



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - N° 1274

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

EDICIÓN DE 31 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 44 DE 2026 SENADO

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



Comisión Séptima Constitucional Permanente

CSP-CS- 0909-2026
Bogotá D.C., 14 de septiembre de 2026

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

ASUNTO: Publicación en la Gaceta del Congreso informe de ponencia para primer debate al **Proyecto de Ley No 044/2026SENADO** "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA EPOC Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS".

Respetado Secretario,

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

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE**NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY:** 044/2026 Senado**TÍTULO:** "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA EPOC Y OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS".

: H.S. PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, H.R. MIGUEL ÁNGEL GRISALES SUÁREZ.

RADICADO: EN SENADO: 22-07-2026 EN COMISIÓN: 11-08-2026 EN CÁMARA: XX-XX-202X**PUBLICACIONES – GACETAS**

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
09 Art 972/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE

HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTE ÚNICO	PARTIDO PACTO HISTÓRICO

NÚMERO DE FOLIOS: cuarenta y siete (47)
RECIBIDO EL DÍA: 12 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 13:03

Atentamente,

ALFREDO JOSÉ MOÍSES LOPEZ
Secretario General Comisión Séptima

**FERNEY SILVA**

Bogotá, D.C. 11 septiembre de 2026

Presidente
ANDRÉS FORERO
Senado de la República
Comisión Séptima Constitucional Permanente

Doctor,
ALFREDO JOSÉ MOÍSES LÓPEZ
Secretario General
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República

Referencia: Informe de ponencia **positiva** para primer debate en el Senado de la República del **Proyecto de Ley No. 044 de 2026** "Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias".

Honorable presidente y secretario,

Atendiendo la designación realizada por la Honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto en los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, me permito rendir ponencia **POSITIVA** para primer debate ante la Comisión Séptima Constitucional Permanente Senado de la República del Proyecto de Ley No. 044 de 2026 "Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias".

Cordialmente,

FERNEY SILVA IDROBO
Senador de la República
Pacto Histórico

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE EN EL SENADO DE LA REPÚBLICA
AL PROYECTO DE LEY No. 044 de 2026 SENADO**

"Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias"

Con el ánimo de endirir una ponencia comprensible a los honorables miembros de la Comisión Séptima del Senado de la República y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, procedo a desarrollar el informe de ponencia en el siguiente orden:

- I. Trámite del Proyecto de Ley.
- II. Objeto y contenido del Proyecto de Ley.
- III. Exposición de motivos.
- IV. Marco Normativo.
- V. Conclusión.
- VI. Pliego de modificaciones.
- VII. Impacto Fiscal.
- VIII. Conflicto de intereses.
- IX. Proposición.
- X. Texto Propuesto.

I. TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY

Mediante el **Oficio CSP-CS- 0771 – 2026** de la Comisión Séptima del Senado, se me designó como ponente del presente Proyecto de Ley, cuya autoría corresponde a los Congresistas H.S. Pedro Hernando Flórez Porras y H.R. Ángel Grisales Suárez.

Radicado en Senado de la República el 22-07-2026 y en Comisión el 11-08-2026.

II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

objeto del proyecto de ley, tal como lo define el artículo 1, es establecer la EPOC y a las enfermedades respiratorias en general como un problema de salud pública prioritario en Colombia, el proyecto de ley busca establecer un Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades respiratorias. Contiene nueve artículos organizados en tres títulos, cubre a todo el territorio nacional y a los actores del sistema de salud, y fija como ejes la promoción, la prevención, la capacitación y la gestión de factores de riesgo ambientales, con coordinación entre la nación, territorio y municipio; fija las pautas que debe de seguir el Plan Nacional para reducir la carga de enfermedad y mejorar el diagnóstico oportuno de un conjunto de

enfermedades no transmisibles como: EPOC, asma, bronquitis crónica, fibrosis pulmonar, apnea de sueño y transmisibles como: IRA, influenza, VSR, fortaleciendo la atención primaria, promoviendo diagnóstico temprano mediante espirometría con apoyo de inteligencia artificial, y priorizando poblaciones rurales y vulnerables. Finalmente, se establece la pedagogía y sensibilización, que ordena campañas educativas y capacitación al personal de salud.

TÍTULO I: OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Objeto.

Artículo 2. Principios

Artículo 3. Ámbito de aplicación.

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

Artículo 4. Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias.

Artículo 5. Objetivo general del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias.

Artículo 6. Objetivos específicos del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias.

TÍTULO III: PEDAGOGÍA

Artículo 7. Estrategias de sensibilización a la ciudadanía.

Artículo 8. Fomento a la difusión de mensajes en salud respiratoria.

Artículo 9. Vigencia.

III. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

A. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El presente proyecto de ley fue radicado por primera vez el 29 de julio de 2025 durante la legislatura 2024-2025, por los Honorables Senadores: Pedro Hernández Flores Porras, Ferney Silva Idrobo, Nadia Georgette Blé Scaff, Martha Peralta Epieyú, Edwing Fabián Díaz Plata y Omar de Jesús Olmedo Restrepo Correa, con el objetivo de establecer un Plan Nacional para la Atención Integral de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y otras enfermedades respiratorias. Fue asignado a la Comisión Séptima del Senado de la República y contó con la designación de los Senadores: Omar de Jesús Olmedo Restrepo Correa y Nadia Georgette Blé Scaff como ponentes y tuvo ponencia para primer debate publicada a través de la **Gaceta 242/26** del 6 de abril de 2026.

No obstante, fue archivado por tránsito de legislatura en virtud de lo establecido en el artículo 190 Ley 5 de 1992 el pasado 19 de junio de 2026.

En el marco del trámite legislativo, el senador ponente solicitó un concepto técnico al Ministerio de Salud y Protección Social, cuya respuesta fue radicada ante la Secretaría General del Senado el 28 de abril de 2025. En dicho concepto, el Viceministerio de Salud Pública recomendó enfocar el objeto de la ley en un Plan Nacional para la Atención Integral de las Enfermedades Respiratorias, incorporando determinantes sociales de la salud como la calidad del aire, y promoviendo su formulación en el marco de la Atención Primaria en Salud, mediante un proceso participativo. Así mismo, se sugirió establecer un plazo de dos años para la formulación del plan, teniendo en cuenta la aplicación de la Ley de Garantías durante el año 2026.

Estas recomendaciones fueron acogidas e integradas en la ponencia publicada. No obstante, el proyecto no fue discutido en primer debate, razón por la cual fue archivado por tránsito de legislatura.

3. IMPORTANCIA DEL PROYECTO DE LEY

Es menester destacar la importancia de este proyecto para el país por varias apreciaciones a valorar que van inclusive más allá del texto presentado.

Siencialmente, es quena un vacío institucional real, dado que, Colombia sí tiene leyes para otras enfermedades crónicas de alta carga, como el cáncer a través de la **ley 1384 de 2010**, diabetes, salud mental entre otras, pero no tiene una política nacional equivalente para enfermedades respiratorias crónicas, a pesar de que estas figuran entre las principales causas de muerte del país. Sin una ley que obligue al Ministerio de Salud a formular un plan con plazo definido, la respuesta a estas enfermedades queda dispersa entre resoluciones, guías clínicas y programas regionales sin una hoja de ruta nacional unificada.

Por otro lado, es el tamaño del problema que documenta en la exposición de motivos, pues hay una proporción muy alta de los casos de EPOC en Colombia que no está diagnosticada. Lo que significa que buena parte de la carga de la enfermedad solo se detecta en etapas avanzadas, cuando el tratamiento es más costoso y menos efectivo. Una que ley prioriza el diagnóstico temprano mediante espirometría de fácil acceso ataca directamente ese problema, y hacerlo temprano es clínicamente y en términos de costos para el sistema, mucho más eficiente que tratar las exacerbaciones y hospitalizaciones recurrentes de enfermedad ya avanzada.

La tercera razón es de equidad territorial, dado que, Colombia tiene una exposición al humo de biomasa interpretada por cocinar con leña y carbón, particularmente alto en zonas rurales, que afecta de forma desproporcionada a mujeres, y que es una de los principales factores de riesgo no relacionados con tabaquismo para EPOC. Este es un determinante

de salud específicamente colombiano; diferente si se analiza a países de altos ingresos, donde el tabaquismo domina y una política nacional que explícitamente prioriza poblaciones rurales y dispersas responde a una necesidad que los programas urbanos de salud respiratoria normalmente no cubren.

Finalmente, es el respaldo y la presión normativa internacional dado que, la Resolución de Salud Pulmonar de la Asamblea Mundial de la Salud 2025, pues, marcó un punto de inflexión al tratar la salud pulmonar como un espectro integrado que requiere estrategias nacionales, y varios países de referencia para Colombia tales como: México, España, Estados Unidos ya cuenta con planes de este tipo. En ese sentido, el proyecto no es una idea aislada, sino que alinea a nuestro país con una tendencia de política pública que ya está en marcha en otros países comparables.

C. INTRODUCCIÓN

En el mundo moderno, respirar con libertad debería ser un derecho inherente de cada individuo. Sin embargo, para millones de personas en Colombia, este derecho esencial está comprometido por enfermedades respiratorias, siendo la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) una de las más prevalentes, debilitantes y subdiagnosticadas. Esta patología no transmisible afecta de manera crónica la capacidad respiratoria, deteriora la calidad de vida y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país.

Así mismo, otras enfermedades respiratorias como el asma, la bronquitis crónica, la fibrosis pulmonar y el síndrome de apnea del sueño, así como enfermedades transmisibles como la Influenza AH1N1, Parainfluenza, Influenza A estacional, Influenza B y el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), también generan una alta carga sobre el sistema de salud. En conjunto, estas patologías representan una amenaza creciente para la salud pública, impactando directamente en la productividad laboral, los costos del sistema y, sobre todo, en la vida de quienes las padecen.

En Colombia, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud en lo que respecta a enfermedades respiratorias transmisibles, “durante los primeros seis meses del año 2023, la incidencia de infecciones respiratorias agudas continuó presentando una tendencia al alza en comparación con el año anterior. Tanto las consultas externas como las hospitalizaciones en salas mayores y en UCI intermedio e intensivo superaron el límite superior la mayoría de las semanas”¹. Asimismo, el Virus Sincitial Respiratorio (VSR), altamente contagioso, es responsable de graves infecciones respiratorias en niños menores de cinco años y en adultos mayores, exacerbando otras patologías (no transmisibles) como el asma y la EPOC. Por su parte,

INS. (2023). Informe de Evento Primer Semestre Infección Respiratoria Aguda – IRA, 2023. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ira%20informe%20primer%20semestre%202023.pdf>

enfermedades respiratorias no transmisibles como la EPOC afecta al 8,9%² de la población mayor de 40 años, con una tasa de mortalidad que la posiciona como una de las tres primeras causas de muerte en el país. A su vez, el asma, que incide en el 10,4%³ de la población general, limita el desarrollo de niños y adultos, afectando tanto la vida personal como el entorno familiar.

Más allá de las cifras, estas enfermedades tienen un rostro humano. Son las madres y padres que luchan por mantener estables a sus hijos en medio de bronquiolitis recurrentes; los trabajadores que ven disminuida su productividad y calidad de vida; y los adultos mayores que enfrentan barreras para acceder a un diagnóstico temprano y tratamientos efectivos. Cada caso representa una oportunidad para actuar y mejorar.

Con este proyecto de ley, se busca transformar este panorama mediante una política pública integral. La iniciativa pretende garantizar el acceso universal a medidas preventivas de las enfermedades respiratorias, diagnósticos oportunos y tratamientos de calidad y cuidados paliativos, a través de la promoción de una cultura de prevención, educación y acompañamiento.

Este proyecto es una invitación a todos los actores sociales y políticos a priorizar la salud respiratoria, avanzando hacia una Colombia donde respirar libremente no sea un privilegio, sino un derecho garantizado para todos.

D. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

En Colombia, las enfermedades respiratorias representan desafíos significativos para la salud pública. A continuación, se presenta un análisis detallado del contexto epidemiológico de estas patologías en el país:

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):

- Prevalencia: En materia de enfermedades respiratorias no transmisibles, se estima que aproximadamente el 8,9% de la población mayor de 40 años en Colombia padece EPOC, lo que equivale a 9 de cada 100 personas en este grupo etario⁴.
- Mortalidad: En 2020, la EPOC fue responsable de la muerte de 2.204 personas menores de 70 años en el país⁵.
- Factores de riesgo: Además del tabaquismo, la exposición al humo de biomasa y las condiciones laborales son factores determinantes en el desarrollo de EPOC en Colombia.

² Fundación Neumológica Colombiana, (2005). Estudio de Prevalencia de la EPOC en Colombia - PREPOCOL (2005).
³ Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica. Guía de Atención Integral O Asma.
⁴ Ministerio de Salud y Protección Social, (2022). Muertes por enfermedades respiratorias crónicas han disminuido.
⁵ Academia Nacional de Medicina de Colombia, (2024). Actualización de las guías colombianas de EPOC.

- Brechas de diagnóstico: Se estima que más del 70% de los casos de EPOC en el país no están diagnosticados, lo cual dificulta el acceso temprano a tratamiento.
- Carga en mujeres: Las mujeres en zonas rurales expuestas al humo de leña tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar EPOC, incluso en ausencia de consumo de tabaco⁶.

Además, en el contexto epidemiológico nacional, aunque tradicionalmente se ha descrito principalmente la prevalencia de la EPOC, los datos de mortalidad muestran una tendencia alarmante: en Colombia, esta enfermedad pasó de ser la sexta causa de muerte en 2021 a convertirse en la tercera causa principal en 2022, escalando tres posiciones en menos de cuatro años⁷.

- Impacto Económico: La atención de pacientes con EPOC genera un costo aproximado de \$850.000 millones de pesos anuales para el sistema de salud colombiano⁸.

Asma:

- Prevalencia: Aproximadamente 1 de cada 8 colombianos sufre de asma, convirtiéndose en la segunda enfermedad respiratoria crónica más relevante después de la EPOC⁹.
- Mortalidad: Aunque el asma es una enfermedad controlable, su mal manejo puede llevar a complicaciones graves e incluso la muerte. Sin embargo, estudios han encontrado que el asma no se asocia significativamente con un aumento en la mortalidad por COVID-19¹⁰.

Síndrome de apnea-hipopnea del sueño.

- Prevalencia: Durante el quinquenio de 2017 a 2021 fueron diagnosticados en Colombia 363.204 pacientes con diagnóstico de apnea de sueño, el cual tiene incidencia en mayores de 50 años, especialmente en hombres¹⁰.
-

⁶ Bernal Pinillo, J. (2015). Carga de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Colombia [Tesis de maestría]. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Maestría en Administración de Salud.
⁷ El Tiempo, (2024). Innovación colombiana revolucionaria el tratamiento de una enfermedad con IA: así funciona.
⁸ Ministerio de Salud y Protección Social, (2020). Aproximadamente 1 de cada 8 colombianos sufre asma.
⁹ Ariza Escobar, W., Aguilera Salcedo, H., Meza Ruiz, W., & Ariza García, A. (2022). Severidad y mortalidad de enfermedad por SARS-CoV-2 en pacientes con Asma o EPOC en un hospital de la ciudad de Cartagena, Colombia, en el año 2020^o. Revista Ciencias Biomédicas, 11(2), 115-126.
¹⁰ Botto-Cárdena S., Santos-Bermúdez HP, Rosell-Cock DA. Prevalencia de apnea de sueño en Colombia: un análisis de las bases de datos del Ministerio de Salud. Iatreia [Internet]. 2024 Ene-Mar;37(1):26-34.

Infección Respiratoria Aguda (IRA):

- Prevalencia: Durante 2023, se notificaron al Sivigila 7.336.806 consultas externas y urgencias por infección respiratoria. Se analizaron 6.792 muestras procedentes de la vigilancia centinela; el 48,1 % fue positivo para virus respiratorios, de estas, el 24,8% fue positivo para Virus Sincitial Respiratorio; el 4,8 % fue positivo para Influenza A, con predominio principalmente del subtipo A(H1N1) y el 10,6 % para Influenza B/Victoria¹¹.

Virus Sincitial Respiratorio (VSR):

- Incidencia: El VSR es una de las principales causas de infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años en Colombia. En 2024, se ha observado una alta mortalidad asociada a este virus en la población infantil¹².
- Grupos de Riesgo: Afecta principalmente a lactantes y niños pequeños, especialmente aquellos con condiciones preexistentes como asma o antecedentes de sibilancias.

Consideraciones adicionales

- Impacto del Tabaquismo: El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo para desarrollar EPOC. En 2010, cerca de 4.500 muertes en Colombia fueron atribuidas a enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores relacionadas con el tabaquismo¹³. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2023), más de 34.800 muertes anuales en el país están relacionadas con el consumo de productos de tabaco, lo que equivale a 95 muertes diarias¹⁴.
- Contaminación ambiental: La exposición a gases, vapores o polvos orgánicos o inorgánicos derivados de procesos industriales, como el asbesto, combustión de motores o calefacciones constituyen un factor de riesgo para la exacerbación de la EPOC.
- Subdiagnóstico: Un porcentaje significativo de pacientes con EPOC y asma en Colombia no están diagnosticados, lo que retrasa el tratamiento y empeora la calidad de vida. La falta de acceso a pruebas diagnósticas, como la espirometría, contribuye a este subdiagnóstico.

E. JUSTIFICACIÓN Y CONSIDERACIONES

La aprobación de una política pública integral para la atención de enfermedades respiratorias, como el asma y el Virus Sincitial Respiratorio

¹¹ Instituto Nacional de Salud, (2024). Infección Respiratoria Aguda (IRA). Protocolo de vigilancia en salud pública.
¹² Consultar Salud, (2024). VSR en Colombia: Un desafío persistente para la salud infantil con alta mortalidad en 2024.
¹³ Ministerio de Salud y Protección Social, (2020). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
¹⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de prensa No. 150 (31 de mayo de 2023). "Cada año, más de 34.800 muertes en Colombia están relacionadas con el consumo de productos de tabaco".

(VSR) y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), entre otras enfermedades transmisibles y no transmisibles, responde a la urgente necesidad de abordar un problema de salud pública que afecta a millones de colombianos y genera una carga significativa para el sistema de salud.

Estas patologías, en su conjunto, representan un desafío que trasciende las barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento e impacta de manera directa en la calidad de vida, la economía de las familias y la sostenibilidad del sistema de salud.

- Las enfermedades respiratorias crónicas, como la EPOC y el asma, se encuentran entre las principales causas de morbilidad en Colombia. Según el Ministerio de Salud, estas enfermedades son responsables del 8,9% de la mortalidad en mayores de 40 años. Además, se estima que 1 de cada 8 colombianos vive con asma, lo que la convierte en una de las enfermedades respiratorias más prevalentes.
- La falta de diagnósticos tempranos y efectivos, sumada a barreras en el acceso a tratamientos especializados, ha generado un subdiagnóstico alarmante. Por ejemplo, el 87% de los pacientes con EPOC en Colombia no tienen diagnóstico, lo que retrasa la implementación de medidas terapéuticas y empeora los desenlaces clínicos.
- En el caso del VSR, afecta principalmente a lactantes y adultos mayores, aumentando la demanda de servicios hospitalarios y generando complicaciones severas en poblaciones vulnerables.
- En Colombia, aunque el impacto del VSR en niños es bien reconocido, en adultos mayores suele subestimarse debido a la ausencia de pruebas rutinarias. Un estudio de la Fundación Santa Fe de Bogotá (en proceso de publicación) reveló que el 80% de los casos de infección respiratoria aguda baja en adultos carecen de un agente etiológico identificado, lo que sugiere un posible subregistro del VSR en esta población.
- En un análisis combinado de 40 estudios, se encontró que en promedio el 19,3% de los adultos hospitalizados por VSR tienen asma y el 30,8% padecen EPOC; además, los pacientes con asma tienen entre 6 y 8 veces más riesgo de hospitalización por VSR, y los que tienen EPOC hasta 9 veces más, en comparación con otras infecciones respiratorias¹⁵.
- Se pretende reducir la carga económica asociada al manejo tardío de estas enfermedades, estimada en más de \$850.000 millones de

¹⁵ Burden of Respiratory Syncytial Virus Disease in Adults with Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Literature Review (Penders, 2025).

pesos anuales solo para la EPOC, y disminuir el impacto en la productividad y calidad de vida de los pacientes y sus familias. Hechos históricos y científicos: En 2023, un estudio publicado en <i>The Lancet Digital Health</i> demostró que los sistemas de IA aplicados a la lectura de espirometrías incrementaron en un 35% la detección temprana de EPOC en comparación con métodos tradicionales. Esto permitió iniciar tratamientos adecuados de manera más oportuna, mejorando los desenlaces clínicos. La integración de IA también se ha utilizado con éxito en el manejo de asma grave mediante plataformas como <i>SmartAsthma</i>, que analizan datos de inhaladores conectados para predecir exacerbaciones antes de que ocurran. Impacto en Colombia: - En el contexto colombiano, la falta de especialistas y pruebas diagnósticas representa una barrera crítica. El uso de herramientas de IA puede automatizar procesos como la detección de patrones respiratorios anormales en pruebas básicas, permitiendo que personal médico general tenga acceso a diagnósticos de alta precisión en tiempo real. - Según el Ministerio de Salud, la implementación de estas tecnologías podría reducir los costos de diagnóstico y tratamiento en un 20%, liberando recursos para otras áreas críticas del sistema de salud. Casos de éxito internacionales con LA: - En España, la aplicación de IA en el programa <i>RespiAI</i> logró reducir un 15% las hospitalizaciones por EPOC mediante el uso de dispositivos de monitoreo remoto conectados a algoritmos de aprendizaje automático. - En Japón, el uso de IA para predecir brotes de infecciones por VSR en comunidades escolares permitió implementar medidas preventivas que redujeron la incidencia en un 40% durante la temporada de mayor contagio. Propuesta tecnológica dentro del proyecto: - Desarrollo de una plataforma nacional de salud respiratoria basada en IA que integre historiales clínicos, datos de pruebas diagnósticas y	reportes de salud en tiempo real. - Capacitación a personal médico en el uso de estas herramientas para garantizar su adopción en todos los niveles del sistema de salud. - Creación de alianzas con universidades y empresas tecnológicas para la investigación y desarrollo de aplicaciones personalizadas para el contexto colombiano. Gestión del riesgo de sesgo algorítmico en las herramientas de Inteligencia Artificial La incorporación de herramientas de Inteligencia Artificial (IA) para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades respiratorias, contemplada en el Artículo 6, numeral 3 de este proyecto de ley, exige una consideración adicional de acuerdo con la evidencia internacional, pues se ha documentado de manera reiterada el riesgo de que dichas herramientas reproduzcan o amplifiquen sesgos existentes en los datos y algoritmos con los que fueron entrenados. Este riesgo no es hipotético, y uno de sus ejemplos más relevantes proviene de la espirometría, la herramienta diagnóstica central que este proyecto busca fortalecer y automatizar. Durante décadas, la interpretación de pruebas de función pulmonar se apoyó en ecuaciones de referencia ajustadas por raza, que exigían que los resultados de pacientes afrodescendientes fueran más bajos que los pacientes blancos de igual sexo, estatura y edad para ser clasificados como anormales, Nivar R. Bhakta, Christian Bime <i>et al.</i> (2023)¹⁶ establecen que: Las recomendaciones han sido cuestionadas porque la raza y la etnia no reflejan con precisión la variación en la función pulmonar entre individuos, existen perjuicios al perpetuar prejuicios raciales y el uso continuado de ecuaciones específicas para cada raza y etnia puede enmascarar los efectos de factores sociales y ambientales, incluido el racismo estructural. (párr. 1) Por lo que la evidencia llevo a que en 2023 la Sociedad Torácica Americana, con el respaldo de la Sociedad Respiratoria Europea, recomendara formalmente abandonar dichas ecuaciones en favor de ecuaciones "razas-neutras", al concluir que ese enfoque naturalizaba las diferencias que en ¹⁶ Nivar R. Bhakta, Christian Bime, David A. Kaminsky, Meredith C. McCormack, Neeta Thakur, Sonja Stanolevic, Aaron D. Baugh, Lundy Braun, Stephanie Lovinsky-Desir, Rosemary Adamson, Jonathan Wilonsky, Robert A. Wise, Sean D. Levy, Robert Brown, Erick Forno, Robyn T. Cohen, Meshell Johnson, John Balme, Yolanda Mageto, Cathryn T. Lee, Refiloe Masekela, Daniel J. Weiner, Charlie G. Irvin, Erik R. Swenson, Margaret Rosenfeld, Richard M. Schwartzstein, Anurag Agrawal, Erni Neptune, Juan P. Wainweky, Victor E. Ortega, Peter Burney, en nombre de los Comités de la Sociedad Torácica Americana sobre Pruebas de Función Pulmonar y sobre Equidad y Diversidad en la Salud, Raza y Etnicidad en la Interpretación de las Pruebas de Función Pulmonar: una Declaración Oficial de la Sociedad Torácica Americana. <i>American Journal of Medicine Respiratoria y de Cuidados Intensivos</i> . Volumen 207, Número 8, abril de 2023. Páginas 978-995, https://doi.org/10.1164/rccm.202302-0310ST
realidad reflejaban determinantes sociales y estructurales, no biología. Un patrón similar se ha documentado en otras tecnologías de monitoreo respiratorio, Sjoding <i>et al.</i> (2026)¹⁷ encontraron que los pulsioxímetros, dispositivos ampliamente usados para medir la saturación de oxígeno, tienen casi tres veces más probabilidad de no detectar hipoxemia oculta en paciente de piel oscura que en pacientes de piel clara, con implicaciones directas sobre el acceso oportuno a oxígeno suplementario. De forma más amplia, Vyas <i>et al.</i> (2020)¹⁸ documentaron decenas de algoritmos clínicos, en distintas especialidades, que incorporan ajustes raciales sin justificación biológica sólida y que, en la práctica, dirigen menos recursos hacia poblaciones minoritarias. Así, el riesgo no se limita a variables biológicas de los pacientes, sino también puede originarse en cómo se construyen los propios algoritmos predictivos. Tal ha sido la magnitud que en que Obermeyer <i>et al.</i> (2019)¹⁹ encontraron que: El sistema de salud estadounidense utiliza algoritmos comerciales para guiar las decisiones sanitarias. Obermeyer <i>et al.</i> hallaron evidencia de sesgo racial en un algoritmo ampliamente utilizado, de modo que los pacientes negros a los que el algoritmo asigna el mismo nivel de riesgo están más enfermos que los pacientes blancos (véase la perspectiva de Benjamin). Los autores estimaron que este sesgo racial reduce a más de la mitad el número de pacientes negros identificados para recibir atención adicional. El sesgo se produce porque el algoritmo utiliza los costos de salud como indicador de las necesidades sanitarias. Se gasta menos dinero en pacientes negros con el mismo nivel de necesidad, y el algoritmo concluye erróneamente que los pacientes negros están más sanos que los pacientes blancos con la misma enfermedad. Reformular el algoritmo para que ya no utilice los costos como indicador de las necesidades elimina el sesgo racial en la predicción de quién necesita atención adicional. (párr. 1) Estos antecedentes son de extrema importancia para Colombia, no porque el país replique exactamente los mismos patrones documentados en la literatura internacional, sino porque permiten ilustrar un mecanismo general,	y es que, cualquier herramienta de IA calibrada con poblaciones de referencia que no reflejen la diversidad étnica, geográfica y de exposición a factores de riesgo de la población colombiana, incluida la exposición diferencial a humo de biomasa en zonas rurales que este mismo proyecto reconoce como determinante relevante, corre el riesgo de ofrecer un desempeño diagnóstico desigual entre grupos poblacionales. En su turno, la Organización mundial de la Salud ha identificado explícitamente este riesgo entre las principales preocupaciones éticas asociadas al uso de la Inteligencia Artificial en salud, y ha recomendado que toda implementación esté precedida de validación rigurosa en las poblaciones donde será utilizada, junto con mecanismos de supervisión humana y evaluación periódica de su desempeño. (Organización Mundial de la Salud, 2021)²⁰. Dado que este proyecto prioriza explícitamente a las poblaciones rurales, dispersas y vulnerables como beneficiarias centrales del Plan Nacional, sería contradictorio que las mismas herramientas tecnológicas pensadas para cerrar la brecha de subdiagnóstico terminaran perpetuándola en esas poblaciones por falta de validación adecuada. Por esta razón, se considera necesario que el articulado incorpore una disposición expresa que condicione la adopción de herramientas de IA, a su validación con datos representativos de la población colombiana y a la evaluación como ya se dijo de manera periódica de su desempeño entre distintos grupos poblacionalesBne Con la implementación de estas innovaciones, Colombia no solo avanzará hacia una solución integral para el manejo de enfermedades respiratorias, sino que también se posicionará como un referente regional en la aplicación de inteligencia artificial en salud pública. Este proyecto reafirma el compromiso del Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud mediante el uso de herramientas tecnológicas de vanguardia. F. CONSIDERACIONES ECONÓMICAS EPOC La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa una carga económica significativa para Colombia, tanto en términos de costos directos de atención médica como de pérdidas económicas asociadas a la contaminación del aire, un factor de riesgo clave para esta enfermedad. ²⁰ Organización Mundial de la Salud. (2021). <i>Ethics and governance of artificial intelligence for health</i>. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/publications/i/item/9789240022720

Costos Directos de Atención Médica: - Gasto por Paciente: La carga económica anual promedio por paciente con EPOC en Colombia es de más de 33 millones de pesos colombianos. - Se estima que los costos directos de la atención de la EPOC en Colombia rondan los \$6.222 millones de pesos en atenciones no cubiertas por el PBS y otros \$408 mil millones de pesos en atenciones cubiertas por el PBS. Por otro lado, los costos indirectos se estiman en gastos de bolsillo de transporte por valor de \$3.087 millones de pesos colombianos y pérdida de productividad en \$11.409 millones de pesos colombianos. Asma Para el 2019, el costo de la atención del asma en las salas de emergencia de Bogotá fue de aproximadamente \$1.269.667,665. Los costos más altos se asociaron con niños menores de 5 años²¹. Virus Sincitial Respiratorio En Colombia, el costo de una internación por VSR es de 915 dólares en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y 560 dólares en sala general, con un costo indirecto de 32 dólares²². No obstante, estudios recientes en adultos mayores han evidenciado una carga económica significativamente mayor. Según la Fundación Santa Fe de Bogotá, el costo promedio por hospitalización de adultos mayores con infección respiratoria aguda baja por VSR puede alcanzar los 7.000 dólares, especialmente en presencia de comorbilidades como EPOC y asma. Además, el análisis de 31 casos reportados en el SISPRO en 2022 encontró que el costo promedio por hospitalización por VSR fue de 5.342 dólares. Esta diferencia sugiere que el subregistro diagnóstico del VSR en adultos podría estar ocultando su verdadero impacto económico y clínico en el país. Impacto Económico de la Contaminación del Aire - Pérdidas de Bienestar: Según un informe del Banco Mundial²³, la contaminación atmosférica, un factor de riesgo significativo para la	EPOC, impone costos económicos sustanciales debido a la mortalidad prematura y la morbilidad asociadas. Consideraciones Adicionales: - Carga Económica Total: La suma de los costos directos de atención médica y las pérdidas económicas asociadas a la contaminación del aire subraya la necesidad de implementar políticas públicas que promuevan la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de enfermedades respiratorias. Estos datos evidencian la urgencia de abordar las enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles no sólo como un desafío de salud pública, sino también como una prioridad económica para Colombia G. BENEFICIOS DEL PROYECTO DE LEY Los beneficios de este proyecto de ley son amplios y significativos: - Ofrecer acceso a campañas de prevención: Promover una cultura de prevención, a través de diferentes estrategias, para llegar a toda la población e implantar una cultura de hábitos saludables que mitiguen la probabilidad de desarrollo de enfermedades respiratorias, con foco en las poblaciones rurales, dispersas, vulnerables y de difícil acceso. - Mejorar calidad de vida de los pacientes: Con un enfoque integral en la prevención, el diagnóstico temprano, tratamiento efectivo y seguimiento continuo, los pacientes experimentarán una notable mejora en su calidad de vida. La reducción en la severidad y frecuencia de las exacerbaciones permitirá que las personas retomen actividades cotidianas con mayor autonomía, mientras se minimizan los episodios de hospitalización y las complicaciones fatales. Este beneficio será particularmente significativo para grupos vulnerables como niños y adultos mayores. - Reducción de costos en salud: Actualmente, el tratamiento tardío de estas enfermedades genera altos costos asociados a hospitalizaciones prolongadas, urgencias y tratamientos complejos. Al priorizar la prevención y el diagnóstico temprano, la ley reducirá significativamente estos gastos, permitiendo una redistribución más eficiente de los recursos del sistema de salud. Estudios recientes indican que un manejo adecuado desde etapas tempranas podría
disminuir los costos en un 20%, liberando recursos para atender otras prioridades sanitarias. - Equidad en el acceso a la salud: Esta ley promoverá que las pruebas diagnósticas, tratamientos y dispositivos médicos sean accesibles para todos los colombianos, independientemente de su ubicación geográfica o condición socioeconómica. Al implementar una Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) obligatoria, se estandarizarán los servicios en todo el país, asegurando que comunidades históricamente desatendidas tengan acceso a una atención médica de calidad. - Incremento en la productividad: La mejora en la salud respiratoria de la población se traducirá en una reducción significativa del ausentismo laboral y escolar, incrementando la productividad general del país. Pacientes con enfermedades respiratorias podrán mantener empleos y actividades educativas sin interrupciones recurrentes, lo que también disminuirá la carga económica sobre las familias al reducir los costos indirectos asociados a la pérdida de ingresos y cuidados prolongados. - Alineación con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: Se trata de un proyecto de ley que contribuye al cumplimiento de las metas establecidas frente a cómo nos imaginamos a nuestra población en diez (10) años en términos de salud pública. - Cumplimiento de metas internacionales: Con esta ley, Colombia alineará sus políticas de salud con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en especial el objetivo 3, que busca garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos. Este avance no solo fortalecerá el sistema de salud nacional, sino que posicionará al país como un líder en la región en términos de innovación y equidad en salud pública, atrayendo reconocimiento internacional y potenciales alianzas estratégicas para el desarrollo tecnológico y científico. - La inclusión de una mecanismo de remisión o articulación con la Ley 1384 de 2010 responde a una relación clínica bien establecida entre la EPOC y el cáncer de pulmón. Dado que, la evidencia científica muestra que la EPOC constituye un factor de riesgo independiente para el desarrollo de cáncer de pulmón, así se estableció tras un metaanálisis de 18 estudios de cohorte prospectivos, que incluyó más de 12.000 casos de cáncer de pulmón, encontró un riesgo significativamente mayor de desarrollar esta enfermedad entre las personas con EPOC, incluso después de dejar el consumo de tabaco. (Zhang <i>et al.</i> 2017)²⁴ Esto explica en parte, porque ambas	enfermedades comparten los mismos factores de riesgo que expresamente se determinan en la presente iniciativa: el consumo de tabaco y la exposición al humo de biomasa en zonas rurales, de modo que, la población que este Plan Nacional busca alcanzar mediante tamizaje con espirometría es en gran medida, la misma población en mayor riesgo de cáncer de pulmón. Por lo que, se requiere un mecanismo de articulación, el cual ya existe a través de la Ley 1384 de 2010 para el control del Cáncer, por lo tanto, un paciente identificado como de alto riesgo durante una campaña de tamizaje de EPOC que no sea remitido de manera sistemática hacia la ruta oncológica correspondiente, implicaría un costo humano considerable, porque el cáncer de pulmón detectado en etapas tempranas tiene una probabilidad de supervivencia sustancialmente mayor que el detectado en etapas avanzadas, que es cuando actualmente se diagnostica la mayoría de los casos en Colombia. Incorporar una remisión no exige crear una infraestructura ni asumir un costo fiscal adicional significativo, pues aprovecha la misma capacidad diagnóstica que este proyecto de ley ya se propine a fortalecer y simplemente garantiza que los resultados se traduzcan también en detección temprana de cáncer de pulmón. Lo cual corresponde a acciones coordinadas y no fragmentadas. IV. MARCO NORMATIVO El presente proyecto de ley, orientado a la atención integral de las enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles, se fundamenta en una sólida base jurídica, tanto a nivel constitucional como legal e internacional. Este marco garantiza la legitimidad y viabilidad de la iniciativa en el ordenamiento jurídico colombiano. a) Fundamento Constitucional - Artículo 11: Establece el derecho fundamental a la vida, el cual está intrínsecamente ligado al acceso a servicios de salud que permitan prevenir y tratar enfermedades que amenacen la supervivencia, como las respiratorias crónicas y agudas. - Artículo 48: Reconoce el derecho a la seguridad social, incluyendo la obligación del Estado de garantizar acceso a servicios de salud de calidad, priorizando a las poblaciones vulnerables y afectadas por condiciones respiratorias críticas. - Artículo 49: Determina que la salud es un derecho fundamental y de interés público, con el Estado encargado de organizar, dirigir y regular su prestación, garantizando cobertura universal y servicios eficientes. - Artículo 79: Garantiza el derecho a un ambiente sano. Dado que factores como la contaminación ambiental contribuyen al desarrollo

²¹ Pineda García Y. R. (2022). Costos médicos directos de la atención del asma en personas menores de 18 años en el servicio de urgencias Bogotá en el año 2019. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

²² Universidad de los Andes - Facultad de Medicina. Observatorio de Vacunación. (2024). Relator la del Desarrollo de una hoja de ruta para la implementación de un programa de inmunización contra el VSR en Colombia. Advisory Board- Comité de Expertos.

²³ Banco Mundial y el Institute for Health Metrics and Evaluation. Universidad de Washington. (2016). El costo de la contaminación atmosférica. Refuerzo de los argumentos económicos en favor de la acción.

²⁴ Zhang, X., Jiang, N., Wang, L., Liu, H., & He, R. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease and risk of lung cancer: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Oncotarget*, 8(44), 78044-78056. <https://doi.org/10.18639/oncotarget.20351>

²⁴ Zhang, X., Jiang, N., Wang, L., Liu, H., & He, R. (2017). Chronic obstructive pulmonary disease and risk of lung cancer: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Oncotarget*, 8(44), 78044-78056. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.20351>

de enfermedades respiratorias, este proyecto busca mitigar dichos impactos a través de políticas preventivas. b) Fundamento Legal • Ley Estatutaria 1751 de 2015: Reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo y establece que su protección comprende la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. Este proyecto de ley refuerza dichos principios al abordar la atención integral para enfermedades respiratorias. • Ley 100 de 1993: Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), dentro del cual este proyecto propone fortalecer la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para garantizar un tratamiento eficiente y oportuno para pacientes con EPOC, asma y VSR. • Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud): Incluye disposiciones para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, sirviendo como base para la implementación de las acciones contempladas en este proyecto. • Ley 1335 de 2009: Establece medidas para el control del tabaquismo, un factor de riesgo determinante en el desarrollo de la EPOC, que será abordado integralmente dentro de la política propuesta. • Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (Resolución 1035 de 2022): Establece los objetivos, las metas y las estrategias para afrontar los desafíos en salud pública para los próximos 10 años, orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en Colombia. • Resolución 2335 de 2023: Establece los procedimientos técnicos y administrativos para la ejecución, el seguimiento y los ajustes de los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables del pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud. Además, define elementos para el seguimiento y evaluación de indicadores, entre los que se encuentran indicadores de resultados para enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores, como la tasa de hospitalización por exacerbaciones de EPOC o por crisis de asma; e indicadores de oportunidad para la asignación de citas de neurología o para la confirmación diagnóstica mediante espirometría en personas con sospecha de EPOC.	• Resolución 2717 de 2024: Establece el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías en salud en la vigencia 2025 recoge una serie de recomendaciones emitidas por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud al Ministerio de Salud y Protección Social, entre las cuales se destaca la ampliación de la ruta de atención integral para personas expuestas al asbesto (factor de riesgo de EPOC). c) Fundamento Internacional • Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU (Agenda 2030): El proyecto se alinea particularmente con el ODS 3 (Salud y Bienestar), que busca garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades, destacando la importancia de reducir las enfermedades no transmisibles mediante el fortalecimiento de capacidades en salud pública. • Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS: Colombia, como Estado parte, está comprometida a implementar políticas que reduzcan los factores de riesgo de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, como la EPOC, objetivo respaldado por este proyecto. • Declaración de Alma-Ata (1978): Resalta la necesidad de asegurar la atención primaria en salud como elemento fundamental para alcanzar el derecho a la salud, eje central del enfoque integral de este proyecto de ley. • Resolución sobre Salud Pulmonar – 78.ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2025): La OMS adoptó un marco global para abordar de forma integrada las enfermedades respiratorias, tanto transmisibles como no transmisibles. La resolución llama a reducir factores de riesgo como el tabaquismo y la contaminación, fortalecer la atención primaria y garantizar el acceso equitativo al diagnóstico y tratamiento. Representa una oportunidad para que Colombia alinee sus políticas con la agenda global de salud pulmonar. Planes o programas implementados en otros países: Estados Unidos: El Plan de Acción Nacional para la EPOC, ‘‘COPD National Action Plan’’²⁵ Es una iniciativa integral destinada a combatir la EPOC en los ²⁵ COPD National Action Plan - National Institutes of Health. (2018).
Estados Unidos, donde afecta a más de 16 millones de personas. El plan fue desarrollado en colaboración con miembros de la comunidad de la EPOC, incluidos pacientes, cuidadores y profesionales de la salud. Su objetivo final es reducir la carga de la EPOC al mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la concientización sobre la enfermedad. Los objetivos clave del plan incluyen empoderar a las personas con EPOC para que reconozcan y manejen su enfermedad, mejorar la calidad de la atención en todo el sistema de salud y recopilar y difundir datos de salud pública relacionados con la EPOC. El plan también enfatiza la importancia de aumentar la investigación para comprender mejor la EPOC y traducir las recomendaciones de políticas en acciones de salud pública. Para lograr estos objetivos, el plan promueve la participación de todas las partes interesadas, desde pacientes y proveedores de atención médica hasta agencias federales y grupos de defensa. El plan propone acciones específicas para aumentar la concientización pública, mejorar la educación de los profesionales de la salud y promover estrategias de prevención. También destaca la necesidad de mejorar el acceso a la atención, particularmente para las personas en áreas de difícil acceso, y de apoyar la investigación que pueda conducir a nuevos tratamientos y, en última instancia, a una cura para la EPOC. México: En México, el Programa de Acción Específico de Enfermedades Respiratorias Crónicas 2020-2024 busca prevenir y controlar las enfermedades respiratorias crónicas (Asma, EPOC, Cáncer De Pulmón, Fibrosis Pulmonar, alergias, Hipertensión Pulmonar)²⁶. El programa tiene como objetivo definir estrategias y líneas de acción para homogeneizar y satisfacer las necesidades de salud de la población causadas por estas enfermedades. El programa busca disminuir la discapacidad y muerte prematura de la población afectada, las complicaciones y la atención de urgencias, terapia intensiva y hospitalización innecesarias, así como incrementar la oferta de un servicio de salud sencillo, cómodo, eficiente y de fácil acceso para la atención de las necesidades ocasionadas por estos padecimientos respiratorios. Para lograr estos objetivos, el programa plantea varias estrategias prioritarias, incluyendo incrementar la infraestructura para la atención de enfermedades	respiratorias crónicas en unidades de Primer Nivel de Atención y fortalecer la profesionalización y competencias técnicas del personal de salud. Esta iniciativa también busca establecer un marco normativo para la atención del asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) desde el primer nivel de atención, elaborando una Norma Oficial Mexicana y actualizando las guías de práctica clínica. Además, se plantea integrar la EPOC al sistema de vigilancia epidemiológica convencional. Canadá: ‘Respira Bien’ — ‘Breathe Well Program’ de Canadá es un programa domiciliario que ayuda a los pacientes que reciben el alta hospitalaria a controlar su enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)²⁷. Su objetivo es proporcionar cuidados respiratorios intensivos a domicilio, educación y gestión de casos para abordar las causas que han dado lugar a una visita de cuidados intensivos, incluidas evaluaciones cardio-respiratorias a domicilio, planes de reagudización de la EPOC, educación continua y programas de actividades a domicilio; educación y revisión de la medicación inhalada, así como asesoramiento sobre la dependencia al tabaco. Reino Unido: En 2023, el National Institute for Health and Care Experience — NICE, presentó la actualización de los estándares de calidad para el manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en adultos, con el objetivo de mejorar la atención y los resultados para los pacientes²⁸. España: España, como iniciativa del Ministerio de Sanidad y Política Social, cuenta desde el año 2009 con la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud, la cual busca mejorar la atención integral a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)²⁹. La estrategia surge ante la alta prevalencia, el infradiagnóstico y los costes asociados a esta enfermedad, proponiendo un enfoque que abarca desde la prevención hasta los cuidados paliativos. Se define la EPOC como una limitación crónica al flujo aéreo, principalmente causada por el tabaco, aunque también influyen otros factores de riesgo. La estrategia enfatiza la necesidad de un cambio de actitud hacia la EPOC, considerándola una enfermedad prevenible y tratable. La estrategia se articula en varias líneas estratégicas que incluyen la

²⁶ Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos - Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas 2020-2024.

²⁷ Interior Health Canada - Breathe Well Program.

²⁸ National Institute for Health and Care Experience — NICE. (2023). Chronic obstructive pulmonary disease in adults. Quality statements.

²⁹ Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud.

prevención primaria y detección precoz, la atención al paciente crónico y al paciente con exacerbaciones, los cuidados paliativos, la formación de profesionales y el impulso a la investigación. Se destaca la importancia de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, así como la necesidad de un sistema de evaluación y seguimiento para asegurar la implementación y la eficacia de la estrategia. China: China ha implementado el Plan para la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas (2017-2025)³⁰, una iniciativa de intervención a nivel nacional que plantea estrategias y medidas integradas dirigidas a la atención de la EPOC en la atención primaria de salud, con iniciativas clave que incluyen la detección de personas con alto riesgo de EPOC y un programa nacional para mejorar el uso de pruebas de función pulmonar. De igual forma, el Gobierno central de China asignó fondos para equipar a los institutos de atención primaria de la salud con espirómetros portátiles y proporcionó capacitación profesional para proporcionar trabajadores de atención primaria. Como resultado del trabajo, se han distribuido 30.000 unidades de equipos de espirometría portátiles, que cubren casi la mitad de los entornos de atención primaria en todo el país. Entre 2020 y 2023, más de 140.000 trabajadores de atención primaria de salud han recibido capacitación integral sobre pruebas de función pulmonar, fortaleciendo sus habilidades en el diagnóstico temprano de la EPOC. Asimismo, en el 2017, junto con la OMS, en el país asiático se creó el programa Enjoying Breathing, con el fin de establecer un nuevo modelo integral de gestión de los pacientes con EPOC que involucre a todos los niveles de los hospitales y las instituciones de prevención y control de enfermedades. El programa abarca todo el ciclo de vida de la EPOC, incluida la prevención, la detección temprana, el tratamiento y el seguimiento regular basado en el triaje de los pacientes con EPOC. Lo más notable es que el programa estableció un marco de capacitación bien estructurado que incluye la capacitación de los capacitadores, los profesionales médicos en hospitales e institutos de atención primaria, la capacitación de los pacientes con EPOC y la autogestión. Australia y Nueva Zelanda: El 'COPD-X Plan' o el Plan EPOC-X establece guías para la detección y confirmación del diagnóstico de la EPOC, la optimización de la función pulmonar, la prevención del deterioro, el desarrollo de planes de atención y el manejo de las exacerbaciones de la ³⁰ World Health Organization, (2023). Advancing COPD care in China through a comprehensive approach.	enfermedad en ambos países³¹. Se destaca la importancia de reducir los factores de riesgo, especialmente evitar y dejar de fumar, optimizar la función con atención multidisciplinaria, mejorar el tratamiento de las comorbilidades y remitir a los pacientes sintomáticos a rehabilitación pulmonar. El documento promueve un enfoque de "manejo escalonado", comenzando con una intervención farmacológica y evaluando la respuesta antes de avanzar. El documento también enfatiza la implementación de estas guías en la práctica diaria en Australia, lo cual requiere un enfoque multifacético que incluya la integración digital, como software para sistemas de soporte de decisiones clínicas. Además, se abordan aspectos específicos del manejo de la EPOC, como el uso de oxígeno suplementario para la hipoxemia, la ventilación no invasiva para la insuficiencia respiratoria hipercápnica aguda, y la rehabilitación pulmonar, especialmente después de una exacerbación. También se subraya la importancia de un equipo de atención primaria que asegure un seguimiento integral de los pacientes después del alta hospitalaria. d) Vacíos Normativos Identificados - Falta de un marco de política pública, como lo sería el Plan Nacional de Manejo de Enfermedades Respiratorias. Actualmente, no existe un marco normativo consolidado e integral que promueva la prevención y el acceso universal y la atención integral de enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles. - Desactualización de guías de práctica clínica y otros instrumentos de política pública: Si bien Aseoneumocio, en el 2023 emitió una Guía de Práctica Clínica³² sobre el diagnóstico, manejo y seguimiento del EPOC, la última guía de práctica clínica emitida por el Ministerio de Salud para la EPOC, por ejemplo, data de 2014, lo que genera disparidades en la atención a nivel nacional, pues al mismo tiempo, la Infección Respiratoria Aguda (IRA) se aborda de manera segmentada en otros instrumentos como el programa nacional de prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda³³. Este proyecto establece la actualización y obligatoriedad de su implementación. ³¹ The COPD-X Plan: Australian and New Zealand Guidelines for the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2024. ³² Revista Colombiana de Neumología, 2023. Disponible en https://revistas.aseoneumocio.org/index.php/neumologia/article/view/194/789 ³³ https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/IDE/VS/PP/ET/programa-nacional-ira-eda-2023.pdf
--	---

- Débil implementación de políticas preventivas: Las campañas de prevención y educación no han tenido la cobertura ni el impacto suficiente para mitigar los factores de riesgo de estas enfermedades, vacío que esta ley busca subsanar.

V. CONCLUSIÓN

El Proyecto de Ley “Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias” se presenta como una iniciativa trascendental para abordar uno de los principales desafíos de salud pública en Colombia. Entre otras, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), el asma y el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) afectan de manera directa la calidad de vida de millones de personas, impactando no solo la salud de los individuos, sino también la economía y la cohesión social del país.

La aprobación del Proyecto de Ley “Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias”, es indispensable para garantizar el derecho fundamental a la salud, consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia. Este proyecto aborda de manera integral los desafíos relacionados con enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles como el asma, el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), patologías que afectan a una población significativa del país, generando altos índices de morbilidad y una carga económica sustancial para el sistema de salud. La implementación de esta iniciativa fortalecerá el marco normativo de atención en salud, estableciendo rutas integrales y eficientes, mejorando el acceso equitativo a diagnósticos tempranos, tratamientos efectivos y tecnologías innovadoras como la inteligencia artificial.

En este contexto, el proyecto no solo busca reducir las brechas en la atención médica, sino también fomentar la sostenibilidad del sistema de salud a través de la prevención, la educación y la investigación científica. Su relevancia trasciende los beneficios individuales, posicionando a Colombia como un modelo regional en políticas públicas de salud respiratoria. En atención a la urgencia y el impacto de estas enfermedades, instamos al Congreso de la República a priorizar este proyecto, ya que su aprobación es esencial para garantizar la calidad de vida de los colombianos y fortalecer los principios de equidad y justicia social en el acceso a la salud.

VI. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO RADICADO	TESTO PORPUESTO PARA PRIMER DEBATE	JUSTIFICACION
TÍTULO I: OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	TÍTULO I.º OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	Se ajusta la redacción.
ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica — EPOC y las enfermedades respiratorias como un problema de salud pública prioritario. En este contexto, se establecen las directrices y objetivos para la formulación de un Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, que contemple estrategias integrales de programas de educación y sensibilización sobre la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y paliación de las enfermedades respiratorias, así como la mejora de los	Se mantiene la redacción.	N/A

factores ambientales y de riesgo. Todo ello con el fin de garantizar el bienestar, la calidad de vida y la salud de los colombianos.		
ARTÍCULO 2. Principios. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la vida una vida digna, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente, dentro de un contexto integral que promueva una vida saludable y un ambiente digno para todos los ciudadanos.	ARTÍCULO 2. Principios. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y las garantías al derecho a la vida y a una vida digna, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente, dentro de un contexto integral que promueva una vida saludable y un ambiente digno para todos los ciudadanos	Se ajusta la redacción.
ARTÍCULO 3. Ámbito de aplicación. La presente ley aplica en	ARTÍCULO 3. Ámbito de aplicación. La presente ley aplica en	Se ajusta la redacción, se unifica el texto, se suprimen los incisos 4 y 5

todo el territorio nacional y abarca todas las entidades públicas y privadas competentes en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades respiratorias. Esto incluye, de manera enunciativa pero no limitativa, a las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (hospitales, clínicas, centros de atención primaria, empresas promotoras de salud), así como organismos gubernamentales encargados de la política pública en salud, educación y medio ambiente y trabajo y, así como autoridades locales (secretarías de salud, alcaldías y gobernaciones). Asimismo, orientará los programas y políticas dirigidos a la promoción de la salud respiratoria y la	todo el territorio nacional y abarca todas las entidades públicas y privadas competentes en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades respiratorias. Esto incluye, de manera enunciativa pero no limitativa, a las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud; (hospitales, clínicas, centros de atención primaria, empresas promotoras de salud), así como organismos gubernamentales encargados de la política pública en salud, educación y medio ambiente y trabajo, y, así como autoridades locales; (secretarías de salud, alcaldías y gobernaciones). Asimismo, orientará los programas y políticas dirigidos a la promoción de la salud respiratoria y la	dado que lo ordenado en los mismos esta incluido en el inciso 3.
---	--	---

prevención de esta, la capacitación y sensibilización de la población sobre las enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles, y la gestión de los factores de riesgo ambientales, asegurando la asignación de recursos, la educación y concienciación de la ciudadanía y la coordinación interinstitucional (del orden nacional, territorial y municipal). Asimismo, la ley orientará los programas y políticas dirigidos a la promoción de la salud respiratoria, la prevención de enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles, la capacitación y sensibilización de la población sobre estas enfermedades y la gestión de los factores de riesgo. Este enfoque integral y sistémico requerirá la colaboración activa	prevención de esta, la capacitación y sensibilización de la población sobre las enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles, y la gestión de los factores de riesgo ambientales, asegurando la asignación de recursos, la educación y concienciación de la ciudadanía y la coordinación interinstitucional (del orden nacional, territorial y municipal). Asimismo, la ley orientará los programas y políticas dirigidos a la promoción de la salud respiratoria, la prevención de enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles, la capacitación y sensibilización de la población sobre estas enfermedades y la gestión de los factores de riesgo. Este enfoque integral y sistémico requerirá la colaboración activa	
--	--	--

de todos los sectores a nivel nacional, territorial y municipal, promoviendo la asignación adecuada de recursos, la educación y concienciación de la ciudadanía, y la coordinación interinstitucional en los diferentes niveles de gobierno. PARÁGRAFO. Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana residente en el territorio nacional y, en particular, a aquella ubicada en zonas con mayor exposición a factores de riesgo.	de todos los sectores a nivel nacional, territorial y municipal, promoviendo la asignación adecuada de recursos, la educación y concienciación de la ciudadanía, y la coordinación interinstitucional en los diferentes niveles de gobierno. PARÁGRAFO. Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana residente en el territorio nacional y, en particular, a aquella ubicada en zonas con mayor exposición a factores de riesgo.	
TÍTULO II: PAUTAS DEL PLAN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	TÍTULO II.:- PAUTAS DEL PLAN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	Se ajusta la redacción.
ARTÍCULO 4. Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. El Plan Nacional de Manejo	ARTÍCULO 4. Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. El Plan Nacional de Manejo	Se ajusta la redacción, se suprime la palabra "debe" dado que esta duplicada con "deberá". Se adiciona el conector "se formulará" para una

de Enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de las enfermedades Respiratorias, a través de un proceso amplio de participación social, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, el cual incluirá medidas y estrategias desde un enfoque holístico y metas a corto, mediano y largo plazo orientadas a mejorar la salud y prevenir las enfermedades respiratorias, el bienestar de los pacientes, familiares y cuidadores; y a evaluar el impacto del Plan en la implementación de instrumentos como el Plan Decenal de Salud Pública y en el gasto en salud. Este Plan debe deberá establecer acciones concretas, responsables interinstitucionales y mecanismos para evaluar sus avances y su actualización	de Enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de las enfermedades Respiratorias, <u>se formulará,</u> a través de un proceso amplio de participación social, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, el cual incluirá medidas y estrategias desde un enfoque holístico y metas a corto, mediano y largo plazo orientadas a mejorar la salud y prevenir las enfermedades respiratorias, el bienestar de los pacientes, familiares y cuidadores; y a evaluar el impacto del Plan en la implementación de instrumentos como el Plan Decenal de Salud Pública y en el gasto en salud. Este Plan debe deberá establecer acciones concretas, responsables interinstitucionales y mecanismos para evaluar sus avances y su actualización	mejor comprensión de articulación. En el parágrafo 1 se suprime el texto que hace referencia a un año. Y finalmente, se introduce un parágrafo nuevo, en el marco de la Ley 1384 de 2010 en virtud de que haya armonía de la política de salud pública cuando en el marco del EPOC se detecte paciente de alto riesgo de cáncer pulmonar puedan ser remitidos de manera oportuna y concurrente al área de oncología respectiva.
--	---	--

periódica. El Plan deberá definir objetivos, metas a corto, mediano y largo plazo, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación, con el propósito de mejorar la salud respiratoria de la población, prevenir las enfermedades respiratorias, y garantizar el bienestar de los pacientes, familiares y cuidadores. Asimismo, deberá articularse con los instrumentos vigentes de política pública en salud, como el Plan Decenal de Salud Pública. PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará el Plan Nacional de Enfermedades Respiratorias en un plazo no mayor a un año dos años (2) contado a partir de la expedición de la presente ley. PARÁGRAFO 2. El Plan Nacional de Manejo	periódica. El Plan deberá definir objetivos, metas a corto, mediano y largo plazo, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación, con el propósito de mejorar la salud respiratoria de la población, prevenir las enfermedades respiratorias, y garantizar el bienestar de los pacientes, familiares y cuidadores. Asimismo, deberá articularse con los instrumentos vigentes de política pública en salud, como el Plan Decenal de Salud Pública. PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará el Plan Nacional de Enfermedades Respiratorias en un plazo no mayor a un año dos años (2) contado a partir de la expedición de la presente ley. PARÁGRAFO 2. El Plan Nacional de Manejo	
--	--	--

de Enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias deberá estar alineado con la Política Nacional de Promoción y Prevención y con la priorización de la atención primaria en salud a través de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS o la instancia que haga sus veces en el marco del Sistema de Salud.	de Enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias deberá estar alineado con la Política Nacional de Promoción y Prevención y con la priorización de la atención primaria en salud a través de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS o la instancia que haga sus veces en el marco del Sistema de Salud. <u>Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la instancia responsable de la Ley 1384 de 2010, establecerá mecanismos de articulación para que los pacientes identificados como de alto riesgo de cáncer de pulmón en el marco del tamizaje de EPOC sean remitidos oportunamente a las rutas de atención oncológica vigentes.</u>	
ARTÍCULO 5. Objetivo general del Plan Nacional para la Atención Integral de la	ARTÍCULO 5. Objetivo general del Plan Nacional para la Atención Integral de la	Se corrige el termino influenza AHIN 1 dado que es incorrecto, se

EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. Priorizar en la agenda pública de salud las enfermedades respiratorias transmisibles como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), entre ellas la Influenza AHIN 1, Parainfluenza, Influenza A estacional, Influenza B, virus sincitial respiratorio y los adenovirus; y enfermedades no transmisibles como el Asma, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la Bronquitis crónica, Fibrosis Pulmonar, el síndrome de Apnea del sueño, entre otras; y movilizar los recursos estatales para desarrollar estrategias y acciones orientadas a la detección temprana, la atención en salud efectiva e integral incluyendo estrategias de prevención como la vacunación a esta población de acuerdo con recomendaciones y guías de práctica clínica, así como la inclusión y participación social de	EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. Priorizar en la agenda pública de salud las enfermedades respiratorias transmisibles como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), entre ellas la Influenza AHIN 1 <u>influenza AH1N1</u>, Parainfluenza, Influenza A estacional, Influenza B, virus sincitial respiratorio y los adenovirus; y enfermedades no transmisibles como el Asma, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la Bronquitis crónica, Fibrosis Pulmonar, el síndrome de Apnea del sueño, entre otras; y movilizar los recursos estatales para desarrollar estrategias y acciones orientadas a la detección temprana, la atención en salud efectiva e integral incluyendo estrategias de prevención como la vacunación a esta población de acuerdo con recomendaciones y guías de práctica clínica, así como la inclusión y	ajusta por influenza AH1N1.
--	---	------------------------------------

los pacientes diagnosticados con alguna de estas enfermedades en Colombia.	participación social de los pacientes diagnosticados con alguna de estas enfermedades en Colombia.	
ARTÍCULO 6. Objetivos específicos del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. 1. Formular e implementar acciones para la prevención y detección temprana de enfermedades respiratorias, entre ellas, campañas de autocuidado que mejoren la calidad de vida y la salud respiratoria de las personas y sus familias. 2. Fortalecer el talento humano para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y paliación de pacientes con enfermedades respiratorias.	ARTÍCULO 6. Objetivos específicos del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. 1. Formular e implementar acciones para la prevención y detección temprana de enfermedades respiratorias, entre ellas, campañas de autocuidado que mejoren la calidad de vida y la salud respiratoria de las personas y sus familias. 2. Fortalecer el talento humano para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y paliación de pacientes con enfermedades respiratorias.	Se añade un párrafo nuevo, en virtud de disponer reglas que protejan a las poblaciones frente a los sesgos algorítmicos que pueden ser un defecto en los sistemas de Inteligencia Artificial. Entendiendo también el impacto que se tendría frente a la espirometría que durante décadas usó para la interpretación de ecuaciones de referencia ajustadas por elementos demográficos entre otros.

3. Mejorar el acceso al diagnóstico y tecnologías en salud, de manera continua, para el tratamiento de enfermedades respiratorias, contemplando el apoyo de herramientas como Inteligencia Artificial (IA). 4. Robustecer el levantamiento de data actualizada y especializada de la EPOC y otras enfermedades respiratorias, e incluir indicadores de medición tales como: exacerbaciones, hospitalizaciones y mortalidad evitable. 5. Avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 relacionadas con enfermedades respiratorias. 6. Establecer metas e indicadores claros para la evaluación y seguimiento del Plan Nacional de	3. Mejorar el acceso al diagnóstico y tecnologías en salud, de manera continua, para el tratamiento de enfermedades respiratorias, contemplando el apoyo de herramientas como Inteligencia Artificial (IA). 4. Robustecer el levantamiento de data actualizada y especializada de la EPOC y otras enfermedades respiratorias, e incluir indicadores de medición tales como: exacerbaciones, hospitalizaciones y mortalidad evitable. 5. Avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 relacionadas con enfermedades respiratorias. 6. Establecer metas e indicadores claros para la evaluación y seguimiento del Plan Nacional de	
--	--	--

Manejo de las Enfermedades Respiratorias. 7. Divulgar información sobre los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de enfermedades respiratorias. 8. Evaluar el impacto de la implementación del Plan Nacional de Manejo de las Enfermedades Respiratorias en el gasto público.	Manejo de las Enfermedades Respiratorias. 7. Divulgar información sobre los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de enfermedades respiratorias. 8. Evaluar el impacto de la implementación del Plan Nacional de Manejo de las Enfermedades Respiratorias en el gasto público. <u>Parágrafo. Las herramientas de Inteligencia Artificial que se adopten en desarrollo del numeral 3 del presente artículo deberán ser validadas con datos representativos de la población colombiana, incluyendo su diversidad étnica y geográfica, y deberán someterse a evaluaciones periódicas de sesgo algorítmico que garanticen un desempeño diagnóstico equivalente entre grupos poblacionales, con especial atención a las poblaciones rurales dispersas y</u>	
--	--	--

	<u>vulnerables prioritizadas por esta ley.</u>	
TÍTULO III: PEDAGOGÍA	TÍTULO III.º PEDAGOGÍA	Se ajusta redacción.
ARTÍCULO 7. Estrategias de sensibilización a la ciudadanía. El Gobierno Nacional promoverá el desarrollo de programas interinstitucionales de sensibilización enfocados en informar a la ciudadanía sobre, la prevención, los factores de riesgo, signos de alarma y la importancia de obtener un diagnóstico temprano en enfermedades respiratorias. Asimismo, se fomentará la adopción de estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado. PARÁGRAFO 1. Los programas de sensibilización deberán contar con mensajes diferenciados, adaptados a cada tipo de audiencia o grupo de interés (pacientes, comunidad	Se mantiene la redacción.	N/A

educativa, personal de atención en salud y sociedad civil), teniendo en cuenta las necesidades específicas, el contexto de estos y el acceso prioritario de esta información a poblaciones rurales, dispersas y vulnerables. PARÁGRAFO 2. Se fomentará la participación activa de los pacientes y sus organizaciones en los espacios de discusión, diseño e implementación de estrategias en salud respiratoria, incluyendo aquellas relacionadas con los programas de sensibilización y educación.		
ARTÍCULO 8. Fomento a la difusión de mensajes en salud respiratoria. La Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC) podrá promover la emisión de mensajes de prevención sobre enfermedades respiratorias, como la EPOC, el asma, el virus sincitial respiratorio (VSR) y otras	Se mantiene la redacción.	N/A.

patologías respiratorias. Así mismo, podrá fomentar estrategias de comunicación y educación dirigidas a pacientes con enfermedades respiratorias no controladas, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, reducir complicaciones y evitar sobrecostos al sistema de salud.		
ARTÍCULO 9. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su sanción y publicación en el Diario Oficial, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias y su reglamentación se dará dentro del año siguiente a su promulgación.	Se mantiene la redacción.	N/A

VII. 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 lo tanto, para continuar con el trámite legislativo, es pertinente tener en consideración la siguiente jurisprudencia de la Corte Constitucional³⁴: "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. ³⁴ Corte Constitucional, Sala Plena, Sentencia C-315, Expediente OP-098, M.P. Dr. Jaime Córdoba Triviño.	"En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo. 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". VIII. CONFLICTO DE INTERESES Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente: "ARTÍCULO 1º El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones. Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista. 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 b. 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." Atendiendo el anterior apartado legal, se considera que en el caso de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que eventualmente puedan generar un conflicto de interés por parte de los congresistas que participen en el debate y votación. Lo anterior, entendiendo el carácter general de lo propuesto en la iniciativa legislativa. Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso. IX. 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 Constitucional del Senado de la República dar primer debate al Proyecto de Ley No. Proyecto de Ley 044 de 20256Senado "Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias" Cordialmente,  FERNÉY SILVA IDROBO Senador de la República Pacto Histórico	X. TEXTO PROPUESTO Proyecto de Ley No. 044 de 2026 Senado "Por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias". EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA: TÍTULO I. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica — EPOC y las enfermedades respiratorias como un problema de salud pública prioritario. En este contexto, se establecen las directrices y objetivos para la formulación de un Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias, que contemple estrategias integrales de programas de educación y sensibilización sobre la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y paliación de las enfermedades respiratorias, así como la mejora de los factores ambientales y de riesgo. Todo ello con el fin de garantizar el bienestar, la calidad de vida y la salud de los colombianos. ARTÍCULO 2. Principios. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y las garantías al derecho a la vida y a una vida digna, preservando el criterio según el cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente, dentro de un contexto integral que promueva una vida saludable y un ambiente digno para todos los ciudadanos ARTÍCULO 3. Ámbito de aplicación. La presente ley aplica en todo el territorio nacional y abarca todas las entidades públicas y privadas competentes en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades respiratorias. Esto incluye, de manera enunciativa pero no limitativa, a las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud: hospitales, clínicas, centros de

atención primaria, empresas promotoras de salud, así como organismos gubernamentales encargados de la política pública en salud, educación y medio ambiente y trabajo, así como autoridades locales: secretarías de salud, alcaldías y gobernaciones. Asimismo, orientará los programas y políticas dirigidos a la promoción de la salud respiratoria y la prevención de esta, la capacitación y sensibilización de la población sobre las enfermedades respiratorias transmisibles y no transmisibles, y la gestión de los factores de riesgo ambientales, asegurando la asignación de recursos, la educación y concienciación de la ciudadanía y la coordinación interinstitucional del orden nacional, territorial y municipal. PARÁGRAFO. Los beneficiarios de la presente ley será toda la población colombiana residente en el territorio nacional y, en particular, a aquella ubicada en zonas con mayor exposición a factores de riesgo. TÍTULO II. PAUTAS DEL PLAN NACIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ARTÍCULO 4. Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. El Plan Nacional de Manejo de Enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de las enfermedades Respiratorias, se formulará, a través de un proceso amplio de participación social, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, el cual incluirá medidas y estrategias desde un enfoque holístico y metas a corto, mediano y largo plazo orientadas a mejorar la salud y prevenir las enfermedades respiratorias, el bienestar de los pacientes, familiares y cuidadores; y a evaluar el impacto del Plan en la implementación de instrumentos como el Plan Decenal de Salud Pública y en el gasto en salud. Este Plan deberá establecer acciones concretas, responsables interinstitucionales y mecanismos para evaluar sus avances y su actualización periódica. El Plan deberá definir objetivos, metas a corto, mediano y largo plazo, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación, con el propósito de mejorar la salud respiratoria de la población, prevenir las enfermedades respiratorias, y garantizar el bienestar de los pacientes, familiares y cuidadores. Asimismo, deberá	articularse con los instrumentos vigentes de política pública en salud, como el Plan Decenal de Salud Pública. PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará el Plan Nacional de Enfermedades Respiratorias en un plazo no mayor a dos años (2) contado a partir de la expedición de la presente ley. PARÁGRAFO 2. El Plan Nacional de Manejo de Enfermedades Respiratorias para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias deberá estar alineado con la Política Nacional de Promoción y Prevención y con la priorización de la atención primaria en salud a través de los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS o la instancia que haga sus veces en el marco del Sistema de Salud. PARÁGRAFO 3. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con la instancia responsable de la Ley 1384 de 2010, establecerá mecanismos de articulación para que los pacientes identificados como de alto riesgo de cáncer de pulmón en el marco del tamizaje de EPOC sean remitidos oportunamente a las rutas de atención oncológica vigentes. ARTÍCULO 5. Objetivo general del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. Priorizar en la agenda pública de salud las enfermedades respiratorias transmisibles como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), entre ellas la Influenza AHIN 1, Parainfluenza, Influenza A estacional, Influenza B, virus sincitial respiratorio y los adenovirus; y enfermedades no transmisibles como el Asma, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la Bronquitis crónica, Fibrosis Pulmonar, el síndrome de Apnea del sueño, entre otras; y movilizar los recursos estatales para desarrollar estrategias y acciones orientadas a la detección temprana, la atención en salud efectiva e integral incluyendo estrategias de prevención como la vacunación a esta población de acuerdo con recomendaciones y guías de práctica clínica, así como la inclusión y participación social de los pacientes diagnosticados con alguna de estas enfermedades en Colombia. ARTÍCULO 6. Objetivos específicos del Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras Enfermedades Respiratorias. 1. Formular e implementar acciones para la prevención y detección temprana de enfermedades respiratorias, entre ellas, campañas de autocuidado que mejoren la calidad de vida y la salud respiratoria de las personas y sus familias. 2. Fortalecer el talento humano para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento y paliación de pacientes con enfermedades respiratorias.
3. Mejorar el acceso al diagnóstico y tecnologías en salud, de manera continua, para el tratamiento de enfermedades respiratorias, contemplando el apoyo de herramientas como Inteligencia Artificial (IA). 4. Robustecer el levantamiento de data actualizada y especializada de la EPOC y otras enfermedades respiratorias, e incluir indicadores de medición tales como: exacerbaciones, hospitalizaciones y mortalidad evitable. 5. Avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 relacionadas con enfermedades respiratorias. 6. Establecer metas e indicadores claros para la evaluación y seguimiento del Plan Nacional de Manejo de las Enfermedades Respiratorias. 7. Divulgar información sobre los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de enfermedades respiratorias. 8. Evaluar el impacto de la implementación del Plan Nacional de Manejo de las Enfermedades Respiratorias en el gasto público. PARÁGRAFO. Las herramientas de Inteligencia Artificial que se adopten en desarrollo del numeral 3 del presente artículo deberán ser validadas con datos representativos de la población colombiana, incluyendo su diversidad étnica y geográfica, y deberán someterse a evaluaciones periódicas de sesgo algorítmico que garanticen un desempeño diagnóstico equivalente entre grupos poblacionales, con especial atención a las poblaciones rurales dispersas y vulnerables priorizadas por esta ley. TÍTULO III. PEDAGOGÍA ARTÍCULO 7. Estrategias de sensibilización a la ciudadanía. El Gobierno Nacional promoverá el desarrollo de programas interinstitucionales de sensibilización enfocados en informar a la ciudadanía sobre, la prevención, los factores de riesgo, signos de alarma y la importancia de obtener un diagnóstico temprano en enfermedades respiratorias. Asimismo, se fomentará la adopción de estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado. PARÁGRAFO 1. Los programas de sensibilización deberán contar con mensajes diferenciados, adaptados a cada tipo de audiencia o grupo de interés (pacientes, comunidad educativa, personal de atención en salud y sociedad civil), teniendo en cuenta las necesidades específicas, el contexto de estos y el acceso prioritario de esta información a poblaciones rurales, dispersas y vulnerables.	PARÁGRAFO 2. Se fomentará la participación activa de los pacientes y sus organizaciones en los espacios de discusión, diseño e implementación de estrategias en salud respiratoria, incluyendo aquellas relacionadas con los programas de sensibilización y educación. ARTÍCULO 8. Fomento a la difusión de mensajes en salud respiratoria. La Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC) podrá promover la emisión de mensajes de prevención sobre enfermedades respiratorias, como la EPOC, el asma, el virus sincitial respiratorio (VSR) y otras patologías respiratorias. Así mismo, podrá fomentar estrategias de comunicación y educación dirigidas a pacientes con enfermedades respiratorias no controladas, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento, reducir complicaciones y evitar sobrecostos al sistema de salud. ARTÍCULO 9. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su sanción y publicación en el Diario Oficial, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias y su reglamentación se dará dentro del año siguiente a su promulgación. Cordialmente,  FERNÉY SILVA IDROBO Senador de la República Pacto Histórico

Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. - Bogotá D.C., al día catorce (14) del mes de septiembre del año dos mil seis (2026) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República. Informe de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 044/2026 Senado

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

: H.S. PEDRO HERNANDO FLÓREZ PORRAS, H.R. MIGUEL ÁNGEL GRISALES SUÁREZ.

RADICADO: EN SENADO: 22-07-2026 EN COMISIÓN: 11-08-2026 EN CÁMARA: XX-XX-202X

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CÁMARA	PONENCIA 2º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA
09 Art 972/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
FERNEY SILVA IDROBO	PONENTE UNICO	PARTIDO PACTO HISTORICO

NÚMERO DE FOLIOS: cuarenta siete (47)
RECIBIDO EL DÍA: 12 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 13.03

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



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

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE EN EL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 51 DE 2026 SENADO

por medio de la cual se promueven condiciones dignas para la atención integral de niños, niñas y adolescentes mediante el mejoramiento de los espacios de los hogares comunitarios y sustitutos.



Comisión Séptima Constitucional Permanente

CSP-CS- 0909-2026
Bogotá D.C., 14 de septiembre de 2026

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

ASUNTO: Publicación en la Gaceta del Congreso informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No 051/2026 SENADO "POR MEDIO DE LA CUAL SE PROMUEVEN CONDICIONES DIGNAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MEDIANTE EL MEJORAMIENTO DE LOS ESPACIOS DE LOS HOGARES COMUNITARIOS Y SUSTITUTOS"

Respetado Secretario,

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

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 051/2026 Senado

TÍTULO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE PROMUEVEN CONDICIONES DIGNAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MEDIANTE EL MEJORAMIENTO DE LOS ESPACIOS DE LOS HOGARES COMUNITARIOS Y SUSTITUTOS"

INICIATIVA: H.S. ANA PAOLA GARCÍA SOTO.

RADICADO: EN SENADO: 22-07-2026 EN COMISIÓN: 11-08-2026 EN CÁMARA: XX-XX-202X

PUBLICACIONES – GACETAS

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CÁMARA	PONENCIA 2º DEBATE CÁMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA
09 Art 974/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
NORMA HURTADO SANCHEZ	COORD. PONENTE	PARTIDO DE LA U
CLAUDIA MARGARITA ZULETA MURGAS	PONENTE	PARTIDO CENTRO DEMOCRATICO

NÚMERO DE FOLIOS: veinte tres (23)
RECIBIDO EL DÍA: 11 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 12:23

Atentamente,



ALFREDO JOSÉ MOÍSES LÓPEZ
Secretario General Comisión Séptima



Partido de la Unión
por la gente.

Bogotá D.C., 11 de septiembre de 2026

Honorable Senador
ANDRÉS FORERO
Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente
Senado de la República

Asunto: Informe de ponencia positiva para primer debate en el Senado de la República al Proyecto de Ley No. 051 de 2026 Senado "Por medio de la cual se promueven condiciones dignas para la atención integral de niños, niñas y adolescentes mediante el mejoramiento de los espacios de los hogares comunitarios y sustitutos".

Respetado señor Presidente,

En cumplimiento del honroso encargo que hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, y en desarrollo de lo dispuesto en los artículos 150, 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992, en nuestra calidad de ponentes, nos permitimos radicar informe de ponencia positiva para primer debate al proyecto descrito en el asunto.

Cordialmente,



NORMA HURTADO SANCHEZ
Coordinadora Ponente



CLAUDIA MARGARITA ZULETA MURGAS
Ponente

✓ Artículo 1: reglamenta el acceso al subsidio para madres comunitarias vinculadas a Hogares Comunitarios de Bienestar, FAMI y Madres Sustitutas, certificadas por el ICBF y afiliadas a Cajas de Compensación. ✓ Artículo 3: permite acceder al subsidio en las modalidades de adquisición de vivienda nueva o usada, construcción en sitio propio, mejoramiento de vivienda y mejoramiento para vivienda saludable. ✓ Artículo 6: establece expresamente que el subsidio de mejoramiento debe contemplar prioritariamente mejoras locativas internas destinadas al "acondicionamiento de los espacios físicos en donde funcionan los programas de madres comunitarias" Asimismo, el artículo 26 de la Ley 1537 de 2012⁴ ya ordenaba que las Cajas de Compensación Familiar priorizaran la asignación de subsidios de vivienda a hogares afiliados cuyo miembro principal fuera una madre comunitaria vinculada a Hogares Comunitarios de Bienestar, FAMI o Madres Sustitutas. Además, la propia ley contempla las modalidades de vivienda nueva o usada, construcción en sitio propio y mejoramiento de vivienda. El Decreto 126 de 2013 reglamentó posteriormente este artículo. Con base en lo anterior, la vinculación entre la política de vivienda y el funcionamiento de los Hogares Comunitarios de Bienestar cuenta con antecedentes expresos en el ordenamiento jurídico colombiano. En efecto, el artículo 26 de la Ley 1537 de 2012 estableció un tratamiento prioritario en la asignación de subsidios familiares de vivienda para los hogares afiliados a las Cajas de Compensación Familiar cuyo miembro principal fuera una madre comunitaria vinculada a los programas de Hogares Comunitarios de Bienestar, FAMI o Madres Sustitutas, de acuerdo con la certificación expedida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. En desarrollo de dicha disposición, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 126 de 2013, mediante el cual reglamentó el acceso de esta población al Subsidio Familiar de Vivienda de Interés Social Urbano y contempló las modalidades de adquisición de vivienda nueva o usada, construcción en sitio propio, mejoramiento de vivienda y mejoramiento para vivienda saludable. Particularmente, el artículo 6 del Decreto 126 de 2013 dispuso que, en las modalidades de mejoramiento de vivienda y mejoramiento para vivienda saludable, debían contemplarse prioritariamente mejoras locativas internas dirigidas al acondicionamiento de los espacios físicos donde funcionan los programas de madres comunitarias. Asimismo, diferenció entre intervenciones de carácter estructural —relacionadas con cimientos, muros, cubiertas, hacinamiento y redes de servicios públicos— y mejoramientos básicos asociados, entre otros aspectos, a baños, lavaderos, cocinas, pisos y condiciones de saneamiento. Estas disposiciones fueron posteriormente compiladas en el Decreto Único Reglamentario 1077 de 2015⁵ del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, lo cual evidencia la existencia de un antecedente ⁴ Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/home.php?c=47971&utm_source=chatgpt ⁵ Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/home.php?c=77216 Página 6 de 23	normativo concreto que reconoce la relación entre las condiciones habitacionales de las viviendas y la adecuada prestación de los servicios desarrollados en los Hogares Comunitarios de Bienestar. Este antecedente demuestra que el ordenamiento jurídico colombiano ya ha reconocido que las condiciones habitacionales de las viviendas donde funcionan los hogares comunitarios guardan una relación directa con la calidad y seguridad de la atención prestada a la primera infancia. • Dignificar el cuidado implica dignificar los espacios en los que se cuida Durante las últimas décadas, Colombia ha avanzado paulatinamente en el reconocimiento económico, laboral y social de las madres y padres comunitarios. El paso desde esquemas de reconocimiento económico especial hacia mecanismos de formalización laboral demuestra que el Estado ha reconocido progresivamente el valor público de esta actividad. No obstante, persiste una dimensión que requiere fortalecimiento: las condiciones materiales de los inmuebles donde se desarrolla diariamente el cuidado. La dignificación del cuidado no puede entenderse exclusivamente desde la relación laboral de quienes lo prestan. También exige condiciones adecuadas de infraestructura, seguridad, saneamiento y habitabilidad. Una madre comunitaria formalizada laboralmente que continúa prestando el servicio en un inmueble con redes eléctricas deterioradas, problemas de humedad, cubiertas deficientes, baños insuficientes o barreras de accesibilidad enfrenta limitaciones objetivas para garantizar un entorno seguro y adecuado. • Los hogares sustitutos como entornos familiares de protección y restablecimientos de derechos. Si bien, ambas modalidades se desarrollan, en buena medida, en espacios habitacionales dispuestos por familias y personas cuidadoras, su naturaleza, población beneficiaria y finalidad son diferentes, circunstancia que exige abordar de manera particular su relevancia dentro del presente proyecto. Los Hogares Sustitutos constituyen una modalidad de acogimiento familiar orientada a garantizar la protección integral de niñas, niños y adolescentes cuyos derechos han sido amenazados o vulnerados y respecto de quienes la autoridad administrativa competente ha determinado la necesidad de separación temporal de su familia de origen. Su fundamento jurídico se encuentra en el artículo 59 de la Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, que define la ubicación en Hogar Sustituto como una medida de restablecimiento de derechos consistente en la ubicación del niño, niña o adolescente en una familia que se compromete a brindarle el cuidado y la atención necesarios en sustitución de su familia de origen. ✓ Antecedentes y evolución histórica de los hogares sustitutos en Colombia. Los Hogares Sustitutos cuentan con una trayectoria de más de cinco décadas dentro del sistema colombiano de protección de la niñez y la adolescencia. Su evolución refleja el tránsito progresivo desde modelos predominantemente institucionales de atención hacia esquemas de acogimiento en medio familiar, orientados a garantizar que los niños, niñas y adolescentes separados temporalmente Página 7 de 23
de sus familias de origen puedan permanecer en entornos protectores y desarrollar vínculos afectivos mientras se restablecen sus derechos. Los Hogares Sustitutos surgieron en Colombia durante la década de 1970⁶, bajo la dirección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) como una modalidad familiar y comunitaria orientada a prevenir la privación afectiva que podían experimentar los niños, niñas y adolescentes atendidos en instituciones. La creación de esta modalidad respondió a la necesidad de reducir la atención exclusivamente institucional y proporcionar a los menores de edad experiencias de vida en familia, acompañamiento cotidiano y posibilidades de construcción de vínculos afectivos. Inicialmente, la atención se dirigió principalmente a niños menores de doce años, con especial énfasis en aquellos entre cero y siete años que se encontraban en situaciones de abandono, peligro, extravío o proceso de adopción, así como aquellos provenientes de familias que atravesaban circunstancias críticas que impedían temporalmente garantizar su cuidado. Como resultado de la experiencia acumulada durante los primeros años de funcionamiento, en 1974 se elaboraron los primeros lineamientos técnicos de la modalidad, constituyéndose en uno de los primeros esfuerzos institucionales por establecer criterios para su organización y funcionamiento. Una segunda etapa relevante se produjo en 1985, cuando el ICBF avanzó en la formalización del cuidado solidario brindado por vecinos y miembros de la familia extensa a niños y niñas que carecían temporalmente de un entorno familiar protector. A partir de este periodo también se amplió progresivamente la población atendida. La modalidad comenzó a incluir niños, niñas y adolescentes con discapacidad y otras necesidades particulares, así como menores de edad provenientes de familias afectadas por situaciones de pobreza, violencia, maltrato y otras circunstancias que comprometían la garantía efectiva de sus derechos. Esta transformación permitió que los Hogares Sustitutos dejaran de responder exclusivamente a situaciones de abandono y comenzaran a consolidarse como una alternativa familiar de protección frente a diferentes formas de vulneración. Un hito fundamental se produjo con la expedición del Decreto 2737 de 1989 (Código del Menor), mediante el cual la protección en medio familiar adquirió un reconocimiento jurídico más definido. Su artículo 73 reguló la denominada "colocación familiar", entendida como la entrega de un menor de edad que se encontrara en situación de abandono o peligro a una familia que asumiera el compromiso de brindarle la protección necesaria en sustitución de su familia de origen. Página 8 de 23	La medida debía ser decretada por el Defensor de Familia mediante resolución motivada y conforme a las normas técnicas establecidas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. A partir de este nuevo marco jurídico, en 1990 fueron revisados y actualizados los lineamientos institucionales de los Hogares Sustitutos, fortaleciendo progresivamente los procedimientos de selección de las familias, ubicación de los menores de edad y seguimiento a las medidas de protección. Durante la década de 1990 continuó la consolidación técnica del programa. El ICBF desarrolló instrumentos específicos para la organización y funcionamiento de los Hogares Sustitutos y avanzó en la definición de criterios de selección y acompañamiento de las familias. Para la constitución de un Hogar Sustituto se incorporaron procesos de valoración psicológica y social, entrevistas a integrantes del núcleo familiar, visitas domiciliarias y verificaciones de las condiciones de la vivienda y del entorno familiar y comunitario. En 1995⁷, los lineamientos institucionales reforzaron la concepción del Hogar Sustituto como una alternativa que permitía a niños, niñas y adolescentes construir vínculos con una familia y una comunidad, fortaleciendo sus referentes afectivos, su identidad y su sentido de pertenencia. Durante los primeros años del siglo XXI, el ICBF adelantó procesos de evaluación y revisión conceptual de la modalidad. En 2005 fueron aprobados nuevos lineamientos técnico-administrativos y estándares de estructura para los Hogares Sustitutos, resultado de un proceso de análisis de la experiencia acumulada desde su creación, de las necesidades de los niños, niñas y adolescentes atendidos y de las dinámicas existentes entre sus familias de origen y las familias sustitutas. Posteriormente, mediante la Resolución 2365 de 2007, el ICBF adoptó nuevos lineamientos técnico-administrativos para Hogares Sustitutos, profundizando la cualificación de la modalidad desde un enfoque de garantía y restablecimiento de derechos. La expedición de la Ley 1098 de 2006 (Código de la Infancia y la Adolescencia) significó una transformación sustancial del sistema colombiano de protección de la niñez, al consolidar el enfoque de protección integral y reconocer a los niños, niñas y adolescentes como sujetos titulares de derechos. En este nuevo marco, la ubicación en Hogar Sustituto quedó expresamente incorporada como una medida de restablecimiento de derechos. El artículo 59 de la Ley 1098 de 2006 define la ubicación en Hogar Sustituto como una medida provisional mediante la cual la autoridad competente dispone la ubicación del niño, niña o adolescente en una familia que se compromete a brindarle el cuidado y la atención necesarios en sustitución de su familia de origen. Página 9 de 23

Este cambio normativo consolidó la transformación conceptual de la modalidad: el Hogar Sustituto dejó de entenderse simplemente como una alternativa de ubicación frente al abandono para integrarse plenamente al sistema de protección integral y al Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD). Esta circunstancia diferencia los Hogares Sustitutos de otras modalidades de atención y refuerza la necesidad de garantizar condiciones adecuadas de habitabilidad, seguridad, salubridad, accesibilidad y funcionalidad. Es de resaltar que, de acuerdo con información suministrada por el ICBF al Congreso de la República en junio de 2026, la modalidad de Hogar Sustituto registraba 6.161 hogares y una capacidad proyectada/contratada de 14.992 cupos, dimensión que evidencia la relevancia de esta red familiar dentro del sistema nacional de protección. El servicio en estos hogares tiene una intensidad particular: el servicio funciona durante las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, pues el niño, niña o adolescente reside efectivamente en el hogar durante la vigencia de la medida. En consecuencia, el inmueble donde opera el Hogar Sustituto constituye materialmente el entorno cotidiano de protección del menor de edad: allí duerme, se alimenta, realiza actividades escolares y recreativas, construye vínculos afectivos y desarrolla buena parte de su vida cotidiana durante el periodo de acogimiento. Esta circunstancia diferencia los Hogares Sustitutos de otras modalidades de atención y refuerza la necesidad de garantizar condiciones adecuadas de habitabilidad, seguridad, salubridad, accesibilidad y funcionalidad. El inmueble constituye la residencia habitual de la madre, padre o familia sustituta. Por otra, durante la ejecución de la medida de restablecimiento de derechos se convierte en el lugar de residencia y protección temporal de niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo la protección del Estado. En concordancia con esta disposición, el ICBF, reconoce los Hogares Sustitutos como una modalidad de acogimiento familiar dentro del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD), mediante la cual familias voluntarias abren las puertas de sus hogares para recibir temporalmente a niños, niñas y adolescentes que han sufrido vulneraciones de sus derechos. Esta modalidad busca proporcionar un entorno familiar protector, evitando, cuando resulte procedente, la institucionalización prolongada y favoreciendo que el niño, niña o adolescente pueda desarrollarse temporalmente dentro de un ambiente familiar mientras se adelantan las actuaciones necesarias para el restablecimiento efectivo de sus derechos. A estos hogares pueden ingresar niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido inobservados, amenazados o vulnerados como consecuencia de diferentes circunstancias, entre ellas situaciones de violencia física, psicológica o sexual, negligencia, abandono, trata de personas, afectaciones derivadas del conflicto armado y otras circunstancias que comprometan su integridad y desarrollo. Asimismo, la modalidad contempla la atención de niños, niñas y adolescentes con discapacidad o enfermedades Página 10 de 23	que requieren cuidados especiales, siempre que las condiciones de la familia sustituta permitan garantizar adecuadamente sus necesidades. El modelo de Hogar Sustituto responde al reconocimiento de la familia como escenario fundamental para el desarrollo integral de la niñez y la adolescencia. La madre o padre sustituto, junto con su núcleo familiar, asume temporalmente funciones de cuidado cotidiano, acompañamiento y protección, proporcionando al niño, niña o adolescente condiciones que permitan favorecer su desarrollo físico, afectivo, emocional, social e intelectual mientras se supera la situación que dio origen a la medida de protección. En consecuencia, el inmueble donde opera el Hogar Sustituto constituye materialmente el entorno cotidiano de protección del menor de edad: allí duerme, se alimenta, realiza actividades escolares y recreativas, construye vínculos afectivos y desarrolla buena parte de su vida cotidiana durante el periodo de acogimiento. Cuando la autoridad administrativa dispone la ubicación de un niño, niña o adolescente en un Hogar Sustituto, las condiciones físicas del inmueble dejan de ser un asunto exclusivamente privado de la familia residente y adquieren relevancia directa para la garantía efectiva de los derechos del menor de edad. Al igual que los hogares comunitarios, las deficiencias estructurales, instalaciones eléctricas inseguras, problemas de humedad, cubiertas deterioradas, condiciones sanitarias insuficientes, barreras de accesibilidad, espacios inadecuados para dormir o estudiar, o dificultades en el acceso a servicios públicos pueden incidir directamente sobre la calidad y seguridad de la medida de protección. • Especial consideración de niños, niñas y adolescentes con discapacidad o necesidades particulares. El mejoramiento de las condiciones físicas de los Hogares Sustitutos resulta especialmente relevante cuando estos acogen niños, niñas y adolescentes con discapacidad, enfermedades de cuidado especial u otras condiciones que demandan adecuaciones particulares. En estos casos, aspectos como accesibilidad, movilidad interna, condiciones sanitarias, adecuación de baños, seguridad de pisos y escaleras, distribución de espacios y demás ajustes razonables pueden resultar determinantes para garantizar una atención digna y segura. La priorización de intervenciones de mejoramiento debe, por tanto, considerar no solamente las condiciones generales del inmueble, sino también las necesidades específicas de la población efectivamente acogida. Si el Estado determina que un niño debe ser separado temporalmente de su familia de origen para protegerlo, resulta coherente que la política pública procure que el entorno familiar al cual es trasladado cuente con condiciones físicas adecuadas para garantizar su seguridad, dignidad y desarrollo integral. Asimismo, la priorización de los Hogares Sustitutos dentro de los programas de mejoramiento de vivienda no constituye exclusivamente un beneficio dirigido a las madres, padres o familias sustitutas. Su finalidad última consiste en fortalecer los espacios donde el Estado garantiza temporalmente el Página 11 de 23
derecho de niños, niñas y adolescentes vulnerados a desarrollarse dentro de un entorno familiar protector. Por tanto, intervenir estas viviendas mediante programas de mejoramiento no representa únicamente una medida de política habitacional. Constituye simultáneamente una inversión en infraestructura social de cuidado y una acción preventiva dirigida a fortalecer los entornos protectores de la primera infancia. • Justificación de la propuesta. La priorización establecida por el proyecto encuentra fundamento en una circunstancia objetiva y verificable: determinados inmuebles residenciales cumplen simultáneamente una función habitacional y una función social asociada a la atención de población constitucionalmente protegida. En consecuencia, el tratamiento diferencial propuesto no se justifica únicamente por la calidad personal de quien ejerce como madre o padre comunitario o sustituto. La finalidad principal consiste en mejorar las condiciones físicas de lugares donde diariamente permanecen niños, niñas y adolescentes vinculados a programas del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Esto genera un mejoramiento en doble vía. En primer lugar, mejora las condiciones de habitabilidad de la familia que dispone de su vivienda para la prestación del servicio. En segundo lugar, fortalece las condiciones de seguridad, salubridad, accesibilidad y protección de los niños y niñas atendidos. Esta circunstancia permite sustentar la razonabilidad de la priorización propuesta y su conexión directa con los artículos 13, 44, 51 y 93 de la Constitución Política, así como con los principios de interés superior del niño, protección integral y prevalencia de los derechos de la niñez. En conclusión, El país ha avanzado progresivamente en el reconocimiento jurídico y laboral de quienes desarrollan esta labor. El reto actual consiste también en garantizar que los espacios físicos donde se materializa diariamente ese cuidado sean seguros, dignos y adecuados. Fortalecer estos inmuebles no significa únicamente mejorar viviendas; significa reducir factores de riesgo para los niños y niñas; mejorar ambientes de alimentación, educación y cuidado; apoyar a quienes han dispuesto sus hogares al servicio de sus comunidades; y fortalecer una infraestructura social que durante décadas ha permitido al Estado llegar a territorios donde otras modalidades institucionales tienen menor presencia. En consecuencia, la iniciativa constituye una medida complementaria a la política de atención integral a la primera infancia y a los procesos recientes de dignificación del trabajo comunitario, orientada a que el reconocimiento de quienes cuidan esté acompañado por condiciones materiales adecuadas para ejercer esa labor y, principalmente, para garantizar la protección integral de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios. IV. NECESIDAD Y CONVENIENCIA La iniciativa resulta socialmente pertinente porque reconoce que la garantía de los derechos de los NNA no depende únicamente de la existencia de programas de atención, sino también de las condiciones materiales en las que estos se prestan. Los hogares comunitarios y sustitutos, aunque Página 12 de 23	conservan su naturaleza habitacional, se convierten durante la prestación del servicio en entornos de cuidado y protección de población especialmente protegida. La conveniencia del proyecto se sustenta en tres dimensiones: i) protección integral de la niñez, mediante entornos más seguros, salubres y adecuados; ii) dignificación del cuidado desarrollado por madres y padres comunitarios y sustitutos; y iii) focalización de instrumentos de vivienda ya existentes hacia inmuebles que cumplen una función social asociada a la atención de NNA. No obstante, para que la iniciativa sea ejecutable y produzca resultados verificables, se considera necesario fortalecer el texto en materia de focalización técnica, delimitación de competencias, criterios de riesgo, trazabilidad de las intervenciones y seguimiento. La prioridad no debe depender únicamente de la calidad del cuidador, sino también de la necesidad objetiva del inmueble y de su incidencia sobre las condiciones de atención de los NNA. La exposición de motivos expresa que el proyecto pretende utilizar programas existentes de mejoramiento, sin crear nuevos subsidios ni obligaciones presupuestales independientes para el Estado. Este elemento debe conservarse, pero acompañado de reglas que permitan conocer qué entidad identifica la necesidad, cuál prioriza, cuál financia y cuál verifica el resultado de la intervención. V. IMPACTOS ESPERADOS La adopción de la presente Ley busca generar impactos positivos en las condiciones materiales en las que se desarrollan los servicios de cuidado, atención y protección de niños, niñas y adolescentes en Hogares Comunitarios de Bienestar y Hogares Sustitutos, mediante la priorización de estos espacios dentro de los instrumentos y programas de vivienda previstos por el ordenamiento jurídico. • Social: fortalecimiento de las condiciones en las que se desarrollan las labores de cuidado y protección a cargo de madres y padres comunitarios y sustitutos, reconociendo la función social que cumplen estos hogares dentro del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. • Protección de la niñez y adolescencia: mejoramiento de los entornos físicos en los que niños, niñas y adolescentes reciben atención, cuidado y protección, procurando condiciones adecuadas de habitabilidad, seguridad, salubridad, accesibilidad y funcionalidad. En los Hogares Sustitutos, estas mejoras contribuyen además al fortalecimiento del entorno familiar en el cual se materializan medidas de restablecimiento de derechos. • Habitacional: atención prioritaria de deficiencias físicas de los inmuebles donde funcionan Hogares Comunitarios y Hogares Sustitutos, mediante su articulación con programas e instrumentos de mejoramiento de vivienda y subsidios habitacionales existentes. • Equidad social y territorial: fortalecimiento de la focalización de la oferta pública hacia hogares con mayores condiciones de vulnerabilidad, teniendo en cuenta criterios territoriales y socioeconómicos que permitan orientar las intervenciones hacia las poblaciones y zonas con mayores necesidades. • Institucional: fortalecimiento de la articulación entre el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, ICBF, Fonvivienda, las entidades territoriales y demás autoridades competentes, facilitando la identificación de necesidades habitacionales y la coordinación de la oferta institucional. Página 13 de 23

VIII. IMPACTO FISCAL El artículo 7, de la Ley 819, de 2003 “por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones”, determina que en la exposición de motivos y en las ponencias de los proyectos de ley se debe hacer explícito el costo fiscal que se genera por el gasto ordenado o por el otorgamiento de beneficios tributarios, que debe ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, al mismo tiempo que debe señalar la fuente de financiación de dicho costo. Para la Corte Constitucional¹, el análisis del impacto fiscal de las normas, en el cuerpo del proyecto de ley, no es requisito sine qua non para su trámite legislativo, ni debe ser una barrera para que el congreso ejerza sus funciones, ni crea un poder de veto legislativo en cabeza del ministro de Hacienda; es más, hacer el análisis del impacto fiscal no recae únicamente en el legislador, sobre este punto considero que: “...el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7º de la ley 819 de 2003 corresponde al congreso, pero principalmente al ministro de hacienda y crédito público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el marco fiscal de mediano plazo, le corresponde al ministro de hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto” Lo anterior significa que, en cualquier momento del trámite legislativo, el ministro de hacienda y crédito público podrá ilustrarle a este congreso las consecuencias económicas del presente proyecto de ley, ya sea de manera oficiosa o a petición; toda vez que, de acuerdo con el proceso de racionalidad legislativa, la carga principal del análisis de impacto fiscal reposa en esta cartera por contar con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica; esto sin desconocer que el trámite del proyecto no se viciaría si no se llegase a contar con tal pronunciamiento por parte de hacienda². En el caso específico de este proyecto de ley, se considera que el presente proyecto de ley no genera un impacto fiscal adicional obligatorio para la Nación, en la medida en que no crea nuevos subsidios, prestaciones económicas ni establece apropiaciones presupuestales específicas. Las disposiciones propuestas tienen como finalidad establecer mecanismos de priorización y focalización para facilitar el acceso de las madres y padres comunitarios vinculados a los Programas de Hogares Comunitarios de Bienestar y de las madres y padres sustitutos de la Modalidad de Hogares Sustitutos a los programas existentes de mejoramiento de vivienda y a los instrumentos vigentes de vivienda de interés social. La implementación de estas medidas se realizará en el marco de las competencias de las entidades responsables, con cargo a los recursos que sean apropiados para cada vigencia fiscal, de conformidad Página 18 de 23	con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, el Marco de Gasto de Mediano Plazo y las disponibilidades presupuestales existentes. En consecuencia, el proyecto de ley no impone obligaciones fiscales nuevas ni modifica la estructura de gasto público, sino que establece criterios de focalización dentro de la oferta institucional vigente, orientados a fortalecer las condiciones de los espacios donde se desarrollan servicios de atención integral dirigidos a niños, niñas y adolescentes. IX. CONFLICTO DE INTERESES. Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, corresponde al autor del proyecto y el ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1º de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente: <i>“ARTÍCULO 1º El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así: ARTÍCULO 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones. Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.</i> <i>a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.</i> <i>b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión</i> <i>c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.”</i> Atendiendo el anterior apartado legal, se considera que en el caso de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que eventualmente puedan generar un conflicto de interés por parte de los congresistas que participen en el debate y votación. Lo anterior, entendiendo el carácter general de lo propuesto en la iniciativa legislativa. Es menester señalar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar incurso. Página 19 de 23
X. PROPOSICIÓN Por las anteriores consideraciones, solicito a los honorables Senadores integrantes de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República DAR PRIMER DEBATE Y APROBAR al Proyecto de Ley No. 051 de 2026 Senado “Por medio de la cual se promueven condiciones dignas para la atención integral de niños, niñas y adolescentes mediante el mejoramiento de los espacios de los hogares comunitarios y sustitutos”, conforme al pliego de modificaciones y al texto propuesto que se presenta a continuación.  NORMA HURTADO SANCHEZ Coordinadora Ponente  CLAUDIA MARGARITA ZULETA MURGAS Ponente XI. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE “POR MEDIO DE LA CUAL SE PROMUEVEN CONDICIONES DIGNAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MEDIANTE EL MEJORAMIENTO DE LOS ESPACIOS DE LOS HOGARES COMUNITARIOS Y SUSTITUTOS”, EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA: ARTÍCULO 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto establecer medidas de priorización para facilitar el acceso de las madres y padres comunitarios vinculados a los Programas de Hogares Comunitarios de Bienestar, y de las madres y padres sustitutos de la Modalidad de Hogares Sustitutos, o de los programas o modalidades que los sustituyan, a los programas de mejoramiento locativo de vivienda, con el propósito de fortalecer las condiciones de habitabilidad, seguridad, salubridad y adecuación de los espacios destinados a la atención integral de los niños, niñas y adolescentes bajo su cuidado. Lo anterior, reconociendo que los inmuebles donde se desarrollan estas modalidades de atención constituyen espacios fundamentales para la garantía de los derechos de la niñez y el desarrollo de las funciones de protección y cuidado promovidas por el Estado. ARTÍCULO 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones de la presente ley serán aplicables a las madres y padres comunitarios vinculados a los Programas de Hogares Comunitarios de Bienestar y a las madres y padres sustitutos de la Modalidad de Hogares Sustitutos, o de los programas o modalidades que los sustituyan, que se encuentren debidamente certificados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Los beneficios previstos en la presente ley se aplicarán respecto de los inmuebles en los cuales los beneficiarios desarrollen las actividades propias de las modalidades de atención correspondientes. Página 20 de 23	ARTÍCULO 3. Priorización en los programas de mejoramiento de vivienda. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, o la entidad que haga sus veces, adoptará mecanismos de priorización y focalización diferencial que faciliten el acceso de las madres y padres comunitarios vinculados a los Programas de Hogares Comunitarios de Bienestar y de las madres y padres sustitutos de la Modalidad de Hogares Sustitutos, o de los programas o modalidades que los sustituyan, a los planes, programas y proyectos de mejoramiento locativo de vivienda financiados con recursos del Presupuesto General de la Nación o con otras fuentes de financiación pública. La implementación de dichos mecanismos se desarrollará de conformidad con la disponibilidad presupuestal, el Marco Fiscal de Mediano Plazo, el Marco de Gasto de Mediano Plazo y las normas orgánicas del presupuesto. Los proyectos de mejoramiento de vivienda podrán comprender, entre otras intervenciones, adecuaciones en baños, cocinas, pisos, cubiertas, conexiones intradomiciliarias de acueducto y saneamiento básico, instalaciones eléctricas, accesibilidad, ventilación, iluminación y demás obras orientadas a fortalecer las condiciones de habitabilidad, seguridad y salubridad de los espacios destinados a la atención integral de niños, niñas y adolescentes. Parágrafo. En desarrollo de los mecanismos de priorización previstos en el presente artículo, el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, o la entidad que haga sus veces, establecerá como criterio de focalización que las madres y padres comunitarios vinculados a los Programas de Hogares Comunitarios de Bienestar y las madres y padres sustitutos de la Modalidad de Hogares Sustitutos, o de los programas o modalidades que los sustituyan, representen al menos el cinco por ciento (5%) de los beneficiarios seleccionados en los programas de mejoramiento de vivienda, siempre que cumplan los requisitos establecidos para cada programa y exista demanda habilitada. ARTÍCULO 4. Modifíquese el artículo 26 de la Ley 1537 de 2012, el cual quedará así: ARTÍCULO 26. SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA A MADRES Y PADRES COMUNITARIOS Y SUSTITUTOS. Las cajas de compensación familiar priorizarán en la asignación de subsidios familiares de vivienda a sus hogares afiliados en los que uno de sus integrantes sea una madre o padre comunitario vinculados a los programas de hogares comunitarios de bienestar y de las madres y padres Sustitutos de la modalidad de hogares sustitutos, de acuerdo con las certificaciones que para el efecto expida el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Para acceder al proceso de postulación y asignación de los subsidios familiares de vivienda a los que hace referencia el presente artículo, en las modalidades de adquisición de vivienda nueva o usada, construcción in sitio propio o mejoramiento de vivienda, los hogares deberán contar con los requisitos señalados en los reglamentos expedidos por el Gobierno Nacional. Parágrafo 1. La priorización de que trata el presente artículo se hará extensiva al subsidio familiar de vivienda de interés social y prioritario rural, en el marco del Plan Nacional de Construcción y Página 21 de 23

Mejoramiento de Vivienda Social Rural de que trata el Decreto Ley 890 de 2017 y las normas que lo modifiquen o sustituyan. Para tal efecto, el Fondo Nacional de Vivienda (Fonvivienda), o quien haga sus veces, incorporará este criterio de priorización dentro de los procesos de focalización y asignación que le corresponden.

Parágrafo 2. Las cajas de compensación familiar y las entidades otorgantes del subsidio familiar de vivienda, tanto urbano como rural, deberán reservar como mínimo el cinco por ciento (5%) de los cupos asignados en cada convocatoria o proceso de postulación para los hogares beneficiarios de que trata el presente artículo, sin perjuicio de que dicho porcentaje pueda ser superado de acuerdo con la demanda efectiva y la disponibilidad de recursos.

ARTÍCULO 5. Articulación institucional. El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Fondo Nacional de Vivienda (Fonvivienda), las entidades territoriales y las demás entidades competentes, dentro del marco de sus competencias, podrán coordinar acciones y desarrollar mecanismos de articulación institucional para facilitar el acceso de los beneficiarios de la presente ley a los programas de mejoramiento de vivienda.

Para tal efecto, podrán suscribir convenios interadministrativos, implementar mecanismos de intercambio de información y desarrollar estrategias de focalización que permitan la identificación y atención de la población beneficiaria, de conformidad con la normativa vigente sobre protección de datos personales.

ARTÍCULO 6. Criterios de priorización. En la reglamentación de la presente ley, el Gobierno Nacional podrá establecer criterios de priorización para el acceso a los beneficios previstos en la presente ley, teniendo en cuenta, entre otros factores, la ubicación rural o urbana de los beneficiarios, la categoría del municipio, la pertenencia a municipios con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), las Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), los niveles de pobreza multidimensional y las condiciones de vulnerabilidad de los hogares.

ARTÍCULO 7. Financiación. La implementación de las medidas previstas en la presente ley se realizará de conformidad con las competencias de las entidades responsables y con cargo a las apropiaciones presupuestales disponibles para cada vigencia fiscal, de acuerdo con el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo.

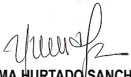
ARTÍCULO 8. Reglamentación. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio y con la participación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y demás entidades competentes, reglamentará lo dispuesto en la presente ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su entrada en vigencia.

Parágrafo. Mientras se expida la reglamentación de que trata el presente artículo, continuarán aplicándose, en lo que no sea contrario a la presente ley, las disposiciones reglamentarias vigentes en

materia de subsidio familiar de vivienda para las madres y padres comunitarios vinculados a los Programas de Hogares Comunitarios de Bienestar y de las madres y padres sustitutos de la Modalidad de Hogares Sustitutos, o de los programas o modalidades que los sustituyan.

ARTÍCULO 9. Vigencia y derogaciones. Esta ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,


NORMA HURTADO SANCHEZ
Coordinadora Ponente


CLAUDIA MARGARITA ZULETA MURGAS
Ponente

Página 22 de 23

Página 23 de 23


Comisión Séptima Constitucional Permanente

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA, - Bogotá D.C., al día catorce (14) del mes de septiembre del año dos mil seis (2026) - En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso de la República, Informe de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

INFORME DE PONENCIA PARA: PRIMER DEBATE

NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY: 051/2026 Senado

TÍTULO: "POR MEDIO DE LA CUAL SE PROMUEVEN CONDICIONES DIGNAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MEDIANTE EL MEJORAMIENTO DE LOS ESPACIOS DE LOS HOGARES COMUNITARIOS Y SUSTITUTOS"

INICIATIVA: H.S. ANA PAOLA GARCÍA SOTO.

RADICADO: EN SENADO: 22-07-2026 EN COMISIÓN: 11-08-2026 EN CÁMARA: XX-XX-202X

TEXTO ORIGINAL	PONENCIA 1º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO	PONENCIA 2º DEBATE SENADO	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO	PONENCIA 1º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA	PONENCIA 2º DEBATE CAMARA	TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA
09 Art 974/2026								

PONENTES PRIMER DEBATE		
HH.SS. PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
NORMA HURTADO SANCHEZ	COORD. PONENTE	PARTIDO DE LA U
CLAUDIA MARGARITA ZULETA MURGAS	PONENTE	PARTIDO CENTRO DEMOCRATICO

NÚMERO DE FOLIOS: veinte tres (23)
RECIBIDO EL DÍA: 11 DE SEPTIEMBRE DE 2026
HORA: 12:23

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


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

CONTENIDO

Gaceta número 1274 - Lunes, 14 de septiembre de 2026

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Págs.

Informe de ponencia positiva para primer debate en el Senado de la República, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de Ley número 44 de 2026 Senado, por medio del cual se establece el Plan Nacional para la Atención Integral de la EPOC y otras enfermedades respiratorias 1

Informe de ponencia positiva para primer debate en el Senado de la República y texto propuesto al Proyecto de Ley número 51 de 2026 Senado, por medio de la cual se promueven condiciones dignas para la atención integral de niños, niñas y adolescentes mediante el mejoramiento de los espacios de los hogares comunitarios y sustitutos..... 14

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2026