REPÚBLICA DE COLOMBIA

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
SENADO DE LA REPÚBLICA

# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

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

AÑO XXXV - Nº 1648 Bogotá, D. C., lunes, 26 de octubre de 2026 EDICIÓN DE 17 PÁGINAS

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

## PONENCIAS

### INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 203 DE 2026 SENADO

*por medio del cual se establece un régimen especial de atención prioritaria e integral en salud para personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad o dependencia funcional y se dictan otras disposiciones.*

**Comisión Séptima Constitucional Permanente**

**CSP-CS- 1083-2026**
Bogotá D.C., 26 de octubre 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 203/2026 SENADO** "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE UN RÉGIMEN ESPECIAL DE ATENCIÓN PRIORITARIA E INTEGRAL EN SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS O ASISTENTES PERSONALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Respetado Secretario,

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

**INFORME DE PONENCIA PARA:** PRIMER DEBATE

**NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY**: 203/2026 Senado

**TITULO: "**POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE UN RÉGIMEN ESPECIAL DE ATENCIÓN PRIORITARIA E INTEGRAL EN SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS O ASISTENTES PERSONALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

**INICIATIVA**: H.S. SANTIAGO BARRETO TRIANA, H.R. DELCY ESPERANZA ISAZA BUENAVENTURA

**RADICADO:** EN SENADO: 25-08-2026 EN COMISIÓN: 14-09-2026 EN CÁMARA: **XX-XX-202X**

**PUBLICACIONES – GACETAS**

| TEXTO ORIGINAL | PONENCIA 1ER DEBATE SENADO | TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO | PONENCIA 2DO DEBATE SENADO | TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO | PONENCIA 1ER DEBATE CAMARA | TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA | PONENCIA 2DO DEBATE CAMARA | TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12Art 1253/2026 | | | | | | | | |

| PONENTES PRIMER DEBATE | | |
|---|---|---|
| **HH.SS. PONENTES** | **ASIGNADO (A)** | **PARTIDO** |
| NADIA BLEL SCAF | PONENTE UNICA | CONSERVADOR |

**NÚMERO DE FOLIOS: TREINTA Y SIETE (37)**
**RECIBIDO EL DÍA:** 26 DE OCTUBRE DE 2026
**HORA:** 09:56 AM

Atentamente,

**ALFREDO JOSÉ MÓISES LÓPEZ**
Secretario General Comisión Séptima

Bogotá D.C, octubre de 2026

Doctor
**ALFREDO JOSÉ MOISÉS LÓPEZ**
Secretario de la Comisión Séptima
Senado de la República
E. S. D.

**REFERENCIA:** INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL **PROYECTO DE LEY NO. 203/2026 SENADO** "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE UN RÉGIMEN ESPECIAL DE ATENCIÓN PRIORITARIA E INTEGRAL EN SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS O ASISTENTES PERSONALES DE P E R S O N A S C O N DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Respetado secretario,

Atendiendo a lo dispuesto en los artículos 150, 153, y 156 de la Ley 5ª de 1992, y conforme a la designación hecha por la Mesa Directiva como ponentes de esta iniciativa, nos permitimos, rendir informe de ponencia positiva para primer debate en los siguientes términos:

| | |
|---|---|
| **PROYECTO DE LEY** | **NO. 203/2026 SENADO** |
| TÍTULO | "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE UN RÉGIMEN ESPECIAL DE ATENCIÓN PRIORITARIA E INTEGRAL EN SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS O ASISTENTES PERSONALES DE P E R S O N A S C O N DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" |
| AUTORES | H.S. SANTIAGO BARRETO TRIANA, H.R. DELCY ESPERANZA ISAZA BUENAVENTURA |
| PONENTES | H.S. Nadya Georgette Blel Scaff – Ponente Única |
| PONENCIA | Positiva |

Cordialmente,

**NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF**
Ponente Única

Bogotá D.C., octubre de 2026

Doctor
**ALFREDO JOSÉ MOISÉS LÓPEZ**
Secretario Comisión Séptima Constitucional
Senado de la República.
Ciudad

**REFERENCIA:** Informe de Ponencia para primer debate al **PROYECTO DE LEY NO. 203/2026 S**ENADO "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE UN RÉGIMEN ESPECIAL DE ATENCIÓN PRIORITARIA E INTEGRAL EN SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS O ASISTENTES PERSONALES DE P E R S O N A S C O N DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Respetado Secretario,

Atendiendo la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República y en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, rendimos informe de ponencia para primer debate de la siguiente manera:

1. Antecedentes de la Iniciativa Legislativa
2. Objeto y contenido de la iniciativa
3. Justificación de la Iniciativa
4. Consideraciones adicionales de la ponente.
5. Conceptos
6. Pliego de modificaciones
7. Proposición.
8. Texto propuesto para Primer Debate Senado

**1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA.**

La iniciativa objeto de estudio es de origen parlamentario, radicada en el Senado de la República, el día 25 de agosto de 2026 por los honorables congresistas H.S. SANTIAGO BARRETO TRIANA, H.R. DELCY ESPERANZA ISAZA BUENAVENTURA, lo cual consta en la Gaceta del Congreso No. 1253/2026.

El 14 de septiembre de 2026, se recibió en la Comisión Séptima y a Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, mediante oficio **CSP-CS- 0924 – 2026** de 16 de septiembre de 2026, designó como ponente única para rendir el informe de ponencia para primer debate a la Honorable Senadora Nadya Georgette Blel Scaff.

**2. OBJETO Y CONTENIDO DE LA INICIATIVA**

El presente proyecto de Ley tiene por objeto garantizar la atención prioritaria, integral, prioritaria y preventiva en salud de las personas cuidadoras o asistentes personales, sean familiares o no, que presten apoyo a personas con dependencia de cuidados o dependencia funcional, para lo cual se establecerán medidas y acciones orientadas a promover, proteger, mantener y recuperar su bienestar físico, mental y social, mediante la prevención, atención y seguimiento de las afectaciones en salud asociadas a las labores de cuidado, en particular las enfermedades derivadas del estrés crónico y fortalecer la corresponsabilidad social en materia de salud.

Con el fin de dar cumplimiento a esta iniciativa se propone establecer un marco de protección, promoción, prevención, atención y rehabilitación integral en salud física y mental, garantizando su acceso oportuno, preferente y con calidad a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de conformidad con los principios de dignidad humana, igualdad material, enfoque diferencial, acción afirmativa y corresponsabilidad social.

El proyecto de ley consta de doce (12) artículos, en su articulado define los principales conceptos y principios aplicables; establece la creación de un Protocolo de Atención Priorizada y Diferencial en Salud**;** y contempla medidas de acceso preferente a servicios de salud física y mental, valoraciones y exámenes médicos preventivos, eliminación de barreras administrativas y seguimiento a las afectaciones asociadas a las labores de cuidado.

Asimismo, prevé la extensión de determinados servicios de atención domiciliaria a las personas cuidadoras, incorpora enfoques diferenciales y territoriales, fortalece el registro y caracterización de cuidadores o asistentes personales incluyendo el enfoque de dependencia funcional, y dispone la creación de un Sistema Unificado de Información que articule información sobre discapacidad, dependencia funcional y personas cuidadoras. Finalmente, establece las competencias de seguimiento y vigilancia de las autoridades del sector salud y determina la vigencia y derogatorias de la iniciativa.

**3. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA**

1. RELEVANCIA DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto de Ley responde al diagnóstico nacional sobre las personas en condición de dependencia funcional y sus cuidadores, quienes brindan atención permanente. En este contexto, la mayoría de las personas cuidadoras son mujeres, quienes realizan labores de cuidado con frecuencia sin ingreso ni apoyo económico, una proporción significativa se encuentra vinculada principalmente al régimen subsidiado de salud. Su trabajo es esencial para la preservación de la vida, la garantía de derechos y el bienestar de las personas en situación de discapacidad o dependencia funcional. No obstante, a pesar de su importancia en el núcleo familiar y comunitario y de los avances recientes en el reconocimiento de derechos, las tareas de cuidado siguen siendo mayoritariamente invisibilizadas en las políticas públicas de salud y protección social.

De acuerdo con los datos analizados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el Ministerio de Salud y Protección Social, se estima que en Colombia aproximadamente 1.026.133 personas realizan labores de cuidado o asistencia personal permanente a personas con discapacidad severa o dependencia funcional. Esta cifra evidencia la magnitud del fenómeno y su relevancia social, económica y sanitaria. Las personas cuidadoras enfrentan de manera frecuente elevadas cargas físicas y emocionales, jornadas prolongadas y limitadas condiciones de apoyo y acompañamiento institucional. Estas circunstancias progresivas en su bienestar y en su salud física, mental y social, aumentan el riesgo de presentar trastornos asociados al estrés, la fatiga, carga física particularmente de esfuerzos y exigencias musculoesqueléticas y el denominado "síndrome del cuidador quemado", "burnout" o "síndrome de sobrecarga".

Si bien el país ha avanzado en el reconocimiento del trabajo de cuidado con la promulgación de la Ley 2297 de 2023 y el Documento CONPES 4143 de 2023, aún no existe un marco normativo que garantice una atención prioritaria e integral en salud a quienes desempeñan estas labores de forma permanente. Las disposiciones actuales abordan la corresponsabilidad social del cuidado, pero no definen mecanismos concretos para asegurar la atención médica preventiva, la asistencia psicológica, la atención prioritaria en los centros de salud, ni la inclusión de los cuidadores en las rutas diferenciales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
La Corte Constitucional, en las sentencias C-400 de 2024, T-011/2025 y T-124 de 2025, ha reconocido expresamente el derecho fundamental al cuidado y la obligación del Estado de garantizar la protección integral de las personas cuidadoras, mediante medidas orientadas a salvaguardar la salud mental, su derecho al descanso y bienestar en general. Sin embargo, el reconocimiento jurisprudencial de estos derechos y obligaciones requiere ser materializado mediante disposiciones concretas que definan las medidas, mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar su implementación efectiva y progresiva en todo el territorio nacional.
En este sentido, el proyecto de Ley propone establecer un régimen especial de atención prioritaria e integral en salud dirigido a las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes, con el propósito de garantizar la protección de su bienestar físico, mental y social, así como prevenir las enfermedades y afectaciones derivadas del estrés crónico asociado a la labor del cuidado y fortalecer la corresponsabilidad social del Estado, las familias y la comunidad en torno a esta función esencial. La iniciativa contempla medidas orientadas a garantizar el acceso preferente a los servicios de salud, la realización periódica de exámenes médicos, la extensión de los servicios domiciliarios y la formación en autocuidado, prevención de riesgos y adopción de hábitos de vida saludables.

La aprobación de este proyecto constituye un paso decisivo hacia la consolidación de una política pública efectiva en materia de cuidado, orientada al reconocimiento y la protección de no sólo la inclusión económica y laboral de las personas cuidadoras como sujetos de especial protección constitucional, sino además garantizar el derecho fundamental a la salud bajo un acceso preferente. Garantizar su bienestar no solo mejora su calidad de vida, sino que contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud y a la protección integral de las personas en situación de discapacidad severa.

En este sentido, el proyecto de Ley busca hacer efectivos los principios constitucionales de dignidad humana, igualdad material, solidaridad y corresponsabilidad social, reconociendo que las labores de cuidado constituyen un componente esencial del bienestar individual y colectivo. De esta manera, la iniciativa representa un avance hacia la construcción de un país más justo, solidario y comprometido con el reconocimiento social y la garantía de los derechos de quienes cuidan.

**2. CONTEXTO Y DIAGNÓSTICO NACIONAL**

Las labores de cuidado de las personas en condición de discapacidad severa y/o dependencia funcional en Colombia recaen principalmente en el núcleo familiar, en su mayoría asumidas por las mujeres, quienes desempeñan esta labor sin una remuneración y sin un reconocimiento efectivo en el sistema de protección social, lo que genera condiciones de vulnerabilidad económica y social para quienes la ejercen. Lo anterior, es ilustrado en el CONPES 4143 de 2025, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) del DANE del año 2021, en donde se expone que existen 6,8 millones de personas cuidadoras no remuneradas de tiempo completo de personas con discapacidad, adultos mayores, niños o personas con enfermedades crónicas, de las cuales el 85,7% (5,8 millones) son mujeres y el 14,3 % (972 mil) son hombres[1].
A pesar de la importante labor que desempeñan las personas cuidadoras para sostener el bienestar de las personas en condición de discapacidad, persiste la ausencia de un marco normativo integral y robusto de protección social y económica que reconozca y responda de manera adecuada el tiempo, esfuerzo y responsabilidades que demanda el trabajo de cuidado.

Las personas cuidadoras desempeñan un papel fundamental en la garantía y efectividad de los derechos a la vida, la inclusión y la salud de las personas con discapacidad. Sin embargo, desarrollan sus las labores de cuidado, en numerosos casos bajo condiciones de elevada carga física, mental y emocional, sin contar con mecanismos suficientes de apoyo institucional, medidas de alivio o descanso, y corresponsabilidad en el cuidado. Esta situación puede generar efectos adversos en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas cuidadoras, así como afectar la sostenibilidad de las labores de cuidado que desempeñan.
Lo anterior, ha sido documentado en la literatura médica como el denominado "síndrome del cuidador quemado", "burnout" o "síndrome de sobrecarga" definido como la condición física y mental que se origina como consecuencia del estrés crónico derivado del cuidado prolongado de una persona dependiente. Lo anterior, origina cambios en los hábitos de vida del cuidador, manifiesto en alteraciones de los roles familiares, retiro o impacto en el trabajo, repercusiones físicas y emocionales que derivan en estados de ira, culpa, frustración, ansiedad y agotamiento excesivo[2]. El Ministerio de Salud y Protección Social reconoció la importancia de este fenómeno en el Manual de cuidado al cuidador del año 2015:

> Esta responsabilidad familiar, le implica a la persona cuidadora principal afrontar eventos estresantes tales como: la dependencia progresiva; las conductas disruptivas que presenta el enfermo; la restricción de la libertad; la pérdida de estilos de vida anteriores; el abordaje de nuevas tareas relacionadas con la enfermedad; la interrupción de las tareas relacionadas con las demandas del ciclo vital.
> Lo que genera circunstancias de sufrimiento emocional que pueden desencadenar en enfermedad. "Por lo menos en el 80% de los casos de enfermedad mental son las familias quienes asumen, en el propio domicilio, los cuidados de estos enfermos. El 65% de los familiares que cuidan directamente al enfermo sufrirán cambios sustanciales en sus vidas y una importante merma de su salud física o psíquica, llegando el 20% a desarrollar un cuadro

[1] Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES. Documento CONPES 4143: Política para el reconocimiento social y económico del trabajo de cuidado en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Febrero 14 de 2025. Pg. 35

[2] García-Rodríguez, L. C., Carreño-Moreno, S., & Chaparro-Díaz, L. Instrumentos para la medición de sobrecarga del cuidador en pacientes con enfermedad crónica: revisión psicométrica. Revista Universidad Industrial de Santander. Salud vol.55. Bucaramanga. 2023

intenso conocido como “burnout” o síndrome del cuidador quemado”[3].

El síndrome de sobrecarga o burnout se mide a través de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, el cual es uno de los instrumentos más usados para identificar la sobrecarga subjetiva en personas cuidadoras, porque permite valorar su estado físico, psicológico, social y emocional. Esta escala tiene alta sensibilidad y especificidad, porque ayuda a detectar sobrecarga intensa asociada con mayor morbilidad médica, psíquica y social, además de problemas como depresión, ansiedad e insomnio[4].

En ese sentido, el llamado síndrome del cuidador quemado no se diagnostica de manera aislada solo con un test, pero la escala de Zarit sirve como una herramienta clínica y estandarizada para identificar riesgos, grados de sobrecarga y posible agotamiento del cuidador. Con base en sus puntos de análisis, una puntuación inferior a 46 indica ausencia de sobrecarga, entre 47 y 55 sugiere sobrecarga, y por encima de 56 refleja sobrecarga intensa, lo que orienta la valoración profesional y la intervención oportuna[5]. Aproximación estadística de los cuidadores de la población con discapacidad severa o dependencia funcional.

Frente a los impactos derivados de las labores del cuidado de personas en condición de discapacidad o en situación de dependencia funcional, es preciso señalar que, en la actualidad, Colombia no cuenta con un registro o estadística unificada que permita determinar el número total de cuidadores permanentes de personas en condición de discapacidad. De allí, que sea necesario avanzar en la identificación y consolidación de una cifra global que permita aproximarse a la realidad de las personas cuidadoras, de acuerdo con los datos oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y del Ministerio de Salud y Protección Social.

En desarrollo de lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley 2297 de 2023[6], el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2646 de 2024, mediante la cual se establecieron disposiciones para la implementación y operación del Sistema de Registro de Caracterización e Identificación de los Cuidadores o Asistentes Personales de Personas con Discapacidad. De acuerdo con la información registrada en el Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad, con corte a abril de 2026, en el país se encuentran registradas 38.135 personas cuidadoras o asistentes personales. De ese total 33.569 son mujeres lo que corresponde al 88%, mientras que 4.185 son hombres equivalentes al 11%.[7]

[3] Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de cuidado a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. 2015. Pg. 18

[4] Estrada Duran, D. M., Bello Sánchez, Y., Ruiz Urióstegui, C. I., Muñoz Madrid, M. A., & Barrientos Cosme, G. Nivel de sobrecarga del cuidador del adulto mayor con dismovilidad en atención primaria. Revista Sanitaria de Investigación, 5(11). 2024

[5] Instituto Mexicano del Seguro Social. *Detección y manejo del colapso del cuidador* (Guía de Evidencias y Recomendaciones, GPC-IMSS-781-15). Dirección de Prestaciones Médicas. 2015 [en línea] disponible en: https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781GER.pdf

[6] Diario Oficial. Ley 2297. *“Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones”*. No. 52.440. Junio 28 de 2023

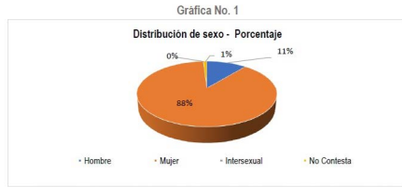
[7] Ministerio de Salud y Protección Social. Reiteración para la atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad. Junio de 2026.

Tabla No. 1

| Distribución de sexo | | |
|---|---|---|
| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
| Hombre | 4.185 | 11% |
| Mujer | 33.569 | 88% |
| Intersexual | 14 | 0% |
| No Contesta | 367 | 1% |
| Total | 38.135 | 100% |

*Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad RLCPD, corte: 30 de abril de 2026*

Gráfica No. 1




*Fuente: Módulo del Registro de Cuidadores o asistentes personales de personas con discapacidad - RLCPD, corte: 30 de abril de 2026*

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Reiteración para la atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad. Junio de 2026. Pg. 33

Por otra parte, la medición de la población con discapacidad en Colombia[8] ha presentado variaciones en función de las metodologías y enfoques utilizados[9], principalmente por el Departamento Nacional de Estadística (DANE). Es así, como se registran diferentes operaciones estadísticas realizadas a partir del año 2018. De acuerdo con el Censo Nacional de Población y vivienda[10] que estimó un total de 3.134.036 personas presentaban dificultades para realizar actividades básicas diarias, cifra equivalente al 7,1% del total de la población colombiana [11]. Posteriormente la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) del año 2021, registro un total de 2.8 millones, el número de personas de cinco años y más con discapacidad equivalente al 5,7% de la población total. A su vez, la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT)[12] estimó para ese periodo un total de 2.499.176 personas con

[8] El Ministerio de Salud y Protección Social, entiende por persona en condición de discapacidad *“aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con el entorno, encuentran diversas barreras, que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos. (Convención de la ONU, 2006, y Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, OMS, 2002)”*.

[9] *“En Colombia existen dos grandes enfoques para la medición estadística de la discapacidad: la primera es el set de preguntas sobre dificultades en el funcionamiento humano, recomendada por el Grupo de Washington para realizarse en censos y encuestas, enfoque utilizado en operaciones estadísticas del DANE. La segunda es la adoptada para los registros administrativos, principalmente el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social”*. DANE. Estado actual de la medición de la discapacidad en Colombia. Nota Estadística, 2022

[10] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Funcionamiento humano. Resultados censo nacional de población y vivienda 2018. 2019

[11] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Panorama general de la discapacidad en Colombia. 2020

[12] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta nacional de calidad de vida (ECV). 2020 - 2021

discapacidad correspondiente al 5,0% del total de la población[13].

Estas diferencias evidencian la necesidad de considerar el enfoque metodológico y la fuente estadística utilizada al analizar la magnitud y las características de la población con discapacidad en el país.

Tabla 1. Medición total personas en condición de discapacidad DANE

| TIPO DE MEDICIÓN DANE | CENSO POBLACIONAL 2018 | Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) 2021 | Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2020 - 2021 |
|---|---|---|---|
| Total personas condición discapacidad | 3,1 millones | 2,8 millones | 2,5 millones |
| Porcentaje población total nacional | 7,1% | 5,7% | 5,0% |

Fuente: DANE. El diamante del cuidado frente a la experiencia de la discapacidad en Colombia: Una aproximación a los requerimientos diferenciales de las personas con discapacidad y de sus propios cuidadores en 2021. (2023).

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad[14] -RLCPD- reportó con corte a marzo de 2026, un total de 534.582 personas con discapacidad registradas a nivel nacional[15] (Ver gráfico 1), Estos datos corresponden a los registros efectuados bajo la metodología de valoración y certificación establecida en la Resolución 113 del 2020, cuya implantación se inició en este mismo año.

No obstante, el registro RLCPD se encuentra en funcionamiento desde el año 2002 bajo la metodología de registro anterior, con corte de junio del año 2019 se habían registrado un total de 1.486.213 personas con discapacidad[16] En consecuencia, las cifras correspondientes a los períodos señalados deben interpretarse teniendo en cuenta las diferencias metodológicas existentes entre los mecanismos de registro y certificación implementados antes y después de la expedición de la Resolución 113 de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Gráfico 1. Total, personas en condición de discapacidad según RLCPD y Censo DANE




| | RLCPD 2026 | RLCPD 2019 | Censo 2018 |
|---|---|---|---|
| Total personas condición discapacidad | 534582 | 1486213 | 3134036 |

[13] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). El diamante del cuidado. 2023

[14] El Ministerio de Salud y Protección Social, entiende por persona en condición de discapacidad *“aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con el entorno, encuentran diversas barreras, que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos. (Convención de la ONU, 2006, y Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, OMS, 2002)”*.

[15] Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). Documento CONPES 4198: Política Nacional de Discapacidad. Bogotá, D.C. Departamento Nacional de Planeación. 2026

[16] Ministerio de Salud y Protección Social. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD-. 2019

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD-, 2026- 2019 y DANE 2018.

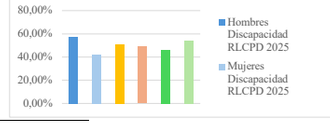
Es importante precisar que el RLCPD se actualiza de manera mensual, razón por la cual la proyección del número total de personas registradas presenta variaciones. Ahora bien, al contrastar la información del RLCPD correspondiente a los años 2019 y 2026 con los resultados del último censo poblacional realizado por el DANE en 2018, se evidencia un significativo subregistro de las personas con discapacidad. Esta situación pone en alerta las dificultades en materia de cobertura y actualización de los sistemas de información a nivel nacional, las cuales pueden incidir en la adecuada formulación, focalización, implementación y seguimiento de las políticas públicas dirigidas tanto a las personas con discapacidad como a sus cuidadores.

En cinco años de vigencia de la nueva metodología del RLCPD, el registro sólo ha alcanzado aproximadamente el 18% del total estimado de personas en condición de discapacidad identificado a partir del censo poblacional de 2018 y la cifra para el año 2019 registró aproximadamente el 47,4% de dicha población. Estas cifras permiten advertir una brecha significativa entre la población estimada y aquella efectivamente identificada y caracterizada mediante el registro. Lo anterior, fue expuesto en el CONPES 4198 de 2026 que identifico como una debilidad de los sistemas de información en Colombia, las limitaciones existentes para disponer de estadísticas completas y confiables sobre la población con discapacidad:

> “La debilidad de los sistemas de información sobre discapacidad en Colombia perpetúa su invisibilidad estadística y limita la formulación de políticas públicas efectivas A pesar de la creación del Observatorio Nacional de Discapacidad con el objetivo de mejorar la recopilación y el análisis de datos; su desconocimiento y subutilización han restringido su impacto. La baja disponibilidad de datos completos, precisos y desagregados sobre las personas con discapacidad impide caracterizar adecuadamente sus condiciones de vida y dificulta el diseño de intervenciones basadas en evidencia (Asamblea General de la ONU, 2018).
>
> Aunque entidades como el DANE han incorporado enfoques interseccionales y diferenciales en sus sistemas de información, persisten deficiencias sustantivas para captar información sobre dimensiones propias de las personas con discapacidad”[17].

A corte de julio del año 2025, el RLCPD[18] reportó un total de 488.307 personas con discapacidad, de las cuales el 57,3% (279.910 personas) son hombres y el 42,3% (206.060 personas) son mujeres. Para el año 2019, el mismo registro reportó que el 51% (759.434) correspondía a hombres y el 49% (736.595) a mujeres. Respecto del Censo Nacional de población y vivienda de 2018 de las 3.134.036 de personas que reportaron dificultades para realizar actividades básicas diarias, el 54% (1.692.612) fueron mujeres y el 46% (1.441.424) hombres.

Gráfico 2. Personas en condición de discapacidad según sexo del RLCPD 2025 y 2019 vs Censo 2018 DANE



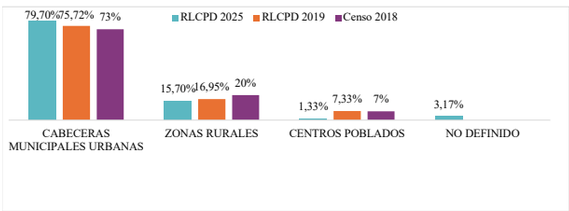

[17] Documento CONPES 4198: Política Nacional de Discapacidad. 2026. Pg. 103

[18] Ministerio de Salud y Protección Social. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD. Consulta CUBO Discapacidad en Colombia. Corte julio 2025

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD-, 2025. DANE, 2019 y DANE

En relación con la distribución territorial de las personas con discapacidad registradas en zonas rurales y urbanas del RLCPD correspondiente a 2025, el 79,7% (389.291 personas) se encuentran ubicadas en cabeceras municipales urbanas, el 15,7% (77.025 personas) en zonas rurales, el 1,33% (6.499 personas) en centros poblados y el 3,17% (15.492 personas) no registra información sobre su ubicación. Los porcentajes del RLCPD del año 2019[19] consolidó que aproximadamente el 75,72% de las personas en condición de discapacidad se encontraba ubicadas en cabeceras municipales, el 7,33% en centros poblados y el 16,95% en zonas rurales. El Censo del año 2018 estimó que el 73% de las personas que presentaban alguna dificultad para realizar actividades básicas diarias se encontraban ubicadas en cabeceras municipales, el 7% en centros poblados y el 20% en rural disperso.

Gráfico 3. Distribución zonas rurales y urbanas personas con discapacidad según RLCPD y Censo DANE




Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. -RLCPD, 2025 - 2019 y DANE 2018.

Las cifras anteriores reflejan una mayor concentración de personas con discapacidad en las zonas urbanas, esta distribución podría favorecer, la disponibilidad y proximidad de la infraestructura en la cobertura de los servicios de salud, ello no garantiza un acceso efectivo, preferente y prioritario de los cuidadores a los servicios de salud, ni que hayan superado las barreras administrativas que puedan limitar o dificultar su atención. Por otra parte, las personas que se encuentran en las zonas rurales enfrentan problemáticas asociadas por la dispersión geográfica en donde hay una menor oferta de servicios de atención en salud, situación que se traslada a los cuidadores principales. En consecuencia, estas condiciones pueden generar una sobrecarga por los desplazamientos, los altos costos en transporte y un riesgo elevado de afectaciones a la salud y bienestar.

Respecto a los datos de inclusión en el sistema general de seguridad social en salud, de acuerdo con los datos del registro de RLCPD correspondiente al año 2025, se observa que el 64,89% (316.901 personas) de la población registrada se encuentra afiliada al régimen subsidiado, mientras que el 28,33% (138.385 personas) se encuentra afiliado al régimen contributivo. No obstante, estos datos evidencian que aproximadamente el 93,22% de la población se encuentra afiliada al sistema de salud, la mayoría pertenece al régimen subsidiado y en menor medida al régimen contributivo, lo que refleja menor formalidad laboral y diferencias en el tipo de cobertura y acceso a servicios especializados en salud.

De las estadísticas anteriormente expuestas se deprende la magnitud de la situación que enfrentan las personas con discapacidad y/o dependencia funcional que requieren cuidados o apoyos permanentes por parte de un cuidador. De acuerdo con el estudio elaborado por el DANE con base en los resultados del Censo de Población del 2018 expuso que: "1.784.372 (4,07% de la población del país) reportaron tener dificultades en los niveles de severidad 1 o 2 según la escala del Washington Group"[20] (DANE)[21].

A su vez la ENCV del año 2021 evidenció que "de las 2.847.000 personas con al menos una discapacidad, el 47,6% (1.355.172 personas) presenta dificultades severas y requiere cuidados permanentes asumidos en un 75% por alguna persona en el hogar"[22],lo que permite aproximar que 1.016.379 son personas cuidadoras en el hogar. En este sentido, la Corte Constitucional mediante Sentencia T-498/24, reiteró el deber del Estado colombiano de adoptar medidas orientadas a garantizar los apoyos necesarios para el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) del año 2021, determinó que "cerca de 6,5 millones de personas en Colombia, un 13,2% de la población, ejerce actividades de cuidado, de las cuales el 78,0% son mujeres y solo 22,0% hombres. Entre los hogares con presencia de personas con discapacidad, los cuales concentran alrededor de 7,2 millones de personas del país (13,5%), se identifican cerca de 1,1 millón de personas cuidadoras. Entre ellas el 75% son mujeres y el 25% hombres"[23]. Esta cifra es relevante porque permite determinar que, aproximadamente 1.035.887 son cuidadores de personas en condición de discapacidad, cifra que se aproxima al dato de la ENCV del 2021.

Con base en los resultados de la Encuesta Nacional de calidad de Vida (ENCV) 2021, que registra 1.016.379 personas cuidadoras y de la Encuesta Nacional de uso del Tiempo (ENUT) 2021, que identifica 1.035.887 personas cuidadoras, se estima un promedio nacional de 1.026.133 personas cuidadores en los hogares en los que residen personas con discapacidad severa o en situación de dependencia funcional en Colombia. Esta cifra corresponde aproximadamente el 2% de la población del país. Así mismo, los resultados evidencian una elevada prevalencia de la necesidad de cuidado permanente para personas con discapacidad severa, se estima que aproximadamente el 49,4 %, de esta población requiere de un cuidador permanente lo que significa que cerca de una de cada dos personas con discapacidad severa en Colombia necesita un cuidador permanente.

Tabla 2. Estimaciones de población con discapacidad (severa) y cuidadores permanentes

| Fuente | Población con discapacidad | Severidad / condición | Estimación de cuidadores |
|---|---|---|---|
| Censo 2018 (DANE, 2020) | 1.784.372 personas con nivel de severidad 1 y 2 de discapacidad | Dificultades severidad 1 o 2 (WG) | 1.784.372 |
| ENCV 2021 (DANE, 2023) | 2.847.000 personas con al menos una discapacidad | 47,6% (1.355.172) con dificultades severas que requieren cuidados permanentes | 1.016.379 cuidadores (75% en el hogar) |
| ENUT 2021 (DANE, 2023) | 2.499.176 personas con discapacidad | | 1.035.887 cuidadores identificados (75% mujeres, 25% hombres) |
| TOTAL PROMEDIO NACIONAL | | | 1.026.133 cuidadores |

Afectaciones y barreras que enfrentan los cuidadores de personas con discapacidad o dependencia funcional para acceder a los servicios de salud

El bienestar de las personas cuidadoras o asistente personales de personas con discapacidad severa o dependencia funcional constituye un elemento esencial para garantizar la calidad de vida, la dignidad y el bienestar de la persona que requiere cuidado. Esta relación ha sido reconocida por la Corte Constitucional en diferentes decisiones relacionadas con el derecho al cuidado y particularmente en la Sentencia T-124 de 2025, en la que advierte que en determinados casos las EPS, sólo identifican las necesidades de salud del paciente o persona que requiere cuidado permanente y se desconoce o no se valora de forma adecuada el escenario o entorno de cuidado:

> […] Existe un alto riesgo de que se desconozca la realidad del núcleo familiar y se mantengan cargas desproporcionadas que vulneren no solo el derecho a la salud del paciente, sino también los derechos fundamentales del cuidador. La ausencia de este análisis puede derivar en la imposición de una labor de cuidado sobre un familiar que no cuenta con las condiciones físicas, emocionales o materiales para asumirla, lo que impacta su bienestar, autonomía y calidad de vida. Al mismo tiempo, la falta de una asistencia adecuada puede comprometer la atención y el tratamiento del paciente, aumentando el riesgo de deterioro en su salud[24]

Bajo el anterior contexto de riesgo, resulta necesario identificar y adoptar medidas de protección social dirigidas a las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad severa o funcional con el propósito de garantizar una atención integral, oportuna y adecuada en salud prioritaria que incluya los servicios de asistencia psicológica y física acordes con las afectaciones derivadas del ejercicio de las labores de cuidado. De acuerdo con lo señalado en el CONPES 4143 de 2025, 64,8% de las personas cuidadoras se encuentran afiadas al régimen subsidiado de salud, mientras que aproximadamente el 7,3% no se encuentran afiliadas a ningún régimen, lo que evidencia barreras de acceso del derecho a la salud. Esta situación evidencia la persistencia de barreras para el acceso efectivo al derecho fundamental a la salud de esta población y la necesidad de fortalecer las medidas orientadas a garantizar su cobertura y atención. A lo anterior se suman otras barreras de acceso relacionadas con las demoras en la atención especializada, los costos asociados al desplazamiento hacia los centros de salud y la ausencia de rutas diferenciales que reconozcan las condiciones particulares de las personas cuidadoras con riesgo de afectación de su salud física y mental derivado del rol que desempeñan.

Existen dificultades en el acceso a los servicios de especialistas y rehabilitación, demoras en la atención requerida y baja comprensión sobre procedimientos médicos. Solo el 44 % de las personas que requirieron órdenes para especialistas, exámenes, rehabilitación, medicamentos o productos de apoyo pudo acceder a todos ellos, el 27 % a algunos, y el 29 % a ninguno (DNP, 2020). Por su parte, el 13 % de las personas tuvieron que presentar una tutela para poder acceder a servicios médicos[25].

El Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud emitieron en el mes de junio del año 2026, la Circular Conjunta No. 000022[26], en donde se pueden identificar diversas afectaciones y barreras que enfrentan los cuidadores de personas con discapacidad para acceder a los servicios de salud. Entre las principales se enuncian las siguientes:

1. Baja utilización de servicios de salud propios: una de las afectaciones más críticas es que los cuidadores suelen descuidar su propia atención médica por priorizar la de la persona a su cargo. Del registro oficial de 38.135 cuidadores, el 89 % manifestó no haber asistido a servicios de salud en el último año. Además, existe el riesgo de subdiagnóstico ante la baja frecuencia del uso del sistema de salud, lo que genera un riesgo elevado de enfermedades, falta de controles preventivos y acumulación de problemas de salud física y mental.
2. Los cuidadores han visibilizado, a través de espacios de diálogo nacional, que enfrentan obstáculos persistentes en el sistema como la fragmentación y trámites, la dispersión terapéutica y las barreras administrativas que impiden un acceso ágil a los servicios de salud. También, falta de tiempo y recursos debido a la labor de cuidado, barreras económicas y dificultades de acceso geográfico; desconocimiento de derechos, ya que existe una brecha de información que impide a los cuidadores ejercer plenamente su derecho a la salud.
3. Afectaciones en salud física y mental: la labor de cuidado, que la mayoría de los casos es permanente y no remunerada, genera un desgaste acumulativo, manifiesto a través del síndrome de sobrecarga. Resultados de la Escala Zarit han identificado que un porcentaje significativo de cuidadores presenta sobrecarga intensa (7,32 %) o sobrecarga ligera (24,23 %), lo que demanda atención psicosocial urgente. Trastornos físicos, ante el cuidado prolongado sin apoyos deriva en estrés crónico, agotamiento emocional y trastornos musculoesqueléticos.
4. Limitación extrema del autocuidado: la dedicación casi exclusiva al cuidado del otro reduce drásticamente el tiempo para el bienestar personal del cuidador: El 47% de los cuidadores reporta dedicar menos de una hora diaria al autocuidado, mientras que solo el 20 % logra dedicar más de dos horas. Para el 62 % de los cuidadores, esta labor se ha extendido por más de 10 años, lo que cronifica el desgaste y la falta de acceso a servicios preventivos de salud.
5. Vulnerabilidad por falta de afiliación: a pesar de la universalidad del sistema de salud en el país, persiste una brecha de aseguramiento al mismo: el 7,3 % de las personas cuidadoras no remuneradas no se encuentra afiliada al sistema de salud, lo que las deja en una situación de total vulnerabilidad ante enfermedades derivadas de su labor. Para mitigar estas afectaciones, la normativa actual (Ley 2297 de 2023 y la Circular 022 de 2026) ordena a las EPS e IPS implementar marcadores de prioridad, asignar citas de medicina general en máximo 3 días y promover la atención dual (atender simultáneamente al cuidador y a la persona con discapacidad) para reconocer el carácter inseparable del cuidado, medidas que han sido retomadas en esta iniciativa legislativa.

[19] Ministerio de Salud y Protección Social. Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD-. 2019

[20] La escala del Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad -GW-define 4 niveles para medir el funcionamiento de las personas en condición de discapacidad en diferentes dominios: nivel 1: No puede hacerlo. Nivel 2: Sí, con mucha dificultad. Nivel 3: Sí, con alguna dificultad. Nivel 4: Sin dificultad. Los primeros niveles 1 y 2 identifican un nivel de severidad en la condición de discapacidad que imposibilita la realización total de una tarea o que requiere un nivel de esfuerzo extremo para poder realizarla. (DANE, 2022, pp. 15)

[21] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Panorama general de la discapacidad en Colombia. 2020

[22] Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). El diamante del cuidado. 2023

[23] Ibid.

[24] Sentencia T-124 de 2025. Corte Constitucional de Colombia. Servicio de cuidador permanente. Deber de realizar una valoración integral del entorno del paciente. Abril 8 de 2025. Magistrado sustanciador: Miguel Polo Rosero

[25] Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES. Documento CONPES 4143: Política para el reconocimiento social y económico del trabajo de cuidado en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. 2025

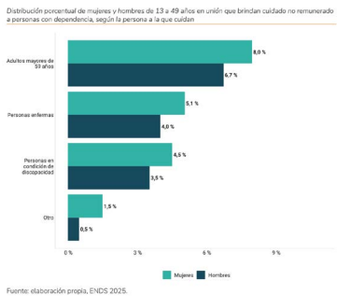
[26] Ministerio de Salud y Protección Social & Superintendencia Nacional de Salud. Circular Conjunta No. 000022: Atención en salud de personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad. Bogotá D.C., Colombia. Junio 30 de 2026

**4. CONSIDERACONES ADICIONALES DE LA PONENTE**

La ponente considera especialmente relevante que el presente proyecto aborde las necesidades de salud de las personas cuidadoras desde el concepto de dependencia funcional, sin circunscribir su protección exclusivamente al cuidado de personas con discapacidad.

La necesidad permanente o significativa de cuidado puede presentarse por distintas circunstancias. Una enfermedad grave o crónica, el deterioro funcional asociado al envejecimiento u otras condiciones de salud pueden limitar la autonomía de una persona y hacer necesario el apoyo de un tercero para desarrollar actividades de la vida diaria, aun cuando no exista una condición de discapacidad.

Esta realidad encuentra respaldo en los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2025, que al estudiar las prácticas de cuidado no remunerado de personas con dependencia diferencia expresamente entre el cuidado de personas enfermas, personas con discapacidad, personas adultas mayores de 59 años y otras personas con dependencia.[27]




Fuente: elaboración propia, ENDS 2025.

Los resultados de la ENDS 2025 evidencian, además, una realidad que resulta especialmente relevante para el análisis de esta iniciativa, las labores de cuidado continúan recayendo mayoritariamente sobre las mujeres.

[27] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/publicacion-roles-genero-ends-2025.pdf

Entre las personas de 13 a 49 años que viven en unión y realizan actividades de cuidado no remunerado, la encuesta encontró que por cada diez hombres que cuidan a una persona enferma existen aproximadamente trece mujeres que realizan esta labor. La diferencia aumenta en el cuidado de personas adultas mayores de 59 años, con dieciocho mujeres por cada diez hombres, y alcanza su mayor magnitud frente a otras condiciones de dependencia, con treinta y una mujeres cuidadoras por cada diez hombres.

Estos resultados muestran que la discusión sobre la salud de las personas cuidadoras también debe analizarse desde una perspectiva de género. La distribución desigual de las responsabilidades de cuidado implica que las cargas físicas, emocionales y sociales asociadas a estas labores afectan de manera particular a las mujeres.

La propia ENDS advierte, además, que aunque se observan transformaciones en algunos imaginarios sociales sobre los roles de género, las prácticas asociadas al cuidado mantienen importantes desigualdades, particularmente entre las mujeres con menores niveles de riqueza y educación y aquellas que habitan en zonas rurales.

En este contexto, garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de las personas cuidadoras adquiere especial importancia. Las responsabilidades permanentes de cuidado pueden convertirse en una barrera material para que quien cuida pueda desplazarse, asistir a una consulta, realizarse controles preventivos o atender oportunamente afectaciones de su propia salud.

Por ello, uno de los aportes relevantes de esta iniciativa consiste en reconocer que la necesidad de protección de quien cuida no depende exclusivamente de que la persona cuidada tenga una discapacidad, sino de la existencia de una situación real de dependencia funcional y de las cargas que de ella se derivan.

El proyecto permite así complementar los avances normativos existentes en materia de personas cuidadoras de personas con discapacidad, incorporando una realidad más amplia: la de quienes dedican parte significativa de su vida al cuidado de una persona enferma, adulta mayor o que, por cualquier otra circunstancia, ha perdido autonomía y requiere asistencia para desarrollar las actividades de la vida diaria.

Avanzar en la protección de la salud de esta población supone también reconocer una realidad que las cifras nacionales hacen evidente: proteger a las personas cuidadoras es, en una proporción importante, adoptar medidas que inciden directamente en la salud y el bienestar de las mujeres que históricamente han asumido estas labores de manera desproporcionada.

A lo anterior se suma la evidencia obtenida en estudios realizados específicamente con cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. Particularmente relevante resulta la investigación "Cuidadores y cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia: más similitudes que diferencias", desarrollada en el marco del Programa para la Disminución de la Carga de la Enfermedad Crónica en Colombia y financiada mediante convocatoria de Colciencias, en la que participaron 1.555 cuidadores familiares provenientes de las cinco regiones geográficas del país.[28]

Los resultados permiten dimensionar la intensidad y permanencia que puede alcanzar el cuidado derivado de una enfermedad. El 76 % de las personas cuidadoras estudiadas eran mujeres y más del 80 % había asumido esta labor desde el momento mismo del diagnóstico de la enfermedad. Entre las mujeres cuidadoras, el 27 % reportó dedicar 24 horas diarias al cuidado y el 44 % llevaba más de 36 meses ejerciendo esta labor.

El estudio evaluó además la carga mediante la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, encontrando algún grado de sobrecarga en el 33 % de las mujeres y el 31 % de los hombres cuidadores. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto del nivel de sobrecarga, la investigación sí evidencia la marcada participación femenina en estas labores y la exposición prolongada que supone el cuidado de una persona con enfermedad crónica.

Estos resultados resultan especialmente pertinentes para el presente proyecto porque muestran que las cargas del cuidado no se originan exclusivamente en situaciones de discapacidad. Una enfermedad grave o crónica puede evolucionar hasta generar pérdida de autonomía y dependencia funcional, haciendo necesario el apoyo permanente o significativo de un tercero. En estos escenarios, la intensidad y duración del cuidado pueden terminar afectando también la salud y la calidad de vida de quien cuida.

De allí que la protección propuesta por esta iniciativa deba atender a la situación material de dependencia funcional y a las cargas reales que asume la persona cuidadora, independientemente de que dicha dependencia tenga su origen en una discapacidad, una enfermedad grave o crónica, el envejecimiento u otra condición que limite la autonomía de la persona.

**5. CONCEPTOS**

En el marco del estudio de la presente iniciativa legislativa, se solicitó concepto técnico al Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de contar con su análisis sobre el alcance, viabilidad e implementación de las medidas previstas en el proyecto. A la fecha de elaboración de la presente ponencia no se ha recibido respuesta por parte de dicha cartera. No obstante, atendiendo los términos establecidos para la presentación de la ponencia, se procede con su radicación, sin que ello obste para que el concepto pueda ser allegado durante el trámite legislativo y sea estudiado y valorado en el curso del debate.

[28] https://rcientificas.uninorte.edu.co/salud/es/article/view/6988/8334

**6. PLIEGO DE MODIFICACIONES**

| TEXTO RADICADO | TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE | COMENTARIOS |
|---|---|---|
| TITULO: Por medio de la cual se establece un Régimen Especial de Atención Prioritaria e Integral en salud para las personas cuidadoras o asistenciales de personas con discapacidad o dependencia funcional y se dictan Otras disposiciones. | "Por medio de la cual se establecen **medidas para fortalecer** la atención prioritaria e integral en salud para personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad o dependencia funcional y se dictan otras disposiciones" | El proyecto no crea propiamente un régimen especial de seguridad social en salud, sino medidas específicas de acceso, prevención, atención, seguimiento y priorización dentro del SGSSS. Por ello, la modificación precisa el alcance de la iniciativa y evita que la expresión "régimen especial" pueda confundirse con los regímenes especiales o exceptuados existentes. |
| ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente Ley tiene por objeto garantizar el acceso efectivo a una atención integral, prioritaria, preventiva y oportuna en salud para las personas cuidadoras o asistentes personales, sean familiares o no, que presten apoyo a personas con dependencia de cuidados o dependencia funcional, para lo cual se establecerán medidas y acciones orientadas a promover, proteger, mantener y recuperar su bienestar físico, mental y social, mediante la prevención, atención y seguimiento de las afectaciones en salud asociadas a las labores de cuidado, en particular las enfermedades derivadas del | SIN MODIFICACONES | SIN MODIFICACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| estrés crónico y fortalecer la corresponsabilidad social en materia de salud. | | |
| ARTÍCULO 2°. Definiciones. Para efectos de la presente Ley se entenderá por:<br>a) Derecho humano al cuidado: Es el derecho fundamental de toda persona a cuidar, recibir cuidados y ejercer el autocuidado en condiciones de, igualdad y no discriminación, sin distinción de raza, sexo, género, origen nacional o familiar, o cualquier otra condición. Este derecho comprende el derecho a ser cuidado; el derecho a cuidar; y el derecho al autocuidado. Asimismo, abarca el conjunto de acciones, relaciones en los principios de solidaridad, cooperación, corresponsabilidad y respeto, orientadas a proteger, mantener y promover la vida, de las personas que se encuentran en situación de dependencia funcional.<br><br>b)Persona cuidadora o asistente personal: Persona que, de manera continua y habitual, brinda atención, cuidado y apoyo a una persona en situación de dependencia, sea o no integrante de su núcleo familiar, con o sin remuneración. Su labor es esencial para garantizar el sostenimiento de la vida cotidiana, el bienestar de la persona que recibe el cuidado.<br><br>c)Persona dependiente de cuidado o con dependencia funcional: Persona que, como consecuencia de una discapacidad, una enfermedad grave o la edad avanzada, presenta una pérdida significativa, permanente o prolongada de la funcionalidad física, cognitiva, intelectual o sensorial, limitando su autonomía para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) para ello requiere apoyo o cuidado continuo de otra persona para su realización.<br><br>d)Dependencia funcional: Estado en el que una persona, por razones asociadas a la pérdida o limitación de su autonomía física, mental, intelectual o sensorial, presenta una incapacidad para realizar, por sí misma, una o más actividades básicas de la vida diaria, tales como bañarse, vestirse, movilizarse, alimentarse, usar el sanitario y trasladarse, entre otras, por lo cual requiere de manera permanente asistencia significativa de terceros o apoyos para el desarrollo de las actividades de cuidado personal.<br><br>e) Atención prioritaria en salud: Conjunto de medidas orientadas a garantizar el acceso preferente, oportuno, continuo e integral a los servicios de salud física y mental, incluidos los de promoción de salud, prevención de enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de conformidad con | **ARTÍCULO 2°. Definiciones.** Para efectos de la presente Ley se entenderá por:<br>a) Derecho humano al cuidado: Es el derecho fundamental de toda persona a cuidar, recibir cuidados y ejercer el autocuidado en condiciones de, igualdad y no discriminación, sin distinción de raza, sexo, género, origen nacional o familiar, o cualquier otra condición. Este derecho comprende el derecho a ser cuidado; el derecho a cuidar; y el derecho al autocuidado. Asimismo, abarca el conjunto de acciones, relaciones en los principios de solidaridad, cooperación, corresponsabilidad y respeto, orientadas a proteger, mantener y promover la vida, de las personas que se encuentran en situación de dependencia funcional.<br><br>b) Persona cuidadora o asistente personal: Persona que, de manera continua y habitual, brinda atención, cuidado y apoyo a una persona en situación de dependencia, sea o no integrante de su núcleo familiar, con o sin remuneración. Su labor es esencial para garantizar el sostenimiento de la vida cotidiana, el bienestar de la persona que recibe el cuidado.<br><br>c) Persona dependiente de cuidado o con dependencia funcional: Persona que, independientemente de la causa que origine su condición, presenta una pérdida significativa, permanente o prolongada de la funcionalidad física, cognitiva, intelectual o sensorial, limitando su autonomía para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), para ello requiere apoyo o cuidado continuo de otra persona para su realización.<br><br>d) Dependencia funcional: Estado en el que una persona, por razones asociadas a la pérdida o limitación de su autonomía física, mental, intelectual o sensorial, presenta una incapacidad para realizar, por sí misma, una o más actividades básicas de la vida diaria, tales como bañarse, vestirse, movilizarse, alimentarse, usar el sanitario y trasladarse, entre otras, por lo cual requiere asistencia significativa de terceros o apoyos para el desarrollo de las actividades de cuidado personal.<br><br>e) Atención prioritaria en salud: Conjunto de medidas orientadas a garantizar el acceso preferente, oportuno, continuo e integral a los servicios de salud física y mental, incluidos los de promoción de salud, prevención de enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de conformidad con | El ajuste evita asociar automáticamente la dependencia funcional con discapacidad, enfermedad grave o edad avanzada. Lo determinante para la aplicación de la ley debe ser la existencia de una limitación funcional que genere necesidad de apoyo, independientemente de su causa.<br><br>Asimismo, se elimina la exigencia de que la asistencia sea necesariamente “permanente”, porque el propio proyecto contempla situaciones prolongadas y podría excluir injustificadamente a personas que requieren apoyos significativos sin que estos sean permanentes. |

| | | |
|---|---|---|
| la competencias y obligaciones a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). | la competencias y obligaciones a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). | |
| **ARTÍCULO 3°. PRINCIPIOS.** El presente proyecto de Ley se regirá por los siguientes principios:<br><br>a) Discriminación positiva: Los cuidadores o asistentes personales de personas con dependencia funcional serán reconocidos como sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con el principio de igualdad material mediante el acceso preferente, oportuno y efectivo a los servicios de salud, en atención a su situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta que pueden derivarse del ejercicio de sus labores de cuidado.<br><br>b) Dignidad humana: Reconocer y garantizar el valor y la dignidad de las personas que desempeñan labores de cuidado o asistencia personal a personas con dependencia funcional, las cuales deberán recibir un trato respetuoso y considerado, y sin discriminación. Se garantizará su acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, en condiciones de dignidad, en reconocimiento de la salud como derecho fundamental.<br>c) Corresponsabilidad social: El cuidado y el bienestar de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con dependencia funcional constituyen una responsabilidad compartida entre las familias, la comunidad, el sector privado y el Estado. Estos actores deberán articular sus acciones, de conformidad con los principios de complementariedad, subsidiariedad y concurrencia, para promover y garantizar condiciones de vida digna para quienes ejercen labores de cuidado. | **ARTÍCULO 3°. PRINCIPIOS.** El presente proyecto de Ley se regirá por los siguientes principios:<br><br>a) Igualdad material y acciones afirmativas: Los cuidadores o asistentes personales de personas con dependencia funcional podrán ser destinatarios de medidas de protección y acciones afirmativas orientadas a garantizar el acceso preferente, oportuno y efectivo a los servicios de salud, en atención a las condiciones de vulnerabilidad o cargas desproporcionadas que puedan derivarse del ejercicio de sus labores de cuidado.<br><br>b) Dignidad humana: Reconocer y garantizar el valor y la dignidad de las personas que desempeñan labores de cuidado o asistencia personal a personas con dependencia funcional, las cuales deberán recibir un trato respetuoso y considerado, y sin discriminación. Se garantizará su acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, en condiciones de dignidad, en reconocimiento de la salud como derecho fundamental.<br><br>c) Corresponsabilidad social: El cuidado y el bienestar de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con dependencia funcional constituyen una responsabilidad compartida entre las familias, la comunidad, el sector privado y el Estado. Estos actores deberán articular sus acciones, de conformidad con los principios de complementariedad, subsidiariedad y concurrencia, para promover y garantizar condiciones de vida digna para quienes ejercen labores de cuidado. | Se modifica el literal a) con el propósito de precisar el fundamento de la protección diferencial prevista para las personas cuidadoras o asistentes personales, en armonía con los principios de igualdad material y acciones afirmativas. La modificación mantiene el acceso preferente, oportuno y efectivo a los servicios de salud previsto en el proyecto, vinculando estas medidas a las condiciones de vulnerabilidad o cargas desproporcionadas que puedan derivarse del ejercicio de las labores de cuidado. |
| **ARTÍCULO 4°. Creación del Protocolo de Atención Priorizada y Diferencial en Salud para las Personas Cuidadoras o Asistentes Personales de Personas con Dependencia Funcional.** El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, diseñará, adoptará e implementará el Protocolo de Atención Priorizada y Diferencial en Salud para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con Dependencia Funcional, en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) y de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).<br><br>El protocolo establecerá las directrices, procedimientos y estándares mínimos para garantizar la atención integral de las personas cuidadoras o | SIN MODIFICACIONES | SIN MODIFICACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| asistentes personales permanentes, incluyendo, entre otros, los siguientes aspectos:<br><br>a. Garantizar el acceso oportuno, continuo y prioritario a los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención integral en salud física y mental y demás servicios de salud requeridos por las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes.<br><br>b. Establecer mecanismos para la identificación, registro y seguimiento clínico de las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).<br><br>c. Incorporar acciones de promoción de la salud, criterios de prevención, detección temprana y manejo integral de las enfermedades derivadas de las actividades y labores propias del cuidado.<br><br>d. Definir lineamientos específicos para la extensión de servicios de atención domiciliaria dirigidos a las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes, cuando la persona con dependencia funcional así lo disponga, incluyendo temas de apoyo psicosocial, rehabilitación física, cuidado integral y | | |

| | | |
|---|---|---|
| programas de autocuidado en salud.<br><br>e. Promover la coordinación y articulación entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las entidades territoriales de salud y las redes comunitarias de cuidado, con el fin de fortalecer el acceso efectivo, la continuidad de la atención y la prestación integral de servicios de salud dirigidos a las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes.<br><br>**PARÁGRAFO.** El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos técnicos, y metodológicos para la implementación del protocolo, incorporando los enfoques de género, territorial, diferencial, de ciclo vital y de derechos humanos, con el propósito de garantizar una atención prioritaria, preventiva e integral y promover el bienestar físico, mental y social de las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes. | | |
| **ARTÍCULO 5°. Atención prioritaria en los servicios de salud.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deberán garantizar la atención prioritaria a las personas cuidadoras o asistentes personales, familiares o no, de | SIN MODIFICACIONES | SIN MODIFICACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| personas con dependencia funcional, mediante la adopción de medidas que aseguren el acceso oportuno, continuo y efectivo a los servicios de salud, en los siguientes términos:<br><br>a. Asignación preferente de citas de medicina general y especializada.<br><br>b. Acceso prioritario a tratamientos médicos, terapéuticos y de rehabilitación física.<br><br>c. Atención preferente en servicios de salud mental, incluyendo los servicios de psicología y psiquiatría.<br><br>d. Atención prioritaria en los servicios de urgencias, de conformidad con los criterios de clasificación y valoración médica.<br><br>e. Eliminación de barreras administrativas que obstaculicen, retrasen o impidan el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud.<br><br>f. Entrega prioritaria de medicamentos, conforme a las prescripciones médicas.<br><br>PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los tiempos máximos para la prestación de la atención prioritaria, así como los mecanismos de seguimiento, verificación y cumplimiento que deberán | | |

| | | |
|---|---|---|
| aplicar las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). | | |
| **ARTÍCULO 6°. Seguimiento, vigilancia y garantía del acceso efectivo al Sistema General de Seguridad Social en Salud**. El Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de salud Departamentales, distritales y municipales y la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, deberán realizar las acciones de seguimiento, vigilancia y control orientadas a garantizar la afiliación efectiva y el acceso oportuno y preferente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de los y las cuidadoras de personas con dependencia funcional. | SIN MODIFICACIONES | SIN MODIFICACIONES |
| **ARTÍCULO 7°.** Exámenes médicos periódicos preventivos. El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará, a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), la realización de valoraciones, chequeos y exámenes médicos periódicos preventivos e integrales dirigidos a las personas cuidadoras y asistentes personales de personas con dependencia funcional, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la detección temprana y tratamientos efectivos de alteraciones en la salud física y mental, así como | SIN MODIFICACIONES | SIN MODIFICACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| a la adopción de medidas de atención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento oportuno frente a las afectaciones derivadas o asociadas con el ejercicio continuo de las labores de cuidado.<br><br>**PARÁGRAFO.** Los exámenes periódicos serán financiados con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes. | | |
| **ARTÍCULO 8°. Extensión de los servicios de asistencia domiciliaria en salud para los cuidadores permanentes.** En los casos en que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), presten servicios de asistencia domiciliaria en salud (Home Care) a personas con dependencia funcional, dichos servicios deberán extenderse al personal cuidador o asistentes personales, con el propósito de garantizar una atención integral, preventiva y continua en el entorno del cuidado.<br><br>PARÁGRAFO. La extensión de los servicios de asistencia domiciliaria en salud a la persona cuidadora o asistente personal comprenderá, como mínimo, los siguientes componentes, de conformidad con la valoración integral, el diagnóstico y las necesidades | SIN MODIFICACIONES | SIN MODIFICACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| específicas identificadas en cada caso:<br><br>a. Visitas domiciliarias de medicina general, orientadas al seguimiento del estado de salud física y ocupacional del cuidador, así como a la identificación temprana de factores de riesgo asociados a las labores de cuidado, de acuerdo con la valoración médica inicial.<br><br>b. Atención psicológica domiciliaria, dirigida a la prevención, detección y atención oportuna de los factores asociados al estrés, la fatiga, y el síndrome del cuidador quemado y/o de sobrecarga, de acuerdo con las necesidades identificadas mediante la valoración efectuada por el profesional competente.<br><br>c. Fisioterapia preventiva y de acompañamiento, orientada a la prevención y mitigación de alteraciones musculoesqueléticas derivadas y asociadas a las labores de cuidado, de conformidad con el diagnóstico, y la valoración integral inicial. | | |
| **ARTÍCULO 9°. Enfoque diferencial y territorial.** La aplicación de la presente Ley deberá incorporar los enfoques de género, discapacidad, ruralidad y ciclo vital, con el fin de garantizar la inclusión equitativa de las personas que ejercen labores de cuidado o son asistentes personales de personas con dependencia | **ARTÍCULO 9°. Enfoque diferencial y territorial.** La aplicación de la presente Ley deberá incorporar los enfoques de género, discapacidad, ruralidad y ciclo vital, con el fin de garantizar la inclusión equitativa de las personas que ejercen labores de cuidado o son asistentes personales de personas con dependencia | Corrección formal de redacción. |

| | | |
|---|---|---|
| funcional. Para tal efecto, se priorizarán las acciones, medidas y estrategias dirigidas a reconocer y atender sus condiciones particulares, de acuerdo con sus características.<br><br>En el marco de la aplicación del enfoque diferencial y territorial, se reconocerán las siguientes condiciones:<br><br>a. Personas que ejercen labores de cuidado o asistentes personales mayores de sesenta (60) años.<br><br>b. Personas cuidadoras o asistentes personales pertenecientes a pueblos indígenas, comunidades negras o población afrocolombiana, raizales, palenqueras y al pueblo Rrom.<br><br>c. Personas cuidadoras o asistente personales con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género diversas (OSIGD).<br><br>d. Personas cuidadoras o asistentes personales que habitan en zonas rurales y rurales dispersas.<br><br>e. Personas cuidadoras o asistentes personales víctimas del conflicto armado interno.<br><br>PARÁGRAFO. Las secretarias de salud departamentales, distritales y municipales, deberán garantizarán en sus respectivos territorios, la operatividad, promoción y | funcional. Para tal efecto, se priorizarán las acciones, medidas y estrategias dirigidas a reconocer y atender sus condiciones particulares, de acuerdo con sus características.<br><br>En el marco de la aplicación del enfoque diferencial y territorial, se reconocerán las siguientes condiciones:<br><br>a. Personas que ejercen labores de cuidado o asistentes personales mayores de sesenta (60) años.<br><br>b. Personas cuidadoras o asistentes personales pertenecientes a pueblos indígenas, comunidades negras o población afrocolombiana, raizales, palenqueras y al pueblo Rrom.<br><br>c. Personas cuidadoras o asistente personales con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género diversas (OSIGD).<br><br>d. Personas cuidadoras o asistentes personales que habitan en zonas rurales y rurales dispersas.<br><br>e. Personas cuidadoras o asistentes personales víctimas del conflicto armado interno.<br><br>PARÁGRAFO. Las secretarias de salud departamentales, distritales y municipales, deberán garantizarán en sus respectivos territorios, la operatividad, promoción y actualización del | |

| | | |
|---|---|---|
| actualización del registro, para garantizar a estos grupos poblacionales los servicios de salud física y mental prioritaria. | registro, para garantizar a estos grupos poblacionales los servicios de salud física y mental prioritaria. | |
| **ARTÍCULO 10º. Implementación, actualización y articulación del Registro de personas Cuidadores o asistentes personales de Personas con Discapacidad.** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar, consolidar, actualizar y fortalecer de manera continua el Sistema de Registro de Caracterización e Identificación de los cuidadores o asistentes personales de personas con Discapacidad, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6° de la Ley 2297 de 2023, la Resolución 2646 de 2024 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.<br><br>En el desarrollo y actualización del Sistema de Registro, se incorporará el enfoque de dependencia funcional, con el propósito de garantizar la identificación y caracterización de las personas que, en razón de su discapacidad, enfermedad crónica, edad avanzada u otras condiciones que generen dependencia funcional, requieran apoyos y cuidados para la realización de las actividades de la vida diaria.<br><br>**PARÁGRAFO.** Las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales, en el marco de sus competencias, deberán | SIN MODIFICACIONES | SIN MODIFICACIONES |

| | | |
|---|---|---|
| garantizar la operatividad, promoción, actualización del sistema de Registro en sus respectivos territorios, así como la recolección, validación y reporte oportuno de la información relativa a las personas cuidadoras o asistentes personales, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social. | | |
| **ARTÍCULO 11º. Sistema Unificado de Información sobre Personas con Discapacidad, Dependencia Funcional y Personas Cuidadoras.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), diseñará y administrará un Sistema Unificado de Información sobre la medición de la discapacidad, la dependencia funcional en Colombia y la caracterización de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con dependencia de cuidado.<br><br>El Sistema integrará las bases de datos y los sistemas de información existentes que resulten pertinentes, bajo criterios de interoperabilidad, calidad, actualización, confiabilidad y seguridad de la información. Asimismo, permitirá consolidar información estadística y registros que faciliten la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a garantizar la inclusión, la atención integral y la protección social de las personas con discapacidad o con dependencia funcional, así como de las personas cuidadoras o asistentes personales. | SIN MODIFICACIONES | SIN MODIFICACIONES |
| **ARTÍCULO 12º. Vigencia y derogatorias.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias. | SIN MODIFICACIONES | SIN MODIFICACIONES |

**7. PROPOSICION**

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la ley 5 de 1992, se rinde ponencia positiva y se solicita a la Honorable Comisión Séptima de Senado dar primer debate al PROYECTO DE LEY NO. 203/2026 SENADO "POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE UN RÉGIMEN ESPECIAL DE ATENCIÓN PRIORITARIA E INTEGRAL EN SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS O ASISTENTES PERSONALES DE P E R S O N A S C O N DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

Cordialmente,



**NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF**
Ponente Única

8. **TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE SENADO**

**POR MEDIO DE LA CUAL SE ESTABLECEN MEDIDAS PARA FORTALECER LA ATENCIÓN PRIORITARIA E INTEGRAL EN SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS O ASISTENTES PERSONALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES**

El congreso de Colombia
Decreta

**ARTÍCULO 1°.** Objeto. La presente Ley tiene por objeto garantizar el acceso efectivo a una atención integral, prioritaria, preventiva y oportuna en salud para las personas cuidadoras o asistentes personales, sean familiares o no, que presten apoyo a personas con dependencia de cuidados o dependencia funcional, para lo cual se establecerán medidas y acciones orientadas a promover, proteger, mantener y recuperar su bienestar físico, mental y social, mediante la prevención, atención y seguimiento de las afectaciones en salud asociadas a las labores de cuidado, en particular las enfermedades derivadas del estrés crónico y fortalecer la corresponsabilidad social en materia de salud.

**ARTÍCULO 2°. Definiciones.** Para efectos de la presente Ley se entenderá por:

a) Derecho humano al cuidado: Es el derecho fundamental de toda persona a cuidar, recibir cuidados y ejercer el autocuidado en condiciones de, igualdad y no discriminación, sin distinción de raza, sexo, género, origen nacional o familiar, o cualquier otra condición. Este derecho comprende el derecho a ser cuidado; el derecho a cuidar; y el derecho al autocuidado. Asimismo, abarca el conjunto de acciones, relaciones en los principios de solidaridad, cooperación, corresponsabilidad y respeto, orientadas a proteger, mantener y promover la vida, de las personas que se encuentran en situación de dependencia funcional.

b) Persona cuidadora o asistente personal: Persona que, de manera continua y habitual, brinda atención, cuidado y apoyo a una persona en situación de dependencia, sea o no integrante de su núcleo familiar, con o sin remuneración. Su labor es esencial para garantizar el sostenimiento de la vida cotidiana, el bienestar de la persona que recibe el cuidado.
c) Persona dependiente de cuidado o con dependencia funcional: Persona que, independientemente de la causa que origine su condición, presenta una pérdida significativa, permanente o prolongada de la funcionalidad física, cognitiva, intelectual o sensorial, limitando su autonomía para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), para ello requiere apoyo o cuidado continuo de otra persona para su realización.
d) Dependencia funcional: Estado en el que una persona, por razones asociadas a la pérdida o limitación de su autonomía física, mental, intelectual o sensorial, presenta una incapacidad para realizar, por sí misma, una o más actividades básicas de la vida diaria, tales como bañarse, vestirse, movilizarse, alimentarse, usar el sanitario y trasladarse, entre otras, por lo cual requiere asistencia significativa de terceros o apoyos para el desarrollo de las actividades de cuidado personal.

e) Atención prioritaria en salud: Conjunto de medidas orientadas a garantizar el acceso preferente, oportuno, continuo e integral a los servicios de salud física y mental, incluidos los de promoción de salud, prevención de enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de conformidad con la competencias y obligaciones a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

**ARTÍCULO 3°. PRINCIPIOS.** El presente proyecto de Ley se regirá por los siguientes principios:

a) Igualdad material y acciones afirmativas: Los cuidadores o asistentes personales de personas con dependencia funcional podrán ser destinatarios de medidas de protección y acciones afirmativas orientadas a garantizar el acceso preferente, oportuno y efectivo a los servicios de salud, en atención a las condiciones de vulnerabilidad o cargas desproporcionadas que puedan derivarse del ejercicio de sus labores de cuidado.

b) Dignidad humana: Reconocer y garantizar el valor y la dignidad de las personas que desempeñan labores de cuidado o asistencia personal a personas con dependencia funcional, las cuales deberán recibir un trato respetuoso y considerado, y sin discriminación. Se garantizará su acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, en condiciones de dignidad, en reconocimiento de la salud como derecho fundamental.

c) Corresponsabilidad social: El cuidado y el bienestar de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con dependencia funcional constituyen una responsabilidad compartida entre las familias, la comunidad, el sector privado y el Estado. Estos actores deberán articular sus acciones, de conformidad con los principios de complementariedad, subsidiariedad y concurrencia, para promover y garantizar condiciones de vida digna para quienes ejercen labores de cuidado.

**ARTÍCULO 4°. Creación del Protocolo de Atención Priorizada y Diferencial en Salud para las Personas Cuidadoras o Asistentes Personales de Personas con Dependencia Funcional.** El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, diseñará, adoptará e implementará el Protocolo de Atención Priorizada y Diferencial en Salud para las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con Dependencia Funcional, en el marco del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) y de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

El protocolo establecerá las directrices, procedimientos y estándares mínimos para garantizar la atención integral de las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes, incluyendo, entre otros, los siguientes aspectos:

a. Garantizar el acceso oportuno, continuo y prioritario a los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención integral en salud física y mental y demás servicios de salud requeridos por las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes.

b. Establecer mecanismos para la identificación, registro y seguimiento clínico de las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

c. Incorporar acciones de promoción de la salud, criterios de prevención, detección temprana y manejo integral de las enfermedades derivadas de las actividades y labores propias del cuidado.

d. Definir lineamientos específicos para la extensión de servicios de atención domiciliaria dirigidos a las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes, cuando la persona con dependencia funcional así lo disponga, incluyendo temas de apoyo psicosocial, rehabilitación física, cuidado integral y programas de autocuidado en salud.

e. Promover la coordinación y articulación entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las entidades territoriales de salud y las redes comunitarias de cuidado, con el fin de fortalecer el acceso efectivo, la continuidad de la atención y la prestación integral de servicios de salud dirigidos a las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos técnicos, y metodológicos para la implementación del protocolo, incorporando los enfoques de género, territorial, diferencial, de ciclo vital y de derechos humanos, con el propósito de garantizar una atención prioritaria, preventiva e integral y promover el bienestar físico, mental y social de las personas cuidadoras o asistentes personales permanentes.

**ARTÍCULO 5°. Atención prioritaria en los servicios de salud.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deberán garantizar la atención prioritaria a las personas cuidadoras o asistentes personales, familiares o no, de personas con dependencia funcional, mediante la adopción de medidas que aseguren el acceso oportuno, continuo y efectivo a los servicios de salud, en los siguientes términos:

a. Asignación preferente de citas de medicina general y especializada.

b. Acceso prioritario a tratamientos médicos, terapéuticos y de rehabilitación física.

c. Atención preferente en servicios de salud mental, incluyendo los servicios de psicología y psiquiatría.

d. Atención prioritaria en los servicios de urgencias, de conformidad con los criterios de clasificación y valoración médica.

e. Eliminación de barreras administrativas que obstaculicen, retrasen o impidan el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud.

f. Entrega prioritaria de medicamentos, conforme a las prescripciones médicas.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los tiempos máximos para la prestación de la atención prioritaria, así como los mecanismos de seguimiento, verificación y cumplimiento que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

**ARTÍCULO 6°. Seguimiento, vigilancia y garantía del acceso efectivo al Sistema General de Seguridad Social en Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de salud Departamentales, distritales y municipales y la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, deberán realizar las acciones de seguimiento, vigilancia y control orientadas a garantizar la afiliación efectiva y el acceso oportuno y preferente al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de los y las cuidadoras de personas con dependencia funcional.

**ARTÍCULO 7°. Exámenes médicos periódicos preventivos.** El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará, a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), la realización de valoraciones, chequeos y exámenes médicos periódicos preventivos e integrales dirigidos a las personas cuidadoras y asistentes personales de personas con dependencia funcional, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la detección temprana y tratamientos efectivos de alteraciones en la salud física y mental, así como a la adopción de medidas de atención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento oportuno frente a las afectaciones derivadas o asociadas con el ejercicio continuo de las labores de cuidado.

PARÁGRAFO. Los exámenes periódicos serán financiados con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

**ARTÍCULO 8°. Extensión de los servicios de asistencia domiciliaria en salud para los cuidadores permanentes.** En los casos en que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), presten servicios de asistencia domiciliaria en salud (Home Care) a personas con dependencia funcional, dichos servicios deberán extenderse al personal cuidador o asistentes personales, con el propósito de garantizar una atención integral, preventiva y continua en el entorno del cuidado.

PARÁGRAFO. La extensión de los servicios de asistencia domiciliaria en salud a la persona cuidadora o asistente personal comprenderá, como mínimo, los siguientes componentes, de conformidad con la valoración integral, el diagnóstico y las necesidades específicas identificadas en cada caso:

a. Visitas domiciliarias de medicina general, orientadas al seguimiento del estado de salud física y ocupacional del cuidador, así como a la identificación temprana de factores de riesgo asociados a las labores de cuidado, de acuerdo con la valoración médica inicial.

b. Atención psicológica domiciliaria, dirigida a la prevención, detección y atención oportuna de los factores asociados al estrés, la fatiga, y el síndrome del cuidador quemado y/o de sobrecarga, de acuerdo con las necesidades identificadas mediante la valoración efectuada por el profesional competente.

c. Fisioterapia preventiva y de acompañamiento, orientada a la prevención y mitigación de alteraciones musculoesqueléticas derivadas y asociadas a las labores de cuidado, de conformidad con el diagnóstico, y la valoración integral inicial.

**ARTÍCULO 9°. Enfoque diferencial y territorial.** La aplicación de la presente Ley deberá incorporar los enfoques de género, discapacidad, ruralidad y ciclo vital, con el fin de garantizar la inclusión equitativa de las personas que ejercen labores de cuidado o son asistentes personales de personas con dependencia funcional. Para tal efecto, se priorizarán las acciones, medidas y estrategias dirigidas a reconocer y atender sus condiciones particulares, de acuerdo con sus características.

En el marco de la aplicación del enfoque diferencial y territorial, se reconocerán las siguientes condiciones:

a. Personas que ejercen labores de cuidado o asistentes personales mayores de sesenta (60) años.

b. Personas cuidadoras o asistentes personales pertenecientes a pueblos indígenas, comunidades negras o población afrocolombiana, raizales, palenqueras y al pueblo Rrom.

c. Personas cuidadoras o asistente personales con orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género diversas (OSIGD).

d. Personas cuidadoras o asistentes personales que habitan en zonas rurales y rurales dispersas.

e. Personas cuidadoras o asistentes personales víctimas del conflicto armado interno.

PARÁGRAFO. Las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, deberán garantizar en sus respectivos territorios, la operatividad, promoción y actualización del registro, para garantizar a estos grupos poblacionales los servicios de salud física y mental prioritaria.

**ARTÍCULO 10º. Implementación, actualización y articulación del Registro de personas Cuidadores o asistentes personales de Personas con Discapacidad.** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar, consolidar, actualizar y fortalecer de manera continua el Sistema de Registro de Caracterización e Identificación de los cuidadores o asistentes personales de personas con Discapacidad, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6° de la Ley 2297 de 2023, la Resolución 2646 de 2024 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

En el desarrollo y actualización del Sistema de Registro, se incorporará el enfoque de dependencia funcional, con el propósito de garantizar la identificación y caracterización de las personas que, en razón de su discapacidad, enfermedad crónica, edad avanzada u otras condiciones que generen dependencia funcional, requieran apoyos y cuidados para la realización de las actividades de la vida diaria.

PARÁGRAFO. Las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales, en el marco de sus competencias, deberán garantizar la operatividad, promoción, actualización del sistema de Registro en sus respectivos territorios, así como la recolección, validación y reporte oportuno de la información relativa a las personas cuidadoras o asistentes personales, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 11º. Sistema Unificado de Información sobre Personas con Discapacidad, Dependencia Funcional y Personas Cuidadoras**. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), diseñará y administrará un Sistema Unificado de Información sobre la medición de la discapacidad, la dependencia funcional en Colombia y la caracterización de las personas cuidadoras o asistentes personales de personas con dependencia de cuidado.

El Sistema integrará las bases de datos y los sistemas de información existentes que resulten pertinentes, bajo criterios de interoperabilidad, calidad, actualización, confiabilidad y seguridad de la información. Asimismo, permitirá consolidar información estadística y registros que faciliten la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a garantizar la inclusión, la atención integral y la protección social de las personas con discapacidad o con dependencia funcional, así como de las personas cuidadoras o asistentes personales.

**ARTÍCULO 12º. Vigencia y derogatorias.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



**NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF**
Ponente Única

**Comisión Séptima Constitucional Permanente**

**LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. -** Bogotá D.C., al día veintiséis (26) del mes de octubre del año dos mil veintiséis (2026) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República, Informe** de Ponencia para primer debate, y texto propuesto, así:

**INFORME DE PONENCIA PARA:** PRIMER DEBATE

**NÚMERO DEL PROYECTO DE LEY**: 203/2026 Senado

**TITULO: "**POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECE UN RÉGIMEN ESPECIAL DE ATENCIÓN PRIORITARIA E INTEGRAL EN SALUD PARA PERSONAS CUIDADORAS O ASISTENTES PERSONALES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

**INICIATIVA**: H.S. SANTIAGO BARRETO TRIANA, H.R. DELCY ESPERANZA ISAZA BUENAVENTURA

**RADICADO:** EN SENADO: 25-08-2026 EN COMISIÓN: 14-09-2026 EN CÁMARA: **XX-XX-202X**

**PUBLICACIONES – GACETAS**

| TEXTO ORIGINAL | PONENCIA 1er DEBATE SENADO | TEXTO DEFINITIVO COM VII SENADO | PONENCIA 2er DEBATE SENADO | TEXTO DEFINITIVO PLENARIA SENADO | PONENCIA 1er DEBATE CAMARA | TEXTO DEFINITIVO COM VII CAMARA | PONENCIA 2er DEBATE CAMARA | TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CAMARA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12Art 1253/2026 | | | | | | | | |

| PONENTES PRIMER DEBATE | | |
|---|---|---|
| HH.SS. PONENTES | ASIGNADO (A) | PARTIDO |
| NADIA BLEL SCAF | PONENTE UNICA | CONSERVADOR |

**NÚMERO DE FOLIOS: TREINTA Y SIETE (37)**
**RECIBIDO EL DÍA:** 26 DE OCTUBRE DE 2026
**HORA:** 09:56 AM

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

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

# INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA SEGUNDO DEBATE EN LA PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 169 DE 2026 SENADO

*por medio de la cual se modifica el artículo 12a de la ley 549 de 1999, adicionado por la Ley 2468 de 2025, para establecer un mecanismo excepcional de desahorro de excedentes pensionales por sector y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá D.C., 23 de octubre de 2026

Honorable Senadora
**SARA JIMENA CASTELLANOS RODRÍGUEZ**
Presidente
Doctor
**RAFAEL OYOLA ORDOSGOITIA**
Secretario
**COMISIÓN TERCERA CONSTITUCIONAL PERMANENTE**
Senado de la República
*En su mano y por correo electrónico**

**Referencia:** Radicación de Ponencia Positiva para segundo debate.

Señora Presidente,

En atención al honroso encargo realizado por la Mesa Directiva de la Comisión Tercera Constitucional Permanente del Senado de la República y en desarrollo de lo dispuesto en la Ley 5ª de 1992 artículos 150, 153 y 156, en mi calidad de Ponente, me permito radicar Informe de Ponencia Positiva para segundo debate en la plenaria del Senado de la República al Proyecto de Ley N.º 169 de 2026 Senado *"Por medio de la cual se modifica el artículo 12a de la ley 549 de 1999, adicionado por la ley 2468 de 2025, para establecer un mecanismo excepcional de desahorro de excedentes pensionales por sector y se dictan otras disposiciones."*

Cordialmente,

**DAVID BARGUIL ASSÍS**
**Senador de la República**
**Ponente**

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 169 DE 2026 SENADO:**

***"POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 12A DE LA LEY 549 DE 1999, ADICIONADO POR LA LEY 2468 DE 2025, PARA ESTABLECER UN MECANISMO EXCEPCIONAL DE DESAHORRO DE EXCEDENTES PENSIONALES POR SECTOR Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES."***

La presente Ponencia consta de las siguientes secciones:


I. Introducción
II. Objeto y Contenido del Proyecto de Ley
III. Antecedentes, trámite y proposiciones en primer debate
IV. Justificación del proyecto y consideraciones del ponente
V. Impacto fiscal del proyecto de ley
VI. Declaratoria de conflicto de interés
VII. Referencias
VIII. Pliego de modificaciones
IX. Proposición
X. Texto propuesto


## I. INTRODUCCIÓN

Por medio del presente documento se pretende realizar un análisis detallado del Proyecto de Ley N.º 169 de 2026 Senado *"Por medio de la cual se modifica el artículo 12a de la ley 549 de 1999, adicionado por la ley 2468 de 2025, para establecer un mecanismo excepcional de desahorro de excedentes pensionales por sector y se dictan otras disposiciones.* (en adelante, "el Proyecto de Ley"), así como de las observaciones y comentarios realizados durante el primer debate. Lo anterior, para determinar su adecuación y armonización constitucional y legal, así como la conveniencia social y económica de los cambios propuestos en el sistema jurídico colombiano. De esta manera, se determinará la manera en que el Proyecto de Ley debe continuar su trámite ante el Congreso de la República y si debe hacerlo conforme al texto original aprobado en primer debate o adoptar las modificaciones dejadas como constancias así como cualquier otro ajuste necesario que se estime más adelante en esta ponencia.

## II. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El proyecto de Ley tiene por objeto modificar de manera puntual el artículo 12A de la Ley 549 de 1999, adicionado por la Ley 2468 de 2025, para permitir que una entidad territorial que haya alcanzado individualmente el cien por ciento (100%) de cobertura de su pasivo pensional en cualquiera de los sectores de educación, salud o propósito general pueda utilizar los excedentes del respectivo sector, sin quedar condicionada a que los demás sectores alcancen simultáneamente el mismo nivel de cobertura.

La reforma conserva las demás reglas del régimen vigente: los recursos deberán destinarse a proyectos establecidos en el respectivo Plan de Desarrollo y al cumplimiento de sus metas, conforme a la fuente de financiación respectiva y deberán cumplirse los demás requisitos establecidos en la normatividad vigente.

El articulado consta de tres artículos: El artículo 1º fija el objeto de la ley; el artículo 2º establece la modificación pretendida y expuesta más adelante en esta ponencia; y el artículo 3º dispone la entrada en vigencia de la ley a partir de su promulgación.

## III. ANTECEDENTES, TRÁMITE Y PROPOSICIONES EN PRIMER DEBATE

**Antecedentes**

La Ley 549 de 1999 estableció mecanismos para financiar el pasivo pensional de las entidades territoriales y creó el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET). Posteriormente, la Ley 2468 de 2025 modificó ese régimen con el propósito de garantizar el financiamiento del pasivo pensional territorial.

La Ley 2468 de 2025 dispuso que las entidades territoriales deberán cubrir sus pasivos pensionales en un cien por ciento (100%) por cada sector. Esta definición es central para la presente iniciativa: el legislador ya reconoció que la suficiencia pensional debe observarse sectorialmente.

Asimismo, el artículo 12 de la Ley 2468 de 2025, adicionó el artículo 12A a la Ley 549 de 1999 bajo la denominación "Desahorro de excedentes por sector". La norma vigente permite utilizar los recursos excedentes para la financiación de proyectos establecidos en el respectivo Plan de Desarrollo y al cumplimiento de las metas del mismo, conforme a la fuente de financiación respectiva, siempre que se cumplan los demás requisitos establecidos en la normativa vigente.

La presente reforma conserva la arquitectura esencial del artículo 12A vigente y modifica la exigencia de cobertura simultánea de todos los sectores para permitir la utilización de los excedentes de aquel sector que individualmente haya alcanzado el cien por ciento (100%) de cobertura, garantizando la destinación original de los recursos conforme a su fuente.

**Trámite**

El proyecto de ley fue radicado por los Honorables Representantes a la Cámara Nicolás Antonio Barguil Cubillos y Guillermo León Blanco Valencia y por el suscrito Senador David Alejandro Barguil Assís, en la Secretaría General del Senado de la República el día 13 de agosto de 2026, siendo publicado en la Gaceta del Congreso No. 1068 del 19 de agosto de 2026.

El 1 de septiembre de 2026, mediante oficio del Secretario de la Comisión Tercera, fui notificado de la honrosa designación como Ponente realizada por parte de la Mesa Directiva de esta célula legislativa. Por lo que se radicó ponencia para primer debate siendo publicada en la Gaceta 1381 de 2026, la cual fue posteriormente aprobada durante el debate celebrado en sesión ordinaria de la Comisión el pasado 30 de septiembre de 2026.

La aprobación en primer debate se dio sin modificaciones con respecto al texto propuesto; sin embargo, hubo algunas proposiciones que fueron dejadas como constancia, las cuales pasarán a estudiarse enseguida. Además, cabe añadir que, durante la misma sesión de comisión, el suscrito fue designado como ponente para segundo debate ante la plenaria del Senado de la República.

**Proposiciones presentadas y dejadas como constancias en primer debate**

Durante el primer debate se presentaron algunas proposiciones con el fin de realizar ajustes tanto de forma como de fondo. En el caso del suscrito ponente, se radicó, en primer lugar, una proposición al artículo 1 para corregir la excepcionalidad de la figura y garantizar que el desahorro pueda darse en tanto exista excedente en cada sector, lo anterior, atendiendo una interpretación incorrecta que no refleja el espíritu original del proyecto, dicha proposición se acogerá en su esencia sustancial y con ajustes formales en el pliego de modificaciones.

Asimismo, se dejaron dos constancias con modificaciones al artículo 2, agregando dos parágrafos nuevos en el sentido de determinar un filtro temporal para el desahorro con base en las comunicaciones de cobertura y para establecer un término desde la entrada en vigencia de la ley para presentar las solicitudes de desahorro. Las anteriores constancias no se acogerán en esta ponencia por no guardar coherencia con la modificación que aquí se realiza al artículo 1.

En cuanto a las proposiciones de otros congresistas, se tiene en primer lugar una constancia dejada por parte de la H., Senadora Johana Osorio al artículo 2, en el sentido de eliminar la expresión "por una sola vez" del inciso primero, reemplazándola en un nuevo inciso por "una única solicitud de retiro", aclarando de igual modo que se puede realizar una solicitud de retiro por sector en un término definido de 12 meses contados desde la entrada en vigencia de la ley. Esta proposición dejada como constancia, al igual que las anteriores, no será acogida en la medida en que el ajuste realizado al artículo 1 hace que pierda su eficacia en el nuevo texto, pues modifica una disposición que ya no tiene la naturaleza de una única vez.

Finalmente, una proposición del H., Senador Yesid Pulgar al artículo 2, para hacer ajustes de forma, dando claridad a que la comunicación oficial del Ministerio de Hacienda y Crédito Público debe determinar de manera oficial tanto el cubrimiento como los recursos reconocidos como excedentes disponibles para desahorro, la cual se acogerá en el texto propuesto.

De otra parte, aunque no se configura como una proposición radicada, se dejó una constancia oral con las sugerencias del H., Senador Alejandro Ocampo, quien solicitó que se aclare de manera expresa y sin lugar a vacíos o interpretaciones que la destinación de los recursos desahorrados de cada sector se usen solamente en ese sector conforme a la destinación original de la fuente. Sugerencia que recibió claridad durante el debate por parte del ponente en el sentido de confirmar que este mandato ya se encuentra en la Ley 549 de 1999 y su modificación por Ley 2468 de 2025, lo cual fue confirmado por el Presidente de la Federación Nacional de Departamentos y se reafirma en esta ponencia.

## IV. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO Y CONSIDERACIONES DEL PONENTE

El régimen vigente puede generar una situación de inmovilización fiscal: una entidad territorial puede contar con un sector plenamente financiado e incluso sobrecubierta y al mismo tiempo, tener otro sector por debajo del cien por ciento (100%). En esa circunstancia, recursos que ya exceden la obligación actuarial de un sector pueden permanecer indisponibles pese a que la entidad enfrenta necesidades de inversión en ese mismo sector.

La reforma aquí planteada no propone reducir el ahorro pensional requerido ni trasladar recursos necesarios para pagar pensiones. Propone reconocer como excedente únicamente aquello que se encuentre por encima del cien por ciento (100%) de la obligación actuarial del sector correspondiente.

La regla puede expresarse de manera sencilla: el cien por ciento (100%) del pasivo pensional permanece protegido; únicamente el valor que supere ese nivel puede ser objeto del desahorro.

**Determinación de la cobertura y del excedente**

La determinación de la cobertura del pasivo pensional y de los recursos excedentes continuará efectuándose de conformidad con la normativa vigente y con la información oficial del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. El proyecto no modifica las reglas técnicas aplicables a dicha determinación.

**Recursos computables para la cobertura y priorización de recursos propios**

La iniciativa parte de una regla de coherencia entre la determinación de la cobertura y la determinación del excedente. Si, de conformidad con la normativa vigente, determinados recursos son incorporados al cálculo actuarial y financiero para establecer el porcentaje de cobertura del pasivo pensional de una entidad territorial, dichos recursos deben ser considerados igualmente al momento de establecer la existencia y cuantía de una eventual sobrecobertura. En consecuencia, el cálculo comprenderá los recursos del FONPET, los recursos de propiedad de las entidades territoriales administrados mediante patrimonios autónomos y los demás fondos, reservas o mecanismos legalmente reconocidos como computables para la financiación del pasivo pensional del respectivo sector.

Esta regla no implica la libre disposición de activos pensionales. Solo podrán ser objeto de desahorro aquellos recursos que, una vez garantizado integralmente el cien por ciento (100%) del pasivo pensional del respectivo sector, constituyan un excedente y cuyo régimen legal, contractual y presupuestal permita su retiro o utilización. De esta manera, la autorización se mantiene sometida a la verificación y determinación oficial del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y a las condiciones particulares aplicables a cada fuente o mecanismo de administración.

**Correspondencia sectorial de los recursos**

La iniciativa mantiene una estricta correspondencia entre el sector en el cual se genera el excedente y el sector en el cual se realiza la inversión. Esta característica es esencial para preservar la finalidad de la reforma y evitar que el desahorro se convierta en una fuente indiscriminada de financiación. Esto da plena respuesta y garantía a las observaciones oportunas y válidas del H. Senador Ocampo.

Los excedentes de cada sector se utilizarán para financiar proyectos incluidos en el respectivo Plan de Desarrollo, dentro de las destinaciones legalmente permitidas para la fuente correspondiente (Salud, Educación o Propósito General).

De esta manera, la reforma conserva el criterio de la Ley 2468 de 2025 según el cual los excedentes se destinan a proyectos establecidos en el respectivo Plan de Desarrollo y al cumplimiento de las metas del mismo Plan, priorizando los proyectos en ejecución y aquellos orientados al cumplimiento de sus metas conforme a la fuente de financiación respectiva.

**Situación fiscal territorial y eficiencia en el uso de los recursos**

Los departamentos, distritos y municipios deben atender simultáneamente obligaciones de funcionamiento, inversión social, cofinanciación y ejecución de los proyectos incorporados en sus planes de desarrollo. En ese contexto, la existencia de recursos que exceden una obligación pensional ya cubierta puede coexistir con restricciones de liquidez para terminar inversiones públicas en ejecución.

Desde la perspectiva de eficiencia del gasto, resulta razonable que recursos que ya no son necesarios para completar el cien por ciento (100%) de una obligación actuarial puedan producir beneficios públicos presentes, siempre bajo control técnico, destinación sectorial y reglas presupuestales.

**Coherencia con la Ley 2468 de 2025**

La iniciativa no sustituye la orientación de la Ley 2468 de 2025; la desarrolla y busca hacer coherentes dos de sus decisiones centrales: la cobertura del pasivo pensional por cada sector y la posibilidad de desahorrar excedentes por sector.

Si la obligación pensional y su suficiencia se determinan individualmente para educación, salud y propósito general, resulta razonable que un excedente técnicamente acreditado en uno de esos sectores pueda ser utilizado sin esperar a que los otros sectores alcancen simultáneamente la misma cobertura.

El sector en estado deficitario continúa sometido a todas las reglas de ahorro y financiación. El sector sobre cubierto conserva íntegramente el cien por ciento (100%) requerido y únicamente libera el excedente. De esa manera, no existe traslado del déficit ni reducción de la protección pensional.

**Fundamento constitucional y legal**

La iniciativa se inscribe en las competencias del Congreso de la República para expedir leyes y regular el régimen de financiación del pasivo pensional territorial. Su interpretación y aplicación deberán observar el artículo 48 de la Constitución Política, que protege la destinación de los recursos de la seguridad social, así como los principios de sostenibilidad financiera, eficiencia y responsabilidad fiscal.

La Corte Constitucional, en la Sentencia C-194 de 2020, reconoció la destinación específica y la naturaleza parafiscal de los recursos del FONPET. Por ello, la iniciativa no autoriza el retiro de recursos necesarios para atender obligaciones pensionales: desarrolla la autorización legal de desahorro de excedentes incorporada por la Ley 2468 de 2025 y exige que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público determine oficialmente la existencia del excedente, considerando integralmente los recursos legalmente computables para la cobertura, y garantice la permanencia del cien por ciento (100%) del pasivo pensional del respectivo sector.

La regulación mantiene el control técnico del Ministerio de Hacienda y Crédito Público sobre el cálculo actuarial, los saldos oficiales, el cumplimiento de requisitos y el monto susceptible de retiro. La autonomía territorial se ejerce así dentro de parámetros uniformes y sin modificar la destinación legal de las fuentes.

**Orígenes y objetivos del FONPET y contexto específico de la necesidad de la presente iniciativa**

El Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales -FONPET- fue creado por la Ley 549 de 1999 como un fondo sin personería jurídica administrado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, cuyos ingresos corresponden a las entidades territoriales para el pago del pasivo pensional territorial, que en todo caso sigue siendo responsabilidad de las entidades territoriales. Su objeto es entonces recaudar y asignar los recursos a las cuentas de las entidades territoriales y administrar los aportes nacionales y territoriales para coadyuvar a la financiación del pasivo pensional territorial.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 549 de 1999, modificada y adicionada por la Ley 2468 de 2025, las entidades territoriales tienen definidos unos objetivos de ahorro y de cubrimiento de pasivos que van cumpliendo progresivamente con sus aportes al FONPET hasta llegar al 100% de su pasivo pensional en cada uno de los sectores de Salud, Educación y Propósito General.

En cuanto a su administración en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la norma y su reglamentación (Decreto 1068 de 2015) establecen que cada entidad territorial tiene en el FONPET una cuenta individual, con subcuentas por cada uno de los tres sectores, a saber: salud, educación y propósito general. Los valores registrados le pertenecen y deben reflejarse en línea y en tiempo real en el sistema de información del fondo.

Conforme a la Ley 549 de 1999 y su modificación legal del 2025, las entidades territoriales tienen como objetivo cubrir el 100% del pasivo por cada sector, y en todo caso, lograrlo a más tardar en 2044. De acuerdo con el artículo 2.12.3.8.3.1. y siguientes del Decreto 1068 de 2015, la obligación de cubrimiento del pasivo pensional originada en la Ley 549 de 1999, se determina calculando la proporción entre las reservas de ahorro y los pasivos de las entidades territoriales y sus descentralizadas.

Las reservas se constituyen por la sumatoria de los siguientes 5 componentes:

1.1. Los recursos de la cuenta en FONPET de la entidad territorial.

1.2. Los recursos existentes en los fondos de pensiones territoriales.

1.3. Los recursos existentes en los patrimonios autónomos de garantía o patrimonios autónomos pensionales constituidos por la entidad territorial

1.4. Los recursos existentes en los patrimonios autónomos de garantía o patrimonios autónomos pensionales constituidos por las entidades descentralizadas

1.5. Los demás activos liquidables destinados de manera específica por las entidades descentralizadas para respaldar el pago de sus obligaciones pensionales.

Por su parte, los pasivos se obtienen del resultado de sumar:

2.1. Las obligaciones compuestas por los bonos pensionales, el valor correspondiente a las reservas matemáticas de pensiones y las cuotas partes de bonos y de pensiones de la entidad territorial de conformidad con el respectivo cálculo actuarial.

2.2. Las obligaciones compuestas por los bonos pensionales, el valor correspondiente a las reservas matemáticas de pensiones y las cuotas partes de bonos y de pensiones de las entidades descentralizadas de conformidad con el respectivo cálculo actuarial.

Cuando las entidades territoriales alcancen el cien por ciento de cobertura de su pasivo en cada sector, los recursos adicionales que figuren en las subcuentas (salud, educación y propósito general) se conocen legalmente como excedentes de ahorro. Estos excedentes se calculan en cada sector de manera independiente a los demás, es decir, no son excedentes acumulativos, y por lo mismo, puede ocurrir que una misma entidad territorial tenga excedentes en la subcuenta de propósito general pero aún no haya cumplido su meta de cubrir el 100% del pasivo en Salud o Educación, etc.

La ley 2468 de 2025 en su artículo 12A, modificó la ley 549 de 1999 para incorporar la posibilidad que tienen las entidades territoriales de desahorrar estos excedentes para darles un uso en inversión alrededor de sus planes de desarrollo y conforme a la destinación de esas fuentes de financiación, pero la redacción vigente del artículo 12A plantea una barrera práctica como resultado de la ambigüedad en su redacción, siendo esta ambigüedad, justamente lo que el presente proyecto de ley pretende resolver.

En la medida en la que el FONPET no es una cuenta única, pues como se expresó anteriormente mantiene cuentas individuales con subcuentas por sector, la ley 2468 de 2025 exige cubrir simultáneamente el pasivo por cada uno de los tres sectores para que sea viable la figura del desahorro de excedentes sectoriales. Naturalmente, cada sector tiene fuentes de financiación, cálculo actuarial y destinación propios. Por lo mismo, condicionar el desahorro del excedente de un sector a que otro, con una dinámica totalmente distinta, alcance el 100% puede contradecir la arquitectura original del mismo sistema.

Por esta razón, la reforma propuesta solo hace que la regla de uso sea coherente con la regla de medición y de destinación: si un sector ya está cubierto, sus excedentes son excedentes reales independientemente de si los demás sectores tienen o no excedentes y la destinación de esos excedentes será la que originalmente les ha dado la ley a los recursos según su fuente.

Por otra parte, de acuerdo a lo documentado por este ponente, la cobertura de algunos sectores depende de factores que el municipio no necesariamente controla. Por ejemplo, el sector educación se mide con cálculos actuariales del FOMAG, y la propia Ley 2468 (artículo 10) reconoce que estos requieren depuración, al ordenar publicar su metodología en seis meses y crear una plataforma en línea en dos años. El sector salud, por su parte, está atado a obligaciones y a contratos de concurrencia heredados (artículo 3).

En consecuencia, exigir cobertura simultánea en los tres sectores, traslada a las entidades territoriales el costo económico en el tiempo que significan los procesos administrativos ajenos a su gestión fiscal. Si un municipio cubrió su sector de propósito general con esfuerzo propio, los excedentes del sector ya cubierto no aportan nada al pago de pensiones y por supuesto tampoco pueden usarse para cubrir los otros sectores, por lo que el municipio queda bloqueado por un cálculo que posiblemente es ajeno. El resultado de esta situación es un costo de oportunidad, ya que la entidad no puede usar los recursos que podría desahorrar en proyectos de inversión social de su Plan de Desarrollo, y ese costo, al final, lo pagan los ciudadanos al no acceder a los beneficios sociales agregados fruto de la inversión.

**La oportunidad y necesidad del proyecto**

A lo anterior se debe agregar que las necesidades presupuestales de las entidades territoriales son críticas y la solución propuesta en esta iniciativa, que conserva la esencia sistémica de la Ley 2468 de 2025, representaría la eliminación de una barrera injustificada de acceso a estos recursos y por tanto un alivio en esta materia.

Para comprender el marco de restricciones presupuestales al que están sometidas las entidades territoriales, debe ponerse de presente que, conforme a estimaciones del Gobierno Nacional (Decreto 1383 de 2026) el 86% de los Ingresos Corrientes de Libre Destinación de los municipios es absorbido por gastos de funcionamiento, servicio de la deuda e inversiones de carácter recurrente. Asimismo, respecto de los recursos de la Participación de Propósito General del Sistema General de Participaciones, se estima una inflexibilidad promedio del 68%, derivada del servicio de la deuda respaldado con dicha fuente y de la financiación de inversiones de carácter recurrente.

Estas inflexibilidades presupuestales reducen la capacidad de los municipios para reasignar sus fuentes ordinarias de financiación y disponerlas para atender las necesidades de inversión y desarrollo conforme a su Plan de Desarrollo.

Conforme a lo dicho anteriormente en este documento, los recursos excedentes del FONPET que ahora aparecen en el foco de atención dentro de esta iniciativa, corresponden a aquellos sobre los cuales adquieren derecho las entidades territoriales que hayan alcanzado una cobertura del cien por ciento (100%) de su pasivo pensional en todos sus sectores (salud, educación y propósito general) y que hayan acreditado el cumplimiento de los requisitos habilitantes establecidos para tal efecto. Por lo mismo, la flexibilidad que se propone en esta iniciativa, tiene aún más sentido en un contexto de presión fiscal territorial como el antes descrito, agravado por las circunstancias históricas de las finanzas públicas nacionales y territoriales, la reducción del presupuesto de inversión y el aumento del servicio de la deuda, sin que este contexto histórico sea la justificación principal, sino un ingrediente externo que aporta argumentos adicionales sobre la oportunidad de esta ley.

**Antecedente inmediato**

Recientemente, el 9 de septiembre pasado más exactamente, se expidió el Decreto 1383 de 2026 en el marco de la emergencia por el terremoto, para permitir a las entidades territoriales incluidas en el espectro geográfico afectado por la emergencia utilizar los excedentes de ahorro en los tres sectores para atender la inversión, lo que es muestra de que el Gobierno ya reconoce la utilidad de liberar excedentes para atender necesidades urgentes de los territorios.

El Decreto Ley 1383, permite usar los excedentes del FONPET en los sectores de Educación y Propósito General por una única vez en el año 2026 y se autoriza una destinación excepcional de los recursos excedentes del sector salud para la recuperación de la infraestructura de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a las entidades territoriales afectadas en desarrollo del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado mediante el Decreto 1261 del 19 de agosto de 2026, modificado por el Decreto 1348 del 31 de agosto de 2026.

Ahora bien, la existencia del precitado decreto ley no desvirtúa en modo alguno la necesidad del presente proyecto de ley. Esto en tanto por una parte, el decreto tiene limitaciones temporales y territoriales específicas, es decir, no aplica para todas las entidades territoriales del país y no es una legislación permanente; y por otra parte, porque la propuesta legislativa que aquí nos ocupa entrará en vigencia en una anualidad diferente a la del 2026, por lo que la oportunidad del desahorro sectorial que se plantea en el proyecto seguirá siendo una herramienta con la misma utilidad tanto para las entidades territoriales que se acojan al Decreto 1383 de 2026, como para las que no. Adicionalmente, su fundamentación no se origina en una emergencia extraordinaria como lo fue el terremoto del 10 de agosto de 2026, sino en la necesidad razonable de uso que se estime conveniente en un determinado momento por cada entidad territorial, sometiéndose al cumplimiento de requisitos legales ordinarios y cumpliendo con la destinación específica que la fuente de recursos original determina.

Finalmente, resta por indicar que la propuesta no debilita la protección a los pensionados, por varias razones:

- Solamente se libera el excedente del sector que ya alcanzó el 100%, según el último cálculo actuarial y la comunicación oficial del MHCP.
- Se mantiene la meta de cobertura total para 2044 conforme a la ley 2468, como responsabilidad de las entidades territoriales.
- El uso está limitado a proyectos incluidos en el Plan de Desarrollo, conforme a la fuente de financiación respectiva, lo que preserva las destinaciones específicas de cada recurso.
- Se elimina el carácter excepcional y por una sola vez del desahorro que se incorporaba en la primera versión del proyecto, pues esta excepcionalidad no estaba justificada; por el contrario, resultaría injustificado que solo una administración tuviera la oportunidad de realizar el desahorro desnaturalizando la intención de la ley 2468. Además, esta modificación no incrementa el riesgo fiscal pues siempre se garantiza el 100% del pasivo pensional, y mientras existan excedentes disponibles ofrece una fuente de financiación coherente y armonizada con los términos constitucionales y legales.

Del mismo modo, debe aclararse que la iniciativa aquí propuesta de ninguna manera está alterando la destinación de los recursos excedentes de los municipios en el sector salud del FONPET, los cuales se destinan a la cofinanciación del aseguramiento en el Régimen Subsidiado y para el saneamiento de las obligaciones pendientes de pago por concepto de contratos del Régimen Subsidiado suscritos hasta marzo 31 de 2011.

En conclusión, en la medida en que la Ley 2468 de 2025 ya contempla, en su esencia y espíritu legislativo, la figura del desahorro de los excedentes que superan el 100% del cubrimiento del pasivo pensional, la presente iniciativa no plantea un cambio en dicho propósito, por el contrario, lo desarrolla, al liberar la posibilidad del desahorro cuando un sector ya alcanzó un cubrimiento del 100%, eliminando la necesidad de observar si los otros sectores lo han alcanzado o no, necesidad que se constituye actualmente en una barrera legal de acceso absolutamente injustificada como queda demostrado en este documento.

**Ajustes reglamentarios**

El proyecto no condiciona su aplicación a la expedición de una nueva reglamentación. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público ya cuenta con reglamentación, procedimientos, mecanismos, plataformas e instructivos para el desahorro de recursos destinados a la financiación del pasivo pensional de las entidades territoriales. En consecuencia, dichos instrumentos continuarán utilizándose en cuanto resulten aplicables a las disposiciones de la presente ley. La implementación de la regla de cobertura independiente por sector y de las demás disposiciones previstas en esta iniciativa requerirá únicamente las adecuaciones operativas o tecnológicas indispensables, sin que tales adecuaciones constituyan condición para la vigencia o aplicación de la ley.

**Conclusión**

El proyecto propone una modificación concreta al artículo 12A vigente: cuando una entidad territorial haya alcanzado el cien por ciento (100%) de cobertura de su pasivo pensional en un sector, de acuerdo con el último cálculo actuarial y la comunicación oficial de cubrimiento expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, podrá utilizar los excedentes de ese sector sin esperar a que los demás alcancen simultáneamente el mismo nivel, manteniéndose aplicables los demás requisitos establecidos en la normativa vigente.

La reforma protege el cien por ciento (100%) del pasivo pensional, mantiene el control técnico del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, respeta la destinación de cada fuente y limita el retiro a recursos efectivamente excedentarios. De esta manera, permite que los recursos liberados contribuyan a financiar proyectos del respectivo sector establecidos en el Plan de Desarrollo, con prioridad para aquellos que se encuentren en ejecución y contribuyan al cumplimiento de sus metas.

## V. IMPACTO FISCAL DEL PROYECTO DE LEY

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", regula en su artículo 7° el análisis del impacto fiscal de las normas, en los siguientes términos.

> *"**ARTÍCULO 7o. ANÁLISIS DEL IMPACTO FISCAL DE LAS NORMAS.** En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.*
>
> *El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso.*
>
> *Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberán contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.*
>
> *En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces."*

Frente al alcance de esta disposición, la Corte Constitucional ha precisado que el estudio del impacto fiscal no puede erigirse como un obstáculo insuperable para la actividad legislativa, en la medida en que es el Ministerio de Hacienda la entidad que cuenta con las herramientas técnicas para adelantar este tipo de análisis, como soporte y complemento de las exposiciones de motivos de las iniciativas legislativas, más no como una condición habilitante de su trámite.

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

A partir de este razonamiento, la Corte ha decantado un conjunto de subreglas que precisan el alcance del artículo 7° de la Ley 819 de 2003.

> *"En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7° de la Ley 819 de 2003: (i) las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica; (ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7° 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"; (iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad,***

***puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual "se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático"****; y (iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica".*

En la misma línea, la Corte ha reiterado que la carga principal del estudio del impacto fiscal recae sobre el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por ser la entidad con los conocimientos técnicos y la condición de principal ejecutor del gasto público.

> *"80.3. Con el propósito de unificar la interpretación en esta materia, la Corte estima necesario precisar (i) que el Congreso tiene la responsabilidad -como lo dejó dicho la sentencia C-502 de 2007 y con fundamento en el artículo 7 de la ley 819 de 2003- de valorar las incidencias fiscales del proyecto de ley. Tal carga (ii) no exige un análisis detallado o exhaustivo del costo fiscal y las fuentes de financiamiento. Sin embargo, (iii) sí demanda una mínima consideración al respecto, de modo que sea posible establecer los referentes básicos para analizar los efectos fiscales del proyecto de ley. En todo caso* ***(iv) la carga principal se encuentra radicada en el MHCP por sus conocimientos técnicos y por su condición de principal ejecutor del gasto público.*** *En consecuencia, (v) el incumplimiento del Gobierno no afecta la decisión del Congreso cuando este ha cumplido su deber. A su vez (vi) si el Gobierno atiende su obligación de emitir su concepto, se radica en el Congreso el deber de estudiarlo y discutirlo–ver núm. 79.3 y 90-"*

Dicho y citado lo anterior, se da claridad que para el caso del trámite del presente proyecto de ley, no se ha allegado concepto de impacto fiscal por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Sin embargo, el texto originalmente radicado expone como impacto fiscal lo siguiente:

> ***"****El proyecto no ordena una nueva apropiación con cargo al Presupuesto General de la Nación, no crea una transferencia nacional ni establece un beneficio tributario. Regula el retiro de recursos existentes que, de acuerdo con la información actuarial y financiera oficial, sean computables para la cobertura del pasivo pensional del respectivo sector y resulten excedentarios una vez garantizado el ciento por ciento (100%) de dicha obligación, incluidos, cuando corresponda conforme a la normativa vigente, recursos del FONPET y recursos propios territoriales administrados mediante patrimonios autónomos u otros mecanismos legalmente reconocidos.*
>
> *Sin perjuicio de lo anterior, la liberación de activos pensionales puede producir efectos actuariales y financieros que deben ser evaluados durante el trámite legislativo. Por esta razón, deberá solicitarse al Ministerio de Hacienda y Crédito Público la información sobre las entidades potencialmente habilitadas, los*



> *montos estimados por sector, el efecto sobre los rendimientos futuros y la compatibilidad de la medida con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.*
>
> *En cumplimiento del artículo 7 de la Ley 819 de 2003, la exposición de motivos y las ponencias deberán hacer explícitos los efectos fiscales de la iniciativa cuando la información oficial permita cuantificarlos, así como su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo. La ausencia de una apropiación nueva del Presupuesto General de la Nación no releva al trámite legislativo de evaluar de manera expresa los efectos actuariales y fiscales del desahorro."*

## VI. DECLARATORIA DE CONFLICTO DE INTERÉS

De conformidad con el artículo 291 de la Ley 5 de 1992, modificado por la Ley 2003 de 2019, corresponde a cada congresista evaluar la existencia de circunstancias particulares, actuales y directas que puedan configurar un conflicto de interés respecto de la discusión y votación de la presente iniciativa.

Por su naturaleza general e impersonal, el proyecto establece reglas aplicables a las entidades territoriales que cumplan las condiciones legales previstas, sin conferir por sí mismo un beneficio particular a una persona determinada. Lo anterior se entiende sin perjuicio del deber individual de los congresistas de declarar los impedimentos a que haya lugar.

En este sentido, y salvo la anterior observación, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los senadores, ya que esta es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, sin que se materialice una situación concreta que permita configurar un beneficio particular ni actual a favor.

Sin embargo, se insiste en que la decisión es netamente personal en cuanto a la consideración de hallarse inmerso en un conflicto de interés, por lo que todo impedimento que se presente en el curso del trámite legislativo deberá tener la virtualidad de poner en evidencia la alteración o beneficio a favor o en contra del congresista o de sus parientes dentro de los grados previstos por la norma, de manera particular, actual y directa.

## VII. REFERENCIAS

- Constitución Política de Colombia, artículos 48, 150, 287 y 339.
- Ley 549 de 1999, por la cual se dictan normas tendientes a financiar el pasivo pensional de las entidades territoriales, se crea el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales y se dictan otras disposiciones en materia prestacional, especialmente sus artículos 1°, 2°, 3°, 6° y 12A, conforme al texto vigente.
- Ley 2468 de 2025, por medio de la cual se modifica la Ley 549 de 1999 con el fin de garantizar el financiamiento del pasivo pensional de las entidades territoriales y el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales, especialmente sus artículos 1° y 12.
- Ley 819 de 2003, artículo 7, análisis del impacto fiscal de las normas.
- Ley 5 de 1992, artículo 291, modificado por la Ley 2003 de 2019.
- Proyecto de Ley 075 de 2024 Senado / 479 de 2024 Cámara y antecedentes de su trámite legislativo.
- Decreto 1068 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público, Libro 2, Parte 12, Título 3, que compila la reglamentación del FONPET, junto con sus modificaciones vigentes.
- Decreto Ley 1383 de 2026, por el cual se habilita, por una única vez, un plazo extraordinario para presentar los requisitos habilitantes con el fin de acceder a los recursos de la nómina de pensionados y excedentes del Fondo Nacional de Pensiones Territoriales - FONPET y se autoriza una destinación excepcional de los recursos excedentes del sector salud para la recuperación de la infraestructura de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a las entidades territoriales afectadas en desarrollo del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarado mediante el Decreto 1261 del 19 de agosto de 2026, modificado por el Decreto 1348 del 31 de agosto de 2026.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público: Carta Circular "Información para las entidades territoriales sobre temas relativos al Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET), vigencia 2026"; Guía detallada para presentar la solicitud de retiro de recursos excedentes de los sectores Educación y Propósito General del FONPET; y comunicación oficial sobre cubrimiento del pasivo pensional y determinación de recursos excedentes de la respectiva vigencia.

## VIII. PLIEGO DE MODIFICACIONES

| TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE | TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE | Observaciones |
|---|---|---|
| **Título** | | |
| "Por medio de la cual se modifica el artículo 12a de la ley 549 de 1999, adicionado por la ley 2468 de 2025, para establecer un mecanismo excepcional de desahorro de excedentes pensionales por sector y se dictan otras disposiciones." | "Por medio de la cual se modifica el artículo 12a de la ley 549 de 1999, adicionado por la ley 2468 de 2025, para establecer un mecanismo ~~excepcional~~ de desahorro de excedentes pensionales por sector y se dictan otras disposiciones." | Se elimina la palabra excepcional en consonancia con las modificaciones del articulado. |
| **Artículo 1ª** | | |
| **Artículo 1°. Objeto**. La presente ley tiene por objeto establecer, por una sola vez, una excepción al régimen de desahorro de excedentes por sector, permitiendo que las entidades territoriales que hayan cubierto el cien por ciento (100%) de su pasivo pensional en cualquiera de los sectores de educación, salud o propósito general puedan utilizar los recursos excedentes del respectivo sector, sin que sea necesario acreditar igual nivel de cobertura en los demás sectores, con sujeción a los demás requisitos establecidos en la normativa vigente. | **Artículo 1°. Objeto**. La presente ley tiene por objeto establecer~~, por una sola vez, una excepción al régimen de~~ **el** desahorro de excedentes por sector, permitiendo que las entidades territoriales que hayan cubierto el cien por ciento (100%) de su pasivo pensional en cualquiera de los sectores de educación, salud o propósito general puedan utilizar los recursos excedentes del respectivo sector **conforme a la fuente de financiación respectiva**, sin que sea necesario acreditar igual nivel de cobertura en los demás sectores, con sujeción a los demás requisitos establecidos en la normativa vigente. | Se elimina el carácter excepcional y por una sola vez del desahorro. Esta excepcionalidad no estaba justificada; por el contrario, resultaría injustificado que solo una administración tuviera la oportunidad de realizar el desahorro desnaturalizando la intención de la ley 2468. Además, esta modificación no incrementa el riesgo fiscal pues siempre se garantiza el 100% del pasivo pensional, y mientras existan excedentes disponibles ofrece una fuente de financiación coherente y armonizada con los términos constitucionales y legales. |

| Artículo 2º | | |
|---|---|---|
| **Artículo 2°. Modificación del artículo 12A de la Ley 549 de 1999. Modifíquese el artículo 12A de la Ley 549 de 1999, adicionado por el artículo 12 de la Ley 2468 de 2025, el cual quedará así:**<br><br>"Artículo 12A. Desahorro excepcional de excedentes por sector. Excepcionalmente y por una sola vez, las entidades territoriales que hayan cubierto el cien por ciento (100%) de su pasivo pensional en cualquiera de los sectores de educación, salud o propósito general, de acuerdo con el último cálculo actuarial y la comunicación oficial de cubrimiento expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, podrán utilizar los recursos excedentes correspondientes al sector que haya alcanzado dicho nivel de cobertura para la financiación de proyectos de inversión social establecidos en su respectivo Plan de Desarrollo y para el cumplimiento de las metas del mismo, conforme a la fuente de financiación respectiva, sin que sea necesario acreditar el cien por ciento (100%) de cobertura en los demás sectores, siempre y cuando cumplan con los | **Artículo 2°.** ~~Modificación del artículo 12A de la Ley 549 de 1999.~~ **Modifíquese el artículo 12A de la Ley 549 de 1999, adicionado por el artículo 12 de la Ley 2468 de 2025, el cual quedará así:**<br><br>"Artículo 12A. Desahorro ~~excepcional~~ de excedentes por sector. ~~Excepcionalmente y por una sola vez,~~ **L**as entidades territoriales que hayan cubierto el cien por ciento (100%) de su pasivo pensional en cualquiera de los sectores de educación, salud o propósito general, de acuerdo con el último cálculo actuarial y la comunicación **que determine de manera** oficial ~~de~~ **el** cubrimiento **y los recursos reconocidos como excedentes disponibles para desahorro** expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, podrán utilizar los recursos excedentes correspondientes al sector que haya alcanzado dicho nivel de cobertura para la financiación de proyectos de inversión social establecidos en su respectivo Plan de Desarrollo y para el cumplimiento de las metas del mismo, conforme a la fuente de financiación respectiva, sin que sea necesario acreditar el cien por ciento (100%) de cobertura en los demás sectores, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos establecidos en la normativa vigente." | Se corrige error de forma de la doble reiteración del título que anunciaba dos veces modificar el artículo 12A.<br><br>En consonancia con la modificación del artículo 1, también se elimina el carácter excepcional y por una sola vez del desahorro. Esta excepcionalidad no estaba justificada; por el contrario, resultaría injustificado que solo una administración tuviera la oportunidad de realizar el desahorro desnaturalizando la intención de la ley 2468. Además, esta modificación no incrementa el riesgo fiscal pues siempre se garantiza el 100% del pasivo pensional, y mientras existan excedentes disponibles ofrece una fuente de financiación coherente y armonizada con los términos constitucionales y legales.<br><br>Se acoge la constancia del Senador Yesid Pulgar, dando claridad a que la comunicación oficial del Ministerio de Hacienda y Crédito Público debe determinar de manera oficial tanto el cubrimiento como los recursos reconocidos como excedentes disponibles para desahorro, la cual se acogerá en el texto propuesto. |
| **Artículo 3º** | | |
| **Artículo 3°. Vigencia.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y modifica el artículo 12A de la Ley 549 de 1999, adicionado por el artículo 12 de la Ley 2468 de 2025. | **Artículo 3°. Vigencia.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y modifica el artículo 12A de la Ley 549 de 1999, adicionado por el artículo 12 de la Ley 2468 de 2025. | **Sin modificaciones** |

## IX. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones, presento **ponencia positiva** y de manera respetuosa solicito a la Plenaria del Senado de la República dar Segundo Debate, con la finalidad de aprobar el Proyecto de Ley N.º 169 de 2026 Senado *"Por medio de la cual se modifica el artículo 12a de la ley 549 de 1999, adicionado por la ley 2468 de 2025, para establecer un mecanismo excepcional de desahorro de excedentes pensionales por sector y se dictan otras disposiciones."* Conforme al texto propuesto y al pliego de modificaciones incorporado en la ponencia.

Atentamente,

**DAVID BARGUIL ASSÍS**
**Senador de la República**
**Ponente**

## X. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE EN LA PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA PARA EL PROYECTO DE LEY N.º 169 DE 2026 SENADO

"Por medio de la cual se modifica el artículo 12a de la ley 549 de 1999, adicionado por la ley 2468 de 2025, para establecer un mecanismo de desahorro de excedentes pensionales por sector y se dictan otras disposiciones."

**EL CONGRESO DE COLOMBIA,**

**DECRETA:**

**Artículo 1°. Objeto**. La presente ley tiene por objeto establecer el desahorro de excedentes por sector, permitiendo que las entidades territoriales que hayan cubierto el cien por ciento (100%) de su pasivo pensional en cualquiera de los sectores de educación, salud o propósito general puedan utilizar los recursos excedentes del respectivo sector conforme a la fuente de financiación respectiva, sin que sea necesario acreditar igual nivel de cobertura en los demás sectores, con sujeción a los demás requisitos establecidos en la normativa vigente.

**Artículo 2°. Modifíquese el artículo 12A de la Ley 549 de 1999, adicionado por el artículo 12 de la Ley 2468 de 2025, el cual quedará así:**

"Artículo 12A. Desahorro de excedentes por sector. Las entidades territoriales que hayan cubierto el cien por ciento (100%) de su pasivo pensional en cualquiera de los sectores de educación, salud o propósito general, de acuerdo con el último cálculo actuarial y la comunicación que determine de manera oficial el cubrimiento y los recursos reconocidos como excedentes disponibles para desahorro expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, podrán utilizar los recursos excedentes correspondientes al sector que haya alcanzado dicho nivel de cobertura para la financiación de proyectos de inversión social establecidos en su respectivo Plan de Desarrollo y para el cumplimiento de las metas del mismo, conforme a la fuente de financiación respectiva, sin que sea necesario acreditar el cien por ciento (100%) de cobertura en los demás sectores, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos establecidos en la normativa vigente."

**Artículo 3°. Vigencia.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y modifica el artículo 12A de la Ley 549 de 1999, adicionado por el artículo 12 de la Ley 2468 de 2025.

Atentamente,

**DAVID BARGUIL ASSÍS**
**Senador de la República**
**Ponente**

***TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN PRIMER DEBATE POR LA COMISION TERCERA DEL SENADO EN SESIÓN DEL DIA 30 DE SEPTIEMBRE DE 2026 ACTA No. 04/2026.***

***PROYECTO DE LEY N° 169 DE 2026 SENADO*** *"Por medio de la cual se modifica el artículo 12a de la ley 549 de 1999, adicionado por la ley 2468 de 2025, para establecer un mecanismo excepcional de desahorro de excedentes pensionales por sector y se dictan otras disposiciones."*

***EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA***

***D E C R E T A:***

***CAPÍTULO I***

***DISPOSICIONES GENERALES***

***Artículo 1°. Objeto****. La presente ley tiene por objeto establecer, por una sola vez, una excepción al régimen de desahorro de excedentes por sector, permitiendo que las entidades territoriales que hayan cubierto el cien por ciento (100%) de su pasivo pensional en cualquiera de los sectores de educación, salud o propósito general puedan utilizar los recursos excedentes del respectivo sector, sin que sea necesario acreditar igual nivel de cobertura en los demás sectores, con sujeción a los demás requisitos establecidos en la normativa vigente.*

***Artículo 2°. Modificación del artículo 12A de la Ley 549 de 1999. Modifíquese el artículo 12A de la Ley 549 de 1999, adicionado por el artículo 12 de la Ley 2468 de 2025, el cual quedará así:***

*"Artículo 12A. Desahorro excepcional de excedentes por sector. Excepcionalmente y por una sola vez, las entidades territoriales que hayan cubierto el cien por ciento (100%) de su pasivo pensional en cualquiera de los sectores de educación, salud o propósito general, de acuerdo con el último cálculo actuarial y la comunicación oficial de cubrimiento expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, podrán utilizar los recursos excedentes correspondientes al sector que haya alcanzado dicho nivel de cobertura para la financiación de proyectos de inversión social establecidos en su respectivo Plan de Desarrollo y para el cumplimiento de las metas del mismo, conforme a la fuente de financiación respectiva, sin que sea necesario acreditar el cien por ciento (100%) de cobertura en los demás sectores, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos establecidos en la normativa vigente."*

***Artículo 3°. Vigencia.*** *La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y modifica el artículo 12A de la Ley 549 de 1999, adicionado por el artículo 12 de la Ley 2468 de 2025.*

*Bogotá. D.C. 30 de septiembre de 2026.*
*En sesión de la fecha se le dio lectura a la proposición con que termina el informe para primer debate del proyecto de Ley No. 169/2026 Senado. "Por medio de la cual se modifica el artículo 12a de la ley 549 de 1999, adicionado por la ley 2468 de 2025, para establecer un mecanismo excepcional de desahorro de excedentes pensionales por sector y se dictan otras disposiciones.". Una vez aprobada la proposición la Presidencia sometió a consideración el articulado presentado por el ponente, siendo* ***aprobado 1 sin modificaciones****. La Comisión de esta forma declara aprobado en su primer debate el proyecto mencionado. Acta No 04 de septiembre de 2026. Anunciado el día 29 de septiembre de 2026; Acta No. 03/2026*

***SARA JIMENA CASTELLANOS RODRÍGUEZ***
*Presidente*

***JUAN FERNANDO CAICEDO CALLEJAS***
*Vicepresidente*

***DAVID ALEJANDRO BARGUIL ASSIS***
*Ponente*

***RAFAEL OYOLO OPRDOSGOITIA***
*Secretario General*

## C O N T E N I D O

Gaceta número 1648 - lunes, 26 de octubre de 2026

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS **Págs.**

Informe de Ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de Ley número 203 de 2026 Senado, por medio del cual se establece un régimen especial de atención prioritaria e integral en salud para personas cuidadoras o asistentes personales de personas con discapacidad o dependencia funcional y se dictan otras disposiciones. ..... 1

Informe de Ponencia Positiva para segundo debate y texto propuesto en la plenaria del Senado de la República al Proyecto de Ley número 169 de 2026 Senado, por medio de la cual se modifica el artículo 12a de la ley 549 de 1999, adicionado por la Ley 2468 de 2025, para establecer un mecanismo excepcional de desahorro de excedentes pensionales por sector y se dictan otras disposiciones. ..... 1 1

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2026