



# GACETA DEL CONGRESO

## SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)  
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXV - Nº 1097

Bogotá, D. C., viernes, 21 de agosto de 2026

EDICIÓN DE 11 PÁGINAS

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## CÁMARA DE REPRESENTANTES

### PROYECTOS DE LEY

#### PROYECTO DE LEY NÚMERO 175 DE 2026 CÁMARA

*por medio de la cual se crea el sistema nacional de detección temprana y atención integral en salud mental de los niños, niñas y adolescentes, se fortalece el primer nivel de atención en salud y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C., julio de 2026

Señor

**PRESIDENTE**

Honorable Cámara de Representantes

Congreso de la República

Ciudad.

**Referencia.** Radicación Proyecto de Ley número 175 de 2026 Cámara, *por medio de la cual se crea el sistema nacional de detección temprana y atención integral en salud mental de los niños, niñas y adolescentes, se fortalece el primer nivel de atención en salud y se dictan otras disposiciones.*

Honorable Presidente:

De conformidad con lo establecido en la Constitución Política y en los artículos 139 y 140 de la Ley 5ª de 1992, en mi calidad de Representante a la Cámara por el departamento de Cundinamarca, me permito presentar y radicar ante la honorable Cámara de Representantes el proyecto de ley, *por medio de la cual se crea el sistema nacional de detección temprana y atención integral en salud mental de los niños, niñas y adolescentes, se fortalece el primer nivel de atención en salud y se dictan otras disposiciones*, junto con su correspondiente exposición de motivos, a fin de

que se sirva disponer que se le imparta el trámite legislativo correspondiente.

Cordialmente.

JULIO ROBERTO SALAZAR PERDOMO  
Autor  
Representante a la Cámara  
Departamento de Cundinamarca

#### PROYECTO DE LEY NÚMERO 175 DE 2026 CÁMARA

*por medio de la cual se crea el sistema nacional de detección temprana y atención integral en salud mental de los niños, niñas y adolescentes, se fortalece el primer nivel de atención en salud y se dictan otras disposiciones.*

#### ÍNDICE

##### 1. INTRODUCCIÓN

##### 2. ANTECEDENTES

- 2.1. Marco normativo previo en infancia, salud mental y educación
- 2.2. Diagnóstico: prevalencia y subdiagnóstico del TDAH y otras condiciones del neurodesarrollo en Colombia
- 2.3. Importancia socioeconómica de la salud mental infantil y adolescente
- 2.4. Limitaciones de la asistencia técnica actual: fragmentación entre salud y educación
- 2.5. El SIMAT como registro administrativo, no clínico: alcance y límites
- 2.6. Rol del psicólogo en la atención primaria: idoneidad profesional

2.7. Integración educativa y social de niños, niñas y adolescentes

3. JUSTIFICACIÓN

- 3.1. Fundamento clínico de la detección e intervención temprana
- 3.2. Fundamento de política pública y costo-efectividad de la prevención
- 3.3. Fundamento de equidad territorial y enfoque diferencial
- 3.4. Fundamento de derechos: interés superior del niño, niña y adolescente

4. FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

- 4.1. Fundamento constitucional (artículos 44, 49, 67 y 209 de la Constitución Política)
- 4.2. Articulación con la Ley 1098 de 2006, la Ley 1616 de 2013, la Ley 1751 de 2015 y la Ley 1438 de 2011
- 4.3. Articulación con la Ley 115 de 1994 y el Decreto número 1421 de 2017
- 4.4. Compromisos internacionales: Convención sobre los Derechos del Niño y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3 y 4)
- 4.5. Cláusula de no duplicación normativa: alcance operativo del proyecto frente al ordenamiento vigente

5. OBJETIVOS DEL PROYECTO DE LEY

- 5.1. Objetivo general
- 5.2. Objetivos específicos

6. CONTENIDO DEL ARTICULADO

- 6.1. Capítulo I. Disposiciones generales
- 6.2. Capítulo II. Detección temprana en el ámbito educativo
- 6.3. Capítulo III. Fortalecimiento del primer nivel de atención en salud
- 6.4. Capítulo IV. Coordinación intersectorial
- 6.5. Capítulo V. Sistema de información y seguimiento
- 6.6. Capítulo VI. Financiamiento
- 6.7. Capítulo VII. Inspección, vigilancia y control
- 6.8. Capítulo VIII. Disposiciones finales

7. IMPACTO FISCAL

- 7.1. Estimación general de costos de implementación
- 7.2. Fuentes de financiación y compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo
- 7.3. Gradualidad de la implementación (artículo 7° de la Ley 819 de 2003)

8. ANÁLISIS DE POSIBLE CONFLICTO DE INTERÉS

9. BENEFICIOS ESPERADOS

- 9.1. Para los niños, niñas y adolescentes
- 9.2. Para las familias

- 9.3. Para el sistema de salud
- 9.4. Para el sistema educativo
- 9.5. Para la equidad territorial y social

10. CONCLUSIONES

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TEXTO PROPUESTO PARA PROYECTO DE LEY NÚMERO 175 DE 2026 CÁMARA

*por medio de la cual se crea el sistema nacional de detección temprana y atención integral en salud mental de los niños, niñas y adolescentes, se fortalece el primer nivel de atención en salud y se dictan otras disposiciones.*

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental de la infancia y la adolescencia es un determinante estructural del desarrollo humano, la inclusión social y la productividad futura del país. Según las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, en el año 2024 Colombia contaba con 9.335.523 menores de 12 años (17,7% de la población total) y 5.138.826 adolescentes entre 12 y 17 años (9,8% de la población total); es decir, cerca de 14,5 millones de niños, niñas y adolescentes, que en conjunto representan aproximadamente el 27,5% de los habitantes del país.

Entre las condiciones del neurodesarrollo que afectan a esta población, el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) ocupa un lugar central. La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015, realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, identificó al TDAH como el trastorno mental de mayor frecuencia en la población infantil, con una prevalencia del 3% en el último año. Estudios regionales previos han reportado prevalencias considerablemente más altas –5,7 % en Bogotá y hasta 16,9% y 17,1% en estudios realizados en Antioquia con población escolar de 7 a 11 años, una dispersión que no es un dato menor: evidencia la ausencia de un sistema nacional, estandarizado y sistemático de tamizaje, y sugiere que la cifra oficial probablemente subestima la magnitud real del fenómeno por efecto del subdiagnóstico y de las barreras de acceso a la evaluación clínica, en particular en zonas rurales.

El presente proyecto de ley responde a esa brecha mediante la creación de un sistema nacional de detección temprana y atención integral en salud mental, que articula de manera obligatoria al sector educativo y al sector salud, fortalece el primer nivel de atención con la incorporación del profesional de psicología, y establece mecanismos de coordinación, información, financiación y control que garanticen su cumplimiento efectivo,

sin duplicar la normatividad ya vigente en la materia.

## **2. ANTECEDENTES**

### **2.1. Marco normativo previo en infancia, salud mental y educación**

Colombia cuenta con un marco normativo relevante en la materia: la Ley 1098 de 2006, que consagra el principio de protección integral y la corresponsabilidad del Estado, la familia y la sociedad; la Ley 1616 de 2013, que reconoce la salud mental como derecho fundamental y crea el Consejo Nacional de Salud Mental como instancia de coordinación intersectorial; la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud bajo los elementos esenciales de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; la Ley 1438 de 2011, que adopta la Atención Primaria en Salud como estrategia basada en servicios de salud, acción intersectorial y participación comunitaria; y la Ley 115 de 1994 junto con el Decreto número 1421 de 2017, que regulan la integración educativa de estudiantes con discapacidad o limitaciones.

### **2.2. Diagnóstico: prevalencia y subdiagnóstico del TDAH y otras condiciones del neurodesarrollo en Colombia**

Pese a la existencia de este marco, el país no cuenta con un mecanismo obligatorio, periódico y estandarizado de tamizaje psicológico escolar. Ello explica, en buena medida, la dispersión entre la prevalencia reportada por la ENSM 2015 y la reportada por estudios regionales posteriores, que llegan a superar el 16 % en poblaciones escolares específicas. El Boletín de Salud Mental de niños, niñas y adolescentes del Ministerio de Salud y Protección Social (2017) confirma, además, que los trastornos del comportamiento y el TDAH concentran la mayor proporción de intervenciones terapéuticas registradas en el sistema de salud, lo que indica una demanda clínica considerable frente a una oferta de detección temprana todavía fragmentada.

### **2.3. Importancia socioeconómica de la salud mental infantil y adolescente**

Como se señaló, los niños, niñas y adolescentes representan cerca del 27,5 % de la población colombiana. La forma en que el Estado interviene durante esta etapa crítica del desarrollo incide directamente en la formación de capital humano, la permanencia educativa y la productividad futura del país, razón por la cual la ausencia de detección y atención oportuna debe entenderse como un costo social acumulativo y evitable.

### **2.4. Limitaciones de la asistencia técnica actual: fragmentación entre salud y educación**

De acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia contaba a junio de 2025 con 10.839 Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas, de las cuales aproximadamente el 56,5% corresponde al primer nivel de atención. Esa red de baja complejidad, la más extensa y cercana al territorio no cuenta hoy con la obligación legal de disponer de manera permanente de profesionales de la psicología, lo que limita su capacidad resolutoria frente a las necesidades de salud mental infantil y adolescente y traslada la atención hacia niveles especializados, más costosos y de acceso más restringido.

### **2.5. El SIMAT como registro administrativo, no clínico: alcance y límites**

El Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT), administrado por el Ministerio de Educación Nacional desde 2008, es la herramienta que organiza y controla el proceso de matrícula, cobertura, traslados, retiros y deserción del sistema educativo oficial y privado. Su naturaleza es administrativa y de cobertura, no clínica ni diagnóstica: registra condiciones reportadas por las instituciones educativas, pero no genera por sí mismo procesos de detección temprana ni se articula de forma estructurada con el sistema de salud. Esta limitación justifica el mecanismo de interoperabilidad que crea el artículo 10 del articulado, sin sustituir ni duplicar la función propia del SIMAT.

### **2.6. Rol del psicólogo en la atención primaria: idoneidad profesional**

La Ley 1616 de 2013 reconoce la necesidad de un abordaje interdisciplinario de la salud mental y crea el Consejo Nacional de Salud Mental con participación de las asociaciones de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional, entre otras. No obstante, dicha ley no impone de manera expresa la presencia obligatoria de psicólogos en el primer nivel de atención, vacío que el artículo 6° de este proyecto busca cerrar, dada la idoneidad técnica de este profesional para la evaluación, intervención breve y seguimiento clínico de las condiciones del neurodesarrollo y las alteraciones emocionales y conductuales de la infancia.

### **2.7. Integración educativa y social de niños, niñas y adolescentes**

La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, obliga al Estado a garantizar el más alto nivel posible de salud y el desarrollo integral de la niñez. En concordancia con el artículo 44 de la Constitución Política, la integración plena de niños, niñas y adolescentes en los entornos educativo, familiar y comunitario depende de que las dificultades emocionales, conductuales y del neurodesarrollo sean identificadas y atendidas de manera oportuna,

y no una vez que ya han producido exclusión o fracaso escolar.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

#### **3.1. Fundamento clínico de la detección e intervención temprana**

Desde la perspectiva clínica, el TDAH es reconocido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría como un trastorno de origen neurobiológico que afecta la atención, la autorregulación y las funciones ejecutivas. La literatura especializada coincide en que la intervención temprana modifica de manera significativa la trayectoria clínica y académica de quienes la reciben, en comparación con la atención tardía. Estos hallazgos, junto con la prevalencia documentada por la ENSM 2015, sustentan la necesidad de un mecanismo obligatorio de tamizaje escolar.

#### **3.2. Fundamento de política pública y costo-efectividad de la prevención**

El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud establece como uno de sus cuatro objetivos centrales la puesta en práctica de estrategias de promoción y prevención en salud mental, junto con el fortalecimiento de servicios comunitarios integrados y de los sistemas de información e investigación. El presente proyecto recoge estos lineamientos al priorizar la detección temprana y la atención en el primer nivel sobre la atención tardía y especializada.

#### **3.3. Fundamento de equidad territorial y enfoque diferencial**

La concentración de la oferta de psicólogos y servicios especializados en las cabeceras municipales y en municipios de mayor categoría deja en desventaja a los municipios de categorías 4, 5 y 6, definidos por la Ley 617 de 2000 según su población e ingresos corrientes, y a las zonas rurales y rurales dispersas. Dado que el 56,5% de las IPS del país corresponde al primer nivel de atención, un mandato de incorporación de psicólogos en esa red, acompañado de modalidades flexibles como la telepsicología y los equipos itinerantes, tiene el potencial de cerrar brechas territoriales históricas.

#### **3.4. Fundamento de derechos: interés superior del niño, niña y adolescente**

El artículo 44 de la Constitución Política establece la prevalencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes sobre los derechos de los demás. El artículo 7° de la Ley 1098 de 2006 define la protección integral como el reconocimiento de estos como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, y la prevención de su amenaza o vulneración. La Convención sobre los Derechos del Niño refuerza este mandato en el plano internacional. Este proyecto de ley opera como desarrollo concreto de dichos principios, sin pretender sustituirlos.

### **4. FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL Y LEGAL**

#### **4.1. Fundamento constitucional (artículos 44, 49, 67 y 209 de la Constitución Política)**

El artículo 44 reconoce los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, entre ellos la salud y la educación, y ordena su prevalencia. El artículo 49 consagra la salud como servicio público a cargo del Estado bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. El artículo 67 reconoce la educación como derecho y servicio público con función social. El artículo 209 establece los principios de la función administrativa, legalidad, eficacia, economía, celeridad e imparcialidad que fundamentan las obligaciones de inspección, vigilancia y control previstas en el Capítulo VII del articulado.

#### **4.2. Articulación con la Ley 1098 de 2006, la Ley 1616 de 2013, la Ley 1751 de 2015 y la Ley 1438 de 2011**

El proyecto se articula, sin sustituirlas, con la Ley 1098 de 2006, la Ley 1616 de 2013 y su Consejo Nacional de Salud Mental, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y sus elementos esenciales de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad del derecho a la salud, y la Ley 1438 de 2011 y su estrategia de Atención Primaria en Salud. El articulado no repite las obligaciones ya creadas por estas leyes: las operativiza en dos puntos específicos que hoy no están regulados, la obligatoriedad del tamizaje escolar y la incorporación permanente del psicólogo en el primer nivel de atención.

#### **4.3. Articulación con la Ley 115 de 1994 y el Decreto número 1421 de 2017**

La Ley 115 de 1994, en su artículo 46, integra la educación de personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas, cognoscitivas o emocionales al servicio público educativo. El Decreto número 1421 de 2017 reglamenta la ruta de atención educativa a la población con discapacidad mediante los Planes Individuales de Ajustes Razonables (PIAR). El proyecto no modifica estos instrumentos: los complementa mediante el tamizaje temprano que puede activar, cuando corresponda, los apoyos y ajustes que dicha normatividad ya prevé.

#### **4.4. Compromisos internacionales: Convención sobre los Derechos del Niño y Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3 y 4)**

La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, obliga al Estado a garantizar el más alto nivel posible de salud y el acceso a servicios de atención médica y psicológica para la niñez. La Agenda 2030 de las Naciones Unidas, a través del ODS 3 (Salud y Bienestar) y el ODS 4 (Educación de Calidad), compromete a los Estados miembros

con la cobertura universal de salud y con una educación inclusiva y equitativa. Este proyecto de ley constituye un desarrollo interno de ambos compromisos.

#### **4.5. Cláusula de no duplicación normativa: alcance operativo del proyecto frente al ordenamiento vigente**

Conforme al artículo 1° del articulado, este proyecto no crea derechos nuevos ni modifica, sustituye o deroga las obligaciones, competencias o instrumentos ya creados por la normatividad citada. Su alcance se limita a dos mecanismos operativos hoy ausentes del ordenamiento: el tamizaje psicológico escolar obligatorio y periódico, y la incorporación permanente de profesionales de la psicología en el primer nivel de atención en salud, junto con los mecanismos de coordinación, información, financiación y control estrictamente necesarios para hacerlos exigibles.

### **5. OBJETIVOS DEL PROYECTO DE LEY**

#### **5.1. Objetivo general**

Establecer un marco normativo obligatorio que garantice la detección temprana y la atención psicológica integral y oportuna de los niños, niñas y adolescentes en Colombia, mediante la articulación efectiva entre los sectores de salud y educación y el fortalecimiento del primer nivel de atención con profesionales de la psicología, con especial énfasis en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH).

#### **5.2. Objetivos específicos**

1) Institucionalizar el tamizaje psicológico escolar como mecanismo de detección temprana. 2) Garantizar la presencia permanente de psicólogos en el primer nivel de atención en salud. 3) Superar la fragmentación entre los sectores de salud y educación mediante rutas de referencia y contrarreferencia y un mecanismo de interoperabilidad de la información. 4) Priorizar la atención en zonas rurales y poblaciones vulnerables mediante modalidades flexibles de prestación del servicio. 5) Asignar la coordinación intersectorial de la política al Consejo Nacional de Salud Mental ya existente, sin crear nueva institucionalidad. 6) Garantizar la sostenibilidad fiscal y la implementación gradual de las obligaciones creadas.

### **6. CONTENIDO DEL ARTICULADO**

El articulado consta de catorce (14) artículos organizados en ocho (8) capítulos, estructurados de manera que cada disposición regule un único objeto normativo.

#### **6.1. Capítulo I. Disposiciones generales**

Artículos 1° a 3°: objeto, ámbito de aplicación y definiciones técnicas (tamizaje psicológico

escolar, detección temprana, primer nivel de atención, ruta intersectorial, telepsicología y enfoque poblacional y diferencial).

#### **6.2. Capítulo II. Detección temprana en el ámbito educativo**

Artículos 4° y 5°: obligatoriedad del tamizaje psicológico escolar, sus instrumentos, periodicidad y la formación de docentes y orientadores (artículo 4°), y el consentimiento informado y la confidencialidad de la información recolectada (artículo 5°).

#### **6.3. Capítulo III. Fortalecimiento del primer nivel de atención en salud**

Artículos 6° a 8°: incorporación obligatoria de psicólogos en el primer nivel de atención, con su ajuste a los estándares de habilitación y su régimen de transición gradual a cuatro (4) años (artículo 6°); funciones del psicólogo y rutas de referencia y contrarreferencia (artículo 7°); y atención diferencial en zonas rurales y poblaciones vulnerables (artículo 8°).

#### **6.4. Capítulo IV. Coordinación intersectorial**

Artículo 9°: asigna la coordinación de la implementación de la ley al Consejo Nacional de Salud Mental, creado por el artículo 29 de la Ley 1616 de 2013 (3), evitando la creación de nueva institucionalidad.

#### **6.5. Capítulo V. Sistema de información y seguimiento**

Artículo 10: crea un mecanismo único de interoperabilidad entre el SIMAT, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los sistemas de información en salud, con la obligación de reporte periódico de resultados.

#### **6.6. Capítulo VI. Financiamiento**

Artículo 11: fuentes de financiación, cláusula de sostenibilidad fiscal conforme al artículo 7° de la Ley 819 de 2003 (12), y obligación de incorporar el proyecto en los instrumentos territoriales de planeación.

#### **6.7. Capítulo VII. Inspección, vigilancia y control**

Artículo 12: competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Educación Nacional, la Procuraduría General de la Nación, las Contralorías, la Defensoría del Pueblo y las personerías, junto con el informe anual que los ministerios de Salud y de Educación deben rendir al Congreso de la República.

#### **6.8. Capítulo VIII. Disposiciones finales**

Artículos 13 y 14: reglamentación por el Gobierno nacional dentro de los doce (12) meses siguientes a la promulgación, y vigencia de la ley.

## **7. IMPACTO FISCAL**

### **7.1. Estimación general de costos de implementación**

Según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), Colombia contaba a junio de 2025 con 10.839 IPS habilitadas, de las cuales aproximadamente el 56,5% cerca de 6.124 corresponde al primer nivel de atención (16). Tomando esta cifra como referencia de orden de magnitud, la obligación de vincular al menos un (1) psicólogo por IPS de primer nivel implicaría, en el escenario de máxima cobertura, un número de plazas del mismo orden de magnitud, concentrado en las IPS que hoy no cuentan con dicho profesional. Esta es una estimación metodológica de referencia, no una cifra presupuestal definitiva: la cuantificación exacta del costo fiscal, en cumplimiento del artículo 7° de la Ley 819 de 2003, corresponde al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y al Ministerio de Salud y Protección Social durante el trámite legislativo.

### **7.2. Fuentes de financiación y compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo**

El artículo 11 del articulado prevé como fuentes el Sistema General de Participaciones, los recursos propios de las entidades territoriales, los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados a promoción y prevención, la cooperación nacional e internacional, y las demás fuentes que determinen las entidades competentes, en todos los casos sujetas al Marco Fiscal de Mediano Plazo y al Marco de Gasto de Mediano Plazo del sector respectivo.

### **7.3. Gradualidad de la implementación (artículo 7° de la Ley 819 de 2003)**

El artículo 6°, parágrafo 3°, del articulado dispone un régimen de transición de hasta cuatro (4) años para el cumplimiento de la obligación de contratación de psicólogos, conforme a un plan de implementación gradual que deberá considerar la capacidad institucional y fiscal de las entidades territoriales y de las IPS obligadas, en línea con el mandato de racionalidad legislativa que la Corte Constitucional ha derivado del artículo 7° de la Ley 819 de 2003 (12).

### **8. ANÁLISIS DE POSIBLE CONFLICTO DE INTERÉS**

En cumplimiento del artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, se deja constancia de que el presente proyecto regula una situación general, impersonal y abstracta que afecta por igual a toda la población infantil y adolescente del país, a las entidades del sector salud y del sector educativo, y a los profesionales de la psicología vinculados o susceptibles de vincularse al primer nivel de

atención. Por tratarse de un beneficio general y no de un beneficio particular, directo y actual en los términos del artículo 286 de la Ley 5ª de 1992, no se identifican, en principio, circunstancias que configuren un conflicto de interés para los congresistas. No obstante, corresponde a cada congresista evaluar individualmente su situación particular, por ejemplo, si ejerce, o un familiar dentro del grado de ley ejerce, la profesión de psicología en el primer nivel de atención y decidir sobre su eventual impedimento conforme al régimen vigente.

## **9. BENEFICIOS ESPERADOS**

### **9.1. Para los niños, niñas y adolescentes**

Identificación temprana de dificultades emocionales, conductuales y del neurodesarrollo; intervenciones oportunas que previenen la cronificación de los trastornos; y fortalecimiento de la permanencia escolar y la inclusión educativa real.

### **9.2. Para las familias**

Acceso a orientación psicológica profesional sin depender exclusivamente de la oferta privada, y menor carga emocional y económica derivada de la atención tardía.

### **9.3. Para el sistema de salud**

Fortalecimiento del primer nivel de atención, priorización de la prevención sobre la atención en crisis y reducción de la presión sobre los servicios especializados, en línea con los objetivos del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS.

### **9.4. Para el sistema educativo**

Mejores condiciones para la permanencia escolar, la reducción de la deserción y una educación inclusiva con soporte técnico real, sin trasladar a los docentes funciones clínicas que no les corresponden.

### **9.5. Para la equidad territorial y social**

Cierre de brechas entre zonas urbanas y rurales mediante modalidades flexibles de atención (telepsicología, equipos itinerantes) en los municipios de categorías 4, 5 y 6.

## **10. CONCLUSIONES**

El presente proyecto de ley no crea derechos nuevos: opera como desarrollo exigible de derechos ya consagrados en la Constitución Política, en la Ley 1098 de 2006, en la Ley 1616 de 2013 y en la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Su aporte específico consiste en cerrar dos vacíos operativos reales la ausencia de tamizaje psicológico escolar obligatorio y la ausencia de psicólogos permanentes en el primer nivel de atención, mediante un articulado técnicamente viable en su implementación gradual y fiscalmente responsable en su diseño. La evidencia epidemiológica disponible (18, 19),

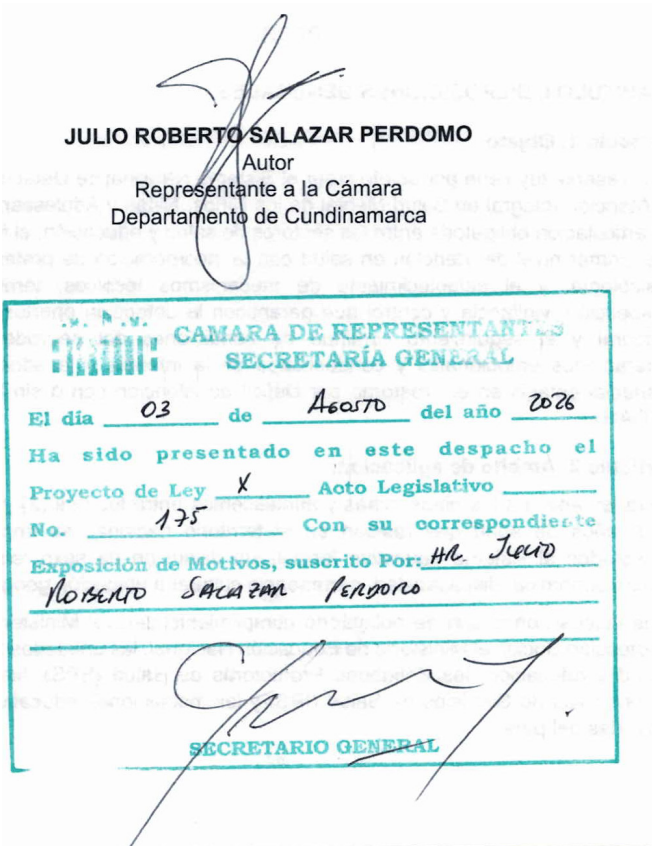
la institucionalidad existente en salud y educación (2 a 8), y los compromisos internacionales del Estado colombiano (9, 11) convergen en sustentar la necesidad y la oportunidad de esta iniciativa.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Constitución Política de Colombia (1991), artículos 44, 49, 67, 209 y 334.
- (2) Congreso de la República. Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>
- (3) Congreso de la República. Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental (artículo 29, Consejo Nacional de Salud Mental). Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- (4) Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015, Derecho Fundamental a la Salud (artículos 2° y 7°). Ministerio de Salud y Protección Social. [https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf)
- (5) Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (artículo 12, Atención Primaria en Salud). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- (6) Congreso de la República. Ley 115 de 1994, Ley General de Educación (artículo 46). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=292>
- (7) Ministerio de Educación Nacional. Decreto número 1421 de 2017 (educación inclusiva de la población con discapacidad). <https://www.mineduacion.gov.co/portal/normativa/Decretos/381928:Decreto-1421-de-agosto-29-de-2017>
- (8) Ministerio de Educación Nacional. Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT). <https://www.mineduacion.gov.co/portal/micrositios-institucionales/Sistemas-de-Informacion/168883:SIMAT>
- (9) Congreso de la República. Ley 12 de 1991, por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=10579>
- (10) Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. <https://www.who.int/es/publications/item/9789240031029>
- (11) Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible: ODS 3 (Salud y Bienestar) y ODS 4 (Educación de Calidad). <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
- (12) Congreso de la República. Ley 819 de 2003, artículo 7° (Análisis del impacto fiscal). Secretaría del Senado. [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0819\\_2003.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0819_2003.html)
- (13) Congreso de la República. Ley 2003 de 2019, artículo 3° (declaración de impedimentos y conflicto de interés, que modifica el artículo 291 de la Ley 5a de 1992). Cámara de Representantes. <https://www.camara.gov.co/wp-content/uploads/2025/10/LEY-2003-DEL-19-DE-NOVIEMBRE-DE-2019.pdf>
- (14) Congreso de la República. Ley 617 de 2000 (categorización de departamentos, distritos y municipios). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3771>
- (15) Congreso de la República. Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales (artículo 5°, datos sensibles). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
- (16) Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS): caracterización y ranking de IPS. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/caracterizacion-registro-especial-prestadores-reps.pdf>
- (17) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- (18) Ministerio de Salud y Protección Social / Revista Colombiana de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015 - Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502016000500007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500007)
- (19) Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Salud Mental: Salud mental en niños, niñas y adolescentes, 2017. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>
- (20) American Psychiatric Association. DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision.

(21) Barkley, R. A. (2015). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. Guilford Press.

Cordialmente,



TEXTO PROPUESTO PARA PROYECTO DE LEY NÚMERO 175 DE 2026 CÁMARA

*por medio de la cual se crea el sistema nacional de detección temprana y atención integral en salud mental de los niños, niñas y adolescentes, se fortalece el primer nivel de atención en salud y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°. Objeto

La presente ley tiene por objeto crear el Sistema Nacional de Detección Temprana y Atención Integral en Salud Mental de los Niños, Niñas y Adolescentes, mediante la articulación obligatoria entre los sectores de salud y educación, el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud con la incorporación de profesionales de la psicología, y el establecimiento de mecanismos técnicos, territoriales y de inspección, vigilancia y control que garanticen la detección oportuna, la atención integral y el seguimiento continuo de condiciones del neurodesarrollo y de alteraciones emocionales y conductuales de la infancia y la adolescencia, con especial énfasis en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH).

Artículo 2°. Ámbito de aplicación

Esta ley aplica a los niños, niñas y adolescentes entre los dos (2) y los dieciocho (18) años de edad que residan en el territorio nacional, se encuentren o no vinculados al sistema educativo formal, sin distinción de sexo, etnia, condición socioeconómica, discapacidad, pertenencia cultural o ubicación geográfica.

Sus disposiciones son de obligatorio cumplimiento para el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional, las entidades territoriales de salud y educación, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las instituciones educativas oficiales y privadas del país.

Artículo 3°. Definiciones

Para efectos de la presente ley se adoptan las siguientes definiciones:

**Tamizaje psicológico escolar:** procedimiento breve, estandarizado y validado científicamente, aplicado por o bajo la supervisión de un profesional de la psicología, dirigido a identificar signos de alerta en el desarrollo cognitivo, emocional y conductual de niños, niñas y adolescentes, sin que constituya diagnóstico clínico.

**Detección temprana:** conjunto de acciones dirigidas a identificar, en las primeras etapas posibles del desarrollo, señales de alerta asociadas a condiciones del neurodesarrollo o a alteraciones emocionales y conductuales, con el fin de activar oportunamente la atención correspondiente.

**Primer nivel de atención en salud mental infantil y adolescente:** conjunto de servicios de baja complejidad, de carácter preventivo y resolutivo, prestados por las IPS habilitadas, en los que se garantiza la presencia de profesionales de la psicología conforme a esta ley.

**Ruta intersectorial de atención:** conjunto articulado de procedimientos, actores y tiempos definidos para la remisión, atención y seguimiento de un caso detectado en el sector educativo o en el sector salud.

**Telepsicología:** modalidad de prestación de servicios psicológicos a través de tecnologías de la información y las comunicaciones, en los términos que regule el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Enfoque poblacional y diferencial:** criterio de priorización que reconoce las condiciones particulares de los niños, niñas y adolescentes según su territorio, ciclo vital, discapacidad, pertenencia étnica o situación de vulnerabilidad socioeconómica.

CAPÍTULO II

Detección temprana en el ámbito educativo

Artículo 4°. Tamizaje psicológico escolar obligatorio

Las instituciones educativas oficiales y privadas del territorio nacional garantizarán, en coordinación con las Secretarías de Educación y las autoridades territoriales de salud, la realización de tamizajes psicológicos periódicos a la población estudiantil, orientados a identificar tempranamente señales de alerta asociadas a condiciones del neurodesarrollo, dificultades del aprendizaje y alteraciones emocionales o conductuales, incluyendo el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH).

**Parágrafo 1°.** El tamizaje escolar de que trata este artículo no sustituye la evaluación clínica ni el diagnóstico, los cuales corresponden de manera exclusiva a los profesionales de la psicología y, cuando se requiera, a la medicina especializada, en el marco del primer nivel de atención regulado en el Capítulo III de esta ley.

**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentarán de manera conjunta, dentro de los doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, los instrumentos psicométricos validados aplicables por ciclo vital, la periodicidad mínima de aplicación que no podrá ser inferior a una vez por año escolar y el perfil profesional habilitado para su aplicación e interpretación, el cual corresponderá en todos los casos a profesionales de la psicología o a personal capacitado bajo su supervisión directa.

**Parágrafo 3°.** Las Secretarías de Educación certificadas, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Educación Nacional, desarrollarán procesos de formación continua dirigidos a docentes y orientadores escolares en la identificación de señales de alerta en salud mental infantil y adolescente, sin que ello les atribuya funciones clínicas, diagnósticas o terapéuticas, las cuales son competencia exclusiva de los profesionales de la psicología.

#### **Artículo 5°. *Consentimiento informado y confidencialidad***

La aplicación de tamizajes psicológicos y la activación de rutas de atención derivadas de esta ley requerirán el consentimiento informado previo de los padres, madres o representantes legales, garantizando la participación del niño, niña o adolescente conforme a su edad y grado de madurez, así como la reserva y confidencialidad de la información conforme a la Ley 1581 de 2012 y a la normatividad vigente en materia de historia clínica y datos sensibles en salud.

### **CAPÍTULO III**

#### **Fortalecimiento del primer nivel de atención en salud**

#### **Artículo 6°. *Incorporación obligatoria de psicólogos en el primer nivel de atención***

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que operen en el primer nivel de atención deberán contar de manera permanente

con, al menos, un (1) profesional de la psicología, vinculado bajo modalidades que garanticen estabilidad y continuidad, con dedicación proporcional a la población infantil y adolescente adscrita, conforme a los estándares de suficiencia que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo 1°.** En los municipios de categorías 4, 5 y 6, y en zonas rurales y rurales dispersas, la obligación prevista en este artículo podrá cumplirse mediante esquemas de atención itinerante, telepsicología o equipos extramurales, sin que ello implique una menor calidad, oportunidad o continuidad en la atención.

**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud y Protección Social ajustará los estándares de habilitación aplicables a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del primer nivel de atención, incorporando la presencia del profesional de psicología como condición habilitante, sin que ello implique la creación de un trámite de habilitación independiente al ya existente.

**Parágrafo 3°.** Las obligaciones previstas en este artículo se implementarán de manera gradual, en un plazo máximo de dos (2) años contados a partir de la reglamentación de que trata el artículo 13 de esta ley, conforme al plan de implementación gradual que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual deberá considerar la capacidad institucional y fiscal de las entidades territoriales y de las IPS obligadas.

#### **Artículo 7°. *Funciones del psicólogo en la atención primaria***

En desarrollo de esta ley, el profesional de la psicología vinculado al primer nivel de atención cumplirá, entre otras, las siguientes funciones: la evaluación psicológica inicial de los casos remitidos por el sector educativo o identificados en el propio servicio de salud; la intervención breve y la psicoeducación individual, familiar y comunitaria dirigida a fortalecer pautas de crianza, regulación emocional y reducción de la estigmatización; la orientación a familias y cuidadores; la activación de rutas de referencia hacia niveles especializados cuando el caso lo requiera; y el seguimiento clínico continuo de los casos atendidos.

**Parágrafo.** Las EPS e IPS, en coordinación con las entidades territoriales de salud y educación, adoptarán rutas integrales de referencia y contrarreferencia que garanticen la remisión oportuna de los casos hacia los servicios especializados de salud mental y el retorno al primer nivel para efectos del seguimiento continuo, conforme a los plazos y condiciones que reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **Artículo 8°. *Atención diferencial en zonas rurales y poblaciones vulnerables.***

El Ministerio de Salud y Protección Social, con la participación de las entidades territoriales, priorizará la implementación de esta ley en zonas rurales, rurales dispersas y territorios con alta vulnerabilidad social y baja oferta institucional, mediante modelos de atención comunitaria, telepsicología, equipos itinerantes interdisciplinarios y criterios diferenciales de asignación de recursos técnicos y humanos.

#### CAPÍTULO IV

##### **Coordinación intersectorial**

###### **Artículo 9°. *Coordinación intersectorial***

La coordinación intersectorial para la implementación de esta ley estará a cargo del Consejo Nacional de Salud Mental creado por la Ley 1616 de 2013, el cual, en ejercicio de sus funciones, contará con la participación del Ministerio de Educación Nacional para efectos de articular las acciones previstas en los Capítulos II y III de esta ley.

**Parágrafo.** Las entidades territoriales podrán constituir mesas técnicas de coordinación local entre los sectores de salud y educación, sin que ello implique la creación de nuevas plantas de personal o estructuras administrativas adicionales a las ya existentes.

#### CAPÍTULO V

##### **Sistema de información y seguimiento**

###### **Artículo 10. *Interoperabilidad de los sistemas de información***

Créase un mecanismo de interoperabilidad entre el Sistema Integrado de Matrícula (SIMAT) o el sistema que haga sus veces, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los demás sistemas de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de habilitar el seguimiento intersectorial de los casos detectados en el ámbito educativo o en salud, activar las rutas de atención previstas en esta ley y generar alertas tempranas para las autoridades competentes.

**Parágrafo 1°.** El Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentarán conjuntamente las condiciones técnicas de esta interoperabilidad dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley, sin que ello implique la creación de un sistema de información paralelo, la duplicación de registros, ni cargas administrativas adicionales injustificadas para las entidades obligadas.

**Parágrafo 2°.** Las EPS, las IPS y las entidades territoriales reportarán periódicamente, a través de este mecanismo, los datos necesarios para la evaluación de la cobertura, la oportunidad

y los resultados de la atención, conforme a los lineamientos técnicos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando en todo caso la reserva de la información conforme a la Ley 1581 de 2012.

#### CAPÍTULO VI

##### **Financiamiento**

###### **Artículo 11. *Fuentes de financiación***

La implementación de esta ley se financiará con cargo a: 1) los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a los sectores de salud y educación; 2) los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados a acciones de promoción y prevención y a los planes de intervenciones colectivas; 3) los recursos de cooperación nacional e internacional; y 4) las demás fuentes que determinen las entidades competentes.

**Parágrafo 1°.** La implementación de esta ley se sujetará al principio de sostenibilidad fiscal previsto en el artículo 334 de la Constitución Política y al análisis de impacto fiscal de que trata el artículo 7° de la Ley 819 de 2003. Las obligaciones aquí previstas se ejecutarán de manera compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo del sector respectivo, sin que esta ley por sí misma ordene una apropiación presupuestal específica.

**Parágrafo 2°.** Las entidades territoriales incorporarán las obligaciones derivadas de esta ley en sus planes de desarrollo, planes territoriales de salud y planes de intervenciones colectivas, dentro del año siguiente a su entrada en vigencia.

#### CAPÍTULO VII

##### **Inspección, vigilancia y control**

###### **Artículo 12. *Competencias de inspección, vigilancia y control***

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las obligaciones de las EPS e IPS establecidas en esta ley, conforme a sus competencias legales vigentes. El Ministerio de Educación Nacional y las Secretarías de Educación vigilarán el cumplimiento de las obligaciones a cargo de las instituciones educativas.

**Parágrafo 1°.** La Procuraduría General de la Nación y las Contralorías competentes ejercerán, en el ámbito de sus funciones constitucionales y legales, el control disciplinario y fiscal correspondiente, sin perjuicio de las competencias de la Defensoría del Pueblo y las personerías municipales en la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional presentarán anualmente a las Comisiones

Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado de la República y de la Cámara de Representantes un informe conjunto sobre el estado de implementación de esta ley, sus avances, dificultades y resultados.

**CAPÍTULO VIII**

**Disposiciones Finales**

**Artículo 13. *Reglamentación***

El Gobierno nacional reglamentará la presente ley dentro de los doce (12) meses siguientes a su promulgación.

**Artículo 14. *Vigencia***

La presente ley rige a partir de su fecha de promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



**JULIO ROBERTO SALAZAR PERDOMO**  
Autor  
Representante a la Cámara  
Departamento de Cundinamarca