorezcan el bienestar y el desarrollo integral de las personas.

c) Respeto por la autonomía progresiva. Reconocimiento de la capacidad de las personas para participar en las decisiones relacionadas con su proceso de atención, cuidado y recuperación, de acuerdo con su edad, madurez, capacidades y condiciones particulares.

d) Vulnerabilidad y protección reforzada. Las personas con conducta suicida serán atendidas conforme a las condiciones de vulnerabilidad que puedan afectar temporal o permanentemente su capacidad de afrontar situaciones de crisis.

e) Justicia y equidad. Garantía de acceso oportuno, continuo y de calidad a las acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación e inclusión social, sin discriminación alguna.

f) No discriminación y trato digno. Todas las personas con conducta suicida tienen derecho a recibir un trato digno, humanizado, respetuoso y libre de cualquier forma de discriminación, estigmatización, revictimización o exclusión. Ninguna persona podrá ser objeto de barreras de acceso, restricciones injustificadas, prácticas discriminatorias o tratamientos degradantes por razones relacionadas con su estado de salud mental, antecedentes de conducta suicida, discapacidad, edad, sexo, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, condición socioeconómica, condición migratoria, situación de vulnerabilidad o cualquier otra condición personal, familiar, social o cultural. Las actuaciones desarrolladas en el marco de la presente ley deberán promover el respeto de la

dignidad humana, la igualdad de trato y la inclusión social de las personas con conducta suicida y de sus familias.

g) Solidaridad y corresponsabilidad. La promoción de la salud mental y la prevención de la conducta suicida constituyen una responsabilidad compartida entre el Estado, las familias, las comunidades, los prestadores de servicios y las personas.

h) Participación. Garantía de participación efectiva de las personas con conducta suicida, sus familias, cuidadores y gestores sociales en salud en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones previstas en la presente ley.

i) Interculturalidad. Reconocimiento y respeto por las cosmovisiones, sistemas propios de cuidado y prácticas de salud de los pueblos étnicos.

Artículo 3°. *Definiciones*. Para efectos de la interpretación, aplicación e implementación de la presente ley, se adoptan las siguientes definiciones:

a) Conducta suicida. Conjunto de manifestaciones relacionadas con pensamientos, planes o comportamientos orientados a causar la propia muerte, que comprende la ideación suicida, el plan suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado.

b) Ideación suicida. Presencia de pensamientos, ideas, deseos o preocupaciones relacionados con la posibilidad de poner fin a la propia vida. Puede manifestarse de forma pasiva, cuando existe el deseo de morir sin la formulación de un método o plan específico, o de forma activa, cuando la persona considera o desarrolla planes concretos para llevar a cabo una conducta suicida.

c) Intento de suicidio. Conducta no habitual, potencialmente autolesiva y deliberadamente iniciada por una persona con la intención de causar su propia muerte, que no produce un desenlace fatal. Comprende actos dirigidos a provocarse una lesión o daño físico, mediante cualquier método o mecanismo empleado con el propósito de poner fin a la propia vida, incluyendo la ingesta de medicamentos u otras sustancias en dosis superiores a las reconocidas como terapéuticas.

d) Plan suicida. Proceso mediante el cual una persona desarrolla o estructura una estrategia específica para intentar quitarse la vida, incluyendo la consideración de medios, métodos, circunstancias o momentos para su ejecución.

e) Suicidio consumado. Muerte ocasionada por una lesión autoinfligida intencionalmente, realizada con conocimiento o expectativa de producir un desenlace fatal.

f) Persona sobreviviente de un intento de suicidio. Persona que ha realizado un intento de suicidio y ha sobrevivido al evento, requiriendo acciones de atención integral, seguimiento, rehabilitación y continuidad del cuidado orientadas a su recuperación y protección.

g) Sobrevivientes de suicidio. Persona que ha experimentado el impacto emocional, psicológico, familiar, social o económico derivado de la muerte por suicidio de un familiar, amigo, cuidador o integrante significativo de su red de apoyo.

h) Cuidado integral. Proceso articulado y continuo que integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y demás intervenciones requeridas para garantizar el derecho a la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se fundamenta en el acceso oportuno, continuo, resolutivo y de calidad a los servicios de salud, así como en la coordinación entre los actores del sistema de salud, otros sectores, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, reconociendo las características y necesidades poblacionales, territoriales, culturales y sociales.

i) Código Dorado. Protocolo de activación inmediata, coordinación intersectorial y respuesta integral para la identificación, atención, seguimiento y acompañamiento de personas con conducta suicida en los ámbitos clínico y comunitario.

j) Red de apoyo. Conjunto de personas, organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que brindan acompañamiento, apoyo emocional, orientación, cuidado o asistencia a las personas con conducta suicida y sus familias.

k) Rehabilitación integral. Conjunto continuo y articulado de acciones de carácter sanitario, social, familiar, comunitario e intersectorial orientadas a favorecer los procesos de recuperación, el fortalecimiento de capacidades, la autonomía, la inclusión social, el ejercicio de derechos y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con conducta suicida, promoviendo su participación activa en los entornos familiares, educativos, laborales, comunitarios y culturales.

l) Agentes comunitarios en salud mental. Voluntarios, organizaciones sociales y comunitarias, líderes comunitarios, líderes religiosos y demás actores del territorio que promueven prácticas saludables, entornos protectores y acciones de cuidado de la salud mental, en coordinación con las autoridades competentes y el talento humano en salud, fortaleciendo la relación entre las comunidades y los servicios de salud.

m) Unidad de Análisis. proceso metodológico que permite caracterizar los casos priorizados de eventos objeto de vigilancia en salud pública por medio del estudio de sus fuentes de información para clasificarlos e identificar los factores asociados o causas relacionadas con su aparición.

Artículo 4°. *Ámbito de Aplicación*. La presente ley se aplicará de manera transversal a todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los agentes comunitarios en salud mental; así como a las demás personas, entidades, organismos o instituciones que tengan responsabilidades en la prevención y atención integral de conducta suicida y en la promoción y cuidado de la salud mental.

Igualmente, se aplicará a las autoridades nacionales, departamentales, distritales y municipales, quienes implementarán, articularán y armonizarán sus políticas y normativa para dar cumplimiento a lo establecido en la presente ley.

Parágrafo. Las disposiciones de la presente Ley se aplicarán teniendo en cuenta los enfoques de derechos humanos, género, diferencial, étnico, poblacional-territorial, de curso de vida, biopsicosocial, intercultural e interseccional.

CAPÍTULO II

Plan Nacional del cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida

Artículo 5°. ***Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida.*** Créase el Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, como instrumento de coordinación sectorial, intersectorial y territorial para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las acciones de promoción de prevención de la conducta suicida, atención integral e integrada, continuidad del cuidado, rehabilitación integral, inclusión social y acompañamiento a las personas con conducta suicida, sus familias, cuidadores, redes de apoyo y sobrevivientes del suicidio.

El Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida tendrá carácter nacional y será implementado de manera articulada por las entidades del orden nacional y territorial, los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás actores que, de acuerdo con sus competencias, tengan responsabilidades en la promoción de la salud mental, la prevención y atención de la conducta suicida o incidan en sus determinantes sociales.

El Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida deberá establecer objetivos, estrategias, acciones, responsables, mecanismos de articulación e indicadores de seguimiento, de conformidad con los componentes establecidos en la presente ley.

Parágrafo 1°. Las autoridades nacionales y territoriales incorporarán las acciones que les correspondan en sus respectivos instrumentos de planeación, de acuerdo con sus competencias y capacidades institucionales.

Parágrafo 2°. La implementación del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social observará los enfoques de derechos humanos, género, diferencial, étnico, poblacional-territorial, de curso de vida, biopsicosocial, intercultural e interseccional.

Artículo 6°. ***Componentes del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida.*** El Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida comprenderá, como mínimo, los siguientes componentes:

1. Promoción de la salud mental: Comprenderá acciones que capaciten a las personas y comunidades para identificar, gestionar y utilizar los recursos necesarios para adoptar y mantener estilos de vida saludables que favorezcan su salud mental y bienestar psicosocial. Se deben priorizar las siguientes acciones:

a) Satisfacción de necesidades humanas.

b) Fortalecimiento de capacidades en habilidades y competencias socioemocionales.

c) Fortalecimiento de redes de apoyo sociales y comunitarias.

d) Implementación de estrategias de comunicación para el cuidado de la salud mental individual, familiar y comunitaria.

e) Acciones coordinadas en el territorio, para afectar positivamente los determinantes sociales que afectan la salud mental.

2. Prevención de la Conducta Suicida: Comprenderá acciones dirigidas a anticipar, prevenir y/o reducir la presencia de factores de riesgo asociados a la conducta suicida, mejorando la capacidad de respuesta para el cuidado de las personas con conducta suicida. Se deben priorizar las siguientes acciones:

a) Detección temprana a través de pruebas de tamización.

b) Identificar las diferentes formas de discriminación, violencia y violencia de género.

c) Garantizar acciones enfocadas al acceso a servicios tales como educación, trabajo y justicia.

d) Implementar estrategias de comunicación dirigidas a fortalecer el sentido de vida, reducción del estigma y comunicación responsable de la conducta suicida a medios de comunicación.

e) Acciones para retrasar la edad de inicio de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, como factor de riesgo para la conducta suicida.

f) Acciones de reducción de daños, realizar acciones dirigidas a limitar el acceso a medios letales (armas de fuego, sustancias tóxicas, medicamentos) utilizados para la conducta suicida.

g) Desarrollar capacidades para la intervención en crisis, apoyo a sobrevivientes de suicidio (familias y/o red de apoyo de las personas que tuvieron muerte por suicidio).

h) Intervención en puntos críticos (puentes, edificios, vías férreas), entre otras acciones.

3. Atención: Comprenderá la atención integral, integrada y continua que cubra desde el nivel de atención primaria hasta el complementario, favoreciendo la reducción de las brechas en salud mental mediante la oportunidad, continuidad y calidad de la atención, adaptadas a las necesidades de las personas, familias y comunidades. Se priorizará la implementación y aplicación del Código Dorado

y la Guía de Práctica Clínica adaptada a Colombia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida.

Las acciones de atención podrán apoyarse en las modalidades de prestación de servicios de salud habilitadas mediante tecnologías de la información y las comunicaciones, de conformidad con la normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de mejorar el acceso oportuno y la cobertura de los servicios de salud mental, especialmente en territorios con limitaciones de acceso a servicios especializados.

4. Continuidad del cuidado y seguimiento: Comprenderá la continuidad de las acciones de cuidado integral para las personas con conducta suicida, mediante mecanismos de seguimiento, acompañamiento y gestión del riesgo orientados a favorecer la adherencia a los procesos terapéuticos, la recuperación, la prevención de nuevos eventos suicidas y la articulación con las redes familiares, comunitarias e institucionales. Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces, y los prestadores de servicios de salud, implementarán acciones de seguimiento activo a las personas atendidas por ideación suicida, plan suicida, intento de suicidio o cualquier otra manifestación de conducta suicida, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando la oportunidad, continuidad, integralidad y calidad de la atención en salud mental.

5. Rehabilitación integral e inclusión social: Comprenderá acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias orientadas a favorecer la recuperación, el fortalecimiento de capacidades, la autonomía, la participación, la inclusión social y el ejercicio efectivo de derechos de las personas con conducta suicida. Estas acciones estarán dirigidas, entre otros aspectos, a reducir el estigma y el autoestigma y a favorecer la participación de las personas en los entornos familiares, educativos, laborales, comunitarios y culturales.

6. Gestión de la información, vigilancia y análisis. Comprenderá el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública y de los sistemas de información relacionados con la conducta suicida, mediante la articulación de los mecanismos y registros institucionales disponibles, incluyendo el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (Rips) y el Registro Único de Afiliados (Ruaf), de conformidad con las disposiciones vigentes.

Este componente incluirá el análisis de los eventos de intento de suicidio y de las muertes por suicidio, el monitoreo de la respuesta institucional y de la calidad de la atención, así como la generación de información que permita orientar la toma de decisiones y el mejoramiento de las acciones de prevención y atención.

7. Acompañamiento a personas sobrevivientes de intentos de suicidio y sobrevivientes de suicidio. Comprenderá acciones de orientación, educación, acompañamiento psicosocial, fortalecimiento de capacidades y apoyo dirigidas a las personas sobrevivientes de intentos de suicidio y a las personas afectadas por una muerte por suicidio, así como a sus familias, personas cuidadoras y redes de apoyo.

Artículo 7°. ***Acciones institucionales para la implementación del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida.*** Las entidades y actores comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley, en el marco de sus competencias constitucionales y legales, adoptarán las acciones necesarias para la implementación del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida. Para tal efecto:

a) El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los doce (12) meses siguientes a la expedición de la presente ley, establecerá los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida y del Código Dorado, así como los mecanismos para su seguimiento y evaluación.

b) Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal incorporarán e implementarán, de acuerdo con sus competencias, las acciones del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida en sus respectivos territorios y promoverán la articulación de los actores institucionales, sectoriales, comunitarios y sociales involucrados.

c) Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces garantizarán, a través de su red de prestadores, la atención integral, oportuna y continua de las personas con conducta suicida, así como la activación de las rutas de atención, el seguimiento y la continuidad del cuidado, de conformidad con la normatividad vigente.

d) Los prestadores de servicios de salud implementarán los protocolos y procedimientos necesarios para la atención integral de las personas con conducta suicida, incluyendo la activación del Código Dorado, la remisión oportuna, la referencia y contrarreferencia, el seguimiento y la continuidad del cuidado.

e) El Instituto Nacional de Salud elaborará las orientaciones técnicas para la implementación de las unidades de análisis de los eventos de intento de suicidio, brindará asistencia técnica a las entidades territoriales y fortalecerá la vigilancia en salud pública relacionada con estos eventos.

f) El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, establecerá las orientaciones para la

implementación de las unidades de análisis de las muertes por suicidio.

g) Las entidades territoriales del orden departamental y distrital implementarán unidades de análisis de los eventos de intento de suicidio y de las muertes por suicidio, de conformidad con los lineamientos técnicos establecidos por las autoridades competentes, con el propósito de identificar factores asociados, evaluar la respuesta institucional y formular acciones de mejora.

h) El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses contribuirá al análisis de las muertes por suicidio y suministrará la información requerida para el desarrollo de las unidades de análisis, de conformidad con las normas sobre reserva, confidencialidad y protección de datos personales.

i) Las entidades territoriales promoverán procesos de formación y fortalecimiento de capacidades dirigidos a primeros respondientes, agentes comunitarios en salud mental, líderes sociales y comunitarios, docentes, orientadores y demás actores pertinentes, para la identificación temprana de situaciones de riesgo, la intervención inicial y la activación oportuna de las rutas de atención.

j) El Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con las entidades territoriales certificadas en educación y las instituciones educativas, promoverá acciones de educación emocional, promoción de la salud mental, identificación temprana, canalización y activación de rutas frente a situaciones de conducta suicida en los entornos educativos.

k) El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar desarrollará, en el marco de sus competencias, acciones de protección y acompañamiento dirigidas a niños, niñas y adolescentes y sus familias cuando se identifiquen situaciones de conducta suicida.

l) El Ministerio del Trabajo y las Administradoras de Riesgos Laborales promoverán acciones de promoción de la salud mental, prevención de la conducta suicida, identificación temprana y canalización en los entornos laborales, de conformidad con sus competencias.

m) El Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones promoverá, en el marco de sus competencias, la difusión de estrategias de promoción de la salud mental, prevención de la conducta suicida y divulgación de los canales oficiales de orientación y atención.

n) Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces y los prestadores de servicios de salud garantizarán el registro, reporte y suministro oportuno de la información requerida para el seguimiento y evaluación del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida, de conformidad con las disposiciones vigentes sobre protección de datos personales, reserva y confidencialidad.

o) Las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces y los prestadores de servicios de salud desarrollarán acciones de orientación, educación, acompañamiento psicosocial y fortalecimiento de capacidades dirigidas a las personas sobrevivientes de intentos de suicidio, a las personas afectadas por una muerte por suicidio y a sus familias, personas cuidadoras y redes de apoyo.

p) El Ministerio de Salud y Protección Social consolidará los resultados de la implementación del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida y establecerá los indicadores y mecanismos para su seguimiento, monitoreo y evaluación.

CAPÍTULO III

Mesa Nacional Intersectorial para el Cuidado Integral de Personas con Conducta Suicida

Artículo 8°. ***Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida.*** Créese la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida, presidida por el Ministerio de Salud y Protección Social, como espacio de coordinación interinstitucional para el seguimiento, articulación, implementación y evaluación del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida.

Artículo 9°. ***Composición de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta Suicida.*** La Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida estará conformada por los siguientes miembros:

Miembros Permanentes:

a) Ministerio de Salud y Protección Social

b) Ministerio del Interior

c) Ministerio de Defensa

d) Ministerio de Educación Nacional

e) Ministerio de Trabajo

f) Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia

g) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

h) Defensoría del Pueblo

Miembros No Permanentes:

a) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

b) Instituto Nacional de Salud (INS)

c) Superintendencia Nacional de Salud

Parágrafo 1°. Los miembros permanentes de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida deberán ser servidores públicos con capacidad de decisión y de coordinación dentro del ámbito de las competencias de su entidad.

Parágrafo 2°. Los miembros permanentes son las entidades expresamente señaladas en este artículo, con derecho a voz y voto en todas las sesiones. Los miembros no permanentes son aquellas entidades que participan con derecho a voz, pero sin voto.

Parágrafo 3°. Con el fin de realizar las tareas requeridas para dar cumplimiento a las funciones encomendadas, y de acuerdo a la necesidad temática y técnica, la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida, podrá convocar a otras entidades del orden nacional, representantes de autoridades territoriales, organizaciones internacionales, sociales y de derechos humanos, comunidades étnicas y campesinas, academia y expertos, en calidad de invitados no permanentes, cuya participación será de carácter consultivo.

Artículo 10. ***Funciones de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta Suicida.*** Son funciones de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida:

1. Coordinar las acciones intersectoriales para el seguimiento, articulación e implementación y evaluación del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida;

2. Proponer lineamientos para la implementación del "Código Dorado" en los ámbitos clínico, comunitario y territorial.

3. Promover el Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida a nivel nacional y territorial.

4. Evaluar semestralmente el avance de las acciones territoriales del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida;

5. Emitir recomendaciones sobre la implementación del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida;

6. Presentar un informe anual de gestión, evaluación, resultados y cumplimiento del Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República y Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República, para lo de su competencia.

Artículo 11. ***Secretaría Técnica.*** La Secretaría Técnica de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Salud Mental y Convivencia, quien establecerá los lineamientos para su funcionamiento y convocará a las sesiones, elaborar las actas, coordinar la implementación de los acuerdos, preparar los informes de seguimiento y articular a las entidades participantes para la toma de decisiones.

Artículo 12. ***Funciones de la Secretaría Técnica.*** La Secretaría Técnica de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida, tendrá las siguientes funciones:

1. Convocar y coordinar las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida.

2. Consolidar y gestionar el orden del día de las sesiones, con base en las propuestas de las entidades que integran la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida.

3. Verificar el quórum necesario para sesionar y validar las decisiones adoptadas.

4. Elaborar el plan anual de trabajo de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida.

5. Recoger, sistematizar y presentar para discusión o aprobación los documentos, estrategias y planes propuestos por las entidades integrantes de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida.

6. Preparar reportes, informes, pronunciamientos o documentación relevante para orientar la toma de decisiones de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida, respecto de los asuntos que se sometan a su consideración.

7. Elaborar y custodiar las actas, informes técnicos y demás documentos producidos por la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida, y coordinar su suscripción con los representantes designados.

8. Publicar las actas y los informes anuales, así como los demás documentos pertinentes, sin perjuicio de las disposiciones legales sobre información reservada o confidencial.

9. Elevar a través de la Secretaría Técnica de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida los asuntos que deben ser tratados y aprobados por la misma.

10. Transmitir a las instancias competentes las recomendaciones, alertas o necesidades de seguimiento y ajuste normativo o institucional adoptadas por la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida.

11. Las demás que sean necesarias para el adecuado funcionamiento de la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida.

Parágrafo Transitorio. La Secretaría Técnica de la Mesa Nacional Intersectorial para el Cuidado Integral de Personas con Conducta Suicida convocará su primera sesión dentro de los dos (2) meses siguientes a la vigencia de la presente ley. En esta sesión se adoptará el plan de trabajo para acompañar la formulación y el proceso de implementación del

Plan Nacional del Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida.

Artículo 13. ***Sesiones y decisiones.*** La Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida sesionará de forma ordinaria por lo menos una vez cada tres (3) meses, y de forma extraordinaria, cuando las circunstancias lo ameriten, por solicitud de alguno de sus miembros permanentes.

La Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas con Conducta suicida podrá deliberar con la presencia de por lo menos la mitad más uno de sus miembros permanentes con derecho a voto.

Las decisiones se adoptarán por mayoría simple de los asistentes con derecho a voto.

Artículo 14. ***Actas.*** Las decisiones adoptadas por la Mesa Nacional Intersectorial para el cuidado Integral de personas se harán constar en actas, que llevarán la firma de la Secretaría Técnica.

CAPÍTULO IV

Disposiciones Finales

Artículo 15. ***Financiamiento.*** Los servicios y tecnologías en salud que integran el Plan de Beneficios en Salud requeridos para el cuidado integral de la salud de las personas con conducta suicida serán financiados con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás recursos destinados para el aseguramiento, administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), de acuerdo con los usos señalados por la norma.

Las intervenciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública que hacen parte del cuidado integral de la salud de las personas con conducta suicida podrán ser financiados por las Entidades Territoriales con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) y con los recursos propios destinados para tal fin.

Artículo 16. ***Inspección, Vigilancia y Control.*** La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las disposiciones emitidas en la presente Ley.

Parágrafo. La inspección, vigilancia y control respecto de los demás sectores corresponderá a las autoridades competentes, de acuerdo con las competencias asignadas por la normatividad vigente.

Artículo 17. ***Régimen de transición e implementación.*** Las entidades obligadas al cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley dispondrán de un plazo de un (1) año, contado a partir de su publicación, para adelantar las acciones necesarias para la implementación de las medidas, lineamientos y acciones previstas en la presente ley, en el ámbito de sus respectivas competencias.

Artículo 18. ***Vigencia.*** La presente ley rige a partir de su publicación en el ***Diario Oficial*** y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

JAIRO LEÓN VARGAS
Representante a la Cámara
Congreso de la República

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
El día 10 de Septiembre del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de Ley X Acto Legislativo
No. 356 Con su correspondi
Exposición de Motivos, suscrito Por: HR Jairo León Vargas
SECRETARIO GENERAL

* * *

PROYECTO DE LEY NÚMERO 373 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se modifica la Ley 1682 de 2013, la Ley 105 de 1993, se establecen disposiciones en materia de seguridad vial y se dictan otras disposiciones - Ley Alirio Peña.

Bogotá, D. C., septiembre de 2026

Doctor

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

Secretario General

Cámara de Representantes

Ref. Presentación Proyecto de Ley número 373 de 2026 Cámara, *por medio de la cual se modifica la Ley 1682 de 2013, la Ley 105 de 1993, se establecen disposiciones en materia de seguridad vial y se dictan otras disposiciones* - Ley Alirio Peña.

Conforme con lo previsto en los artículos 139, 140 y siguientes de la Ley 5ª de 1992, presentamos a consideración del Congreso de la República el Proyecto de Ley, *por medio de la cual se modifica la Ley 1682 de 2013, la Ley 105 de 1993, se establecen disposiciones en materia de seguridad vial y se dictan otras disposiciones- Ley Alirio Peña.*

Por tal motivo, se anexa el documento original y en digital una copia en formato PDF firmado y una copia en formato digital Word sin firmas.

Atentamente,

LUIS CARLOS RÚA SANCHEZ
Senador de la República

PROYECTO DE LEY NÚMERO 373 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se modifica la Ley 1682 de 2013, la Ley 105 de 1993, se establecen disposiciones en materia de seguridad vial y se dictan otras disposiciones - Ley Alirio Peña.

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

Artículo 1°. ***Objeto.*** La presente ley tiene como fin dictar disposiciones en materia de seguridad vial, se establecen lineamientos básicos para la revisión nacional de puntos con tasa de accidentalidad por fallas mecánicas propiciadas por pendientes pronunciadas y se ordena la Actualización del Manual de Diseño Geométrico del Instituto Nacional de Vías (Invías) bajo los criterios técnicos y de necesidad que el Ministerio de transporte identifique.

Artículo 2°. ***Definiciones.*** Para efectos de la aplicación de la presente ley, se adoptan las siguientes definiciones:

Pendiente pronunciada: El tramo de la red vial nacional cuya inclinación longitudinal, evaluada de forma conjunta con la longitud del descenso, el volumen de tránsito de vehículos de carga y pasajeros y el registro histórico de accidentalidad asociado a pérdida de frenos o fallas mecánicas, conforme a la reglamentación que de acuerdo a la metodología técnica que para la selección de sistemas de contención vehicular adopte o ratifique el Ministerio de Transporte.

Artículo 3°. Modifíquese el artículo 3° de la Ley 1682 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 3°. CARACTERÍSTICAS DE LA INFRAESTRUCTURA DEL TRANSPORTE. La infraestructura de transporte como sistema se caracteriza por ser inteligente, eficiente, multimodal, segura, con sistemas de contención vehicular, de acceso a todas las personas y carga, ambientalmente sostenible, adaptada al cambio climático y vulnerabilidad, con acciones de mitigación y está destinada a facilitar y hacer posible el transporte en todos sus modos.

Artículo 4°. Modifíquese el artículo 4° de la Ley 1682 de 2013, el cual quedará así:

Artículo 4°. INTEGRACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE TRANSPORTE. La infraestructura de transporte está integrada, entre otros por:

1. La red vial de transporte terrestre automotor con sus zonas de exclusión o fajas de retiro obligatorio, instalaciones operativas como estaciones de pesaje, centros de control de operaciones, estaciones de peaje, áreas de servicio y atención, facilidades y su señalización, rampas de frenado y/o sistemas de contención vehicular según corresponda, entre otras.

2. Los puentes construidos sobre los accesos viales en Zonas de Frontera.

3. Los viaductos, túneles, puentes y accesos de las vías terrestres y a terminales portuarios y aeroportuarios.

4. Los ríos, mares, canales de aguas navegables y los demás bienes de uso público asociados a estos, así como los elementos de señalización como faros, boyas y otros elementos para la facilitación y seguridad del transporte marítimo y fluvial y sistemas de apoyo y control de tráfico, sin perjuicio de su connotación como elementos de la soberanía y seguridad del Estado.

5. Los puertos marítimos y fluviales y sus vías y canales de acceso. La infraestructura portuaria, marítima y fluvial comprende las radas, fondeaderos, canales de acceso, zonas de maniobra, zonas de protección ambiental y/o explotación comercial, los muelles, espigones diques direccionales, diques de contracción y otras obras que permitan el mantenimiento de un canal de navegación, estructuras de protección de orillas y las tierras en las que se encuentran construidas dichas obras.

6. Las líneas férreas y la infraestructura para el control del tránsito, las estaciones férreas, la señalización y sus zonas de exclusión o fajas de retiro obligatorio.

7. La infraestructura logística especializada que contempla los nodos de abastecimiento mayorista, centros de transporte terrestre, áreas logísticas de distribución, centros de carga aérea, zonas de actividades logísticas portuarias, puertos secos y zonas logísticas multimodales.

8. La infraestructura aeronáutica y aeroportuaria destinada a facilitar y hacer posible la navegación aérea.

9. Los Sistemas de Transporte por Cable: teleférico, cable aéreo, cable remolcador y funicular, construidos en el espacio público y/o con destinación al transporte de carga o pasajeros.

10. La infraestructura urbana que soporta sistemas de transporte público, sistemas integrados de transporte masivo, sistemas estratégicos de transporte público y sistemas integrados de transporte público; el espacio público que lo conforman andenes, separadores, zonas verdes, áreas de control ambiental, áreas de parqueo ocasional, así como ciclorrutas, paraderos, terminales, estaciones y plataformas tecnológicas.

11. Redes de sistemas inteligentes de transporte.

Parágrafo 1°. La integración a la que se refiere el presente artículo no modifica las competencias, usos, propiedad o destinación adicionales que el legislador haya previsto respecto de los bienes antes descritos.

Parágrafo 2°. Las zonas de exclusión o fajas de retiro obligatorio deberán ser previamente adquiridas por el responsable del proyecto de infraestructura de transporte, cuando se requiera su utilización.

Artículo 5°. Modifíquese el artículo 13 de la Ley 105 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 13. ESPECIFICACIONES DE LA RED NACIONAL DE CARRETERAS. La red nacional de carreteras que se construya a partir de la vigencia de la presente Ley, tendrá como mínimo las siguientes especificaciones de diseño:

a) Ancho de carril: 3.65 metros.

b) Ancho de berma: 1.80 metros.

c) Máximo porcentaje de zonas restringidas para adelantar: 40 por ciento.

d) Rugosidad máxima del pavimento 2.5 IRI (Índice de Rugosidad Internacional)

La Nación no podrá realizar inversiones en rehabilitación y construcción de carreteras nacionales, con especificaciones promedio inferiores a las descritas, salvo que por razones técnicas y de costos no sea posible alcanzar dichas especificaciones.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Transporte construirá bahías de estacionamiento sobre las zonas aledañas a las carreteras nacionales, las cuales contarán donde sea posible, con los servicios públicos básicos de acuerdo con los diseños técnicos.

En las nuevas carreteras que acometan y en proximidades a centros urbanos, reservará franjas de terrenos que serán utilizadas para la recreación y prácticas deportivas de sus habitantes.

Parágrafo 2°. Será responsabilidad de las autoridades civiles departamentales y/o municipales, la protección y conservación de la propiedad pública correspondiente a la zona de terreno aledaña a las carreteras nacionales, adquiridas como reserva para el mantenimiento y ensanchamiento de la red vial.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Transporte reglamentará y actualizará con la periodicidad que estime conveniente las normas sobre diseños de carreteras y puentes.

Parágrafo 4°. El Ministerio de Transporte de conformidad con los diseños técnicos y reglamentación inherente construirá rampas de frenado sobre el trazado de las carreteras nacionales que cuenten con pendientes clasificadas como pronunciadas y que cuenten con registro de accidentalidad por sobrecalentamiento de frenos o fallas mecánicas asociadas. Esta obligación aplica tanto a la infraestructura vial nacional existente a la entrada en vigencia de la presente Ley, como a la que se construya con posterioridad a ella, esto, sin perjuicio de la aplicación de las especificaciones de diseño previstas en la normatividad y reglamentación vigente.

Artículo 6°. ***Revisión nacional.*** El Ministerio de Transporte, deberá realizar una revisión nacional a la red primaria vial, en la cual identifiquen pendientes clasificadas como pronunciadas y/o que cuenten con registro de accidentalidad por sobrecalentamiento de frenos o fallas mecánicas asociadas y/o reportes o quejas ciudadanas referentes, esta, deberá clasificar cada caso y recomendar, según corresponda, un plan de acción para mitigación de accidentalidad en los tramos identificados, instalación y recuperación de señalización vial, la instalación de rampas de frenado y otros sistemas de contención vehicular; para el caso de las vías concesionadas el Ministerio de Transporte deberá adelantar mesas técnicas con las concesionarias y las interventorías a efectos de evaluar la viabilidad y procedimientos de ejecución para la instalación de rampas de frenado y demás acciones propias para la mitigación de la accidentalidad.

El Ministerio de Transporte con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DNP), de conformidad con los resultados de esta revisión y previo estudio técnico, económico, financiero y social, expedirá una reglamentación para establecer la obligatoria instalación de rampas de frenado en las nuevas vías a concesionar o a cargo de la nación.

Parágrafo. El Ministerio de Transporte de conformidad a la necesidad y conveniencia podrá realizar esta revisión y evaluación con el acompañamiento de Agencia Nacional de Infraestructura (ANI), Instituto Nacional de Vías (Invías), Superintendencia de Transporte, Agencia Nacional de Seguridad Vial, entidades territoriales y órganos de control.

Artículo 7°. ***Actualización del Manual de Diseño Geométrico del Instituto Nacional de Vías (Invías).*** El Instituto Nacional de Vías (Invías) deberá realizar una revisión participativa al Manual de Diseño Geométrico de Vías con asociaciones de ingenieros gremios del sector automotor, actores viales y comunidades interesadas. Con los resultados de las necesidades de la geografía nacional previa evaluación técnica del Instituto Nacional de Vías, este deberá actualizar el precitado manual.

Parágrafo. Esta actualización incluirá la obligación de instalar rampas de frenado en tramos viales de la red primaria vial que cuenten con pendientes clasificadas como pronunciadas y que cuenten con registro de accidentalidad por sobrecalentamiento de frenos o fallas mecánicas asociadas.

Artículo 8°. ***Reglamentación e implementación.*** Lo contenido en la presente Ley se implementará de manera progresiva y coordinada, así:

- Dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta Ley, el Ministerio de Transporte y entidades señaladas definirán lo contenido en el artículo 2° en lo referente adopción o ratificación de la definición en los términos previstos.

- Con base a la definición anterior, en los doce (12) meses siguientes a la definición, las entidades responsables implementarán el artículo 6 incluida la reglamentación para la instalación obligatoria de rampas de frenado en las nuevas vías a concesionar o a cargo de la Nación, y el artículo 7° en la presente Ley.

- El Ministerio de Transporte dentro de los doce (12) meses siguientes a la culminación de las obligaciones dispuestas en el inciso anterior y de conformidad con los resultados de esta, expedirá

un plan con cronograma para la construcción de las rampas de frenado en el territorio nacional dando prioridad a los tramos de mayor riesgo identificados en la revisión nacional.

Las disposiciones a las que no se les ha asignado un término contarán para su implementación con (12) meses contados a partir de la entrada en vigencia de esta Ley, por parte del Ministerio de transporte y las entidades a las cuales se les ha asignado la responsabilidad.

Artículo 9°. ***Vigencia.*** La presente Ley entrará a regir a partir de su sanción, promulgación y publicación en el ***Diario Oficial*** y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,

LUIS CARLOS RÚA SANCHEZ
Senador de la República

CAMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL
El día 16 de Septiembre del año 2026
Ha sido presentado en este despacho el
Proyecto de Ley X Acto Legislativo
No. 373 Con su correspondiente
Exposición de Motivos, suscrito Por: HS. LUIS CARLOS RUA SANCHEZ
SECRETARIO GENERAL

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY NÚMERO 373 DE 2026 CÁMARA

por medio de la cual se modifica la Ley 1682 de 2013, la Ley 105 de 1993, se establecen disposiciones en materia de seguridad vial y se dictan otras disposiciones - Ley Alirio Peña.

CONTENIDO

I. OBJETO DEL PROYECTO
II. JUSTIFICACIÓN
III. CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD
IV. COMPETENCIA DEL CONGRESO
V. IMPACTO FISCAL
VI. CAUSALES DE IMPEDIMENTO

I. OBJETO DEL PROYECTO

El proyecto busca prevenir la accidentalidad causada por fallas de frenos en los tramos de la red vial nacional con pendientes pronunciadas. Para ello persigue cuatro objetivos, desarrollados en el articulado:

I. Modificar el artículo 3° y 4° de la Ley 1682 de 2013 para exigir explícitamente con sistemas de contención vehicular en la infraestructura de transporte;

II. Modificar el artículo 13 de la Ley 105 de 1993 para señalar al Ministerio de Transporte a construir rampas de frenado en los tramos con pendientes pronunciadas y antecedentes de accidentalidad por frenos;

III. Ordenar al Instituto Nacional de Vías (Invías), actualizar, en un plazo máximo de doce meses y con participación de gremios, sociedades de ingenieros, actores viales y comunidades, el Manual de Diseño Geométrico de Vías, incorporando la obligación de instalar rampas de frenado donde corresponda;

IV. Ordenar al Ministerio de Transporte una revisión nacional de la red primaria que identifique, con criterios técnicos de pendiente, longitud y accidentalidad histórica, los corredores prioritarios, diseñe el plan de mitigación correspondiente sobre señalización y rampas de frenado y, en las vías concesionadas, adelante mesas técnicas con las concesionarias.

En conjunto, estas disposiciones buscan que construir una rampa de frenado deje de ser una respuesta reactiva a una tragedia, como ha ocurrido hasta ahora, y se convierta en un criterio técnico permanente y exigible del diseño y la gestión de la infraestructura vial colombiana.

II. JUSTIFICACIÓN

La accidentalidad vial por fallas del sistema de frenos en tramos de pendiente pronunciada es un problema recurrente y documentado en Colombia. Según el Observatorio Nacional de Seguridad Vial, entre 2019 y 2024 se registraron 3.273 siniestros viales originados en fallas mecánicas de los frenos, con 121 personas fallecidas y 2.486 heridas; en el 78.6 % de los casos el siniestro fue una colisión frontal, el tipo de choque más letal. La Agencia Nacional de Seguridad Vial atribuye estas fallas al sobrecalentamiento de los frenos en descensos prolongados, a modificaciones no autorizadas en talleres informales y a la falta de mantenimiento preventivo, factores que se agravan en los corredores de montaña[1].

Algunos de los casos que más han impactado al País han ocurrido entre la vía Bucaramanga y Bogotá a la altura del municipio de San Gil, Santander; en 2014, un camión se quedó sin frenos y embistió a

[1] Observatorio Nacional de Seguridad Vial, cifras citadas en: La República, "Fallas mecánicas en los frenos han provocado 3.273 siniestros viales en los últimos cinco años". Extraído de: https://www.larepublica.co/economia/fallas-mecanicas-en-los-frenos-han-provocado-3-273-siniestros-viales-en-los-ultimos-cinco-anos-2881555

cinco carros.[2] En 2017 un Tractocamión sin frenos causó aparatoso accidente que causó 4 muertos, 13 heridos, embistió a 16 vehículos y 7 motocicletas, además del cierre de la vía.[3] En 2020, Turbo se quedó sin frenos y se estrelló contra una vivienda en San Gil, fallecieron 2 personas y 1 herido.[4] En 2021, se presentó un grave accidente la vía que comunica a Bucaramanga con San Gil por camión que se habría quedado sin frenos, así, fueron ocho heridos.[5] En 2022, un tractocamión se quedó sin frenos y dejó a tres personas heridas, señala la nota que "el conductor del tractocamión trató de avisar con pito a los conductores de los carros que iban delante de él, sin embargo, arrolló una volqueta y un carro particular".[6] Así mismo, en 2023, una tractomula se quedó sin frenos cuando ingresaba al municipio.[7] En 2024, se registró un accidente por tractomula sin frenos que involucró a seis vehículos en la entrada al municipio de San Gil, cerca del Monumento del Agua, ese mismo año, una tractomula se quedó sin frenos, y gracias a la pericia del conductor que identificó el lugar exacto para chocar evitó una tragedia, el accidente quedó en pérdidas materiales[8].

Igualmente, diferentes medios han registrado cantidades incontables de accidentes en diferentes puntos de la geografía nacional, así, en 2025 se accidentó un bus en Remedios, Antioquia y dejó 17 personas muertas, entre ellas 16 estudiantes y el conductor, el vehículo transportaba 40 personas[9]; otro caso, fue el ocurrido en el kilómetro 18 entre Pasto y Chachagüí, donde un bus con 35 ocupantes, se quedó sin frenos, sin una rampa que detuviera su camino, este accidente tuvo 20 fallecidos[10]. De igual manera, en Turbaco, un choque de un camión sin frenos contra un bus dejó tres muertos[11]; así pues, son incontables las pérdidas en carretera que las pendientes pronunciadas han generado en razón a fallas mecánicas, sin métodos de seguridad activa y pasiva, precisamente, la escasez de estos sistemas de mitigación en comparación a la alta siniestralidad en las vías nacionales justifica la adopción urgente de medidas normativas vinculantes.

Otro corredor a tener en cuenta, es el de Ibagué a Armenia, conocido como "La Línea"; en el Puente Helicoidal se han registrado al menos 16 muertes desde 2018 por pérdida de frenos, entre ellas las de 10 personas el 24 de mayo de 2025, cuando un bus con estudiantes perdió los frenos en el descenso.[12] El 27 de septiembre de 2024, en el Túnel Las Mariposas del mismo corredor, otra falla de frenos dejó dos personas fallecidas.[13] El corredor Rumichaca a Pasto, en Nariño, tiene hoy la única rampa de frenado moderna –en registros oficiales- en operación en el país, lo que demuestra la viabilidad técnica de instalación; lo que falta es una política que la extienda a los demás corredores de riesgo similar.

La magnitud nacional del problema puede seguirse con la serie forense definitiva del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF).[14] Entre 2015 y 2024 las muertes por eventos de transporte en Colombia pasaron de 6.884 a 8.479, un aumento de 23.2 %. Las cifras preliminares más recientes datan 8.737 muertes en 2025 y 4.860 entre enero y junio de 2026, esto sugiere que el problema sigue vigente[15]. Por su rigor forense y su condición de cifra definitiva, esta exposición de motivos toma al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) como fuente principal. A escala global, la Organización Mundial de la Salud estima en 1,16 millones las muertes

2 Imágenes del camión que se quedó sin frenos y embistió cinco carros en San Gil, Vanguardia. Extraído de: https://www.vanguardia.com/judicial/2014/02/05/imagenes-del-camion-que-se-quedo-sin-frenos-y-embistio-cinco-carros-en-san-gil/

3 Volqueta sin frenos causa accidente que deja cuatro muertos en San Gil, El Tiempo. Extraído de: https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/accidente-en-via-nacional-de-san-gil-santander-deja-cuatro-muerto-56893

4 Turbo se quedó sin frenos y se estrelló contra una vivienda en San Gil, El Tiempo. Extraído de: https://www.eltiempo.com/colombia/santander/turbo-se-quedo-sin-frenos-y-se-estrello-contra-una-vivienda-en-san-gil-537389

5 Grave accidente en Santander por camión que se habría quedado sin frenos: hay ocho heridos, Noticias Caracol. Extraído de: https://www.noticiascaracol.com/colombia/grave-accidente-en-santander-por-camion-que-se-habria-quedado-sin-frenos-hay-ocho-heridos

6 Grave accidente en San Gil por tractocamión sin frenos: "¿Y la variante para cuándo?". BluRadio. Extraído de: https://www.bluradio.com/blu360/santanderes/grave-accidente-en-san-gil-por-tractocamion-sin-frenos-y-la-variante-para-cuando-rg10

7 Tractomula se quedó sin frenos cuando ingresaba a San Gil, Q'Hubo Bucaramanga. Extraído de: https://qhubobucaramanga.com/judicial/103606-tractomula-se-quedo-sin-frenos-cuando-ingresaba-a-san-gil

8 Con esta maniobra, conductor de tractomula sin frenos evitó tragedia en San Gil: video, Noticias Caracol. Extraído de: https://www.noticiascaracol.com/colombia/con-esta-maniobra-conductor-de-tractomula-sin-frenos-evito-tragedia-en-san-gil-video-rg10

9 Accidente de estudiantes del Liceo Antioqueño: bus iba con el 97% de su capacidad, sin cinturones y con fallas graves de seguridad, Infobae. Extraído de: https://www.infobae.com/colombia/2025/12/25/accidente-de-estudiantes-del-liceo-antioqueno-bus-iba-con-el-97-de-su-capacidad-sin-cinturones-y-con-fallas-graves-de-seguridad/

10 '¡El bus se quedó sin frenos!': La tragedia que dejó 20 muertos en Nariño, *El Tiempo*. Extraído de: https://www.eltiempo.com/amp/colombia/otras-ciudades/cronica-de-la-tragedia-en-el-bus-2054-que-dejo-20-muertos-en-narino-710208

11 Accidente en Turbaco: choque de camión sin frenos contra bus deja tres muertos, El Tiempo. Extraído de: https://www.eltiempo.com/amp/colombia/otras-ciudades/tragedia-en-bolivar-camion-sin-frenos-choca-contra-bus-y-deja-tres-muertos-705810

12 *El Tiempo*, "El trágico accidente en Calarcá donde murieron 10 personas revive debate de rampas de frenado en Colombia: análisis". Extraído de: https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/el-tragico-accidente-que-revivio-el-debate-sobre-las-rampas-de-frenado-en-colombia-3459418

13 El Cronista, "Falla en los frenos causó tragedia familiar en La Línea". Extraído de: https://elcronista.co/destacadas/falla-en-los-frenos-causo-tragedia-familiar-en-la-linea

14 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Muertes por eventos de transporte. Colombia, 2015-2024. Cifras definitivas. Cálculos propios sobre el microdato oficial.

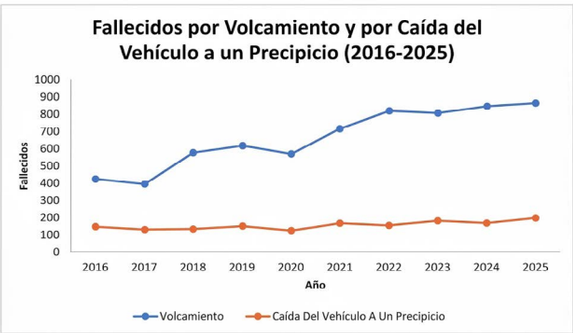
15 INMLCF. Muertes por lesiones de causa externa, datos preliminares enero de 2025-junio de 2026; y Lesiones no fatales de causa externa, datos preliminares enero de 2025-junio de 2026.

anuales por siniestros viales, con un costo cercano al 3 % del Producto Interno Bruto en la mayoría de los países y una concentración del 92 % de las muertes en países de ingresos bajos y medios, que solo tienen el 60 % del parque automotor mundial[16].

Dentro de esta serie, dos hallazgos son directamente relevantes para este proyecto de ley. Primero, la participación de los motociclistas en el total de muertes pasó de 47% en 2015 al 61 % en 2024. Segundo, las muertes por volcamiento y por caída del vehículo a un precipicio, es decir, los dos tipos de siniestro más asociados a la pérdida de control o de frenos en un descenso se duplicaron con creces en la misma década, de 476 a 1.012 casos, y se concentran en departamentos de topografía montañosa como Antioquia, Boyacá, Norte de Santander, Santander y Cauca[17].

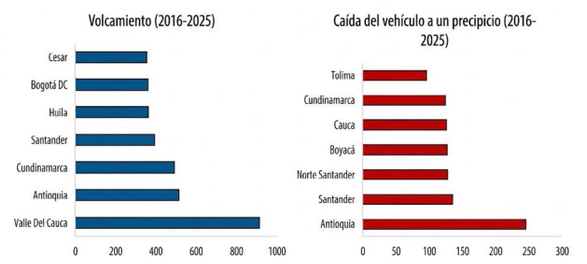
La consolidación de las bases de datos de la respuesta de la ANSV al derecho de petición del autor principal de este proyecto de ley permite corroborar este mismo patrón con una fuente independiente a la de Medicina Legal: entre 2016 y 2026 los fallecidos por volcamiento pasaron de 422 a 863 casos en 2025, y los fallecidos por caída del vehículo a un precipicio se mantuvieron en un rango de 127 a 198 casos por año, concentrados de nuevo en departamentos de topografía montañosa: Antioquia y Santander encabezan la caída a un precipicio, mientras que Valle del Cauca, Antioquia y Cundinamarca encabezan el volcamiento[18].

Gráfico 1. Fallecidos por volcamiento y por caída del vehículo a un precipicio, 2016-2026 (ANSV).



La propia Agencia Nacional de Seguridad Vial confirmó esta problemática al responder un derecho de petición presentado por el autor principal de este proyecto de ley: entre 2016 y 2026, a nivel nacional, la ANSV reporta 1.637 víctimas (32 fallecidas y 1.605 heridas) en siniestros que asocia a pérdida de frenos, 3.611 víctimas (873 fallecidas y 2.738 heridas) asociadas a fallas mecánicas y 62.954 víctimas (8.505 fallecidas y 54.449 heridas) asociadas a exceso de velocidad. Estas cifras oficiales, fueron verificadas contra el anexo estadístico de la respuesta, confirman que los riesgos que busca mitigar este proyecto de ley no son hipotéticos, sino una causa de muerte activa y cuantificada en la red vial nacional[19].

Gráfico 2. Departamentos con más fallecidos por volcamiento y por caída del vehículo a un precipicio, 2016-2026 (ANSV).



La misma base permite observar la evolución anual de estas cifras. El total nacional de fallecidos y lesionados en siniestros viales reportado por la ANSV muestra una caída marcada en 2020, coincidente con las restricciones de movilidad por la pandemia y una recuperación sostenida desde 2021; y, al desagregar por hipótesis, los fallecidos por exceso de velocidad casi se duplicaron entre 2016 y 2023 (607 a 1.161), mientras que las fallas mecánicas y las malas condiciones de la vía muestran picos en 2022 claramente superiores a los niveles de 2016, y la categoría "frenar bruscamente" aunque de magnitud menor, pues solo aparece registrada por la ANSV a partir de 2022[20].

Gráfico 3. Fallecidos y lesionados en siniestros viales reportados por la ANSV, 2016-2026.

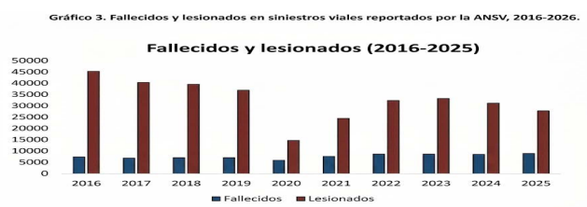
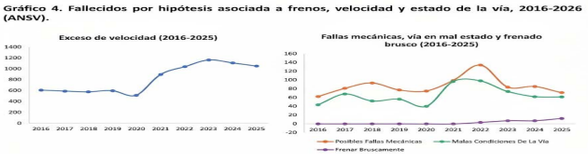


Gráfico 4. Fallecidos por hipótesis asociada a frenos, velocidad y estado de la vía, 2016-2026 (ANSV).



16 Organización Mundial de la Salud. Road traffic injuries, actualización del 20 de julio de 2026. Extraído de: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries

17 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Muertes por eventos de transporte. Colombia, 2015-2024. Cifras definitivas. Cálculos propios sobre el microdato oficial (participación de motociclistas y siniestros de volcamiento/caída a precipicio por año y departamento).

18 Elaboración propia con base en la hoja "Data_Punto1" (102.164 registros) del archivo "Anexos Derecho de Petición ANSV – Base Consolidada.xlsx", construido sobre la respuesta de la Agencia Nacional de Seguridad Vial al derecho de petición del Senador electo Luis Carlos Rúa Sánchez (radicado ANSV número 20261000112681 del 7 de julio de 2026). Gráficos 1 y 2: agregación por año y por departamento de los fallecidos clasificados por la ANSV en las categorías "Volcamiento" y "Caída Del Vehículo A Un Precipicio". El dato de 2026 es parcial.

19 Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV). Respuesta a derecho de petición, radicado de entrada 20266600049472 del 25 de junio de 2026 y radicado de salida 20261000112681 del 7 de julio de 2026, suscrita por la Directora General. Cifras nacionales 2016-2026 por causa, calculadas sobre el anexo estadístico de la respuesta y verificadas de forma independiente.

20 Elaboración propia con base en la hoja "Data_Punto1" del archivo "Anexos Derecho de Petición ANSV – Base Consolidada.xlsx" (misma fuente de la nota anterior). Gráfico 3: total anual de fallecidos y lesionados. Gráfico 4: fallecidos por año según la hipótesis registrada por la ANSV, para las categorías "Exceso De Velocidad", "Posibles Fallas Mecánicas", "Malas Condiciones De La Vía" y "Frenar Bruscamente". El dato de 2026 es parcial.

La experiencia del túnel de La Línea, que reemplazó el paso de montaña de mayor accidentalidad del país, ilustra el efecto de una infraestructura bien diseñada: la vía antigua registraba en promedio 100 accidentes mensuales, mientras que en los primeros meses del túnel se reportaron solo 7 siniestros, pese a que el tránsito aumentó de 6.500 a 11.000 vehículos diarios y hasta 14.900 en temporada alta.[21] Sin embargo, el inventario de rampas de frenado en el país sigue siendo mínimo: hoy solo hay una en operación, en el municipio de Ilés (Rumichaca-Pasto, Nariño); los contratos de concesión vigentes comprometen trece rampas adicionales; tres en Autopista al Mar 1, dos en Bucaramanga-Barrancabermeja-Yondó, dos en Pacífico 1 y cinco en Rumichaca-Pasto, ninguna terminada a la fecha; y una rampa que existió en la Autopista del Café (Santa Rosa de Cabal-Chinchiná) fue eliminada con ocasión de obras posteriores.

En enero de 2022 el Instituto Nacional de Vías (Invías) anunció la construcción de una rampa de frenado en La Línea,[22] pero más de cuatro años después la obra sigue sin ejecutarse, lo que confirma que sin un mandato legal la instalación de estas estructuras queda sujeta a la disponibilidad presupuestal de cada proyecto, sin un criterio técnico unificado. A esto se suma un vacío normativo: a diferencia de las rampas de accesibilidad para personas con discapacidad, reguladas por la Norma Técnica Colombiana NTC 4143[23] Colombia hoy no cuenta con una norma de rango legal ni con un manual técnico vinculante que regule el diseño, la ubicación o los criterios de necesidad de las rampas de frenado para vehículos pesados en la red vial nacional[24].

Así pues, ni la Ley 1682 de 2013 ni la Ley 105 de 1993 contemplan las rampas de frenado como un elemento de seguridad exigible. Este proyecto de ley busca cerrar ese vacío con base en la evidencia técnica y empírica que se expone en la justificación.

En respuesta a la solicitud de información del autor de este proyecto, la Agencia Nacional de Seguridad Vial informó que junto con el Ministerio de Transporte adoptó, mediante la Resolución número 20243040022485 del 21 de mayo de 2024, la "Metodología para el Diseño, Selección e Instalación de Sistemas de Contención Vehicular", cuyo capítulo 4 "Criterios para la selección de rampas de emergencia" desarrolla generalidades, tipos de rampas, proceso de diseño, drenaje y subdrenaje y elementos complementarios[25]. Se trata, sin embargo, de una metodología adoptada por resolución administrativa que a la fecha no ha sido incorporada al Manual de Diseño Geométrico de Carreteras del Invías, la norma que efectivamente rige el diseño y la construcción de la red vial nacional, de manera que este proyecto de ley ordena expresamente esa incorporación y eleva a mandato legal la instalación de rampas de frenado donde la evidencia técnica lo justifique.

Por su parte, la Agencia Nacional de Infraestructura ANI, consultada a través de derechos de petición sobre los peajes bajo su administración, respondió textualmente que "a la fecha no se tienen peajes administrados por los concesionarios de los proyectos de la ANI que cuenten con sistemas de frenado", y confirmó que las rampas de frenado no figuran entre los servicios de obligatorio cumplimiento , grúas, ambulancias, carros talleres y atención de accidentes exigidos en los contratos de concesión vial de cuarta y quinta generación[26].

El mismo patrón se repite a nivel de un corredor concesionado específico: consultada directamente sobre rampas de frenado, distancia entre estaciones y pendientes -en los términos de los derechos de petición trasladados por la Alcaldía de Acacías, la Alcaldía de Puerto Gaitán y la Gobernación del Meta-, la Concesión Vial de los Llanos S.A.S. (Contrato de Concesión número 004 de 2015, corredores Villavicencio-Granada y Villavicencio-Puerto López-Puerto Gaitán) no aportó ninguna cifra sobre rampas, pendientes o distancia entre estaciones en sus respuestas, e indicó que esas determinaciones corresponden a la ANI o a las autoridades territoriales, no al concesionario[27].

---

21 El Espectador, "¿Colombia hace lo suficiente por la seguridad vial?". Extraído de: https://www.elespectador.com/economia/colombia-hace-lo-suficiente-por-la-seguridad-vial/

22 Infobae, "Invías construirá una rampa de frenado en la vía de La Línea", 19 de enero de 2022. Extraído de: https://www.infobae.com/america/colombia/2022/01/19/invias-construira-una-rampa-de-frenado-en-la-via-de-lalinea/

23 ICONTEC. Norma Técnica Colombiana NTC 4143 (2009-10-21), Accesibilidad de las personas al medio físico. Espacios urbanos y rurales. Rampas fijas. Esta norma regula rampas peatonales de accesibilidad y no rampas de frenado vehicular, lo que confirma la ausencia de un estándar técnico colombiano equivalente para estas últimas. Extraído de: https://www.mincit.gov.co/ministerio/ministerio-en-breve/docs/4143.aspx

24 Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV). Respuesta a solicitud de información del Senador electo Luis Carlos Rua Sánchez, radicado ANSV número 20261000112681 del 7 de julio de 2026, numerales 4 y 5, sobre la Resolución del Ministerio de Transporte número 20243040022485 del 21 de mayo de 2024.

25 Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV). Respuesta a solicitud de información del Senador electo Luis Carlos Rua Sánchez, radicado ANSV número 20261000112681 del 7 de julio de 2026, numerales 4 y 5, sobre la Resolución del Ministerio de Transporte número 20243040022485 del 21 de mayo de 2024. Disponible en: https://ansv.gov.co/es/prensapublicaciones/7951

26 Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV). Respuesta a solicitud de información del Senador electo Luis Carlos Rua Sánchez, radicado ANSV número 20261000112681 del 7 de julio de 2026, numerales 4 y 5, sobre la Resolución del Ministerio de Transporte número 20243040022485 del 21 de mayo de 2024. Disponible en: https://ansv.gov.co/es/prensapublicaciones/7951

27 Concesión Vial de los Llanos S.A.S. Respuestas a los traslados de derechos de petición del Senador electo Luis Carlos Rúa Sánchez: (i) del 10 de julio de 2026, a los radicados DP-PJ-NAC-00004 (Alcaldía de Puerto Gaitán) y DP-PJ-NAC-00005 (Gobernación del Meta); y (ii) del 24 de julio de 2026, a los radicados DP-PJ-NAC-00004 (Alcaldía de Acacías) y DP-DT-ET-00001. Numerales 1 a 8 de cada respuesta (peajes, rutas alternas, rampas de frenado y distancia entre estaciones).

Así, puntualizando podemos definir que la magnitud del problema, como reza en los párrafos que anteceden, se concentran en que entre 2019 y 2024 se registraron en Colombia 3.273 siniestros por fallas mecánicas en los frenos, con 121 muertos y 2.486 heridos; entre 2016 y 2026, según cifras de la propia ANSV, hay 62.954 víctimas asociadas a exceso de velocidad, 3.611 a fallas mecánicas y 1.637 a pérdida de frenos; y las muertes viales por eventos de transporte crecieron 23,2 % entre 2015 y 2024, concentradas de forma creciente en motociclistas y en siniestros de volcamiento o caída a precipicio en zonas de montaña. Todo esto ocurre frente a una oferta de apenas una rampa de frenado en operación en el país. Esta magnitud muestra que se trata de un riesgo sistémico, no de eventos aislados, y justifica una intervención normativa permanente.

Revisada la necesidad, es dable considerar que esta normativa debe orientarse en la identificación y priorización de tramos críticos, bajo la consideración de pendiente/distancia del tramo a revisar. Sobre esta apreciación la literatura técnica coincide en que el riesgo de perder los frenos en un descenso no depende solo de la pendiente, sino de su combinación con la distancia del tramo, el peso del vehículo y la velocidad. El Manual de Diseño Geométrico de Carreteras de Invías fija pendientes máximas entre 6 % y 8 % en la red primaria -según la velocidad de diseño- y hasta 12-14% en la red terciaria,[28] e introduce el concepto de "longitud crítica de pendiente" para el ascenso, pero no tiene un procedimiento equivalente para el descenso, que es justamente donde ocurre la pérdida de frenos por sobrecalentamiento.

Para cerrar ese vacío existe el *Grade Severity Rating System* (GSRS), desarrollado por la *Federal Highway Administration* de Estados Unidos, que estima la temperatura de los frenos a partir del peso del vehículo, la velocidad, la pendiente y la longitud del descenso: a partir de 375 °F comienza la pérdida progresiva de frenado ("*fade*") y a 500 °F ocurre la falla total. Con esos umbrales el modelo permite calcular la velocidad máxima segura de descenso y el punto exacto donde debería ubicarse una rampa.[29] En 2022, García-Ramírez propuso en la Revista Politécnica de Ecuador un procedimiento de seis pasos que integra el GSRS con la distancia de reacción del conductor, pensado para países de América Latina que, como Colombia, no cuentan con un procedimiento estandarizado propio.[30]

Para el caso colombiano, la ANSV identificó en la misma respuesta que, entre 2016 y 2026, los siniestros viales asociados a vehículos de carga acumularon 41.003 víctimas (13.968 fallecidas y 27.035 lesionadas), y aportó un primer ordenamiento, por accidentalidad, de los diez corredores (departamento/municipio) con mayor siniestralidad de vehículos de carga en ese período: Bogotá D.C./Bogotá, Cundinamarca/Guaduas, Antioquia/Medellín, Tolima/Ibagué, Magdalena/Santa Marta, Risaralda/Pereira, Cundinamarca/Chipaque, Casanare/Yopal, Tolima/Cajamarca y Cundinamarca/Villeta.[31] Se trata de un criterio de priorización por accidentalidad de vehículos pesados, útil como insumo, pero que no equivale a un modelo que combine pendiente y distancia con esa accidentalidad: consultada expresamente sobre los corredores con peaje que presentan pendientes críticas y sobre los peajes sin rampa pese a estar en corredores de montaña, alta siniestralidad o tránsito pesado, la ANI remitió a sus criterios generales de localización de peajes -numeral 8.3.5.1 del Manual de Diseño Geométrico de Invías, que favorece zonas de bajas pendientes longitudinales por visibilidad-, sin identificar corredores ni tramos específicos.[32] Ni la ANSV ni la ANI reportan, a la fecha, un inventario oficial de pendientes por corredor ni un modelo pendiente-distancia aplicado a la red vial colombiana; esta ausencia es precisamente la que el articulado de este proyecto busca subsanar al ordenar al Ministerio de Transporte una revisión nacional con criterios explícitos de pendiente, longitud y accidentalidad.

Como ejercicio complementario, cruzamos la base abierta de la ANSV sobre 316 tramos viales con fallecidos (2015-2019) con una estimación de pendiente y distancia por punto kilométrico obtenida de un modelo satelital de elevación, ante la ausencia de una base de datos pública de pendiente por tramo. Sobre los 222 tramos en los que fue posible estimar pendiente y distancia, un modelo de Poisson con errores robustos encontró que cada punto porcentual adicional de pendiente se asocia con un aumento de 21,0 % en la tasa de muertes por kilómetro (IRR=1,21; IC95 % 1,16-1,26; p<0,001), controlando por el tipo de administrador vial. El ranking de priorización resultante -que combina accidentalidad, pendiente y distancia- ubica en primer lugar el tramo Tumaco-Pedregal (Nariño),

[28] Instituto Nacional de Vías (Invías), Manual de Diseño Geométrico de Carreteras, Capítulo 4 -Diseño en perfil del eje de la carretera-, tabla de pendientes máximas según la velocidad específica de la tangente vertical y el concepto de longitud crítica de pendiente. Extraído de: https://www.studocu.com/co/document/universidad-distrital-francisco-jose-decaldas/diseno-geometrico-de-vias/capitulo-4-invias/32009362

[29] Wyoming Department of Transportation / Federal Highway Administration. Grade Severity Rating System (GSRS): variables de entrada (peso, velocidad, pendiente y longitud) y umbrales críticos de temperatura de frenos (375 °F y 500 °F). Extraído de: https://www.dot.state.wy.us/files/live/sites/wydot/files/shared/Planning/Research/RS09126%20GSRS.pdf

[30] García-Ramírez, Y. D. (2022). Rampas de escape para camiones en carreteras: un nuevo procedimiento para justificar su necesidad y estimar su ubicación. Revista Politécnica, 49(2), 17-26. Extraído de: https://doi.org/10.33333/rp.vol49n2.02

[31] Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV). Respuesta citada, radicado ANSV número 20261000112681 del 7 de julio de 2026, numerales 2 y 3.

[32] Agencia Nacional de Infraestructura (ANI). Respuesta citada, radicado ANI número 20265000277021 del 21 de julio de 2026, respuestas a las solicitudes 12, 19 y 21.

y en dos de los cinco primeros puestos al corredor Calarcá-Ibagué (Quindío), el mismo corredor que, junto con Girardot-Bogotá a la altura de Fusagasugá, había sido identificado de forma independiente como el único con pendientes estimadas superiores al 18 % en los 316 tramos analizados. Se trata de una aproximación propia a partir de datos públicos -no del levantamiento geométrico oficial que este proyecto de ley ordena realizar a Invías- y debe leerse como evidencia ilustrativa de la metodología de priorización, no como un inventario definitivo de pendientes críticas[33].

En ese mismo sentido, la evidencia internacional muestra que las rampas de frenado como una salida controlada a un vehículo que pierde capacidad de frenado en un descenso prolongado, con estudios que documentan su uso exitoso. En Kentucky, dos rampas construidas en 1980 tuvieron cinco usos de emergencia sin heridos y con daños vehiculares menores en sus primeros años de operación;[34] y una revisión histórica de la *Federal Highway Administration* calculó, para la rampa de *Rabbit Ears Pass*, que por cada dólar que costó construir y mantener la rampa, esa inversión generó 10,1 dólares en beneficios —principalmente en reducción de accidentes, heridos, muertes y daños que se evitaron[35]. En China, un modelo de severidad de lesiones sobre cinco rampas de escape en una autopista de montaña encontró que las rampas reducen la severidad de las lesiones, aunque ese efecto protector se debilita de noche, en vuelcos, en choques con varios vehículos, cuando el diseño lateral es deficiente, cuando el conductor no es de la zona y cuando el vehículo es más pesado; la muestra de solo cinco rampas en un mismo corredor limita qué tan generalizable es el hallazgo[36].

La causa que motiva estas estructuras también está documentada. En un estudio nacional estadounidense sobre las causas de siniestros graves de camiones, los problemas de frenos estuvieron presentes en el 29 % de los vehículos analizados, con un riesgo relativo de 2,7 de que el camión recibiera la responsabilidad principal del siniestro.[37] En autopistas de montaña de China, un modelo de severidad encontró que, entre los siniestros de camiones que ya habían ocurrido, la falla de frenos se asociaba con un aumento de 6,55 puntos porcentuales en la probabilidad de lesión, y la sobrecarga y el exceso de velocidad con aumentos de 13,58 y 11,81 puntos porcentuales en la probabilidad de un resultado fatal.[38] Y en Wyoming, dos medidas relacionadas con el descenso en pendiente -no rampas físicas, sino carriles adicionales de ascenso y señales de advertencia-mostraron, en estudios cuasi-experimentales, una reducción del 43 % en choques totales y del 46 % en choques de camiones para los carriles de ascenso,[39] y del 13,4 % en choques para las señales de advertencia de descenso[40].

Con todo, ningún estudio disponible estima, con un contrafactual riguroso -por ejemplo, diferencias en diferencias, estudio de evento o control sintético-, el efecto causal de construir físicamente una rampa sobre la mortalidad o la accidentalidad. Los porcentajes citados corresponden a usos exitosos de casos particulares, a asociaciones condicionadas a que el siniestro ya ocurrió, o a dispositivos de señalización distintos de la rampa misma; no son, por tanto, elasticidades causales de las rampas de frenado. En consecuencia, esta exposición de motivos sostiene que las rampas son una barrera de mitigación coherente con el enfoque de Sistema Seguro -especialmente en descensos con tránsito pesado-, pero no afirma que reduzcan las muertes en una cifra única y precisa mientras no exista una evaluación nacional ex post que lo respalde.

A una escala más agregada, dos estudios de panel examinan si el gasto en infraestructura vial reduce la mortalidad en carretera. Calvo-Poyo, Navarro-Moreno y de Oña, con datos de 23 países europeos entre 1998 y 2016, encontraron que el gasto en

33 Elaboración propia del equipo técnico del Senador sobre datos abiertos de la Agencia Nacional de Seguridad Vial (recurso "rs3u-8r4q", datos.gov.co, 316 tramos, fallecidos 2015-2019, licencia CC-BY-SA 4.0) y estimaciones de elevación de la API pública de Open-Meteo (consultadas el 9 de septiembre de 2026), documentadas en el archivo "ANSV Rampas de Frenado - Trazabilidad completa (Base, Cruce, Indicadores, Pivot, Modelo, Interpretación).xlsx". Limitaciones declaradas: pendiente estimada por elevación satelital (~90 m), no por el levantamiento geométrico oficial de Invías; sin control de tráfico (AADT); corte transversal 2015-2019; 94 de los 316 tramos (30 %) sin pendiente ni distancia estimada por falta de punto kilométrico comparable. Metodología completa y fórmulas auditables en la hoja "1. Metodología" de ese archivo.

34 Pigman, J. G. & Agent, K. R. (1985). *Evaluation of Truck Escape Ramps. University of Kentucky Transportation Research Program*, informe UKTRP-85-3.

35 Ballard, A. J. & Kimball, C. E. Jr. (1982). *Heavy Vehicle Escape Ramps - A Review of Current Knowledge. Federal Highway Administration*, informe FHWA-RD-82-020.

36 Li, L., Li, G.-Z., Zhang, D., Fang, R. & Yang, W.-C. (2022*). Effects of emergency escape ramps on crash injury severity reduction on mountain freeways: A case study in China. Journal of Transportation Safety & Security*, 14(8), 1269-1288. https://doi.org/10.1080/19439962.2021.1909682

37 Federal Motor Carrier Safety Administration (FMCSA) / National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). *The Large Truck Crash Causation Study - Analysis Brief*, publicación FMCSA-RRA-07-017.

38 Wang, Y., Luo, Y. & Chen, F. (2019). Interpreting risk factors for truck crash severity on mountainous freeways in Jiangxi and Shaanxi, China. European Transport Research Review, 11, 26.

39 Haq, M.T., Zlatkovic, M. & Ksaibati, K. (2019). Evaluating Safety Effectiveness of Truck Climbing Lanes Using Cross-Sectional Analysis and Propensity Score Models. Transportation Research Record, 2673(7). CMF consultado en el FHWA Crash Modification Factors Clearinghouse. Disponible en: https://cmfclearinghouse.fhwa.dot.gov/study_detail.php?stid=566

40 Moomen, M., Rezapour, M., Raja, M.N., Wulff, S.S. & Ksaibati, K. (2019). Evaluating the Safety Effectiveness of Advance Downgrade Warning Signs in Preventing Downgrade Truck Crashes Using a Propensity Scores Framework. Transportation Research Record, 2673(7). CMF consultado en el FHWA Crash Modification Factors Clearinghouse. Disponible en: https://cmfclearinghouse.fhwa.dot.gov/study_detail.php?stid=574

mantenimiento y la proporción de autopistas reducen la mortalidad, mientras que la construcción de vías nuevas consideradas de forma aislada se asocia con un aumento, posiblemente por un mayor tráfico inducido en vías sin elementos de seguridad pasiva.[41] Välilä, con pruebas de cointegración y de causalidad de Granger sobre un panel europeo, encontró solo evidencia limitada de una relación de largo plazo entre el gasto en infraestructura y la seguridad vial, aunque cuando sí encuentra un efecto, este es una reducción de muertes que opera con rezago.[42] Ambos estudios respaldan el enfoque de este proyecto: en lugar de un incremento genérico del gasto, exige un elemento de seguridad específico y técnicamente justificado en los tramos de mayor riesgo.

Sobre vías concesionadas -relevante porque el proyecto ordena mesas técnicas con las concesionarias-, Alves, Emanuel y Pereira estimaron, con datos diarios de Brasil entre 2007 y 2017, una reducción de 1,6 % en muertes por choque en vías concesionadas frente a las de gestión pública, que crece hasta 2,6 % al décimo año de operación; los propios autores advierten que el resultado no puede generalizarse automáticamente a otros países.[43] Y Albalate encontró, en autopistas de peaje europeas, una elasticidad de 0,5 entre el cobro del peaje y los accidentes en las vías alternas hacia las que se desvía el tráfico, lo que refuerza la necesidad de que la revisión nacional del articulado cubra también los corredores alternos a las vías concesionadas[44].

En conclusión, varios de los estudios internacionales citados advierten, que sus resultados hay que tomarlos con cautela: con la información disponible no siempre es posible saber si fue la medida estudiada -la rampa, el carril adicional o la señal- la que redujo los accidentes, si la relación funciona al revés de lo que parece, o si hay otra causa de fondo, no medida por el estudio, que explique el resultado. Por eso las cifras -29 %, 43 %, 46 %, 13,4 %, una relación de 0,5 entre el valor del peaje y los accidentes en las vías alternas, entre otras- deben leerse como una referencia de lo que se ha encontrado en otros países, no como un efecto exacto de lo que pasaría en Colombia. Por esa misma razón, el articulado no ordena replicar estos números directamente, sino que exige una revisión técnica propia, hecha en Colombia, con datos colombianos de pendiente, longitud y accidentalidad. La evidencia nacional -el aumento sostenido de la mortalidad vial, su concentración creciente en motociclistas y en siniestros de montaña, y las cifras oficiales de la ANSV sobre pérdida de frenos, fallas mecánicas y exceso de velocidad- es, por sí sola, razón suficiente para que el Congreso adopte esta ley. Y para que en el futuro se pueda medir con precisión qué tanto ayuda cada rampa que se construya, es indispensable que el Ministerio de Transporte, Invías y la ANSV lleven un registro organizado, con ubicación exacta y de acceso público, de cada rampa: dónde queda, desde cuándo funciona, y cuántos accidentes hubo en ese tramo antes y después de construirla. Esto es justamente lo que ordena la revisión nacional prevista en el articulado de este proyecto.

III. CONSTITUCIONALIDAD Y LEGALIDAD

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

- **Artículo 2°.** Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares[45].

- **Artículo 24**. Todo colombiano, con las limitaciones que establezca la ley, tiene derecho a circular libremente por el territorio nacional, a entrar y salir de él, y a permanecer y residenciarse en Colombia[46].

- **Artículo 82.** Es deber del Estado velar por la protección de la integridad del espacio público y por su destinación al uso común, el cual prevalece sobre el interés particular.

Las entidades públicas participarán en la plusvalía que genere su acción urbanística y regularán la utilización del suelo y del espacio aéreo urbano en defensa del interés común[47].

41 Calvo-Poyo, F., Navarro-Moreno, J. & de Oña, J. (2020). Road Investment and Traffic Safety: An International Study. Sustainability, 12(16), 6332. https://doi.org/10.3390/su12166332

42 Välilä, T. (2023). Road safety and road infrastructure expenditure: A bivariate analysis. Transport Policy, 140, 148-162. https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2023.07.002

43 Alves, P. J., Emanuel, L. & Pereira, R. H. M. (2021). Highway Concessions and Road Safety: Evidence from Brazil. Research in Transportation Economics, 90. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0739885921000901

44 Albalate, D. (2011). Shifting Death to Their Alternatives: The Case of Toll Motorways. Journal of Transport Economics and Policy, 45(3), 457-479. https://doi.org/10.3828/jtep.2011.45.3.457

45 Artículo 2°, Constitución Política de Colombia. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html#2

46 Artículo 24, Constitución Política de Colombia. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html#24

47 Artículo 82, Constitución Política de Colombia. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr002.html#82

- **Artículo 334.** La dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá, por mandato de la ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir en el plano nacional y territorial, en un marco de sostenibilidad fiscal, el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano. Dicho marco de sostenibilidad fiscal deberá fungir como instrumento para alcanzar de manera progresiva los objetivos del Estado Social de Derecho. En cualquier caso el gasto público social será prioritario.

El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar, de manera progresiva, que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo al conjunto de los bienes y servicios básicos. También para promover la productividad y competitividad y el desarrollo armónico de las regiones.

La sostenibilidad fiscal debe orientar a las Ramas y Órganos del Poder Público, dentro de sus competencias, en un marco de colaboración armónica.

El Procurador General de la Nación o uno de los Ministros del Gobierno, una vez proferida la sentencia por cualquiera de las máximas corporaciones judiciales, podrán solicitar la apertura de un Incidente de Impacto Fiscal, cuyo trámite será obligatorio. Se oirán las explicaciones de los proponentes sobre las consecuencias de la sentencia en las finanzas públicas, así como el plan concreto para su cumplimiento y se decidirá si procede modular, modificar o diferir los efectos de la misma, con el objeto de evitar alteraciones serias de la sostenibilidad fiscal. En ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales.

Parágrafo. Al interpretar el presente artículo, bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar Los <sic> derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva.[48]

LEGAL

- **Ley 1682 de 2013,** *por la cual se adoptan medidas y disposiciones para los proyectos de infraestructura de transporte y se conceden facultades extraordinarias*.[49]

(…)

Artículo 3°. Características de la infraestructura del transporte. La infraestructura de transporte como sistema se caracteriza por ser inteligente, eficiente, multimodal, segura, de acceso a todas las personas y carga, ambientalmente sostenible, adaptada al cambio climático y vulnerabilidad, con acciones de mitigación y está destinada a facilitar y hacer posible el transporte en todos sus modos.[50]

Artículo 4°. Integración de la infraestructura de transporte. La infraestructura de transporte está integrada, entre otros por:

1. La red vial de transporte terrestre automotor con sus zonas de exclusión o fajas de retiro obligatorio, instalaciones operativas como estaciones de pesaje, centros de control de operaciones, estaciones de peaje, áreas de servicio y atención, facilidades y su señalización, entre otras.

2. Los puentes construidos sobre los accesos viales en Zonas de Frontera.

3. Los viaductos, túneles, puentes y accesos de las vías terrestres y a terminales portuarios y aeroportuarios.

4. Los ríos, mares, canales de aguas navegables y los demás bienes de uso público asociados a estos, así como los elementos de señalización como faros, boyas y otros elementos para la facilitación y seguridad del transporte marítimo y fluvial y sistemas de apoyo y control de tráfico, sin perjuicio de su connotación como elementos de la soberanía y seguridad del Estado.

5. Los puertos marítimos y fluviales y sus vías y canales de acceso. La infraestructura portuaria, marítima y fluvial comprende las radas, fondeaderos, canales de acceso, zonas de maniobra, zonas de protección ambiental y/o explotación comercial, los muelles, espigones diques direccionales, diques de contracción y otras obras que permitan el mantenimiento de un canal de navegación, estructuras de protección de orillas y las tierras en las que se encuentran construidas dichas obras.

6. Las líneas férreas y la infraestructura para el control del tránsito, las estaciones férreas, la señalización y sus zonas de exclusión o fajas de retiro obligatorio.

7. La infraestructura logística especializada que contempla los nodos de abastecimiento mayorista, centros de transporte terrestre, áreas logísticas de distribución, centros de carga aérea, zonas de actividades logísticas portuarias, puertos secos y zonas logísticas multimodales.

8. La infraestructura aeronáutica y aeroportuaria destinada a facilitar y hacer posible la navegación aérea.

---

48 Artículo 334, Constitución Política de Colombia. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr011.html#334

49 Ley 1682 de 2013, *por la cual se adoptan medidas y disposiciones para los proyectos de infraestructura de transporte y se conceden facultades extraordinarias*. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1682_2013.html

50 Artículo 3°, Ley 1682 de 2013. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1682_2013.html#3

9. Los Sistemas de Transporte por Cable: teleférico, cable aéreo, cable remolcador y funicular, construidos en el espacio público y/o con destinación al transporte de carga o pasajeros.

10. La infraestructura urbana que soporta sistemas de transporte público, sistemas integrados de transporte masivo, sistemas estratégicos de transporte público y sistemas integrados de transporte público; el espacio público que lo conforman andenes, separadores, zonas verdes, áreas de control ambiental, áreas de parqueo ocasional, así como ciclorrutas, paraderos, terminales, estaciones y plataformas tecnológicas.

11. Redes de sistemas inteligentes de transporte.

Parágrafo 1°. La integración a la que se refiere el presente artículo no modifica las competencias, usos, propiedad o destinación adicionales que el legislador haya previsto respecto de los bienes antes descritos.

Parágrafo 2°. Las zonas de exclusión o fajas de retiro obligatorio deberán ser previamente adquiridas por el responsable del proyecto de infraestructura de transporte, cuando se requiera su utilización.[51]

(…)

- Ley 105 de 1993, *por la cual se dictan disposiciones básicas sobre el transporte, se redistribuyen competencias y recursos entre la Nación y las Entidades Territoriales, se reglamenta la planeación en el sector transporte y se dictan otras disposiciones*[52].

(…)

Artículo 13. Especificaciones de la red nacional de carreteras. La red nacional de carreteras que se construya a partir de la vigencia de la presente Ley, tendrá como mínimo las siguientes especificaciones de diseño:

a) Ancho de carril: 3.65 metros.

b) Ancho de berma: 1.80 metros.

c) Máximo porcentaje de zonas restringidas para adelantar: 40 por ciento.

d) Rugosidad máxima del pavimento 2.5 IRI (Índice de Rugosidad Internacional)

La Nación no podrá realizar inversiones en rehabilitación y construcción de carreteras nacionales, con especificaciones promedio inferiores a las descritas, salvo que por razones técnicas y de costos no sea posible alcanzar dichas especificaciones.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Transporte construirá bahías de estacionamiento sobre las zonas aledañas a las carreteras nacionales, las cuales contarán donde sea posible, con los servicios públicos básicos de acuerdo con los diseños técnicos.

En las nuevas carreteras que acometan y en proximidades a centros urbanos, reservará franjas de terrenos que serán utilizadas para la recreación y prácticas deportivas de sus habitantes.

Parágrafo 2°. Será responsabilidad de las autoridades civiles departamentales y/o municipales, la protección y conservación de la propiedad pública correspondiente a la zona de terreno aledaña a las carreteras nacionales, adquiridas como reserva para el mantenimiento y ensanchamiento de la red vial.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Transporte reglamentará y actualizará con la periodicidad que estime conveniente las normas sobre diseños de carreteras y puentes[53].

(…)

- Ley 80 de 1993, *por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública*.[54]

(…)

Artículo 27. De la ecuación contractual. En los contratos estatales se mantendrá la igualdad o equivalencia entre derechos y obligaciones surgidos al momento de proponer o de contratar, según el caso. Si dicha igualdad o equivalencia se rompe por causas no imputables a quien resulte afectado, las partes adoptarán en el menor tiempo posible las medidas necesarias para su restablecimiento.

Para tales efectos, las partes suscribirán los acuerdos y pactos necesarios sobre cuantía, condiciones y forma de pago de gastos adicionales, reconocimiento de costos financieros e intereses, si a ello hubiere lugar, ajustando la cancelación a las disponibilidades de la apropiación de que trata el numeral 14 del artículo 25. En todo caso, las entidades deberán adoptar las medidas necesarias que aseguren la efectividad de estos pagos y reconocimientos al contratista en la misma o en la siguiente vigencia de que se trate[55].

(…)

REGLAMENTARIO

- Manual de Diseño Geométrico de carreteras – 2008[56].

---

51 Artículo 4°, Ley 1682 de 2013. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1682_2013.html#4

52 Ley 105 de 1993, *por la cual se dictan disposiciones básicas sobre el transporte, se redistribuyen competencias y recursos entre la Nación y las Entidades Territoriales, se reglamenta la planeación en el sector transporte y se dictan otras disposiciones*. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0105_1993.html

53 Artículo 13, Ley 105 de 1993. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0105_1993.html#13

54 Ley 80 de 1993, *por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública*. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0080_1993.html

55 Artículo 27, Ley 80 de 1993. Extraído de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0080_1993.html#27

56 Manual de Diseño Geométrico de carreteras – 2008, Subdirección de apoyo técnico, Instituto Nacional de Vías, Ministerio de

- **Resolución número 000744 del 4 de marzo de 2009,** *por la cual se actualiza el Manual de Diseño Geométrico para Carreteras*[57].
- **Resolución número 20213040041135 del 13 de septiembre de 2021,** *por el cual se adiciona un numeral al capítulo 7 del Manual de Diseño Geométrico de Carreteras, adoptado mediante Resolución número 000744 del 4 de marzo de 2009 del Ministerio de Transporte*[58].

- Ministerio de Transporte, **Resolución número 20223040044065 de 2022,** *por la cual se adopta el reglamento técnico aplicable a sistemas de contención vehicular*[59].

- Ministerio de Transporte, **Resolución 20243040022485 de 2024,** *por la cual se adopta la Metodología para el Diseño, Selección e Instalación de Sistemas de Contención Vehicular y se dictan otras disposiciones*[60].

IV. COMPETENCIA DEL CONGRESO CONSTITUCIONAL

Artículo 114. Corresponde al Congreso de la República reformar la Constitución, hacer las leyes y ejercer control político sobre el gobierno y la administración.

El Congreso de la República, estará integrado por el Senado y la Cámara de Representantes.

Artículo 150. Corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:

1. Interpretar, reformar y derogar las leyes.

2. Expedir códigos en todos los ramos de la legislación y reformar sus disposiciones.

LEGAL

Ley 5ª de 1992, ***por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado Cámara de Representantes***

Artículo 140. ***Iniciativa Legislativa.*** Pueden presentar proyectos de ley:

1. Los Senadores y Representantes a la Cámara individualmente y a través de las bancadas.

(…)

V. IMPACTO FISCAL

Sobre el contenido y alcance de la previsión del impacto fiscal en los proyectos de ley la Honorable Corte Constitucional ha precisado:

"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 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 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo, afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

(...) Así, pues, el mencionado artículo 7° de la Ley 819 de 2003 se erige como una importante herramienta tanto para racionalizar el proceso legislativo como para promover la aplicación y el cumplimiento de las leyes, así como la implementación efectiva de las políticas públicas. Pero ello no significa que pueda interpretarse que este artículo constituye una barrera

---

Transporte. Extraído de: https://www.invias.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=29590

57 Resolución 000744 del 04 de marzo de 2009. Extraído de: https://www.invias.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=29591

58 Resolución número 20213040041135 del 13 de septiembre de 2021. Extraído de: https://www.invias.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=1596

59 Resolución número 20223040044065 de 2022, Ministerio de Transporte. Extraído de: https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=127303&dt=S

60 Resolución número 20243040022485 de 2024, Ministerio de Transporte. Extraído de: https://mintransporte.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=50134

para que el Congreso ejerza su función legislativa o una carga de trámite que recaiga sobre el legislativo exclusivamente.

(...) Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al Ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento. El Ministerio de Hacienda es quien cuenta con los elementos necesarios para poder efectuar estimativos de los costos fiscales, para establecer de dónde pueden surgir los recursos necesarios para asumir los costos de un proyecto y para determinar la compatibilidad de los proyectos con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. A él tendrían que acudir los Congresistas o las bancadas que quieren presentar un proyecto de ley que implique gastos. De esta manera, el Ministerio decidiría qué peticiones atiende y el orden de prioridad para hacerlo. Con ello adquiriría el poder de determinar la agenda legislativa, en desmedro de la autonomía del Congreso"[61].

VI. CAUSALES DE IMPEDIMENTO

Conforme al artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, este proyecto de ley reúne las condiciones del literal a) y b), de las circunstancias en las cuales es inexistente el conflicto de intereses del artículo 286 de la Ley 5ª de 1992, toda vez que es un proyecto de Ley de interés general, que puede coincidir y fusionarse con los intereses del electorado.

Atentamente,



LUIS CARLOS RÚA SANCHEZ
Senador de la República

[61] Sentencia C-315/08, Corte Constitucional de Colombia. Extraído de: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/C-315-08.htm

CONTENIDO

Gaceta número 1449 - Jueves, 1° de octubre de 2026

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY **Págs.**

Proyecto de Ley número 356 de 2026 Cámara, por medio de la cual se establece el plan nacional del cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida, se emiten directrices para su implementación en el territorio nacional, y se dictan otras disposiciones..... 1

Proyecto de Ley número 373 de 2026 Cámara, por medio de la cual se modifica la Ley 1682 de 2013, la Ley 105 de 1993, se establecen disposiciones en materia de seguridad vial y se dictan otras disposiciones - Ley Alirio Peña..... 21

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2026