REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - Nº 1751 | Bogotá, D. C., lunes, 9 de noviembre de 2026 | EDICIÓN DE 17 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

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE EN EL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 12 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se establece la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral se adoptan medidas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas con demencias o riesgo a la Salud Cerebral y de sus cuidadores, y se dictan otras disposiciones.

CSP-CS- 1134-2026
Bogotá D.C., 09 de noviembre de 2026

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

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

Respetado Secretario,

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

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 012/2026 Senado

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

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

RADICADO: EN SENADO: 21-07-2026 EN COMISIÓN: 11-08-2026 EN CÁMARA: **XX-XX-202X**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1ER DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2DO DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1ER DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2DO DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
Art 12 960/2026	**Art 12** 1273/2026 Retirado							

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

NÚMERO DE FOLIOS: SESENTA Y DOS (62)
RECIBIDO EL DÍA: 07 DE NOVIEMBRE DE 2026
HORA: 02:29 PM

Atentamente,

ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ
Secretario General Comisión Séptima
Proyectó: Daniela Ortiz
Revisó y aprobó: Alfredo José Moisés López -**Secretario General**

Bogotá D.C., 5 de noviembre de 2026

Presidente
ANDRES FORERO MOLINA
Presidente de la Comisión Séptima Constitucional.
Ciudad

Asunto: Informe de ponencia positiva para primer debate en el Senado de la República. Proyecto de Ley 012 de 2026 Senado "*Por medio de la cual se establece la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral se adoptan medidas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas con demencias o riesgo a la Salud Cerebral y de sus cuidadores, y se dictan otras disposiciones*".

Respetado Presidente,

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

Cordialmente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
SENADORA DE LA REPÚBLICA

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los honorables Senadores del Senado de la República y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, el informe de ponencia se desarrollará en el siguiente orden:

I. Tramite del Proyecto de Ley
II. Objeto y contenido del Proyecto de Ley.
III. Exposición de motivos y consideraciones de los ponentes.
IV. Marco constitucional, legal y normativo.
V. Pliego de Modificaciones.
VI. Impacto Fiscal.
VII. Conflicto de intereses.
VIII. Proposición.
IX. Texto Propuesto.

I. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY.

El Proyecto de Ley No. 012 de 2026 Senado *"Por medio de la cual se establece la política nacional de demencias, se adoptan medidas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas que viven con demencia y de sus cuidadores, y se dictan otras disposiciones"*, fue radicado el 21 de julio de 2026 Por la Senadora Norma Hurtado, en compañía de los Congresistas Luis Alfonso Chávez y Luz Marina Gordillo, fue publicado en la Gaceta del Congreso No. 960 de 2026 y la Secretaría General remitió por reparto a la Comisión Séptima Constitucional permanente del Senado de la República el 11 de agosto de 2026; de esta forma la Senadora Norma Hurtado Sánchez fue designada como ponente para primer debate, mediante oficio CSP-CS-0760 – 2026; posteriormente, el día 31 de agosto, fue autorizada una prórroga mediante oficio CSP-CS-828-2026.Así mismo, el 5 de octubre de 2026 se solicitó el retiro del informe de ponencia para primer debate, el cual fue aprobado mediante el oficio CSP-CS-1051-2026 del 16 de octubre de 2026, con el fin de incorporar ajustes que fortalecieran el contenido del proyecto de Ley.

II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO

La presente iniciativa legislativa tiene por objeto establecer la Política Nacional de Demencias como un instrumento de coordinación, orientación y articulación institucional que permita al Estado colombiano responder de manera integral, oportuna y sostenible al creciente impacto sanitario, social y económico asociado a las demencias. En ese sentido, el proyecto busca consolidar un marco normativo que incorpore acciones de promoción de la salud cerebral, prevención de factores de riesgo modificables, diagnóstico temprano, atención integral, rehabilitación, investigación y cuidado continuo, garantizando la protección efectiva de los derechos de las personas que viven con estas condiciones y de quienes asumen su cuidado.

De igual manera, el proyecto pretende fortalecer la capacidad de respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la implementación de rutas integrales de atención, protocolos de evaluación neurocognitiva, mecanismos de seguimiento epidemiológico y el desarrollo progresivo de servicios especializados para el abordaje de las demencias. Con ello se busca superar las barreras de acceso, la fragmentación de la atención y las desigualdades territoriales que actualmente dificultan la identificación temprana, el tratamiento oportuno y el acompañamiento adecuado de las personas afectadas, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y geográfica.

Finalmente, la iniciativa reconoce que las demencias constituyen un desafío de salud pública que trasciende el ámbito clínico y genera profundas repercusiones sobre las familias, los cuidadores y la sostenibilidad de los sistemas de protección social. Por esta razón, se promueve un enfoque centrado en la persona, basado en los principios de dignidad humana, autonomía, equidad, integralidad y corresponsabilidad social, orientado a fortalecer las capacidades institucionales para la investigación, la generación de conocimiento, la formación del talento humano en salud y el apoyo a los cuidadores, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con demencia y de sus entornos familiares y comunitarios

CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de ley está estructurado en doce (12) artículos distribuidos en cinco (5) capítulos temáticos, mediante los cuales se establece un marco normativo integral para la formulación e implementación de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral en Colombia. La iniciativa amplía el enfoque tradicional centrado exclusivamente en las demencias para incorporar la promoción de la salud cerebral, la prevención y gestión de los factores de riesgo, la identificación temprana del deterioro cognitivo, la atención integral, la investigación, el fortalecimiento institucional y la protección de los derechos de las personas con demencias o en riesgo de afectación de la salud cerebral, así como de sus familias y cuidadores.

Capítulo I: Establece las disposiciones generales de la iniciativa. En primer lugar, define el objeto de la ley, orientado a la creación de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral como instrumento para garantizar la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas con demencias o riesgo para la salud cerebral y de sus cuidadores. De igual manera, incorpora definiciones técnicas actualizadas y armonizadas con estándares internacionales, incluyendo conceptos como demencia, salud cerebral, unidad de memoria, atención sociosanitaria, centros comunitarios de salud cerebral y deterioro cognitivo. Asimismo, establece los principios rectores que orientarán la implementación de la política, entre ellos la universalidad, la equidad, la integralidad y continuidad de la atención, el respeto por la autonomía de las personas y el enfoque territorial.

Capítulo II: Desarrolla los elementos estructurales de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral. Para ello, crea formalmente la política como instrumento técnico, operativo y de gestión bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, definiendo objetivos relacionados con la promoción de la salud cerebral a lo largo del curso de vida, la prevención y reducción de factores de riesgo, la detección temprana del deterioro cognitivo, el fortalecimiento de la atención primaria en salud, la capacitación del talento humano, la investigación científica, la cooperación internacional y el apoyo a las personas cuidadoras. Adicionalmente, establece un Plan de Acción Nacional y Territorial de Demencias (PANTD) como mecanismo para la implementación, seguimiento y evaluación de la política, e incorpora disposiciones orientadas a la armonización normativa y articulación con otros instrumentos de política pública. Igualmente, crea el Consejo Nacional de Demencias y Salud Cerebral como instancia asesora y consultiva encargada de orientar el desarrollo normativo, formular recomendaciones técnicas, promover la articulación interinstitucional y apoyar la implementación de la política en el ámbito nacional y territorial, definiendo su integración, funcionamiento y competencias.

Capítulo III: Regula los componentes relacionados con la atención integral y el sistema de salud. En este contexto, establece una ruta integral de atención para personas con señales de alerta, deterioro cognitivo o diagnóstico de demencia, organizada desde la promoción de la salud cerebral y las acciones comunitarias hasta la atención especializada, la rehabilitación, el cuidado y el seguimiento longitudinal. La iniciativa promueve la creación y fortalecimiento progresivo de Centros Comunitarios de Salud Cerebral y de Unidades de Salud Cerebral como dispositivos fundamentales para la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y acompañamiento de las personas afectadas. Asimismo, fortalece los sistemas de información para la caracterización epidemiológica y social de las demencias, el seguimiento de las trayectorias de atención, la identificación de brechas territoriales y la evaluación de la política pública. De manera complementaria, incorpora un catálogo de derechos de las personas que viven con demencia, garantizando un enfoque basado en la dignidad humana, la autonomía, la participación y la protección integral de sus derechos.

Capítulo IV: Reconoce el papel fundamental que desempeñan las personas cuidadoras en el proceso de atención y acompañamiento de quienes viven con demencia. En consecuencia, establece medidas orientadas a fortalecer sus capacidades mediante procesos de formación técnica y certificación de competencias, facilitar el acceso prioritario a servicios de apoyo psicosocial y salud mental, y garantizar su inclusión en los sistemas de información existentes para mejorar la focalización de programas y beneficios. Con ello se busca reducir las cargas asociadas al cuidado y brindar un mayor reconocimiento social e institucional a esta labor.

Capítulo V: Incorpora medidas orientadas a garantizar la sostenibilidad técnica, institucional y financiera de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral y de su Plan de Acción Nacional y Territorial. Para ello, establece que su implementación deberá realizarse de manera progresiva, conforme a las competencias de las entidades responsables y las disponibilidades presupuestales existentes, priorizando la articulación y optimización de recursos, programas, infraestructura y servicios ya disponibles. Igualmente, fortalece los mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas mediante la obligación del Ministerio de Salud y Protección Social de presentar informes anuales al Congreso de la República sobre los avances en la implementación de la política y del PANTD, incluyendo indicadores de resultados, cobertura, equidad, oportunidad, brechas territoriales, desarrollo institucional, investigación y ejecución presupuestal.

En conjunto, el articulado configura una respuesta integral que trasciende la atención de las demencias para incorporar un enfoque amplio de salud cerebral, fortaleciendo las acciones de promoción, prevención, atención, investigación, seguimiento y protección de derechos, con el propósito de mejorar la capacidad del Estado para responder a los desafíos derivados del envejecimiento poblacional, el deterioro cognitivo y las demencias, bajo una perspectiva de salud pública, protección social, equidad y derechos humanos..

III. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Envejecimiento y Salud

En la consolidación de un Estado Social de Derecho, es necesario implementar políticas públicas enfocadas en disminuir las desigualdades estructurales y asegurar que existan condiciones materiales que promuevan la dignidad humana durante toda la vida. En este escenario, la salud es un eje transversal de la justicia social. Se entiende que va más allá de no estar enfermo, ya que incluye un estado completo de bienestar físico, mental y social. Su garantía requiere acciones diferenciadas cuando se trata de poblaciones que enfrentan un mayor riesgo de vulnerabilidad debido a sus características demográficas y sociales, como las personas mayores. Como derecho fundamental autónomo y como servicio público administrado por el Estado, este debe ser garantizado.

La demencia constituye un desafío creciente de salud pública, protección social y sostenibilidad económica. La OMS estima que 57 millones de personas vivían con demencia en 2021, que ocurren casi 10 millones de casos nuevos cada año y que más del 60% de las personas afectadas reside en países de ingresos bajos y medianos. En 2019, el costo económico mundial fue estimado en US$1,3 billones, aproximadamente la mitad atribuible al cuidado informal[1]

El envejecimiento poblacional amplifica esta carga porque la edad es el principal factor no modificable de riesgo para las enfermedades neurodegenerativas, pero la demencia no es una consecuencia normal ni inevitable del envejecimiento. El riesgo resulta de la interacción entre procesos biológicos del envejecimiento, patología neurodegenerativa y vascular, multimorbilidad, exposiciones acumuladas y determinantes sociales a lo largo del ciclo vital …[2]

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS). (2026). Demencia. Ficha informativa, 26 de octubre de 2026. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia
[2] Organización Mundial de la Salud (OMS). (2026). Demencia. Ficha informativa, 26 de octubre de 2026. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia
Smith, E. E., Biessels, G. J., Gao, V., et al. (2024). Systemic determinants of brain health in ageing. Nature Reviews Neurology, 20, 647–659. https://doi.org/10.1038/s41582-024-01016-z
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39375564/

Colombia está viviendo un cambio demográfico acelerado, en el que se destaca el incremento continuo de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad. Esto ha generado una transformación estructural en la composición etaria del país. En 2024, los nacimientos en Colombia disminuyeron un 13,7%, tras caer 7,0% en 2022 y 10,1% en 2023, consolidando así una reducción del 31% desde los niveles pre - pandemia. Mientras entre 2014 y 2019 el promedio de nacimientos por año fue 655 mil, en 2024 fue 445 mil. Aunque la aceleración en la caída de la natalidad tras la pandemia es un fenómeno regional y de economías emergentes, Colombia ha liderado esta tendencia.[3]

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2030 una de cada seis personas en el planeta tendrá 60 años o más; en ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones.[4] Según la CEPAL (2017), "para 2017 en América Latina y el Caribe había 76,3 millones de personas mayores, que representaban el 11,8% de la población regional. Asimismo, se estima que en 2030 esta población ascenderá a 121 millones, es decir, el 17,0% de la población en la región; y, para 2060, las personas mayores conformarán el 30,0% de la población regional y serán alrededor de 234 millones".

De acuerdo a datos del DANE en 2023 registro 7´610.671 adultos mayores de 60 años, los cuales llegan a representar el 14,5% de la población, a su vez el 55% son mujeres y el 45% son hombre, esto quiere decir que hay mayor proporción de mujeres y una concentración relevante en departamentos como Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca. Este fenómeno demográfico no es coyuntural sino estructural, y exige una respuesta institucional sostenida y basada en evidencia.

Según la legislación colombiana, las personas mayores son aquellas que han llegado a los 60 años. Desde el punto de vista normativo, esto restringe el campo de acción de numerosos programas y medidas de protección. El desafío actual, no obstante, va más allá de la categorización por edad: consiste en establecer un sistema que garantice condiciones de autonomía, independencia funcional y participación social para evitar que el envejecimiento conlleve exclusión o precariedad. En esta línea, el envejecimiento y la salud deben ser considerados como una prioridad estratégica del Estado, no solo por motivos demográficos, sino también por razones constitucionales de dignidad, igualdad material y protección reforzada; estas últimas exigen que se prevengan y gestionen de manera integral las repercusiones sanitarias, sociales y económicas del cambio poblacional.

[3] Investigaciones Corficolombiana "Mas canas menos cunas"
[4] https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Proyecciones demográficas.
El DANE realizo una actualización de las proyecciones de población de 2025, fundamentada en una población de partida o población base que corrige las deficiencias de cobertura de censos anteriores. Para esto, utilizaron adaptaciones de las plantillas de la Oficina del Censo de los Estados Unidos con el fin de reconstruir la población menor de 10 años, un grupo que suele presentar altos niveles de subnumeración. Una base técnica es esencial para garantizar que las tendencias de corto y largo plazo sean plausibles y reflejen la realidad demográfica inicial del país.

En cuanto a la fecundidad, el informe revela una caída acentuada de los nacimientos en el periodo posterior a la pandemia, la cual fue más profunda de lo proyectado inicialmente en ejercicios previos. Según datos del DANE, en 2024 se registró una disminución del 13,7% en el número de nacimientos en Colombia, en comparación con el año anterior. Esto significó que, por primera vez, el país tuvo menos de 500.000 nacimientos en un año, rompiendo así una barrera simbólica importante. Aunque la natalidad ha venido disminuyendo de forma constante durante la última década, esta tendencia se ha acelerado notablemente desde 2022, con caídas anuales superiores al 7%.

Gráfica 1. Nacimientos en Colombia

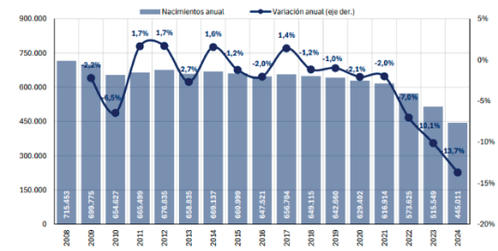
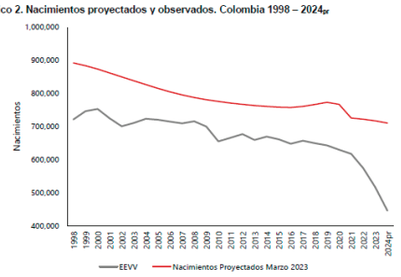


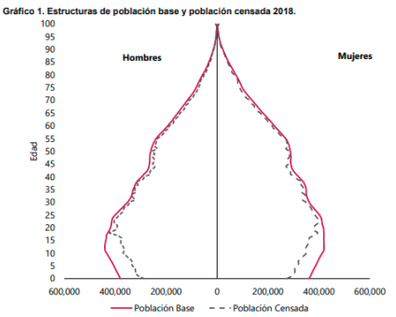
Gráfico 2. Nacimientos proyectados y observados. Colombia 1998 – 2024pr



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

Ahora, en comparación a la población censada en el año 2018, basado en el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV), en su momento revelo una estructura demográfica en la que el 25.2% de los habitantes correspondía a niños y adolescentes (0 a 14 años), el 61.6% a adultos (15 a 59 años) y el 13.2% a adultos mayores (60 años y más). Para ese momento, el país registraba un índice de envejecimiento de 36.7 personas de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años. En cuanto a la distribución por áreas, en las zonas rurales el 54.8% de la población era menor de 30 años, mientras que en las cabeceras municipales este grupo representaba el 49.1%.

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

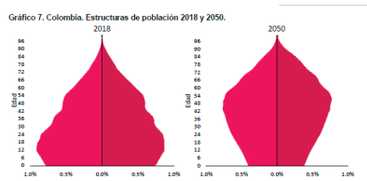


Fuente: DANE, Proyecciones de Población y Estudios Demográficos (PPED) y Censo Nacional de Población y Vivienda – CNPV

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

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

Gráfico 7. Colombia. Estructuras de población 2018 y 2050.



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

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

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

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

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

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

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

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

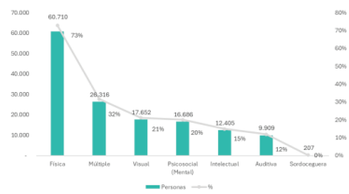


Fuente: DANE, Proyecciones de población a nivel municipal. Periodo 2024.

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

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

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



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

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018, Colombia cuenta con 14.243.223 hogares, de los cuales 4.331.451 (30,4%) incluyen al menos una persona mayor. El 80% de estos hogares se concentran en 13 departamentos y Bogotá (16%), Antioquia (14%), Valle del Cauca (10%), Cundinamarca (6%) y Santander (5%). Los departamentos con menor proporción son Vaupés y Amazonas.

En cuanto a la afiliación al sistema de salud, predominan las personas mayores en el régimen subsidiado (49%), seguido del contributivo (46%) y el especial (6%). Por género, las mujeres representan el 54% y los hombres el 46%.

Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez y su Plan de Acción Intersectorial
En desarrollo de esta política pública de envejecimiento, el concepto de discriminación por edad fue reconocido como una problemática de carácter estructural dentro del Plan de Acción Intersectorial (PAI) de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez, adoptado mediante la Resolución 1608 de 2025. A diferencia de otros instrumentos organizados por programas independientes, este plan se estructura a partir de objetivos estratégicos, ejes y líneas de acción transversales que involucran múltiples sectores y diferentes etapas del curso de vida, partiendo del reconocimiento de que la edad no solo es una variable demográfica, sino también un factor que puede generar desigualdades, barreras en el acceso y situaciones de vulneración de derechos.

El PAI desarrolla este enfoque mediante la articulación de acciones orientadas a: (i) garantizar derechos; (ii) eliminar prácticas discriminatorias; (iii) promover la transformación de imaginarios sociales; y (iv) fortalecer las capacidades institucionales para prevenir y atender situaciones de exclusión asociadas a la edad. Estas acciones se organizan en diversos ejes estratégicos que comprometen a 28 entidades responsables y corresponsables, lo que asegura el carácter intersectorial de las medidas adoptadas.

De igual manera, el Plan incorpora metas, indicadores y asignación de responsabilidades específicas, lo que permite realizar seguimiento a las intervenciones relacionadas con inclusión, participación, acceso equitativo a bienes y servicios, y protección frente a la vulneración de derechos, abordando la discriminación por edad de manera transversal bajo los enfoques de derechos humanos, igualdad y curso de vida.

Por su parte, el programa "Reconocimiento y dignidad para la vida plena de las personas mayores", en concordancia con la Política Pública y el PAI, tiene como propósito avanzar en la garantía efectiva de los derechos de las personas mayores, especialmente en lo relacionado con el cuidado, el reconocimiento social, la autonomía y la eliminación de la discriminación y de todas las formas de violencia. Para cumplir este objetivo, el programa se organiza en tres componentes: (1) cuidado y erradicación de violencias; (2) fortalecimiento de la respuesta institucional, adecuada y pertinente; y (3) reconocimiento y autonomía, los cuales se desarrollan en el marco de la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022–2031 y de su correspondiente Plan de Acción Intersectorial.

Envejecimiento y demencia: de la transición demográfica al desafío sanitario y económico

La transición demográfica es el puente entre el envejecimiento de la población y el aumento esperado de la carga de demencia. Esta relación no debe expresarse como si envejecer causara inevitablemente demencia. La OMS es explícita en señalar que la demencia es más frecuente a partir de los 65 años, pero no forma parte del envejecimiento normal. El problema de política pública surge porque una población que vive más años acumula un mayor número de personas expuestas a edades de alto riesgo, mientras los sistemas sanitario, social y de cuidados deben responder durante periodos más prolongados de dependencia. (OMS, 2026).[5]

Colombia atraviesa un proceso acelerado de envejecimiento. Esto implica que el país tendrá una estructura demográfica con un peso mucho mayor de edades en las que la incidencia y prevalencia de demencia aumentan de manera pronunciada. (DANE, 2025).En Latinoamaerica La OPS estimó prevalencias de las demencias combinadas de 2,6% entre 60–64 años, 2,7% entre 65–69, 5,0% entre 70–74, 10,2% entre 75–79, 16,0% entre 80–84, 23,4% entre 85–89 y 39,3% desde los 90 años..[6] Otro metanálisis regional estimó una prevalencia agrupada de 10,66%, mayor en mujeres, población rural y personas sin educación formal...[7]
El fenómeno también es visible en los datos colombianos de utilización. PROESA reportó que, en 2023, aproximadamente la mitad de las personas identificadas mediante un análisis del régimen contributivo tenía 80 años o más. En un estudio con SISPRO, la mayor concentración de enfermedad de Alzheimer registrada entre 2018 y 2022 se observó igualmente en personas octogenarias.. [8]

[5] Organización Mundial de la Salud (OMS). (2026). Demencia. Ficha informativa, 26 de octubre de 2026. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia
[6] Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57337/9789275326657_spa.pdf?sequence=1
[7] Ribeiro, F., Teixeira-Santos, A. C., Caramelli, P., & Leist, A. K. (2022). Prevalence of dementia in Latin America and Caribbean countries: systematic review and meta-analyses exploring age, sex, rurality, and education as possible determinants. Ageing Research Reviews, 81, 101703. https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101703 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35931410/
Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57337/9789275326657_spa.pdf?sequence=1
[8] PROESA – Universidad Icesi & Fundación Valle del Lili. (2026). Demencia en Colombia: resultados preliminares, octubre de 2026. Personas, uso de servicios y costos en el régimen contributivo, 2015–2023. Salazar-Londoño, S., Silva-Buriticá, C., Herrera-Velez, L., & Rosselli, D. (2024). Using routinely collected health data to estimate the prevalence of Alzheimer's disease and potentially modifiable risk factors in Colombia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 39(12), e70029. https://doi.org/10.1002/gps.70029 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39643588/

Dimensión etiológica: por qué la edad aumenta el riesgo sin convertir la demencia en "envejecimiento normal"

Desde el punto de vista biológico, la edad es el principal factor de riesgo no modificable para la mayoría de las enfermedades neurodegenerativas. El envejecimiento se acompaña de procesos como inestabilidad genómica, alteraciones epigenéticas, disfunción mitocondrial, pérdida de proteostasis, senescencia celular e inflamación, que pueden reducir la resiliencia cerebral y facilitar la expresión de patologías neurodegenerativas. Estos mecanismos aumentan susceptibilidad, pero no determinan de manera inevitable la aparición de demencia.[9]

La salud cerebral también reconoce que las disfunciones cardiovasculares, renales, hepáticas, pulmonares, endocrinas y metabólicas pueden alterar la homeostasis cerebral mediante inflamación sistémica, disfunción endotelial, alteración de la depuración periférica de proteínas como beta-amiloide y tau, y otros mecanismos. De esta manera, la multimorbilidad asociada con la edad puede actuar como amplificador de riesgo y de vulnerabilidad cerebral..[10]

Por tanto, la prevención de las demencias no se limita a la vejez. La Comisión Lancet de 2024 estimó que 14 factores potencialmente modificables se asocian conjuntamente con aproximadamente 45,3% de los casos de demencia. Entre ellos se encuentran baja educación, pérdida auditiva, hipertensión, obesidad, tabaquismo, depresión, inactividad física, diabetes, aislamiento social, traumatismo craneoencefálico, consumo excesivo de alcohol, contaminación del aire, colesterol LDL elevado y pérdida visual no tratada.[11]

Dimensión económica: por qué el envejecimiento transforma la demencia en un problema de sostenibilidad.

La combinación de mayor supervivencia, incremento del número absoluto de personas en edades avanzadas, progresión clínica y dependencia prolongada genera una presión económica que excede el gasto médico. Los costos incluyen consultas, medicamentos, hospitalizaciones, rehabilitación, cuidados de largo plazo, adaptaciones del hogar, transporte y, especialmente, tiempo de cuidado no remunerado. A medida que crece la población mayor, aumenta simultáneamente la demanda de servicios y disminuye proporcionalmente el tamaño de las cohortes potencialmente disponibles para sostener y proveer cuidado.

La OMS estimó que la demencia costó US$1,3 billones a la economía mundial en 2019 y que aproximadamente la mitad correspondió al cuidado informal. Un modelo macroeconómico más reciente proyectó pérdidas acumuladas de INT$14,513 billones entre 2020 y 2050 y mostró que el cuidado informal representa entre 60,97% de la carga económica en países de ingresos altos y 85,45% en países de ingresos medios-bajos. El mecanismo económico incluye reducción de horas laborales de cuidadores, mortalidad y morbilidad, costos formales de atención y desvío de recursos de ahorro e inversión.[12]

Para Colombia, Chen y colaboradores estimaron una carga macroeconómica acumulada de INT$50.633 millones entre 2020 y 2050, equivalente a 0,258% del PIB anual del periodo y a INT$936 por habitante. Estas cifras no representan gasto presupuestal directo, sino pérdida macroeconómica modelada, y son útiles para mostrar que el impacto de la demencia trasciende al sector salud..[13]

Estado de las demencias a nivel internacional

La OMS estima que 57 millones de personas vivían con demencia en 2021, más del 60% en países de ingresos bajos y medianos, y que se presentan casi 10 millones de casos nuevos por año. La enfermedad de Alzheimer representa aproximadamente 60–70% de los casos. La OMS identifica actualmente a la demencia como la quinta causa de muerte y como una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores.[14]

El análisis del Global Burden of Disease (GBD) 2019 estimó 57,4 millones de personas con demencia en 2019 y proyectó 152,8 millones para 2050. La mayor parte del crecimiento esperado se explica por el crecimiento y envejecimiento de la población, con incrementos especialmente altos en regiones de ingresos bajos y medianos.[15]

La demencia de inicio joven constituye una carga menor en términos absolutos, pero requiere respuestas específicas. Un metanálisis global estimó una prevalencia estandarizada de 119 por 100.000 personas entre 30 y 64 años, con un incremento desde 1,1 por 100.000 entre 30–34 años hasta 77,4 por 100.000 entre 60–64. Esta evidencia respalda el uso de 30 años como límite inferior epidemiológico en análisis de demencia de inicio joven, sin confundirlo con el umbral clínico de <65 años. .[16]

Por su parte, América Latina y el Caribe (ALC) enfrenta una combinación especialmente compleja: envejecimiento acelerado, desigualdad, heterogeneidad territorial y sistemas de cuidado con fuerte dependencia de las familias. La OPS estimó una prevalencia combinada de 9,5% en personas de 60 años o más y señaló que la prevalencia e incidencia aumentan de forma exponencial con la edad. La demencia continúa infradiagnosticada y existe escasez de datos armonizados, especialmente en áreas rurales y poblaciones socialmente vulnerables. [17]

[9] Hou, Y., Dan, X., Babbar, M., et al. (2019). Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. Nature Reviews Neurology, 15, 565–581. https://doi.org/10.1038/s41582-019-0244-7 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31501588/

[10] Smith, E. E., Biessels, G. J., Gao, V., et al. (2024). Systemic determinants of brain health in ageing. Nature Reviews Neurology, 20, 647–659. https://doi.org/10.1038/s41582-024-01016-z https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39375564/

[11] Stephan, B. C. M., et al. (2024). Population attributable fractions of modifiable risk factors for dementia: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Healthy Longevity, 5(6), e406–e421. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(24)00061-8 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38824956/

[12] Organización Mundial de la Salud (OMS). (2026). Demencia. Ficha informativa, 26 de octubre de 2026. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia

[13] Chen, S., Cao, Z., Nandi, A., et al. (2024). The global macroeconomic burden of Alzheimer's disease and other dementias: estimates and projections for 152 countries or territories. The Lancet Global Health, 12(9), e1534–e1543. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00264-X https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39151988/

[14] Organización Mundial de la Salud (OMS). (2026). Demencia. Ficha informativa, 26 de octubre de 2026. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia

[15] GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Public Health, 7, e105–e125. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8810394/

[16] Hendriks, S., Peetoom, K., Bakker, C., et al. (2021). Global prevalence of young-onset dementia: A systematic review and meta-analysis. JAMA Neurology, 78(9), 1080–1090. https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2781919

[17] Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57337/9789275326657_spa.pdf?sequence=1

La proyección del GBD incluida por la OPS estima que ALC pasará de 4,48 millones de personas con demencia en 2019 a 13,68 millones en 2050 (+205%). Para América del Sur, el aumento proyectado es de 3,38 a 10,35 millones (+206%). La OPS atribuye gran parte de este crecimiento al envejecimiento poblacional…[18]

Respuesta internacional de política pública

La Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 2017 el Plan de Acción Mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia y en mayo de 2025 decidió prorrogarlo hasta 2031. El marco prioriza siete áreas: demencia como prioridad de salud pública; sensibilización e inclusión; reducción del riesgo; diagnóstico, tratamiento y atención; sistemas de información; apoyo a cuidadores; e investigación e innovación.[19] A pesar de este consenso, la implementación es incompleta. ADI informó en 2026 que existían 47 planes nacionales de demencia entre los 146 Estados Miembros incluidos en la meta de la OMS, equivalente a 32,2% del objetivo, y que 20 países se encontraban desarrollando planes. Esta brecha internacional refuerza la necesidad de instrumentos jurídicos y de política con metas, gobernanza, indicadores y financiamiento. [20]

Estado de las demencias en Colombia

Colombia no dispone de una única y formal estimación nacional que pueda asumirse como "la prevalencia oficial" de demencia. Según el GBD 2019, se estimaron cerca de 369.000 personas con demencia en 2019 y alrededor de 1,38 millones para 2050, lo que representa un incremento aproximado del 272%. Estas cifras corresponden a estimaciones poblacionales modeladas, no al número de personas efectivamente diagnosticadas o atendidas por el sistema de salud.[21] El estudio EPINEURO, realizado con metodología de dos fases y criterios diagnósticos neurológicos, reportó una prevalencia de demencia de 13,1 por 1.000 habitantes en la población evaluada. Un estudio local en Neiva, realizado en mayores de 60 años entre 2003 y 2005, encontró 23,6% de demencia probable.[22] Por su parte, el estudio SABE Colombia 2015, ofrece información de deterioro cognitivo, no de diagnóstico clínico de demencia. En su análisis de 23.694 participantes reportó 19,7% con deterioro cognitivo según el punto de corte utilizado en el AMMSE, con mayor frecuencia en mujeres. Este resultado no debe presentarse como prevalencia de demencia.[23]

Por su parte, El Ministerio de Salud informó en 2025 que la fuente oficial para personas atendidas es el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), integrado a SISPRO, y que permite analizar diagnósticos relacionados con demencia por edad, sexo y departamento. El Ministerio señaló expresamente que no cuenta con estudios nacionales que estimen la cantidad de casos no diagnosticados. Esta ausencia impide calcular con precisión la brecha diagnóstica nacional.[24]

Resultados preliminares de PROESA (2026), basados en registros de servicios de salud del régimen contributivo entre 2015 y 2023, evidencian un crecimiento importante de la población atendida con diagnósticos relacionados con demencia. El análisis identificó 42.512 personas en 2015 y 103.904 en 2023 mediante un algoritmo que exigía al menos dos atenciones con diagnóstico relacionado durante el año. En 2023, el 66% eran mujeres y aproximadamente la mitad tenía 80 años o más. Entre los principales grupos diagnósticos se identificaron 47.219 personas con Alzheimer, 32.907 con demencia no especificada y 8.673 con demencia vascular. Adicionalmente, se registraron 30.023 personas con trastorno cognoscitivo leve, condición que debe analizarse separadamente por no constituir, por sí misma, una demencia. Estos resultados muestran una creciente demanda de atención asociada al deterioro cognitivo y las demencias en el sistema de salud colombiano, particularmente en edades avanzadas, y refuerzan la necesidad de fortalecer la prevención, la detección oportuna, el diagnóstico y la atención integral. No obstante, las cifras deben interpretarse como personas identificadas en los registros del régimen contributivo y no como prevalencia nacional. Esta limitación evidencia, a su vez, la necesidad de contar con sistemas nacionales de información robustos, interoperables y específicos para demencias, que permitan dimensionar con mayor precisión su carga epidemiológica, asistencial y económica en Colombia (PROESA, 2026).[25]

[18] Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57337/9789275326657_spa.pdf?sequence=1

GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Public Health, 7, e105–e125. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8810394/

[19] Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017; prorrogado a 2031 en 2025). Global action plan on the public health response to dementia. https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487

[20] Alzheimer's Disease International (ADI). (2026). From Plan to Impact IX. https://www.alzint.org/resource/from-plan-to-impact-ix/

[21] GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Public Health, 7, e105–e125. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8810394/

[22] Gooding, M. P., et al. (2006). Prevalencia de las demencias en el municipio de Neiva 2003–2005. Acta Neurológica Colombiana, 22, 243–248. https://actaneurologica.com/index.php/anc/article/view/1676

Pradilla, G., Vesga, B. E., León-Sarmiento, F. E., Rosselli, D. A., Bautista, L. E., Morillo, L., Uribe, C. S., Takeuchi, Y., Daza, J., Espinoza, E., Camacho, M. I., & Pardo, C. A. (2003). Estudio neuroepidemiológico nacional (EPINEURO) colombiano. Revista Panamericana de Salud Pública, 14(2), 104–111. https://doi.org/10.1590/S1020-49892003000700005

[23] Sarmiento Buitrago, A. F., Cerón Perdomo, D., & Mayorga Bogota, M. A. (2024). Association between cognitive impairment and socioeconomic and sociodemographic factors in Colombian older adults. Revista Colombiana de Psiquiatría, 53(2), 134–141. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.02.005 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39127546/

[24] Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2025, 31 de octubre). Respuesta a Solicitud de Información, Radicado 2025210003191591 / solicitud 2025423003658612. Documento oficial remitido al Congreso de la República.

[25] PROESA – Universidad Icesi & Fundación Valle del Lili. (2026). Demencia en Colombia: resultados preliminares, octubre de 2026. Personas, uso de servicios y costos en el régimen contributivo, 2015–2023.

La ausencia de una Política Nacional de Demencias en Colombia y los avances de América Latina
A pesar del acelerado envejecimiento poblacional y del incremento sostenido de las enfermedades neurodegenerativas, Colombia aún no cuenta con una Política Nacional de Demencias que establezca objetivos, estrategias, mecanismos de coordinación institucional, metas de seguimiento y responsabilidades específicas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, la investigación y el apoyo a las personas que viven con demencia y a sus cuidadores. Si bien existen disposiciones relacionadas con el envejecimiento, la salud mental, la atención de enfermedades crónicas y la protección de las personas mayores, estas medidas se encuentran dispersas en distintos instrumentos normativos y de política pública, sin conformar un marco específico que permita abordar las demencias como un desafío prioritario de salud pública.

Esta situación contrasta con los avances observados en diversos países de América Latina, que durante la última década han adoptado estrategias nacionales especializadas para responder al impacto creciente de estas enfermedades. Chile, por ejemplo, implementó su Plan Nacional de Demencia como una política pública orientada a garantizar la atención integral de las personas afectadas, fortalecer la detección temprana, desarrollar servicios especializados, apoyar a los cuidadores y promover la inclusión social de quienes viven con esta condición. Asimismo, países como Costa Rica, Argentina, Uruguay, Brasil y México han avanzado en la formulación de estrategias, planes nacionales, lineamientos técnicos o programas específicos dirigidos a mejorar la capacidad de respuesta de sus sistemas de salud frente a las demencias, en consonancia con las recomendaciones formuladas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

En este contexto, la ausencia de una política específica en Colombia representa una brecha institucional que limita la coordinación de esfuerzos, dificulta la generación de información epidemiológica confiable, restringe la formación especializada del talento humano y reduce la capacidad del Estado para anticipar los efectos sanitarios, sociales y económicos asociados al incremento proyectado de estas enfermedades. La experiencia internacional demuestra que las estrategias nacionales de demencia constituyen herramientas fundamentales para articular acciones intersectoriales, fortalecer la atención integral y garantizar una respuesta sostenible frente a uno de los principales desafíos que enfrentarán los sistemas de salud durante las próximas décadas. Por ello, la adopción de una Política Nacional de Demencias no solo constituye una medida necesaria para cerrar un vacío existente en el ordenamiento institucional colombiano, sino también una oportunidad para armonizar la respuesta nacional con las mejores prácticas desarrolladas en la región y con los compromisos promovidos por los organismos internacionales de salud.

El vacío regulatorio y la gravedad del problema
Colombia enfrenta una transición demográfica sin precedentes que ha transformado la pirámide poblacional en un desafío estructural para el Estado Social de Derecho.

Según las proyecciones actualizadas del DANE, para el año 2024 contamos con más de 8.2 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa aproximadamente el 14.5% de la población total. Este fenómeno, caracterizado por una caída drástica en la natalidad y un aumento sostenido en la esperanza de vida la cual se proyecta alcanzará los 82.4 años para 2050, configura una "tormenta perfecta" epidemiológica. Sin embargo, el marco normativo nacional no ha evolucionado a la misma velocidad que el perfil de salud de sus ciudadanos, dejando a una proporción creciente de la población en un estado de vulnerabilidad jurídica y asistencial desatendida.

La gravedad del problema radica en la naturaleza de las demencias, síndromes crónicos y progresivos que, al comprometer funciones cognitivas vitales como la memoria, el juicio y el lenguaje, anulan la autonomía del individuo. No se trata de una consecuencia inevitable o "normal" del envejecimiento, sino de una condición patológica que exige respuestas sanitarias altamente especializadas. Con un índice de envejecimiento que escalará de 36.7 en 2018 a una cifra estimada de 135.9 personas mayores por cada 100 menores en 2050, la prevalencia de trastornos neurocognitivos se perfila como la próxima gran crisis de salud pública, para la cual el país carece actualmente de una estrategia nacional coordinada y vinculante.

El propio Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) ha certificado formalmente que, a la fecha, no cuenta con módulos específicos en sus encuestas nacionales para caracterizar de manera nominal y técnica a la población con demencia. Esta carencia de datos impide que el Ministerio de Salud y las entidades territoriales diseñen políticas basadas en evidencia real, condenando la asignación de recursos y la creación de servicios a estimaciones inciertas que profundizan las brechas de acceso, especialmente en las zonas rurales.

Las cifras de discapacidad funcional disponibles refuerzan la urgencia de esta intervención legislativa. Según los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, una parte significativa de la población mayor de 60 años ya reporta dificultades severas para "entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo", con un 4.83% de individuos que se declaran incapaces de realizar estas funciones y un 5.06% que lo hace con mucha dificultad. Estas limitaciones no solo afectan la esfera individual, sino que generan una dependencia funcional que el sistema de salud actual, fragmentado y centrado en la atención de enfermedades agudas no tiene la capacidad de gestionar de manera integral ni longitudinal.

A pesar de contar con la Ley 1251 de 2008 y la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores mediante la Ley 2055 de 2020, estas normas operan bajo un marco de generalidad que resulta insuficiente ante la especificidad de la demencia. Actualmente, no existe una obligación legal que mandate la creación de "Unidades de Memoria" especializadas o que establezca protocolos de evaluación neurocognitiva obligatorios en el primer nivel de atención.

La persistencia de este vacío regulatorio frente a una problemática de tal magnitud representa un incumplimiento de los fines esenciales del Estado y del mandato constitucional de proteger la dignidad de los sujetos de especial protección. La creación de una Política Nacional de Demencia no es una opción facultativa, sino una necesidad para transitar de un modelo de "envejecimiento con exclusión" hacia uno de "salud cerebral".

IV. MARCO CONSTITUCIONAL, LEGAL Y NORMATIVO.

El artículo 2 de la Constitución Política de Colombia define los fines esenciales del Estado, y establece que las autoridades de la República están instituidas para proteger la vida de todas las personas residentes en Colombia, así:

> *"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". (Resaltado fuera de texto).*

Además, el artículo 49 establece que la provisión del servicio de salud es responsabilidad del Estado, y se enfatiza la obligación de cada individuo de velar por el cuidado integral de su salud: el presente Proyecto de Ley tiene como objetivo hacer cumplir estos mandatos constitucionales.

> *"Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de* ***promoción, protección y recuperación de la salud.*** *Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (…).* ***Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad*** *(…)" (Resaltado fuera de texto).*

En desarrollo de lo previsto en el artículo 46 de la Constitución Política, el Estado colombiano tiene la obligación de concurrir a la protección y asistencia de las personas mayores y de promover su integración a la vida activa y comunitaria.

> ***ARTICULO 46.*** *El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.*

Este mandato se articula con los principios estructurales del orden constitucional consagrados en los artículos 1, 13 y 16 superiores, que erigen la dignidad humana como fundamento del Estado Social de Derecho, garantizan la igualdad real y efectiva y reconocen el libre desarrollo de la personalidad. En tal sentido, la Constitución no solo proscribe toda forma de discriminación, sino que impone a las autoridades el deber de adoptar medidas diferenciadas y acciones afirmativas en favor de sujetos de especial protección constitucional, cuando sus condiciones particulares así lo exijan, con el propósito de remover obstáculos estructurales que limiten el ejercicio pleno de sus derechos.

En el plano internacional, el Estado colombiano ratificó mediante la Ley 2055 de 2020[26] la "*Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*", adoptada el 15 de junio de 2015 en el marco de la Organización de los Estados Americanos (OEA), instrumento que tiene por objeto promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos de las personas mayores, y cuya constitucionalidad fue declarada mediante Sentencia C-395 de 2021[27]

> *"La Corte ha indicado que no es obligatorio adelantar el trámite de la consulta previa si las medidas tomadas, vía legislativa o administrativa, se dirigen a la población en su conjunto. En consecuencia, ha recalcado que tal mecanismo solo se activa cuando se afecte específica y directamente a las comunidades étnicas, y no cuando las disposiciones hubieren sido previstas "de manera uniforme para la generalidad de los colombianos".*

> *"el marco internacional y regional de protección de los derechos de las personas mayores, con independencia de su carácter jurídico, su naturaleza vinculante o no, o su órgano o instrumento de expedición, sugiere la existencia de un consenso normativo sobre los mínimos que deben ser garantizados por los Estados en favor de las personas de edad en el derecho internacional. Así, desde los desarrollos más tempranos,* ***el derecho internacional ha identificado que las medidas y políticas que se expidan en esta materia deben fundarse en el reconocimiento de la independencia, la participación, el cuidado, la autorrealización y la protección de la dignidad de esta población****. Además, ha prestado especial atención a garantizar, como mínimo y en relación de preferencia, los derechos a la seguridad social, a la salud, a la igualdad y no discriminación, a la educación, a un nivel de vida adecuado, a la justicia, a una vida libre de violencia, y a una vida digna, incluida la prohibición de tratos crueles e inhumanos".*

[26] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2055_2020.html
[27] https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/c-395-21.htm

Este marco normativo refuerza la obligación estatal de adoptar medidas legislativas integrales orientadas a prevenir y erradicar prácticas discriminatorias basadas en la edad, en armonía con los compromisos constitucionales e internacionales asumidos por Colombia.

En septiembre de 2015, los 193 Estados miembros de la ONU adoptaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Este marco universal orienta las políticas públicas destinadas a erradicar la pobreza, reducir las desigualdades y promover sociedades inclusivas, pacíficas y sostenibles. La Agenda, compuesta por 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), incorpora los aspectos económicos, sociales y ambientales del desarrollo. También incluye compromisos transversales en materia de igualdad, no discriminación y garantía de derechos, plenamente aplicables a la protección de las personas mayores.

Este Plan describe cuatro áreas estratégicas de acción diseñadas para, cambiar las opiniones de la sociedad sobre la edad y el envejecimiento; mejorar el apoyo de la comunidad a la independencia y la participación de los adultos mayores; garantizar una atención integrada y centrada en la persona, y brindar servicios de salud y atención a largo plazo que satisfagan sus necesidades.

En el ámbito legal Colombia ha generado desarrollos normativos, dentro de los que se destacan la Ley 1251 de 2008[28] representa un marco legislativo colombiano, al establecer un instrumento jurídico orientado a la protección, promoción, restablecimiento y defensa de los derechos de las personas adultas mayores. Cuyo propósito fundamental es integrar a esta población en el desarrollo de la sociedad, valorando sus experiencias de vida y garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.

Entre los principales avances que emergen de la Ley destaca la definición clara del sujeto de derecho: toda persona de 60 años o más pasa a ser identificada como adulta mayor desde el plano legal. Esta definición facilita la focalización de políticas y servicios, permitiendo que los esfuerzos públicos y privados se orienten hacia aquellos que que requieren atención prioritaria. Así mismo la Ley ordenar la creación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, la normativa impone al Estado la obligación de planificar y ejecutar acciones transversales en todas las entidades de la Administración Pública.

Dicha política reconoce que estas formas de discriminación se encuentran asociadas a estereotipos y procesos discriminatorios impuestos por cada sociedad desde la cultura dominante, que invisibilizan los desequilibrios entre los distintos grupos de edad y determinan un ejercicio limitado de los derechos y la ciudadanía bajo el prurito del déficit de capacidades y la edad. Esto implica cuestionar visiones reduccionistas sobre la vejez y el envejecimiento que desconocen la diversidad de los seres humanos en edades avanzadas, bajo un modelo generalizado según el cual las personas mayores son dependientes o representan una carga.

[28] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1251_2008.html

En el plano de la protección, la ley establece medidas específicas para grupos vulnerables dentro de la población adulta mayor, como indígenas, mujeres, personas con discapacidad, población desplazada y reclusos. Este reconocimiento de vulnerabilidades señala una comprensión de la desigualdad que trasciende la edad y reconoce la interseccionalidad de riesgos que pueden afectar a determinadas poblaciones.

> ***ARTÍCULO 1o. OBJETO.*** *La presente ley tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, Deberes del Hombre de 1948, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia.*

La Ley 687 de 2001[29] creó la Estampilla Pro Bienestar del Adulto Mayor, un mecanismo de financiación destinado a apoyar programas sociales y de atención para las personas mayores, articulando recursos provenientes de la industria y el comercio para promover derechos, servicios y bienestar. La Ley 1955 de 2019[30] modifica diversos aspectos de la Ley 687, con el objetivo de fortalecer la recaudación, distribución y transparencia de los recursos de la estampilla, así como ampliar su cobertura y perfiles de destinatarios. En este sentido, la norma busca garantizar mayor sostenibilidad fiscal y más efectivas intervenciones orientadas al envejecimiento activo y la protección de derechos.

> ***ARTÍCULO 1o.*** *<Artículo modificado por el artículo 217 de la Ley 1955 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:>* ***Autorízase a las asambleas departamentales y a los concejos distritales y municipales para emitir una estampilla, la cual se llamará Estampilla para el Bienestar del Adulto Mayor****, como recurso de obligatorio recaudo para concurrir con las entidades territoriales en la construcción, instalación, mantenimiento, adecuación, dotación y funcionamiento de Centros de Bienestar, Centros de Protección Social, Centros Vida y otras modalidades de atención y desarrollo de programas y servicios sociales dirigidos a las personas adultas mayores, en sus respectivas jurisdicciones. El producto de dichos recursos se destinará en un 70% para la financiación de los Centros Vida y el 30% restante, al financiamiento de los Centros de Bienestar o Centros de Protección Social del adulto mayor, sin perjuicio de los recursos adicionales que puedan gestionarse a través de otras fuentes como el Sistema General de Regalías, el Sistema General de Participaciones, el sector privado y la cooperación internacional, principalmente.*

[29] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0687_2001.html
[30] http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1955_2019.html

Por su parte, la Ley 2040 de 2020 complementa ese marco al focalizar esfuerzos en el empleo de personas mayores sin pensión, promoviendo su inserción laboral, fomentando incentivos a trabajadores y articulando políticas de apoyo, acompañamiento y cobertura de riesgos laborales. Así, se consolidan dos pilares, la financiación orientada al bienestar y la viabilidad de una vida adulta mayor con participación económica. Su principal objetivo es crear incentivos, subsidios o exenciones que favorecen la contratación de personas mayores sin pensión, así como apoyo a la adaptación de lugares de trabajo y la formación continua.

> ***ARTÍCULO 7o. SELLO AMIGABLE "ADULTO MAYOR".*** *Créese el sello amigable "Adulto Mayor" el cual identificará a las empresas que incorporen dentro de su planta laboral a personas mayores que no sean beneficiarios de la pensión de vejez, familiar o de sobrevivencia y que hayan cumplido el requisito de edad de pensión establecido en la Ley, de conformidad con los roles establecidos por el Ministerio de Trabajo.*
> *El Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo reglamentarán dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley lo referente al sello "Adulto Mayor", teniendo en cuenta los siguientes parámetros*

V. PLIEGO DE MODIFICACIONES.

Texto Radicado	Modificaciones propuestas para primer debate	Justificación
"POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE LA POLÍTICA NACIONAL DE DEMENCIAS, SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO, LA ATENCIÓN INTEGRAL, EL CUIDADO, LA INVESTIGACIÓN Y LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON DEMENCIA Y DE SUS CUIDADORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES".	*"Por medio de la cual se establece la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral se adoptan medidas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas ~~que viven con~~ demencias o riesgo a la Salud Cerebral y de sus cuidadores, y se dictan otras disposiciones"*	Se amplía el objeto de la ley para incorporar un enfoque integral de salud cerebral, fortaleciendo las acciones de prevención y atención temprana.
EL CONGRESO DE COLOMBIA **DECRETA** **CAPÍTULO I** **DISPOSICIONES GENERALES**	**EL CONGRESO DE COLOMBIA** **DECRETA** **CAPÍTULO I** **DISPOSICIONES GENERALES**	Sin modificaciones
Artículo 1°: Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la Política Nacional de Demencias - PND -, con el fin de garantizar la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas que viven con demencia, así como el apoyo a sus familias y cuidadores.	**Artículo 1°: Objeto.** La presente ley tiene por objeto establecer la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral, ~~PND~~ con el fin de garantizar la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas ~~que viven con~~ con demencias o riesgo a la salud cerebral ~~demencia~~, así como el apoyo a sus familias y cuidadores.	Se amplía el ámbito de aplicación de la política para incorporar el enfoque de salud cerebral y fortalecer la protección de las personas en riesgo, desde una perspectiva preventiva e integral.
Artículo 2°: Definiciones. Para la interpretación de la presente ley, adóptense las siguientes definiciones basadas en estándares internacionales: **a. Demencia:** Síndrome de naturaleza crónica, progresiva, no transmisible, generalmente de origen neurodegenerativo, caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas, tales como memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio que frecuentemente se acompañan de alteraciones conductuales y emocionales, que excede lo esperable para el envejecimiento normal y compromete la autonomía y el desempeño en las actividades de la vida diaria que excede lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. **b. Salud cerebral**: estado dinámico de funcionamiento del cerebro que permite el	**Artículo 2°: Definiciones.** Para la interpretación de la presente ley, adóptense las siguientes definiciones basadas en estándares internacionales: ~~a)~~ **Demencia:** Síndrome de naturaleza crónica, generalmente progresiva, no transmisible, ~~generalmente de origen neurodegenerativo~~ , caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas, tales como memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje, habilidades para la interacción social y juicio que, frecuentemente se acompañan de alteraciones conductuales y emocionales, que excede lo esperable para el envejecimiento, ~~normal y compromete~~ comprometiendo la autonomía y el desempeño en las actividades de la vida diaria. ~~que excede lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal.~~	Se actualizan y amplían las definiciones contenidas en el proyecto para incorporar el enfoque de salud cerebral, fortalecer la atención integral y precisar conceptos técnicos que faciliten su implementación y aplicación.

desarrollo, el mantenimiento y la adaptación de las capacidades cognitivas, emocionales, conductuales y motoras a lo largo de todo el ciclo vital. c. **Unidad de memoria:** Servicio especializado de carácter multidisciplinario e interdisciplinario, integrado funcionalmente a la red de prestación de servicios de salud, cuyo propósito es realizar la evaluación diagnóstica de alta complejidad, el tratamiento integral y el seguimiento longitudinal de personas con demencias de etiología incierta, evolución atípica o de difícil manejo clínico. Estas unidades actúan como centros de referencia técnica para el apoyo a la atención primaria y la formación de cuidadores. d. **Cuidador:** Persona que brinda apoyo físico, emocional o social a un individuo con demencia. Puede ser cuidador formal de tipo remunerado o informal, tales como familiares o allegados no remunerados.	b) **Salud cerebral:** Estado dinámico de funcionamiento del cerebro que permite el desarrollo, el mantenimiento y la adaptación de las capacidades cognitivas, sociales, emocionales, conductuales y motoras a lo largo de todo el ciclo vital. La Salud Cerebral esta influenciada por determinantes biológicos, sociales y ambientales. c) **Unidad de Salud Cerebral ~~memoria:~~** Servicio especializado de carácter multidisciplinario e interdisciplinario, integrado funcionalmente a la red de prestación de servicios de salud, cuyo propósito es ~~realizar~~ prevenir, categorizar el riesgo, hacer evaluación diagnóstica, diagnóstico diferencial, tratamiento y seguimiento de personas que, requieran atención especializada en el marco de la presente Ley. Estas unidades actuarán además como nodos de referencia, apoyo y asistencia para la Atención Primaria en Salud, para los dispositivos comunitarios y la formación del talento humano y de las personas cuidadoras. ~~a. la evaluación diagnóstica de alta complejidad, el tratamiento integral y el seguimiento longitudinal de personas con demencias de etiología incierta, evolución atípica o de difícil manejo clínico. Estas unidades actúan como centros de referencia técnica para el apoyo a la atención primaria y la formación de cuidadores.~~ d) **Cuidador:** Persona que brinda apoyo físico, emocional o social a un individuo con demencia. Puede ser cuidador formal de tipo remunerado o informal, tales como familiares o allegados no remunerados. e) **Atención sociosanitaria:** Conjunto articulado e intersectorial de acciones sanitarias, sociales, comunitarias, de rehabilitación y cuidado destinadas a responder de manera integral y continua a las necesidades de las personas que viven con demencia, sus familias y personas cuidadoras f) **Centro Comunitario de Salud Cerebral:** Dispositivo territorial de base comunitaria que se articula con las Redes Integrales e Integradas de Salud destinado a desarrollar acciones de promoción de la salud cerebral, prevención, educación, identificación de señales de alerta y sospecha de deterioro cognitivo, orientación y apoyo a personas, familias y cuidadores. g) **Deterioro cognitivo:** Presencia de cambios cognitivos advertidos por la persona, su entorno, actores comunitarios o personal de salud, además de identificados mediante valoración clínica y neurocognitiva.	
Artículo 3°: Principios rectores. Para la interpretación y aplicación de la presente ley, se establecen los siguientes principios: 1. **Universalidad:** El acceso a las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado integral debe garantizarse a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin discriminación alguna por razones de edad, sexo, condición socioeconómica o ubicación geográfica. 2. **Equidad:** El Estado adoptará medidas diferenciadas en favor de las personas con demencia que se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta o vulnerabilidad social, priorizando la reducción de brechas en el acceso a servicios entre zonas urbanas y rurales. 3. **Integralidad y continuidad:** Se garantiza un modelo de atención longitudinal que articule la promoción de la salud cerebral, la prevención de factores de riesgo modificables, el diagnóstico oportuno, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, la rehabilitación cognitiva y los cuidados paliativos. 4. **Autonomía y respeto a la voluntad:** Se promoverá la capacidad de las personas con demencia para adoptar decisiones sobre su propia vida y su salud, facilitando el uso de apoyos para la toma de decisiones, directivas anticipadas y el reconocimiento de su identidad biográfica, conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 5. **Enfoque territorial y descentralización:** Las acciones de la política deberán adaptarse a las realidades demográficas, epidemiológicas y culturales de cada región, reconociendo la autonomía de las entidades territoriales en la gestión de sus recursos.	**Artículo 3°: Principios rectores.** Para la interpretación y aplicación de la presente ley, se establecen los siguientes principios: 1. **Universalidad:** El acceso a las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado integral debe garantizarse a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin discriminación alguna por razones de edad, sexo, condición socioeconómica, ~~o~~ ubicación geográfica, ancestral y etnicidad. 2. **Equidad:** El Estado adoptará medidas diferenciadas en favor de las personas con demencia que se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta o vulnerabilidad social; eliminando ~~priorizando la reducción de~~ las brechas en el acceso a servicios entre zonas urbanas y rurales. 3. **Integralidad y continuidad:** Se garantiza un modelo de atención longitudinal que articule la promoción de la salud cerebral, la prevención de factores de riesgo modificables, el diagnóstico oportuno, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, la rehabilitación cognitiva y los cuidados paliativos. 4. **Autonomía y respeto a la voluntad:** Se promoverá la capacidad de las personas con demencia para adoptar decisiones sobre su propia vida y su salud, facilitando el uso de apoyos para la toma de decisiones, directivas anticipadas y el reconocimiento de su identidad biográfica, conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 5. **Enfoque territorial y descentralización:** Las acciones de la política deberán adaptarse a las realidades demográficas, epidemiológicas y culturales de cada región, reconociendo la autonomía de las entidades territoriales en la gestión de sus recursos.	Se fortalece el enfoque de equidad e inclusión de la política, incorporando criterios diferenciales y precisando medidas orientadas a la eliminación de barreras en el acceso a los servicios.
CAPÍTULO II **DE LA POLÍTICA NACIONAL DE DEMENCIA**	**CAPÍTULO II** **DE LA POLÍTICA NACIONAL DE DEMENCIA**	Sin modificaciones
Artículo 4°: Creación de La Política Nacional de Demencia. Créase la Política Nacional de Demencia - PND - como el instrumento técnico, operativo y de gestión bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social. La PND tendrá como fin la organización sistémica de las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación y cuidado integral en todo el territorio nacional. La PND desarrollará sus líneas de acción bajo los siguientes objetivos fundamentales: 1. Implementar estrategias de promoción de la salud cerebral con enfoque de ciclo vital, para la prevención de las demencias, mediante la reducción de factores de riesgo modificables e integrarlas en los programas vigentes de Enfermedades No Transmisibles (ENT).	**Artículo 4°: Creación de La Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral** Créase la Política Nacional de ~~Demencia~~ Demencias y Salud Cerebral - ~~PND~~ - como el instrumento técnico, operativo y de gestión bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, que ~~La PND~~ tendrá como fin articular y organizar ~~organización~~ las acciones de las entidades competentes para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación, investigación y cuidado integral en todo el territorio nacional. La ~~PND~~ Política desarrollará sus líneas de acción bajo los siguientes objetivos fundamentales: 1. Implementar estrategias de promoción de la salud cerebral con enfoque de ~~ciclo vital~~ curso de vida, para la prevención de las demencias, mediante la reducción de factores de riesgo modificables y fortalecimiento de	Se fortalece el alcance y los objetivos de la Política Nacional, incorporando el enfoque de salud cerebral, la gestión integral del riesgo, la atención primaria en salud y acciones orientadas a mejorar la prevención, atención e investigación de las demencias.

2. Establecer protocolos de evaluación neurocognitiva protocolizado en el primer nivel de atención, asegurando su articulación con la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y el acceso a servicios especializados de neurología, geriatría, psiquiatría, neuropsicología y rehabilitación física integral y ocupacional. 3. Desarrollar un plan nacional de capacitación continua para el personal de salud y sectores sociales, basado en la guías de intervención y modelos de atención centrados en la persona. 4. Fomentar la investigación científica sobre las demencias a través del Fondo de Investigación en Salud -FIS-, priorizando el desarrollo de nuevo conocimiento, tecnologías de asistencia y telemedicina. 5. Promover campañas nacionales y territoriales de sensibilización y antiestigma, dirigidas a la población general y al personal de salud. 6. Promover la cooperación internacional y el intercambio de mejores prácticas, en alianza con organismos multilaterales como la OMS, la OPS y Alzheimer's Disease International entre otras. 7. Crear programas de formación para los cuidadores, mediante formación,consejería, servicios de respiro y apoyo	factores protectores, reconociendo la influencia de los determinantes sociales de la salud, los factores biológicos, ambientales y las diferencias territoriales y poblacional; integrándose con la normatividad vigente en materia de enfermedades no transmisibles, salud mental, envejecimiento y promoción de la salud. e integrarlas en los programas vigentes de Enfermedades No Transmisibles (ENT). 2. Fortalecer las acciones de prevención, identificación de señales de alerta y detección temprana de, deterioro cognitivo y demencias desde los entornos comunitarios, Centros Comunitarios de Salud Cerebral que, mediante la Atención Primaria en Salud, se articula con las Redes Integrales e Integradas de Salud y los Centros de Cognición y Salud Cerebral. , con el fin de asegurar la evaluación neurocognitiva, categorización de los riesgos, implementación de acciones preventivas, procesos diagnósticos, rehabilitación, tratamiento y seguimiento 3. 2. Establecer protocolos de evaluación y atención neurocognitiva protocolizado en el primer nivel de atención, asegurando su articulación con la Redes Integrales e Integradas de Salud Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y el acceso a servicios	
	financiación. priorizando el desarrollo de nuevo conocimiento, tecnologías de asistencia y telemedicina. 6. 5. Promover campañas nacionales y territoriales de sensibilización y antiestigma anti-estigma, dirigidas a la población general y al personal de salud. 7. 6. Promover la cooperación internacional y el intercambio de mejores prácticas, en alianza con organismos multilaterales como la OMS, la OPS y Alzheimer's Disease International entre otros otras. 8. 7. Diseñar e implementar programas de formación para el Talento Humano en Salud y personas los cuidadores, mediante formación, consejería, servicios de respiro y apoyo social y económico, reconociendo el valor social de su labor. **Parágrafo.** El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, dispondrá de un plazo máximo de doce (12) meses contados a partir de la promulgación de la presente ley para la formulación, reglamentación técnica y puesta en marcha del presente artículo. La PND	
Nuevo artículo	**Artículo 4A°.Plan de Acción de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral.** La implementación de la Política se desarrollará mediante un Plan de	Se incorpora un instrumento de planificación que define responsabilidades, metas, indicadores y

social y económico, reconociendo el valor social de su labor. **Parágrafo**. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, dispondrá de un plazo máximo de doce (12) meses contados a partir de la promulgación de la presente ley para la formulación, reglamentación técnica y puesta en marcha de la PND.	especializados como los Centros de Cognición y Salud Cerebral, además de servicios de neurología, geriatría, psiquiatría, neuropsicología y rehabilitación física integral y ocupacional. 4. 3. Desarrollar, e implementar y evaluar un plan nacional de capacitación formación y actualización en salud cerebral y demencias y salud cerebral dirigido continua al talento humano en salud para el personal de salud y sectores sociales, con especial énfasis en la Atención Primaria en Salud, que incluya promoción de la salud cerebral, evaluación de factores de riesgo y protección, identificación de señales de alerta, evaluación inicial, comunicación, derechos, cuidado, y continuidad de la atención, basado en la guías de intervención y modelos de atención centrados en la persona. 5. 4. Fomentar la investigación científica sobre las Demencias y Salud Cerebral, incluyendo investigación básica, clínica, epidemiológica, social, de implementación y de cuidados, innovación, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, tecnologías de asistencia, telesalud y validación o adaptación de herramientas de evaluación a las características de la población colombiana, a través del Fondo de Investigación en Salud -FIS, y otros instrumentos de	
	Acción Nacional y Territorial de Demencias (PANTD) formulado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades competentes y con mecanismos de participación de las personas que viven con demencia, de las personas cuidadoras, de las organizaciones de la sociedad civil, de la academia y de la comunidad científica. El Plan deberá contener como mínimo: 1. Diagnóstico y línea base nacional y territorial. 2. Identificación de poblaciones, territorios y brechas prioritarias. 3. Objetivos, estrategias y acciones. 4. Entidades responsables y corresponsables. 5. Indicadores de proceso, resultado, oportunidad, cobertura y equidad, con sus líneas base, metas y fuentes de verificación. 6. Metas nacionales y territoriales. 7. Cronograma de implementación. 8. Estimación de recursos requeridos y fuentes de financiación. 9. Mecanismos de asistencia técnica y fortalecimiento de capacidades territoriales. 10. Mecanismos de seguimiento, evaluación y rendición pública de cuentas. 11. Período de vigencia y mecanismos de revisión y actualización anual en caso de ser requerido.	mecanismos de seguimiento, que garantizan la implementación efectiva, coordinada y evaluable de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral.
Nuevo artículo	**Artículo 4B°. Integración y armonización normativa**. Las disposiciones de la presente ley, su reglamentación y los instrumentos derivados de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral se se interpretarán, desarrollarán e implementaran e implementarán de	Se establece la articulación de la política con el marco normativo y programático vigente, con el fin de promover la coordinación

	manera complementaria y articulada con el marco legal, institucional y de política pública vigente en materia de salud, salud mental, envejecimiento y vejez, discapacidad, capacidad jurídica y apoyos para la toma de decisiones, cuidado y personas cuidadoras, enfermedades no transmisibles, rehabilitación, cuidados paliativos, voluntades anticipadas, protección social y demás materias relacionadas. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a 6 meses, contado a partir de la promulgación de la presente Ley, reglamentará mecanismos de coordinación, distribución de responsabilidades y flujos de información que permitan la complementariedad entre las políticas, programas, observatorios, sistemas de información y servicios existentes. La implementación de la Política deberá fortalecer y utilizar, cuando resulte procedente, las capacidades institucionales existentes, evitando duplicidades administrativas y programáticas.	institucional, optimizar recursos y evitar duplicidades en su implementación.
Artículo 5°: Consejo Nacional de Demencia. Créase el Consejo Nacional de Demencias - CND - como el órgano asesor, consultivo y de concertación permanente de la Política Nacional de Demencia. Su propósito será orientar velar por la garantía de derechos de las personas con demencia y asegurar la articulación entre los sectores salud, social, científico y educativo. El Consejo Nacional de Demencia estará integrado por: 1. El Ministro de Salud y Protección Social, o su delegado, quien lo presidirá. 2. El Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado. 3. El Director del Instituto Nacional de Salud (INS), o su delegado. 4. El Director del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), o su delegado. 5. Dos (2) representantes de las sociedades médicas con experiencia demostrada en diagnóstico e intervención en demencias designados por el Ministerio de Salud. 6. Dos (2) representantes de la academia y/o la comunidad científica con experiencia demostrada en investigación en neurociencias designados por el Ministerio de Ciencia. 7. Dos (2) representantes de las asociaciones nacionales de familiares de personas con demencia y Alzheimer legalmente constituidas. 8. Un (1) representante de los cuidadores de personas con demencia 9. Un (1) representante de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) 10. Un (1) representantes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) especializadas en la materia. La Secretaría Técnica del Consejo será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	**Artículo 5°: Consejo Nacional de Demencia.** Créase el Consejo Nacional de Demencias y Salud Cerebral~~ - CND~~ - como el órgano consultivo y asesor, ~~consultivo y de concertación~~ permanente de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral. Su propósito será orientar el desarrollo normativo y abogar ~~velar~~ por la garantía de derechos de las personas con demencia. ~~y asegurar la articulación entre los sectores salud, social, científico y educativo.~~ El Consejo Nacional de Demencia estará integrada: 1. El ministro de Salud y Protección Social, o su delegado, quien lo presidirá. 2. El ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado. 3. El ministro de Trabajo, o su delegado 4. Defensor del pueblo, o su delegado 5. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud- IETS 6. ~~3.~~ El director del Instituto Nacional de Salud (INS), o su delegado. 7. ~~4.~~ El director del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), o su delegado. 8. ~~5.~~ Un (1) ~~Dos (2)~~ representante~~s~~ de las sociedades médicas con experiencia demostrada en diagnóstico e intervención en demencias designados por el Ministerio de Salud. 9. ~~6.~~ Un (1) ~~Dos (2)~~ representante~~s~~ de la academia y/o la comunidad científica con experiencia demostrada en investigación en demencias y/o salud cerebral designados por el Ministerio de Ciencia. 10. ~~7.~~ Un (1) ~~Dos (2)~~ representante~~s~~ de las asociaciones nacionales de familiares de personas con demencias legalmente constituidas. 11. 8. Un (1) representante de los cuidadores de personas con demencias 12. 9. Un (1) representante de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)	Se fortalece la gobernanza de la Política Nacional mediante la ampliación de las funciones y la integración de actores estratégicos que contribuyen a una coordinación más amplia, participativa e intersectorial
Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley, reglamentará el proceso de elección de los representantes de la sociedad civil y academia. **Parágrafo 2.** Los miembros del Consejo actuarán ad honorem. Sus reuniones se realizarán de manera ordinaria cada cuatro (4) meses y extraordinariamente cuando las necesidades del PND lo requieran. El funcionamiento del Consejo no implicará la creación de nuevos cargos públicos ni el aumento de la planta de personal, debiendo operar con la infraestructura y recursos existentes de las entidades que lo integran.	13. 10. Un (1) representante~~s~~ de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ~~especializadas en la materia.~~ La Secretaría Técnica del Consejo será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará el proceso de elección de los representantes de la sociedad civil y academia. **Parágrafo 2.** Los miembros del Consejo actuarán ad honorem. Sus reuniones se realizarán de manera ordinaria cada cuatro (4) meses y extraordinariamente cuando las necesidades de la Política ~~PND~~ lo requieran. El funcionamiento del Consejo no implicará la creación de nuevos cargos públicos ni el aumento de la planta de personal, debiendo operar con la infraestructura y recursos existentes de las entidades que lo integran.	
Artículo 6°: Funciones del Consejo Nacional de Demencia. El CND tendrá las siguientes funciones técnicas y jurídicas: 1. Asesorar al Ministerio de Salud y Protección Social en la formulación, actualización y evaluación periódica de la Política Nacional de Demencia. 2. Recomendar estándares de calidad para las Rutas Integrales de Atención y los servicios socio-sanitarios especializados. 3. Emitir conceptos técnicos sobre las líneas de investigación prioritaria financiadas por el Fondo de Investigación en Salud -FIS-. 4. Fomentar la cooperación internacional para la transferencia de tecnologías y mejores prácticas en el cuidado de la demencia.	**Artículo 6°: Funciones del Consejo Nacional de Demencia.** El CND tendrá las siguientes funciones técnicas y jurídicas: 1. Asesorar al Ministerio de Salud y Protección Social en la formulación, implementación, actualización y evaluación periódica del PND y PANTD. ~~la Política Nacional de Demencia.~~ 2. Orientar el desarrollo normativo que garantice la calidad, oportunidad, continuidad y articulación para el correcto funcionamiento de las rutas de atención, los Centros Comunitarios de Salud Cerebral y, las Unidades de Cognición y Salud Cerebral; además de los servicios sociosanitarios relacionados. ~~Recomendar estándares de calidad para las Rutas Integrales de Atención y los servicios socio-sanitarios especializados.~~ ~~3.~~ Emitir conceptos técnicos sobre las líneas de investigación prioritaria.~~s financiadas por el Fondo de Investigación en Salud - FIS .~~ 4. Fomentar la cooperación internacional para la transferencia de tecnologías y mejores prácticas en el cuidado de las demencia~~s~~ y Salud Cerebral. 5. Emitir conceptos técnicos y científicos al Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos Alimentarios, en torno a las recomendaciones internacionales, incluyendo guías de práctica clínica, sobre nuevos lineamientos para la prevención, el diagnostico, el uso de biomarcadores y la entrada de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos para la atención del deterioro cognitivo y las demencias. 6. Emitir conceptos técnicos y científicos a los organismos de control.	Se fortalecen las funciones del Consejo Nacional de Demencias y Salud Cerebral, ampliando sus competencias en materia de implementación, desarrollo normativo, evaluación técnica, adopción de estándares y coordinación institucional.

	7. Conformar mesas técnicas de carácter temporal o permanente para el estudio de temas específicos relacionados con la implementación de la Política.	
CAPÍTULO III **DE LA ATENCIÓN INTEGRAL Y EL SISTEMA DE SALUD**	**CAPÍTULO III** **DE LA ATENCIÓN INTEGRAL Y EL SISTEMA DE SALUD**	Sin modificaciones
Artículo 7°: Protocolo y ruta de atención en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los protocolos de evaluación neurocognitiva que deberán ser implementados de manera obligatoria por los prestadores de servicios de salud , como una medida que permita la identificación temprana de casos sospechosos de deterioro cognitivo y su articulación con el proceso diagnóstico definitivo. La evaluación neurocognitiva se integrará funcionalmente en una Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, garantizando que el usuario transite de forma coordinada entre los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud.	**Artículo 7°: Protocolo y ruta de atención en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá y actualizará los lineamientos técnicos para la prevención, identificación oportuna, evaluación, diagnostico, atención y seguimiento de las personas con señales de alerta, deterioro cognitivo o diagnóstico de demencia. ~~protocolos de evaluación neurocognitiva que deberán ser implementados de manera obligatoria por los prestadores de servicios de salud , como una medida que permita la identificación temprana de casos sospechosos de deterioro cognitivo y su articulación con el proceso diagnóstico definitivo.~~ ~~La evaluación neurocognitiva se integrará funcionalmente en una Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, garantizando que el usuario transite de forma coordinada entre los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud.~~ La ruta comprenderá, de manera articulada: 1. **Fase comunitaria**: Acciones de promoción de la salud cerebral, prevención, reducción de factores de riesgo, educación, identificación de señales de alerta, orientación y acompañamiento a través de entornos comunitarios, redes territoriales y Centros Comunitarios de Salud Cerebral. 2. **Atención Primaria en Salud:** Evaluación clínica y neurocognitiva inicial, identificación de factores asociados y definición de seguimiento, intervención o referencia. 3. **Proceso diagnóstico:** Acceso oportuno a las valoraciones y procedimientos requeridos, conforme a las características y la complejidad de cada persona. 4. **Atención especializada:** Referencia a los servicios especializados y Unidades de Salud Cerebral cuando existan criterios clínicos o diagnósticos de mayor complejidad. **5.** **Atención, rehabilitación, cuidado y seguimiento:** intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, rehabilitación, orientación y apoyo a familias, cuidadores y seguimiento longitudinal. **Parágrafo 1°.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales, promoverá la creación, adecuación y fortalecimiento progresivo de Centros Comunitarios de Salud Cerebral, utilizando infraestructura, programas y capacidades comunitarias existentes. **Parágrafo 2°.** Los Centros Comunitarios desarrollarán acciones de promoción, prevención, educación, identificación de señales de alerta, orientación, acompañamiento y articulación con la Atención Primaria en Salud. **Parágrafo 3°.** Los instrumentos, pruebas y tecnologías de evaluación serán definidos y actualizados mediante lineamientos técnicos basados en la mejor evidencia, de acuerdo con criterios epidemiológicos, biológicos, clínicos y científicos. **Parágrafo 4°.** La ruta deberá garantizar atención oportuna, continua e ininterrumpida. Desde el inicio del proceso diagnóstico hasta el inicio efectivo del plan integral de atención, rehabilitación, cuidado y seguimiento, no podrán transcurrir más de sesenta (60) días calendario. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los plazos máximos para cada etapa y establecerá mecanismos de seguimiento de su cumplimiento.	Se desarrolla la ruta integral de atención, mediante la incorporación de acciones de promoción de la salud cerebral, prevención, diagnóstico oportuno, atención especializada, rehabilitación y seguimiento.
Artículo 8°: Creación y operación de las Unidades de Memoria. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la creación y el fortalecimiento progresivo de Unidades de Memoria dentro de la red de prestadores del sistema de salud, conforme a la capacidad instalada y la demanda epidemiológica territorial. Las Unidades de Memoria desarrollarán, como mínimo, las siguientes funciones dentro del sistema de salud: 1. Realizar diagnósticos diferenciales y de certeza en casos de sospecha de deterioro cognitivo remitidos desde el nivel primario de atención. 2. Diseñar e implementar planes de intervención de alta complejidad que incluyan terapias farmacológicas y no farmacológicas adaptadas al estadio de la enfermedad. 3. Brindar servicios de estimulación cognitiva, rehabilitación funcional y apoyo neuropsicológico orientado al mantenimiento de la autonomía de la persona. 4. Actuar como centros de formación y transferencia de conocimiento para el talento humano del primer nivel de atención y para cuidadores formales e informales. 5. Coordinar con los servicios sociales y comunitarios la implementación de estrategias de respiro y apoyo domiciliario para familias y cuidadores **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a dieciocho (18) meses, definirá los estándares técnicos y requisitos mínimos de infraestructura, dotación y procesos para la habilitación de las Unidades de Memoria, asegurando que su operación se ajuste a los principios de accesibilidad universal y diseño para todos.	**Artículo 8°: Creación y operación de las Unidades de Salud Cerebral ~~Memoria~~.** El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la creación y el fortalecimiento progresivo de Unidades de Salud Cerebral ~~Memoria~~ dentro de la red de prestadores del sistema de salud, conforme a la capacidad instalada, ~~y~~ la demanda epidemiológica, ~~territorial~~ las necesidades territoriales y las brechas de acceso~~.~~ Las Unidades de Salud Cerebral ~~Memoria~~ desarrollarán, como mínimo, las siguientes funciones dentro del sistema de salud: 1. Realizar evaluación especializada y diagnóstico~~s~~ diferencial ~~y~~ etiológico, categorización de riesgos de personas con riesgo a la salud cerebral, deterioro cognitivo o demencias remitidas desde Atención Primaria u otros servicios cuando las características del caso requieran atención de mayor complejidad. ~~certeza en casos de sospecha de deterioro cognitivo remitidos desde el nivel primario de atención~~ 2. Diseñar e implementar planes de intervención de alta complejidad que incluyan terapias farmacológicas basados en la mejor evidencia, de acuerdo con criterios epidemiológicos, biológicos, clínicos y científicos no farmacológicas adaptadas al estadio de la enfermedad. 3. Brindar servicios de estimulación cognitiva, rehabilitación funcional y apoyo neuropsicológico orientados al mantenimiento de~~l~~ la bienestar y autonomía de la persona. 4. Actuar como centros de formación y transferencia de conocimiento para el talento humano del primer nivel de atención y para los centros comunitarios de salud cerebral, así como para cuidadores formales e informales. 5. Apoyar mediante telesalud a los servicios de menor complejidad y a los territorios con menor capacidad instalada, cuando resulte necesario. ~~pertinente~~. 6. Coordinar con los servicios sociales y comunitarios la implementación de estrategias de ~~respiro y~~ apoyo domiciliario para familias y cuidadores. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no	Se incorporan acciones de prevención, estratificación del riesgo, diagnóstico especializado, apoyo a la atención primaria, telesalud y formación del talento humano, con el fin de mejorar el acceso y la atención integral de las personas con deterioro cognitivo y demencias.

	mayor a dieciocho (18) meses, definirá los estándares técnicos y requisitos mínimos de infraestructura, dotación y procesos para la habilitación de las Unidades de Cognición y Salud Cerebral ~~Memoria~~, asegurando que su operación se ajuste a los principios de accesibilidad universal y diseño para todos.	
Artículo 9°: Caracterización y seguimiento. El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de los sistemas de información existentes, adecuará y fortalecerá los módulos de información para consolidar la caracterización de personas con demencia, teniendo como propósito fundamental la vigilancia epidemiológica, el seguimiento longitudinal del curso de la enfermedad y la medición de la oportunidad en la atención, especialmente en los siguientes elementos: 1. La identificación nominal y georreferenciada de los pacientes, capturando datos de prevalencia e incidencia por regiones y municipios; 2. El registro del estadio clínico de la enfermedad y la trazabilidad de la trayectoria de atención desde la sospecha diagnóstica hasta el cuidado paliativo; 3. La medición de indicadores de oportunidad, incluyendo los tiempos de espera para la asignación de citas con especialistas en la materia y la realización de pruebas diagnósticas; 4. La caracterización socioeconómica y de salud mental del cuidador, incluyendo la aplicación de escalas de medición de sobrecarga para orientar servicios de respiro. **Parágrafo 1.** Los datos procesados serán insumo obligatorio para el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez -ONEV-, el cual publicará anualmente un reporte sobre el estado de las demencias en Colombia, garantizando la anonimización de datos sensibles de conformidad con la Ley 1581 de 2012 (Habeas Data). **Parágrafo 2.** El desarrollo de este registro se realizará mediante la optimización de la infraestructura tecnológica actual del Ministerio de Salud y Protección Social, así como por el Instituto Nacional de Salud (INS). Su implementación estará sujeta a las disponibilidades presupuestales y no podrá implicar la creación de nuevas estructuras administrativas permanentes.	**Artículo 9°: Caracterización de sistemas de información y seguimiento.** El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), las entidades territoriales y demás entidades competentes, fortalecerá los sistemas de información existentes para consolidar la caracterización epidemiológica y social de las demencias, el seguimiento longitudinal de las personas, la medición de la oportunidad de la atención y la evaluación de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral. ~~a través de los sistemas de información existentes, adecuará y fortalecerá los módulos de información para consolidar la caracterización de personas con demencia, teniendo como propósito fundamental la vigilancia epidemiológica, el seguimiento longitudinal del curso de la enfermedad y la medición de la oportunidad en la atención, especialmente en los siguientes elementos:~~ ~~1.~~ La identificación y caracterización territorial ~~nominal y georreferenciada~~ de los pacientes, capturando datos de prevalencia e incidencia. ~~por regiones y municipios;~~ 2. El registro del estadio clínico de la enfermedad y la trazabilidad de la trayectoria de atención desde la sospecha diagnóstica hasta el cuidado paliativo. 3. La medición de indicadores de acceso ~~oportunidad~~, incluyendo los tiempos de espera para la asignación de citas con especialistas ~~en la materia~~ y la realización de pruebas diagnósticas. 4. La caracterización socioeconómica y de salud mental del cuidador, incluyendo la aplicación de escalas de medición de sobrecarga para orientar servicios de atención ~~respiro~~. 5. El análisis de determinantes sociales, factores de riesgo, biológicos, ambientales, protección y desigualdades territoriales y poblacionales, cuando las fuentes disponibles lo permitan. 6. La caracterización de la capacidad instalada y de las brechas territoriales en promoción, prevención, Atención Primaria en Salud, servicios comunitarios, diagnóstico, rehabilitación, atención especializada, Unidades Salud Cerebral. **Parágrafo 1.** Los datos procesados serán insumo obligatorio para el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez -ONEV-, el Observatorio Nacional de Salud y los demás observatorios y sistemas competentes, evitando duplicidades y estableciendo los flujos de información requeridos para el seguimiento y evaluación de la PND y PANTD el cual publicará anualmente un reporte sobre el estado de las demencias en Colombia, garantizando la anonimización de datos sensibles de conformidad con la Ley 1581 de 2012 (Habeas Data). **Parágrafo 2.** El desarrollo de este registro se realizará mediante la optimización de la infraestructura tecnológica actual del Ministerio de Salud y Protección Social, así como por el Instituto Nacional de Salud (INS). Su implementación estará sujeta a las disponibilidades presupuestales y no podrá implicar la creación de nuevas estructuras administrativas permanentes.	Se fortalece el sistema de información y seguimiento de la política mediante la articulación interinstitucional, la incorporación de variables epidemiológicas, sociales y territoriales, y el monitoreo de capacidades y brechas de atención, con el fin de mejorar la planeación, evaluación y toma de decisiones.
Nuevo artículo	**Artículo 9A°. Derechos de las personas que viven con demencia.** **S**in perjuicio de los derechos reconocidos en la Constitución Política, los tratados internacionales y las demás normas vigentes, las personas que viven con demencia tendrán derecho a: 1. Recibir trato digno, respetuoso y libre de discriminación, estigma, violencia, abuso, abandono o explotación. 2. Recibir información accesible, comprensible y adecuada a sus necesidades. 3. Participar en las decisiones relacionadas con su salud, cuidado y proyecto de vida. 4. Contar con los apoyos y ajustes necesarios para el ejercicio de su capacidad jurídica y la toma de decisiones, respetando su voluntad y preferencias. 5. Ejercer los mecanismos de autonomía y planificación anticipada previstos en el ordenamiento jurídico, incluidas las directivas anticipadas cuando resulten aplicables. 6. Recibir atención integral, continua, oportuna y centrada en la persona, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos cuando sean requeridos. 7. Gozar de privacidad, intimidad, confidencialidad y ejercer sus derechos civiles, sociales, culturales, sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad. **8.** Participar directamente, o mediante los apoyos requeridos, en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas y servicios que les conciernan.	Se incorpora un catálogo de derechos de las personas que viven con demencia, con el fin de fortalecer su protección integral, promover su autonomía y garantizar un enfoque de derechos en la implementación de la política pública.
CAPÍTULO IV **DE LOS CUIDADORES Y EL APOYO SOCIAL**	**CAPÍTULO IV** **DE LOS CUIDADORES Y EL APOYO SOCIAL**	Sin modificaciones
Artículo 10°: Derechos de los cuidadores. Los cuidadores de personas con demencia, en su calidad de sujetos de especial protección constitucional y de conformidad con la Ley 2297 de 2023, la Ley 1251 de 2008 y la Ley 1850 de 2017, ejercerán las siguientes facultades y recibirán las garantías que se detallan a continuación: 1. Recibir capacitación técnica y complementaria impartida por el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA - y otras instituciones públicas y privadas oferentes, orientada específicamente a la salud cerebral, al manejo de	**Artículo 10°: Derechos de los cuidadores.** Los cuidadores de personas con demencia, en su calidad de sujetos de especial protección constitucional y de conformidad con la Ley 2297 de 2023, la Ley 1251 de 2008 y la Ley 1850 de 2017, ejercerán las siguientes facultades y recibirán las garantías que se detallan a continuación: 1. Recibir capacitación técnica y complementaria impartida por el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA - y otras instituciones públicas y privadas oferentes, en el marco de su autonomía universitaria orientada específicamente a la salud cerebral, al manejo de	Se incorpora el reconocimiento de la autonomía universitaria en los procesos de formación dirigidos a personas cuidadoras.

trastornos neurocognitivos y demencias, permitiendo la convalidación de saberes previos y la certificación de competencias laborales para su inserción en el mercado formal. 2. Obtener acceso prioritario a servicios de apoyo psicosocial y salud mental por parte de su Entidad Promotora de Salud - EPS -, eliminando barreras administrativas y de fragmentación en la atención. 3. Ser incluidos en el módulo específico del SISPRO y en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD -, garantizando que su información sea utilizada para la focalización de las garantías previstas en la presente ley.	trastornos neurocognitivos y demencias, permitiendo la convalidación de saberes previos y la certificación de competencias laborales para su inserción en el mercado formal. 2. Obtener acceso prioritario a servicios de apoyo psicosocial y salud mental por parte de su Entidad Promotora de Salud - EPS -, eliminando barreras administrativas y de fragmentación en la atención. 3. Ser incluidos en el módulo específico del SISPRO y en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD -, garantizando que su información sea utilizada para la focalización de las garantías previstas en la presente ley.	
CAPÍTULO VI SOSTENIBILIDAD Y DISPOSICIONES FINALES	**CAPÍTULO ~~VI~~ V SOSTENIBILIDAD Y DISPOSICIONES FINALES**	Corrección en numeración de capitulo
Nuevo artículo	**Artículo 10A°. Sostenibilidad y financiación.** La implementación de la PND y de su PANTD se realizará de manera progresiva, conforme a las competencias de las entidades responsables, las disponibilidades presupuestales y los instrumentos de programación fiscal y presupuestal vigentes. **Parágrafo**. La implementación de la PND y PANTD priorizará la articulación y optimización de recursos, infraestructura, programas y servicios existentes y no implicará, por sí misma, la creación de nuevas estructuras administrativas permanentes.	Se incorpora una disposición de sostenibilidad y financiación para garantizar la implementación progresiva de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral y su Plan de Acción.
Artículo 11°: Informe anual al congreso. Durante el primer trimestre de cada anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social presentará ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República un informe anual sobre los avances en la implementación de la Política Nacional de Demencia, incluyendo, entre otros, indicadores de cobertura y ejecución presupuestal.	**Artículo 11°: Informe anual al congreso.** Durante el primer trimestre de cada anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social presentará ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República un informe anual sobre los avances en la implementación de la PND y del PANTD. ~~Política Nacional de Demencia, incluyendo, entre otros, indicadores de cobertura y ejecución presupuestal.~~ El informe deberá incluir, como mínimo: indicadores de proceso, resultado, oportunidad, cobertura y equidad; cumplimiento de metas; cobertura nacional y territorial; brechas territoriales y poblacionales; oportunidad diagnóstica y asistencial; desarrollo de los Centros Comunitarios de Salud Cerebral y de las Unidades de salud cerebral; acciones dirigidas a personas cuidadoras; avances en formación del talento humano e investigación; y ejecución física y presupuestal	Se fortalecen los mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral mediante la incorporación de indicadores de gestión, cobertura, equidad, resultados y brechas territoriales.
Artículo 12°: Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	**Artículo 12°: Vigencia.** La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	Sin modificaciones

VI. IMPACTO FISCAL.

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con las disponibilidades presupuestales, el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Por consiguiente, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener a consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional:

"*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 de 2003 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo.*

Es relevante mencionar que la Corte Constitucional, en Sentencia C-911 de 2007, señala que el impacto fiscal de las normas no puede convertirse en óbice, para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa.

"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo.

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.

Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda".

VII. CONFLICTO DE INTERESES.

Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el cual el autor del proyecto y los ponentes presentan en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describe las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto y de acuerdo con los artículos 286 y 291 de la ley 5° de 1992, se incluyen criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.

Por lo anterior, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa:

"ARTÍCULO 3o. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: (...)

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

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

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

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

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir

cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

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

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

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

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

En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada congresista evaluarlos, pudiendo manifestar cuando considere que está inmerso en impedimento durante el trámite legislativo del Proyecto de Ley

VIII. PROPOSICIÓN.

Con fundamento en las anteriores consideraciones y argumentos, en el marco de la Constitución Política y la Ley, propongo a la Honorable Comisión Séptima del Senado de la República, **DAR PRIMER DEBATE Y APROBAR** el Proyecto de Ley 012 de 2026 Senado "*Por medio de la cual se establece la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral se adoptan medidas para la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas con demencias o riesgo a la Salud Cerebral y de sus cuidadores, y se dictan otras disposiciones*". conforme al texto propuesto.

Atentamente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
Senadora de la República

IX. TEXTO PROPUESTO.

PROYECTO DE LEY 012 DE 2026 SENADO

"POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECE LA POLÍTICA NACIONAL DE DEMENCIAS Y SALUD CEREBRAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN, EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO, LA ATENCIÓN INTEGRAL, EL CUIDADO, LA INVESTIGACIÓN Y LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DEMENCIAS O RIESGO A LA SALUD CEREBRAL Y DE SUS CUIDADORES, Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

EL CONGRESO DE COLOMBIA
DECRETA:

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°: Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral, con el fin de garantizar la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención integral, el cuidado, la investigación y la protección de los derechos de las personas con demencias o riesgo a la salud cerebral, así como el apoyo a sus familias y cuidadores.

Artículo 2°: Definiciones. Para la interpretación de la presente ley, adóptense las siguientes definiciones basadas en estándares internacionales:

a. **Demencia:** Síndrome de naturaleza crónica, generalmente progresiva, no transmisible, caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas, tales como memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje, habilidades para la interacción social y juicio, que frecuentemente se acompañan de alteraciones conductuales y emocionales, que excede lo esperable para el envejecimiento, comprometiendo la autonomía y el desempeño en las actividades de la vida diaria.
b. **Salud cerebral:** Estado dinámico de funcionamiento del cerebro que permite el desarrollo, el mantenimiento y la adaptación de las capacidades cognitivas, sociales, emocionales, conductuales y motoras a lo largo de todo el ciclo vital. La Salud Cerebral esta influenciada por determinantes biológicos, sociales y ambientales.
c. **Unidad de Salud Cerebral** Servicio especializado de carácter multidisciplinario e interdisciplinario, integrado funcionalmente a la red de prestación de servicios de salud, cuyo propósito es prevenir, categorizar el riesgo, hacer evaluación diagnóstica, diagnóstico diferencial, tratamiento y seguimiento de personas que, requieran atención especializada en el marco de la presente Ley. Estas unidades actuarán además como nodos de referencia, apoyo y asistencia para la Atención Primaria en Salud, para los dispositivos comunitarios y la formación del talento humano y de las personas cuidadoras.
d. **Cuidador:** Persona que brinda apoyo físico, emocional o social a un individuo con demencia. Puede ser cuidador formal de tipo remunerado o informal, tales como familiares o allegados no remunerados.
e. **Atención sociosanitaria:** Conjunto articulado e intersectorial de acciones sanitarias, sociales, comunitarias, de rehabilitación y cuidado destinadas a responder de manera integral y continua a las necesidades de las personas que viven con demencia, sus familias y personas cuidadoras.
f. **Centro Comunitario de Salud Cerebral:** Dispositivo territorial de base comunitaria que se articula con las Redes Integrales e Integradas de Salud destinado a desarrollar acciones de promoción de la salud cerebral, prevención, educación, identificación de señales de alerta y sospecha de deterioro cognitivo, orientación y apoyo a personas, familias y cuidadores.
g. **Deterioro cognitivo:** Presencia de cambios cognitivos advertidos por la persona, su entorno, actores comunitarios o personal de salud, además de identificados mediante valoración clínica y neurocognitiva.

Artículo 3°: Principios rectores. Para la interpretación y aplicación de la presente ley, se establecen los siguientes principios:

6. **Universalidad:** El acceso a las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado integral debe garantizarse a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin discriminación alguna por razones de edad, sexo, condición socioeconómica, ubicación geográfica, ancestral y etnicidad.
7. **Equidad:** El Estado adoptará medidas diferenciadas en favor de las personas con demencia que se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta o vulnerabilidad social; eliminando las brechas en el acceso a servicios entre zonas urbanas y rurales.
8. **Integralidad y continuidad:** Se garantiza un modelo de atención longitudinal que articule la promoción de la salud cerebral, la prevención de factores de riesgo modificables, el diagnóstico oportuno, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, la rehabilitación cognitiva y los cuidados paliativos.
9. **Autonomía y respeto a la voluntad:** Se promoverá la capacidad de las personas con demencia para adoptar decisiones sobre su propia vida y su salud, facilitando el uso de apoyos para la toma de decisiones, directivas anticipadas y el reconocimiento de su identidad biográfica, conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
10. **Enfoque territorial y descentralización:** Las acciones de la política deberán adaptarse a las realidades demográficas, epidemiológicas y culturales de cada región, reconociendo la autonomía de las entidades territoriales en la gestión de sus recursos.

CAPÍTULO II
DE LA POLÍTICA NACIONAL DE DEMENCIA

Artículo 4°: Creación de La Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral Créase la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral, como el instrumento técnico, operativo y de gestión bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social, que tendrá como fin articular y organizar las acciones de las entidades competentes para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación, investigación y cuidado integral en todo el territorio nacional.

La Política desarrollará sus líneas de acción bajo los siguientes objetivos fundamentales:

1. Implementar estrategias de promoción de la salud cerebral con enfoque de curso de vida, para la prevención de las demencias, mediante la reducción de factores de riesgo modificables y fortalecimiento de factores protectores, reconociendo la influencia de los determinantes sociales de la salud, los factores biológicos, ambientales y las diferencias territoriales y poblacional; integrándose con la normatividad vigente en materia de enfermedades no transmisibles, salud mental, envejecimiento y promoción de la salud.
2. Fortalecer las acciones de prevención, identificación de señales de alerta y detección temprana de, deterioro cognitivo y demencias desde los entornos comunitarios, Centros Comunitarios de Salud Cerebral que, mediante la Atención Primaria en Salud, se articula con las Redes Integrales e Integradas de Salud y los Centros de Cognición y Salud Cerebral. , con el fin de asegurar la evaluación neurocognitiva, categorización de los riesgos, implementación de acciones preventivas, procesos diagnósticos, rehabilitación, tratamiento y seguimiento.
3. Establecer protocolos de evaluación y atención neurocognitiva en el primer nivel de atención, asegurando su articulación con la Redes Integrales e Integradas de Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y el acceso a servicios especializados como los Centros de Cognición y Salud Cerebral,

además de servicios de neurología, geriatría, psiquiatría, neuropsicología y rehabilitación física integral y ocupacional.

4. Desarrollar, implementar y evaluar un plan nacional de formación y actualización en demencias y salud cerebral dirigido al talento humano en salud y sectores sociales, con especial énfasis en la Atención Primaria en Salud, que incluya promoción de la salud cerebral, evaluación de factores de riesgo y protección, identificación de señales de alerta, evaluación inicial, comunicación, derechos, cuidado, y continuidad de la atención.
5. Fomentar la investigación científica sobre las Demencias y Salud Cerebral, incluyendo investigación básica, clínica, epidemiológica, social, de implementación y de cuidados, innovación, intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, tecnologías de asistencia, telesalud y validación o adaptación de herramientas de evaluación a las características de la población colombiana, a través del Fondo de Investigación en Salud -FIS, y otros instrumentos de financiación.
6. Promover campañas nacionales y territoriales de sensibilización y anti-estigma, dirigidas a la población general y al personal de salud.
7. Promover la cooperación internacional y el intercambio de mejores prácticas, en alianza con organismos multilaterales como la OMS, la OPS, entre otros.
8. Diseñar e implementar programas de formación para el Talento Humano en Salud y personas cuidadoras, mediante formación, consejería, servicios de respiro y apoyo social y económico, reconociendo el valor social de su labor.

Parágrafo. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, dispondrá de un plazo máximo de doce (12) meses contados a partir de la promulgación de la presente ley para la formulación, reglamentación técnica y puesta en marcha del presente artículo.

Artículo 4A°. Plan de Acción de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral. La implementación de la Política se desarrollará mediante un Plan de Acción Nacional y Territorial de Demencias (PANTD) formulado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades competentes y con mecanismos de participación de las personas que viven con demencia, de las personas cuidadoras, de las organizaciones de la sociedad civil, de la academia y de la comunidad científica.

El Plan deberá contener como mínimo:

1. Diagnóstico y línea base nacional y territorial.
2. Identificación de poblaciones, territorios y brechas prioritarias.
3. Objetivos, estrategias y acciones.
4. Entidades responsables y corresponsables.
5. Indicadores de proceso, resultado, oportunidad, cobertura y equidad, con sus líneas base, metas y fuentes de verificación.
6. Metas nacionales y territoriales.
7. Cronograma de implementación.
8. Estimación de recursos requeridos y fuentes de financiación.
9. Mecanismos de asistencia técnica y fortalecimiento de capacidades territoriales.
10. Mecanismos de seguimiento, evaluación y rendición pública de cuentas.
11. Período de vigencia y mecanismos de revisión y actualización anual en caso de ser requerido.

Artículo 4B°. Integración y armonización normativa. Las disposiciones de la presente ley, su reglamentación y los instrumentos derivados de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral se desarrollarán e implementaran de manera complementaria y articulada con el marco legal, institucional y de política pública vigente en materia de salud, salud mental, envejecimiento y vejez, discapacidad, capacidad jurídica y apoyos para la toma de decisiones, cuidado y personas cuidadoras, enfermedades no transmisibles, rehabilitación, cuidados paliativos, voluntades anticipadas, protección social y demás materias relacionadas.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo no mayor a 6 meses, contado a partir de la promulgación de la presente Ley, reglamentará mecanismos de coordinación, distribución de responsabilidades y flujos de información que permitan la complementariedad entre las políticas, programas, observatorios, sistemas de información y servicios existentes. La implementación de la Política deberá fortalecer y utilizar, cuando resulte procedente, las capacidades institucionales existentes, evitando duplicidades administrativas y programáticas.

Artículo 5°: Consejo Nacional de Demencia. Créase el Consejo Nacional de Demencias y Salud Cerebral como el órgano consultivo y asesor, permanente de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral. Su propósito será orientar el desarrollo normativo y abogar por la garantía de derechos de las personas con demencia.

El Consejo Nacional de Demencia estará integrado por:

1. El ministro de Salud y Protección Social, o su delegado, quien lo presidirá.
2. El ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.
3. El ministro de Trabajo, o su delegado
4. Defensor del pueblo, o su delegado
5. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud- IETS
6. El director del Instituto Nacional de Salud (INS), o su delegado.
7. El director del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), o su delegado.
8. Un (1) representante de las sociedades médicas con experiencia demostrada en diagnóstico e intervención en demencias designados por el Ministerio de Salud.
9. Un (1) representante de la academia y/o la comunidad científica con experiencia demostrada en investigación en demencias y/o salud cerebral designados por el Ministerio de Ciencia.
10. Un (1) representante de las asociaciones nacionales de familiares de personas con demencias legalmente constituidas.
11. Un (1) representante de los cuidadores de personas con demencias
12. Un (1) representante de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)
13. Un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

La Secretaría Técnica del Consejo será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

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

1. Asesorar al Ministerio de Salud y Protección Social en la formulación, implementación, actualización y evaluación periódica del PND y PANTD.
2. Orientar el desarrollo normativo que garantice la calidad, oportunidad, continuidad y articulación para el correcto funcionamiento de las rutas de atención, los Centros Comunitarios de Salud Cerebral y, las Unidades de Cognición y Salud Cerebral; además de los servicios sociosanitarios relacionados.
3. Emitir conceptos técnicos sobre las líneas de investigación prioritarias.
4. Fomentar la cooperación internacional para la transferencia de tecnologías y mejores prácticas en el cuidado de las demencias Y Salud Cerebral.
5. Emitir conceptos técnicos y científicos al Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos Alimentarios, en torno a las recomendaciones internacionales, incluyendo guías de práctica clínica, sobre nuevos lineamientos para la prevención, el diagnostico, el uso de biomarcadores y la entrada de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos para la atención del deterioro cognitivo y las demencias.
6. Emitir conceptos técnicos y científicos a los organismos de control.
7. Conformar mesas técnicas de carácter temporal o permanente para el estudio de temas específicos relacionados con la implementación de la Política.

CAPÍTULO III
DE LA ATENCIÓN INTEGRAL Y EL SISTEMA DE SALUD

Artículo 7°: Protocolo y ruta de atención en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá y actualizará los lineamientos técnicos para la prevención, identificación oportuna, evaluación, diagnostico, atención y seguimiento de las personas con señales de alerta, deterioro cognitivo o diagnósticos de demencias.

La ruta comprenderá, de manera articulada:

1. **Fase comunitaria:** Acciones de promoción de la salud cerebral, prevención, reducción de factores de riesgo, educación, identificación de señales de alerta, orientación y acompañamiento a través de entornos comunitarios, redes territoriales y Centros Comunitarios de Salud Cerebral.
2. **Atención Primaria en Salud:** Evaluación clínica y neurocognitiva inicial, identificación de factores asociados y definición de seguimiento, intervención o referencia.
3. **Proceso diagnóstico:** Acceso oportuno a las valoraciones y procedimientos requeridos, conforme a las características y la complejidad de cada persona.
4. **Atención especializada:** Referencia a los servicios especializados y Unidades de Salud Cerebral cuando existan criterios clínicos o diagnósticos de mayor complejidad.

5. **Atención, rehabilitación, cuidado y seguimiento:** intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, rehabilitación, orientación y apoyo a familias, cuidadores y seguimiento longitudinal.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades territoriales, promoverá la creación, adecuación y fortalecimiento progresivo de Centros Comunitarios de Salud Cerebral, utilizando infraestructura, programas y capacidades comunitarias existentes.

Parágrafo 2°. Los Centros Comunitarios desarrollarán acciones de promoción, prevención, educación, identificación de señales de alerta, orientación, acompañamiento y articulación con la Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 3°. Los instrumentos, pruebas y tecnologías de evaluación serán definidos y actualizados mediante lineamientos técnicos basados en la mejor evidencia, de acuerdo con criterios epidemiológicos, biológicos, clínicos y científicos.

Parágrafo 4°. La ruta deberá garantizar atención oportuna, continua e ininterrumpida. Desde el inicio del proceso diagnóstico hasta el inicio efectivo del plan integral de atención, rehabilitación, cuidado y seguimiento, no podrán transcurrir más de sesenta (60) días calendario. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los plazos máximos para cada etapa y establecerá mecanismos de seguimiento de su cumplimiento.

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

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

1. Realizar evaluación especializada y diagnóstico diferencial etiológico, categorización de riesgos de personas con riesgo a la salud cerebral, deterioro cognitivo o demencias remitidas desde Atención Primaria u otros servicios cuando las características del caso requieran atención de mayor complejidad.
2. Diseñar e implementar planes de intervención de alta complejidad que incluyan terapias farmacológicas y no farmacológicas basados en la mejor evidencia, de acuerdo con criterios epidemiológicos, biológicos, clínicos y científicos.
3. Brindar servicios de estimulación cognitiva, rehabilitación funcional y apoyo neuropsicológico orientados al mantenimiento del bienestar y autonomía de la persona.
4. Actuar como centros de formación y transferencia de conocimiento para el talento humano del primer nivel de atención y para los centros comunitarios de salud cerebral, así como para cuidadores formales e informales.
5. Apoyar mediante telesalud a los servicios de menor complejidad y a los territorios con menor capacidad instalada, cuando resulte necesario.
6. Coordinar con los servicios sociales y comunitarios la implementación de estrategias de apoyo domiciliario para familias y cuidadores

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

Artículo 9°: Caracterización de sistemas de información y seguimiento. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS), el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), las entidades territoriales y demás entidades competentes, fortalecerá los sistemas de información existentes para consolidar la caracterización epidemiológica y social de las demencias, el seguimiento longitudinal de las personas, la medición de la oportunidad de la atención y la evaluación de la Política Nacional de Demencias y Salud Cerebral.

1. La identificación y caracterización territorial de los pacientes, capturando datos de prevalencia e incidencia.
2. El registro del estadio clínico de la enfermedad y la trazabilidad de la trayectoria de atención desde la sospecha diagnóstica hasta el cuidado paliativo.
3. La medición de indicadores de acceso, incluyendo los tiempos de espera para la asignación de citas con especialistas y la realización de pruebas diagnósticas.
4. La caracterización socioeconómica y de salud mental del cuidador, incluyendo la aplicación de escalas de medición de sobrecarga para orientar servicios de atención.
5. El análisis de determinantes sociales, factores de riesgo, biológicos, ambientales, protección y desigualdades territoriales y poblacionales, cuando las fuentes disponibles lo permitan.
6. La caracterización de la capacidad instalada y de las brechas territoriales en promoción, prevención, Atención Primaria en Salud, servicios comunitarios, diagnóstico, rehabilitación, atención especializada, Unidades de salud cerebral.

Parágrafo 1. Los datos procesados serán insumo obligatorio para el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez -ONEV-, el Observatorio Nacional de Salud y los demás observatorios y sistemas competentes, evitando duplicidades y estableciendo los flujos de información requeridos para el seguimiento y evaluación de la PND y PANTD el cual publicará anualmente un reporte sobre el estado de las demencias en Colombia, garantizando la anonimización de datos sensibles de conformidad con la Ley 1581 de 2012 (Habeas Data).

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

Artículo 9A°. Derechos de las personas que viven con demencia. Sin perjuicio de los derechos reconocidos en la Constitución Política, los tratados internacionales y las demás normas vigentes, las personas que viven con demencia tendrán derecho a:

1. Recibir trato digno, respetuoso y libre de discriminación, estigma, violencia, abuso, abandono o explotación.
2. Recibir información accesible, comprensible y adecuada a sus necesidades.
3. Participar en las decisiones relacionadas con su salud, cuidado y proyecto de vida.
4. Contar con los apoyos y ajustes necesarios para el ejercicio de su capacidad jurídica y la toma de decisiones, respetando su voluntad y preferencias.
5. Ejercer los mecanismos de autonomía y planificación anticipada previstos en el ordenamiento jurídico, incluidas las directivas anticipadas cuando resulten aplicables.
6. Recibir atención integral, continua, oportuna y centrada en la persona, incluyendo rehabilitación y cuidados paliativos cuando sean requeridos.
7. Gozar de privacidad, intimidad, confidencialidad y ejercer sus derechos civiles, sociales, culturales, sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad.
8. Participar directamente, o mediante los apoyos requeridos, en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas y servicios que les conciernan.

CAPÍTULO IV
DE LOS CUIDADORES Y EL APOYO SOCIAL

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

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

CAPÍTULO V
SOSTENIBILIDAD Y DISPOSICIONES FINALES

Artículo 10A°. Sostenibilidad y financiación. La implementación de la PND y de su PANTD se realizará de manera progresiva, conforme a las competencias de las entidades responsables, las disponibilidades presupuestales y los instrumentos de programación fiscal y presupuestal vigentes.

Parágrafo. La implementación de la PND y PANTD priorizará la articulación y optimización de recursos, infraestructura, programas y servicios existentes y no implicará, por sí misma, la creación de nuevas estructuras administrativas permanentes.

Artículo 11°: Informe anual al congreso. Durante el primer trimestre de cada anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social presentará ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República un informe anual sobre los avances en la implementación de la PND y del PANTD. El informe deberá incluir, como mínimo:

indicadores de proceso, resultado, oportunidad, cobertura y equidad; cumplimiento de metas; cobertura nacional y territorial; brechas territoriales y poblacionales; oportunidad diagnóstica y asistencial; desarrollo de los Centros Comunitarios de Salud Cerebral y de las Unidades de salud cerebral; acciones dirigidas a personas cuidadoras; avances en formación del talento humano e investigación; y ejecución física y presupuestal

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

Atentamente,

NORMA HURTADO SANCHEZ
SENADORA DE LA REPÚBLICA

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día nueve (09) del mes de noviembre del año dos mil veintiséis (2026) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República. Informe** de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 012/2026 Senado

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

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

RADICADO: EN SENADO: 21-07-2026 EN COMISIÓN: 11-08-2026 EN CÁMARA: **XX-XX-202X**

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1ER DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2DO DEBATE SENADO	TEXTO DEFINTIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1ER DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2DO DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINTIVO PLENARIA CAMARA
Art 12 960/2026	Art 12 1273/2026 Retirado							

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

NÚMERO DE FOLIOS: SESENTA Y DOS (62)
RECIBIDO EL DÍA: 07 DE NOVIEMBRE DE 2026
HORA: 02:29 PM

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

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