



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIV - N° 1843

Bogotá, D. C., miércoles, 1° de octubre de 2025

EDICIÓN DE 27 PÁGINAS

DIRECTORES:

DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 040 DE 2025 CÁMARA

por medio de la cual se fomenta el desarrollo de la economía plateada promoviendo la inclusión, la innovación, el talento, el bienestar, la participación, el emprendimiento y la oferta de productos y servicios dirigido a la población persona mayor, y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., septiembre 30 de 2025.

Honorable Representante

CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES

Presidente de la Comisión Séptima

Cámara de Representantes del Congreso de la República

E. S. D.

Asunto: Informe Ponencia Positiva para Primer Debate al Proyecto de Ley número 040 de 2025 Cámara, por medio de la cual se fomenta el desarrollo de la economía plateada promoviendo la inclusión, la innovación, el talento, el bienestar, la participación, el emprendimiento y la oferta de productos y servicios dirigido a la población persona mayor, y se dictan otras disposiciones.

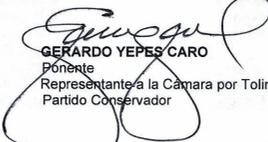
Respetado presidente:

En los términos de los artículos 174 y 175 de la Ley 5ª de 1992, y en cumplimiento de la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, me permito presentar **informe de ponencia positiva para**

primer debate del Proyecto de Ley número 040 de 2025 Cámara, por medio de la cual se fomenta el desarrollo de la economía plateada promoviendo la inclusión, la innovación, el talento, el bienestar, la participación, el emprendimiento y la oferta de productos y servicios dirigido a la población persona mayor, y se dictan otras disposiciones.

Atentamente,


ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Ponente Coordinador
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático


GERARDO YEPES CARO
Ponente
Representante a la Cámara por Tolima
Partido Conservador

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En atención a la designación hecha por la Presidencia de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, me permito presentar INFORME DE PONENCIA POSITIVA para primer debate al **Proyecto de Ley número 040 de 2025 Cámara, por medio de la cual se fomenta el desarrollo de la economía plateada promoviendo la inclusión, la innovación, el talento, el bienestar, la participación, el emprendimiento y la oferta de productos y servicios dirigido a la población persona mayor, y se dictan otras disposiciones.** La exposición de motivos que acompaña la ponencia del proyecto se estructura de la siguiente manera:

- I. Síntesis del proyecto.
- II. Antecedentes del proyecto.

- III. Análisis de la iniciativa.
- IV. Declaratoria de conflicto de interés.
- V. Pliego modificatorio articulado.
- VI. Proposición.

I. Síntesis del proyecto

El presente proyecto de ley tiene por objeto establecer un marco normativo integral que impulse el desarrollo de la Economía Plateada en Colombia, fomentando la nueva longevidad e inclusión activa de la población adulta mayor en la economía mediante la promoción de oportunidades de empleo, emprendimiento, inclusión financiera, bienestar, participación y acceso a bienes y servicios adaptados a sus necesidades.

Naturaleza	Proyecto de ley
Consecutivo	número 040 de 2025 (Cámara)
Título	Se fomenta el desarrollo de la economía plateada promoviendo la inclusión, la innovación, el talento, el bienestar, la participación, el emprendimiento y la oferta de productos y servicios dirigido a la población persona mayor
Materia	Economía Plateada - Adulto Mayor
Autor	Honorable Representante <i>Julio Roberto Salazar Perdomo</i>
Ponentes	Honorable Representante <i>Andrés Eduardo Forero Molina</i> y honorable Representante <i>Gerardo Yepes Caro</i>
Origen	Cámara de Representantes
Radicación	21/07/2025 (Cámara)
Estado	Primer debate Cámara

II. Antecedentes del proyecto de Ley

El proyecto de ley es la segunda vez que es presentado para su discusión en el Congreso de la República. En su primera ocasión fue archivado ya que no alcanzo a ser discutido en su primer debate en los tiempos de ley.

III. Análisis de la Iniciativa

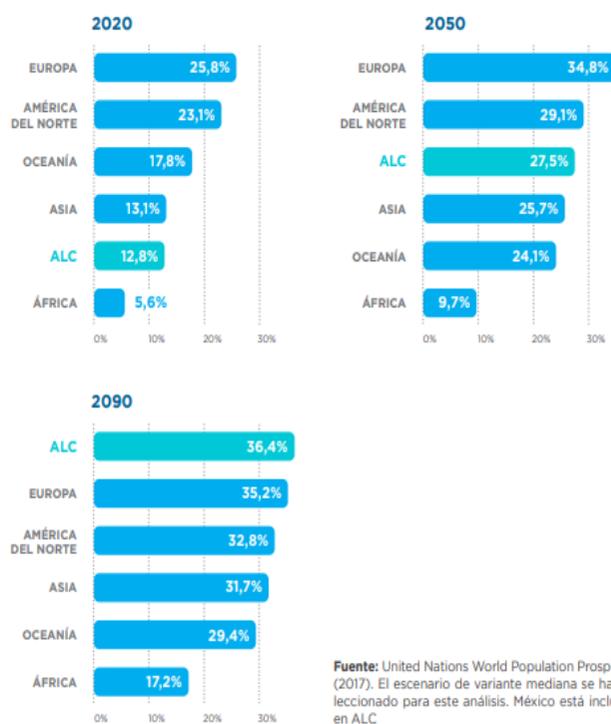
El proyecto en mención según sus autores busca abordar 5 puntos fundamentales, los cuales se resumen en:

- Fomentar la inclusión activa de los adultos mayores en la economía colombiana.
- Crear un marco normativo que regule y promueva el desarrollo de productos y servicios adaptados a la población adulta mayor.
- Impulsar la sostenibilidad del sistema de bienestar social y pensiones.
- Fomentar la creación de un entorno favorable para la innovación y el emprendimiento dirigido a los adultos mayores.
- Establecer un sistema de formación y capacitación continua para los adultos mayores.

Frente a estos objetivos de la iniciativa se plantea por parte de los autores de la iniciativa la necesidad de una colaboración efectiva entre las entidades públicas y privadas que permite un enfoque coordinado y sinérgico para abordar las necesidades y demandas de los adultos mayores. La implementación de políticas públicas para la Economía Plateada no puede depender únicamente del sector público, sino que también debe integrar a las empresas privadas, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las comunidades locales.

A nivel internacional la economía plateada ha sido ampliamente investigada y se ha evidenciado su amplio avance y su aporte dentro de la economía por el evidente proceso de envejecimiento de la población mundial. Según información del BID en su informe “*La economía plateada en América Latina y el Caribe*”¹ la economía plateada mueve en Japón y Europa más de 1,1 y 3,5 trillones de dólares respectivamente y ha venido creciendo por el aumento de la expectativa de vida. Es así como se espera que para el año 2090 el porcentaje de la población mayor de 60 años este concentrado en mayor medida en América Latina (Gráfica 1), lo cual evidencia una oportunidad importante de desarrollo económico en esta población y en especial para países de la región.

Gráfica 1. Porcentaje proyectado de la población mayor de 60 años, por región



Fuente: BID - La economía plateada en América Latina y el Caribe.

¹ Sánchez, M., Stampini, M., Ibararán, P., Vivanco, F., Castillo Martínez, P., Buenadicha Sánchez, C., Castillo, A., & Okumura, M. (2020). The Silver Economy in Latin America and the Caribbean: Aging as an Opportunity for Innovation, Entrepreneurship, and Inclusion.

En Colombia el desarrollo de la economía plateada ha estado dirigida al análisis de las posibilidades de generar políticas públicas y garantías orientadas no solo al desarrollo económico sino pasando por otros ámbitos como lo es el cuidado, el emprendimiento, el ocio y accesibilidad a un mercado laboral que les brinde mejores alternativas.

De acuerdo con la Cámara de Comercio de Bogotá² “Colombia es uno de los países que más está envejeciendo y esta longevidad representa una gran oportunidad porque la gente cuenta con más tiempo y además es la etapa más larga de la vida”. Lo que evidencia la importancia de un desarrollo legislativo alrededor de esta población creciente en nuestro país.

Dadas estas connotaciones, la economía plateada reviste gran importancia no solo en términos económicos sino en garantías para una población que viene en crecimiento en nuestro país, por tal motivo todas las iniciativas encaminadas a generar un ambiente propicio para el desarrollo económico, social y cultural de esta población serán bien recibidas y permitirán en el mediano plazo contar con una estructura legislativa y de acceso para responder a las necesidades crecientes de esta población.

IV. Declaratoria de conflicto de interés.

Con base en el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, según el cual “El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar”.

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

“Artículo 1°. El artículo 286 de la Ley 5ª de 1992 quedará así: (...)”

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

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

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

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

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

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

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

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

- e) (Literal INEXEQUIBLE)

- f) *Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...)*. (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De lo anterior, y de manera meramente orientativa, 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 Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

² <https://www.ccb.org.co/blog/economia-plateada-una-oportunidad-para-el-bienestar-y-los-negocios>

V. Pliego modificatorio

Articulado Actual	Articulado Propuesta	Observación
<p>Artículo 1°. Objeto. El presente proyecto de ley tiene como objetivo establecer un marco normativo integral que impulse el desarrollo de la Economía Plateada en Colombia, fomentando la nueva longevidad e inclusión activa de la población adulta mayor en la economía mediante la promoción de oportunidades de empleo, emprendimiento, inclusión financiera, bienestar, participación y acceso a bienes y servicios adaptados a sus necesidades.</p>		Sin modificaciones
<p>Artículo 2°. Definiciones. Economía Plateada. Para los efectos de esta ley, se entiende por Economía Plateada el conjunto de actividades económicas vinculadas al envejecimiento de la población, enfocadas en satisfacer las demandas y necesidades de los adultos mayores, e impulsadas por la innovación, el emprendimiento, y la adaptación de servicios y productos a este segmento poblacional. Start-up: Empresa emergente con un alto potencial de crecimiento, caracterizada por su enfoque en la innovación, la adaptación tecnológica y la creación de soluciones orientadas a mejorar la vida de las personas. Envejecimiento Activo: Enfoque que promueve la participación de los adultos mayores en la sociedad, favoreciendo su autonomía, salud, bienestar y calidad de vida, mediante el acceso a oportunidades en empleo, educación, y actividades sociales y recreativas.</p>	<p>Artículo 2°. Definiciones. Economía Plateada. Para los efectos de esta ley, se entiende por Economía Plateada el conjunto de actividades económicas vinculadas al envejecimiento de la población, enfocadas en satisfacer las demandas y necesidades de los adultos mayores, e impulsadas por la innovación, el emprendimiento, y la adaptación de servicios y productos a este segmento poblacional. Start-up Empresa emergente: Empresa emergente con un alto potencial de crecimiento, caracterizada por su enfoque en la innovación, la adaptación tecnológica y la creación de soluciones orientadas a mejorar la vida de las personas. Envejecimiento Activo: Enfoque que promueve la participación de los adultos mayores en la sociedad, favoreciendo su autonomía, salud, bienestar y calidad de vida, mediante el acceso a oportunidades en empleo, educación, y actividades sociales y recreativas.</p>	Se modifica la palabra start-up por empresa emergente.
<p>Artículo 3°. Principios Rectores. La implementación de la Economía Plateada se regirá por los siguientes principios: 1. Inclusión Social y Económica: Fomento de la participación activa de los adultos mayores en la vida económica y social del país, promoviendo su integración plena en todos los aspectos de la sociedad. Esto incluye la eliminación de barreras relacionadas con el edadismo (discriminación por motivos de edad), garantizando la igualdad de oportunidades y el acceso a los mismos derechos y beneficios que otros grupos generacionales. 2. Innovación: Se trata de pequeños cambios dirigidos a incrementar la funcionalidad y las prestaciones de los ya existentes, que si bien aisladamente son poco significativas, cuando se suceden continuamente de forma acumulativa pueden constituir una base permanente de progreso. 3. Accesibilidad: Garantía de acceso a productos y servicios adecuados para mejorar la calidad de vida de todos sin importar su nivel socioeconómico. 4. Sostenibilidad: Impulso a modelos de negocio y políticas públicas que favorezcan el desarrollo económico inclusivo y sostenible a corto, mediano y largo plazo. 5. Nueva Longevidad: Reconoce el envejecimiento como una etapa activa y productiva, fomentando la autonomía, la participación socioeconómica y el bienestar integral de las personas mayores. Impulsa un enfoque intergeneracional, la adaptación de entornos y el aprovechamiento del capital humano senior en el desarrollo sostenible del país.</p>		Sin modificaciones
<p>Artículo 4°. Política Nacional para el Fomento de la Economía Plateada. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, Ministerio de Comercio Industria y Turismo, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, deberá diseñar, implementar y coordinar políticas públicas orientadas a: 1. Promover la participación laboral de los adultos mayores a través de incentivos fiscales, así como el desarrollo de programas específicos para facilitar su inclusión en el mercado laboral formal. Esto incluye fomentar el emprendimiento social y empresarial en el sector de la Economía Plateada.</p>		Sin modificaciones

Articulado Actual	Articulado Propuesta	Observación
<p>2. Impulsar el desarrollo productos y servicios innovadores adaptados a las necesidades de los adultos mayores e Impulsar la investigación, el diseño y la comercialización de soluciones innovadoras en áreas como salud, vivienda, tecnología, movilidad y servicios financieros.</p> <p>3. Promover la inclusión social de los adultos mayores, especialmente los que se encuentran en áreas rurales, en todas las actividades económicas, financieras, de bienestar, entretenimiento, turismo y culturales.</p> <p>4. Facilitar la integración de los adultos mayores en la vida económica, social y cultural del país, asegurando su participación en actividades recreativas, culturales y económicas, fomentando el envejecimiento activo y la intergeneracionalidad.</p>		
<p>Artículo 5°. Fomento a la Innovación en la Economía Plateada. El Gobierno nacional y/o quien este delegue creará incentivos para las start-ups, empresas y emprendedores que desarrollen tecnologías, productos y servicios innovadores dirigidos a la población adulta mayor. Estos incentivos incluirán, entre otros, subsidios, líneas de crédito preferenciales, exenciones fiscales y acceso a programas de aceleración de negocios. Los sectores prioritarios para el fomento de la innovación serán:</p> <p>1. Salud: Tecnologías para el cuidado de enfermedades crónicas, telemedicina y dispositivos de monitoreo adaptados a los adultos mayores, junto con programas de nutrición especializada. Además, deberá promover la implementación de iniciativas enfocadas en la prevención y el envejecimiento saludable, garantizando el bienestar integral de este grupo poblacional.</p> <p>2. Vivienda adaptada: Soluciones habitacionales que permitan la autonomía funcional de los adultos mayores, en especial en zonas rurales, incluye cohousing, centros de día, cuidadores tecnológicos o inteligencia artificial aplicada al bienestar de los mayores.</p> <p>3. Movilidad: Innovaciones en transporte público adaptado, vehículos autónomos, y servicios de transporte especializado para adultos mayores.</p> <p>4. Servicios financieros: Creación de productos financieros adaptados a las necesidades de los adultos mayores, como hipotecas inversas, planes de pensiones adecuados y servicios bancarios especializados.</p> <p>5. Entretenimiento y Cultura: Desarrollo de productos y servicios de ocio, cultura y turismo accesibles, enfocados en mejorar la calidad de vida y la participación activa de los adultos mayores en la vida social.</p>	<p>Artículo 5°. Fomento a la Innovación en la Economía Plateada. El Gobierno nacional y/o quien este delegue creará incentivos para las start-ups, empresas emergentes y empresas y emprendedores que desarrollen tecnologías, productos y servicios innovadores dirigidos a la población adulta mayor. Estos incentivos incluirán, entre otros, subsidios, líneas de crédito preferenciales, exenciones beneficios fiscales y tributarios y acceso a programas de aceleración de negocios. Los sectores prioritarios para el fomento de la innovación serán:</p> <p>1. Salud: Tecnologías para el cuidado de enfermedades crónicas, telemedicina y dispositivos de monitoreo adaptados a los adultos mayores, junto con programas de nutrición especializada. Además, deberá promover la implementación de iniciativas enfocadas en la prevención y el envejecimiento saludable, garantizando el bienestar integral de este grupo poblacional.</p> <p>2. Vivienda adaptada: Soluciones habitacionales que permitan la autonomía funcional de los adultos mayores, en especial en zonas rurales, incluye cohousing, centros de día, cuidadores tecnológicos o inteligencia artificial aplicada al bienestar de los mayores.</p> <p>3. Movilidad: Innovaciones en transporte público adaptado, vehículos autónomos, y servicios de transporte especializado para adultos mayores.</p> <p>4. Servicios financieros: Creación de productos financieros adaptados a las necesidades de los adultos mayores, como hipotecas inversas, planes de pensiones adecuados y servicios bancarios especializados.</p> <p>5. Entretenimiento y Cultura; Desarrollo de productos y servicios de ocio, cultura y turismo accesibles, enfocados en mejorar la calidad de vida y la participación activa de los adultos mayores en la vida social.</p>	<p>Se da claridad sobre los tipos de incentivos</p>
<p>Artículo 6°. Promoción de la Formación y Capacitación para Adultos Mayores. El Gobierno nacional y/o quien este delegue en colaboración con las empresas y las organizaciones sociales, implementará programas de formación, capacitación y mejora de habilidades para los adultos mayores, con el fin de mejorar sus competencias laborales y digitales. Estos programas estarán dirigidos a fortalecer habilidades en áreas como tecnología, gestión empresarial, habilidades blandas, y el rescate de saberes y tradiciones ancestrales. Asimismo, se fomentará la creación de plataformas digitales que ofrezcan formación gratuita o subvencionada a los adultos mayores, facilitando su acceso a la educación continua sin importar su ubicación geográfica.</p>		<p>Sin Modificaciones</p>
<p>Artículo 7°. Igualdad de Género en la Economía Plateada. El Gobierno nacional garantizará que las políticas y programas dirigidos a la Economía Plateada promuevan la equidad de género, atendiendo las necesidades específicas de las mujeres mayores, quienes representan un alto porcentaje de la población envejecida. En particular, se establecerán medidas para abordar los desafíos que enfrentan las mujeres mayores en términos de acceso a cuidados, dependencia, pobreza y violencia. Esto incluirá la promoción de políticas públicas que faciliten su acceso a empleo, emprendimiento, salud, y servicios de bienestar adaptados a sus necesidades.</p>		<p>Sin Modificaciones</p>

Articulado Actual	Articulado Propuesta	Observación
<p>Artículo 8°. Inclusión de la Población Mayor en Condiciones de Vulnerabilidad. El Gobierno nacional, en coordinación con las entidades territoriales y el sector privado, implementará estrategias específicas para garantizar que los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, particularmente aquellos en zonas rurales y con bajos niveles de ingresos, tengan acceso a los beneficios de la Economía Plateada. Estas estrategias incluirán el acceso preferencial a servicios de salud, programas de vivienda adaptada, y productos financieros accesibles.</p>		Sin Modificaciones
<p>Artículo 9°. Promoción de la Participación Laboral de los Adultos Mayores. El Gobierno nacional establecerá incentivos fiscales para las empresas que contraten a adultos mayores de 62 años, promoviendo su integración en el mercado laboral en condiciones de dignidad, sin discriminación por edad. Asimismo, se creará un sistema de plataformas digitales y programas de empleo a domicilio que favorezcan la contratación y el emprendimiento de los adultos mayores. En conjunto, se promoverá la creación de un sello de calidad para las empresas que implementen prácticas inclusivas hacia los adultos mayores.</p>	<p>Artículo 9°. Promoción de la Participación y Protección Laboral de los Adultos Mayores. El Gobierno nacional establecerá incentivos fiscales y <u>tributarios</u> para las empresas que contraten a adultos mayores de 62 años, promoviendo su integración <u>y protección</u> en el mercado laboral en condiciones de dignidad, sin discriminación por edad. Asimismo, se creará un sistema de plataformas digitales y programas de empleo a domicilio que favorezcan la contratación y el emprendimiento de los adultos mayores. En conjunto, se promoverá la creación de un sello de calidad para las empresas que implementen prácticas inclusivas hacia los adultos mayores.</p>	Se incluye la palabra protección e incentivos tributarios.
<p>Artículo 10. Promoción de la participación de las personas mayores en espacios de interés colectivo. El Gobierno nacional promoverá la participación activa de las personas mayores en espacios de interés colectivo, como voluntariados, mentorías y bancos de tiempo, para que puedan seguir aportando su conocimiento, habilidades y experiencia al desarrollo social, económico y cultural del país. Se facilitará su inclusión en actividades que fomenten el intercambio intergeneracional, el voluntariado en diversas áreas y el acceso a sistemas de colaboración, que favorezcan su integración continua en la sociedad.</p>		Sin Modificaciones
<p>Artículo 11. Fomento a la Emprendimiento Senior. El Gobierno nacional implementará programas específicos para fomentar el emprendimiento entre los adultos mayores, ofreciendo formación, asesoramiento y financiación para la creación de empresas dirigidas a la población adulta mayor o que desarrollen soluciones adaptadas a sus necesidades. Además, se impulsarán modelos de emprendimiento intergeneracional, donde los adultos mayores puedan compartir sus conocimientos y experiencias con las generaciones más jóvenes.</p>		Sin Modificaciones
<p>Artículo 12. Vivienda Adaptada para Adultos Mayores. El Gobierno nacional, en coordinación con el Ministerio de Vivienda y las entidades territoriales, fomentará la construcción de viviendas adaptadas a las necesidades de los adultos mayores, que aseguren accesibilidad, seguridad y autonomía. Las viviendas deberán estar diseñadas con soluciones tecnológicas que promuevan la integración de los adultos mayores en la vida diaria y mejoren su calidad de vida. Se priorizará la construcción de viviendas accesibles en zonas rurales y urbanas de alta demanda.</p>		Sin Modificaciones
<p>Artículo 13. Creación de un Fondo para la Economía Plateada. Créase el Fondo Nacional para el Desarrollo de la Economía Plateada, destinado a financiar proyectos e iniciativas que fomenten el desarrollo de productos y servicios innovadores para los adultos mayores. Este fondo será administrado por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, y su propósito será apoyar la investigación, el emprendimiento y la creación de mercados emergentes dirigidos a este sector.</p>		Sin Modificaciones
<p>Artículo 14. Monitoreo y Evaluación. El Departamento Nacional de Planeación (DNP), en colaboración con el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social, y otros organismos competentes, llevará a cabo la evaluación periódica de las políticas implementadas, midiendo su efectividad en términos de inclusión, accesibilidad y desarrollo económico. Los resultados de la evaluación servirán para realizar ajustes y mejorar las estrategias a medida que la población adulta mayor crezca y cambien sus necesidades.</p>		Sin Modificaciones

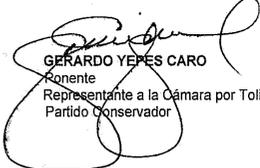
Articulado Actual	Articulado Propuesta	Observación
Artículo 15. Reglamentación. El Gobierno nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley, expedirán los actos administrativos necesarios para la adecuada implementación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en la misma.		Sin Modificaciones
Artículo 16. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.		Sin Modificaciones

VI. Proposición

En virtud de las consideraciones anteriormente expuestas, solicitamos a la Honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes **dar primer debate el Proyecto de Ley número 040 de 2025 Cámara, por medio de la cual se fomenta el desarrollo de la economía plateada promoviendo la inclusión, la innovación, el talento, el bienestar, la participación, el emprendimiento y la oferta de productos y servicios dirigido a la población persona mayor, y se dictan otras disposiciones.**

Cordialmente,


ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
 Ponente Coordinador
 Representante a la Cámara por Bogotá
 Partido Centro Democrático


GERARDO YEPES CARO
 Ponente
 Representante a la Cámara por Tolima
 Partido Conservador

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY 040 DE 2025 DE CÁMARA DE REPRESENTANTES

por medio de la cual se fomenta el desarrollo de la economía plateada promoviendo la inclusión, la innovación, el talento, el bienestar, la participación, el emprendimiento y la oferta de productos y servicios dirigido a la población persona mayor, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia DECRETA:

Artículo 1°. Objeto. El presente proyecto de ley tiene como objetivo establecer un marco normativo integral que impulse el desarrollo de la Economía Plateada en Colombia, fomentando la nueva longevidad e inclusión activa de la población adulta mayor en la economía mediante la promoción de oportunidades de empleo, emprendimiento, inclusión financiera, bienestar, participación y acceso a bienes y servicios adaptados a sus necesidades.

Artículo 2°. Definiciones.

- **Economía Plateada.** Para los efectos de esta ley, se entiende por Economía Plateada el conjunto de actividades económicas vinculadas al envejecimiento de la población, enfocadas en satisfacer las demandas y necesidades de los adultos mayores, e impulsadas por la innovación, el emprendimiento, y la adaptación de servicios y productos a este segmento poblacional.

- **Empresa emergente:** Empresa con un alto potencial de crecimiento, caracterizada por su enfoque en la innovación, la adaptación tecnológica y la creación de soluciones orientadas a mejorar la vida de las personas.
- **Envejecimiento Activo:** Enfoque que promueve la participación de los adultos mayores en la sociedad, favoreciendo su autonomía, salud, bienestar y calidad de vida, mediante el acceso a oportunidades en empleo, educación, y actividades sociales y recreativas.

Artículo 3°. Principios Rectores.

La implementación de la Economía Plateada se regirá por los siguientes principios:

1. **Inclusión Social y Económica:** Fomento de la participación activa de los adultos mayores en la vida económica y social del país, promoviendo su integración plena en todos los aspectos de la sociedad. Esto incluye la eliminación de barreras relacionadas con el edadismo (discriminación por motivos de edad), garantizando la igualdad de oportunidades y el acceso a los mismos derechos y beneficios que otros grupos generacionales.
2. **Innovación:** Se trata de pequeños cambios dirigidos a incrementar la funcionalidad y las prestaciones de los ya existentes, que si bien aisladamente son poco significativas, cuando se suceden continuamente de forma acumulativa pueden constituir una base permanente de progreso.
3. **Accesibilidad:** Garantía de acceso a productos y servicios adecuados para mejorar la calidad de vida de todos sin importar su nivel socioeconómico.
4. **Sostenibilidad:** Impulso a modelos de negocio y políticas públicas que favorezcan el desarrollo económico inclusivo y sostenible a corto, mediano y largo plazo.
5. **Nueva Longevidad:** Reconoce el envejecimiento como una etapa activa y productiva, fomentando la autonomía, la participación socioeconómica y el bienestar integral de las personas mayores. Impulsa un enfoque intergeneracional, la adaptación de entornos y el aprovechamiento del capital humano senior en el desarrollo sostenible del país.

Artículo 4°. Política Nacional para el Fomento de la Economía Plateada. El Gobierno nacional, a

través del Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, Ministerio de Comercio Industria y Turismo, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, deberá diseñar, implementar y coordinar políticas públicas orientadas a:

1. Promover la participación laboral de los adultos mayores a través de incentivos fiscales, así como el desarrollo de programas específicos para facilitar su inclusión en el mercado laboral formal. Esto incluye fomentar el emprendimiento social y empresarial en el sector de la Economía Plateada.
2. Impulsar el desarrollo productos y servicios innovadores adaptados a las necesidades de los adultos mayores e Impulsar la investigación, el diseño y la comercialización de soluciones innovadoras en áreas como salud, vivienda, tecnología, movilidad y servicios financieros.
3. Promover la inclusión social de los adultos mayores, especialmente los que se encuentran en áreas rurales, en todas las actividades económicas, financieras, de bienestar, entretenimiento, turismo y culturales.
4. Facilitar la integración de los adultos mayores en la vida económica, social y cultural del país, asegurando su participación en actividades recreativas, culturales y económicas, fomentando el envejecimiento activo y la intergeneracionalidad.

Artículo 5°. Fomento a la Innovación en la Economía Plateada. El Gobierno nacional y/o quien este delegue creará incentivos para las empresas emergentes y empresas y emprendedores que desarrollen tecnologías, productos y servicios innovadores dirigidos a la población adulta mayor. Estos incentivos incluirán, entre otros, subsidios, líneas de crédito preferenciales, exenciones beneficios fiscales y tributarios y acceso a programas de aceleración de negocios. Los sectores prioritarios para el fomento de la innovación serán:

1. **Salud:** Tecnologías para el cuidado de enfermedades crónicas, telemedicina y dispositivos de monitoreo adaptados a los adultos mayores, junto con programas de nutrición especializada. Además, deberá promover la implementación de iniciativas enfocadas en la prevención y el envejecimiento saludable, garantizando el bienestar integral de este grupo poblacional.
2. **Vivienda adaptada:** Soluciones habitacionales que permitan la autonomía funcional de los adultos mayores, en especial en zonas rurales, incluye cohousing, centros de día, cuidadores tecnológicos o inteligencia artificial aplicada al bienestar de los mayores.

3. **Movilidad:** Innovaciones en transporte público adaptado, vehículos autónomos, y servicios de transporte especializado para adultos mayores.
4. **Servicios financieros:** Creación de productos financieros adaptados a las necesidades de los adultos mayores, como hipotecas inversas, planes de pensiones adecuados y servicios bancarios especializados.
5. **Entretenimiento y Cultura:** Desarrollo de productos y servicios de ocio, cultura y turismo accesibles, enfocados en mejorar la calidad de vida y la participación activa de los adultos mayores en la vida social.

Artículo 6°. Promoción de la Formación y Capacitación para Adultos Mayores. El Gobierno nacional y/o quien este delegue en colaboración con las empresas y las organizaciones sociales, implementará programas de formación, capacitación y mejora de habilidades para los adultos mayores, con el fin de mejorar sus competencias laborales y digitales. Estos programas estarán dirigidos a fortalecer habilidades en áreas como tecnología, gestión empresarial, habilidades blandas, y el rescate de saberes y tradiciones ancestrales. Asimismo, se fomentará la creación de plataformas digitales que ofrezcan formación gratuita o subvencionada a los adultos mayores, facilitando su acceso a la educación continua sin importar su ubicación geográfica.

Artículo 7°. Igualdad de Género en la Economía Plateada. El Gobierno nacional garantizará que las políticas y programas dirigidos a la Economía Plateada promuevan la equidad de género, atendiendo las necesidades específicas de las mujeres mayores, quienes representan un alto porcentaje de la población envejecida. En particular, se establecerán medidas para abordar los desafíos que enfrentan las mujeres mayores en términos de acceso a cuidados, dependencia, pobreza y violencia. Esto incluirá la promoción de políticas públicas que faciliten su acceso a empleo, emprendimiento, salud, y servicios de bienestar adaptados a sus necesidades.

Artículo 8°. Inclusión de la Población Mayor en Condiciones de Vulnerabilidad. El Gobierno nacional, en coordinación con las entidades territoriales y el sector privado, implementará estrategias específicas para garantizar que los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, particularmente aquellos en zonas rurales y con bajos niveles de ingresos, tengan acceso a los beneficios de la Economía Plateada. Estas estrategias incluirán el acceso preferencial a servicios de salud, programas de vivienda adaptada, y productos financieros accesibles.

Artículo 9°. Promoción de la Participación y Protección Laboral de los Adultos Mayores. El Gobierno nacional establecerá incentivos fiscales y tributarios para las empresas que contraten a adultos mayores de 62 años, promoviendo su integración y protección en el mercado laboral en condiciones de

dignidad, sin discriminación por edad. Asimismo, se creará un sistema de plataformas digitales y programas de empleo a domicilio que favorezcan la contratación y el emprendimiento de los adultos mayores. En conjunto, se promoverá la creación de un sello de calidad para las empresas que implementen prácticas inclusivas hacia los adultos mayores.

Artículo 10. Promoción de la participación de las personas mayores en espacios de interés colectivo. El Gobierno nacional promoverá la participación activa de las personas mayores en espacios de interés colectivo, como voluntariados, mentorías y bancos de tiempo, para que puedan seguir aportando su conocimiento, habilidades y experiencia al desarrollo social, económico y cultural del país. Se facilitará su inclusión en actividades que fomenten el intercambio intergeneracional, el voluntariado en diversas áreas y el acceso a sistemas de colaboración, que favorezcan su integración continua en la sociedad.

Artículo 11. Fomento a la Emprendimiento Senior. El Gobierno nacional implementará programas específicos para fomentar el emprendimiento entre los adultos mayores, ofreciendo formación, asesoramiento y financiación para la creación de empresas dirigidas a la población adulta mayor o que desarrollen soluciones adaptadas a sus necesidades. Además, se impulsarán modelos de emprendimiento intergeneracional, donde los adultos mayores puedan compartir sus conocimientos y experiencias con las generaciones más jóvenes.

Artículo 12. Vivienda Adaptada para Adultos Mayores. El Gobierno nacional, en coordinación con el Ministerio de Vivienda y las entidades territoriales, fomentará la construcción de viviendas adaptadas a las necesidades de los adultos mayores, que aseguren accesibilidad, seguridad y autonomía. Las viviendas deberán estar diseñadas con soluciones tecnológicas que promuevan la integración de los adultos mayores en la vida diaria y mejoren su calidad de vida. Se priorizará la construcción de viviendas accesibles en zonas rurales y urbanas de alta demanda.

Artículo 13. Creación de un Fondo para la Economía Plateada. Créase el Fondo Nacional para el Desarrollo de la Economía Plateada, destinado a financiar proyectos e iniciativas que fomenten el desarrollo de productos y servicios innovadores para los adultos mayores. Este fondo será administrado por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, y su propósito será apoyar la investigación, el emprendimiento y la creación de mercados emergentes dirigidos a este sector.

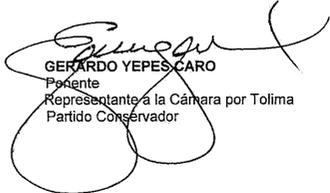
Artículo 14. Monitoreo y Evaluación. El Departamento Nacional de Planeación (DNP), en colaboración con el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social, y otros organismos competentes, llevará a cabo la evaluación periódica de las políticas implementadas, midiendo su efectividad en términos de inclusión, accesibilidad y desarrollo económico. Los resultados

de la evaluación servirán para realizar ajustes y mejorar las estrategias a medida que la población adulta mayor crezca y cambien sus necesidades.

Artículo 15. Reglamentación. El Gobierno nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley, expedirán los actos administrativos necesarios para la adecuada implementación y cumplimiento de las disposiciones establecidas en la misma.

Artículo 16. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.


ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA
Ponente Coordinador
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido Centro Democrático


GERARDO YEPES CARO
Ponente
Representante a la Cámara por Tolima
Partido Conservador

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 165 DE 2025 CÁMARA

por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para todas las mujeres en Colombia y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., septiembre de 2025.

Señores.

MESA DIRECTIVA

Comisión Séptima Constitucional Permanente

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Referencia: Informe de Ponencia para Primer Debate al Proyecto de Ley número 165 de 2025 Cámara.

Respetado Presidente,

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, con toda atención, nos permitimos presentar **informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley número 165 de 2025 Cámara, por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para todas las mujeres en Colombia y se dictan otras disposiciones**, para lo cual fuimos designados por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes; ponencia que se sustenta en los siguientes términos:

TRÁMITE DEL PROYECTO

Origen: Congresional

Autores: honorables Representantes Óscar Sánchez León, Hugo Alfonso Archila, Héctor David Chaparro Chaparro, Leider Alexandra Vásquez, Camilo Esteban Ávila Morales, Adriana Carolina Arbeláez, Mónica Karina Bocanegra Pantoja, Alfredo Mondragón Garzón, Juan Carlos Vargas Soler, Jairo Humberto Cristo Correa, Catherine

Juvinao Clavijo, Juan Camilo Londoño Barrera, Jaime Raúl Salamanca Torres, Karen Juliana López Salazar, Ana Rogelia Monsalve Álvarez, María Eugenia Lopera Monsalve, María Fernanda Carrascal Rojas, Flora Perdomo Andrade, Alexander Guarín Silva, Gilma Díaz Arias y Martha Lisbeth Alfonso Jurado.

El presente proyecto de ley que se pone en consideración de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, fue radicado el día 4 de agosto de 2025 ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes.

Mediante oficio número CSCP.3.7- 530-25 del 2 de septiembre del año en curso y conforme a lo expresado en el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, fueron designados ponentes a los Representantes a la Cámara: *Hugo Alfonso Archila Suárez* -coordinador-, *Juan Camilo Londoño* -coordinador-, *Camilo Esteban Ávila*, *Germán José Gómez López*, y *Leider Alexandra Vásquez* como ponentes para primer debate.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETO DEL PROYECTO

El presente proyecto de ley tiene como objetivo principal garantizar la vacunación gratuita y obligatoria contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para todas las mujeres en Colombia, sin restricción de edad. Su finalidad es adoptar medidas integrales para la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, seguimiento, control y atención de las infecciones por VPH, con el fin de reducir significativamente la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino, así como disminuir el impacto sobre el sistema de salud pública mediante la actualización del Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

Esta decisión de incluir a todas las mujeres, sin distinción de edad, se fundamenta en la evidencia científica que demuestra que toda mujer con vida sexual activa está expuesta al riesgo de adquirir el VPH a lo largo de su vida. Diversos estudios confirman que, incluso en mujeres adultas, la vacunación sigue siendo beneficiosa al proteger frente a nuevas infecciones por genotipos de alto riesgo a los que no han estado previamente expuestas. De esta manera, se garantiza un enfoque equitativo y preventivo que contribuye a reducir las desigualdades en salud y a proteger a toda la población femenina, sin limitar el acceso a un derecho fundamental como la salud por motivo de edad.

Este proyecto plantea un enfoque integral que incluye:

- **Prevención:** promover la vacunación masiva contra el VPH a través del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), como medida principal y prioritaria para reducir la incidencia de infecciones y, en consecuencia, la aparición de cáncer cervical. La prevención mediante la vacunación es una herramienta esencial de salud pública que permite

actuar antes de que se desarrollen lesiones precancerosas, evitando complicaciones futuras y disminuyendo la carga económica y social que representa el tratamiento de esta enfermedad. Además, esta estrategia preventiva contribuye a generar una cultura de autocuidado, promueve la equidad en el acceso a servicios de salud y asegura la protección de mujeres de todas las edades, fortaleciendo el principio de universalidad y la garantía del derecho a la salud.

La prevención es la herramienta más efectiva y sostenible en salud pública, ya que permite evitar la aparición de enfermedades antes de que estas ocurran, en lugar de centrarse únicamente en el tratamiento una vez que el daño está hecho. En el caso del Virus del Papiloma Humano (VPH), la vacunación como estrategia preventiva tiene un impacto directo en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino, una enfermedad que afecta de manera desproporcionada a las mujeres, especialmente en contextos de vulnerabilidad.

La prevención no solo salva vidas, sino que también disminuye el sufrimiento humano, reduce los costos para el sistema de salud y libera recursos que pueden ser invertidos en otras necesidades prioritarias. Además, fortalece el ejercicio efectivo del derecho a la salud, promueve la equidad y refuerza la responsabilidad del Estado en garantizar condiciones de bienestar para toda la población.

II. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes y puede causar diversas enfermedades, incluyendo cáncer de cuello uterino, que es una de las principales causas de muerte en mujeres en Colombia. En respuesta, el país ha implementado políticas y leyes para abordar la prevención, detección y tratamiento del VPH. Aquí están los antecedentes más relevantes:

Ley 1626 de 2013

Esta ley establece la implementación de medidas para la prevención y control del cáncer de cuello uterino, que está estrechamente relacionado con el VPH. Entre las disposiciones más importantes, incluye:

- La promoción de la vacunación contra el VPH.
- El fortalecimiento de los programas de tamizaje, como las citologías y pruebas de ADN para detectar el VPH.
- La inclusión de estas actividades en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

La ley también establece que la vacunación contra el VPH sea gratuita para las niñas entre cuarto y séptimo grado de educación básica, lo que corresponde generalmente a las edades de 9 a 14 años.

Posteriormente, el Ministerio de Salud y Protección Social amplió la cobertura de la

vacunación gratuita, incluyendo desde el 15 de julio de 2024 a los niños de 9 a 14 años y extendiendo la edad para las niñas hasta los 17 años, mediante la Resolución número 1056 de 2024.

Actualmente, la vacuna contra el VPH es gratuita para niñas y niños de 9 a 17 años en Colombia, de conformidad con lo dispuesto en dicha resolución.

Porque es urgente mejorar la cobertura según la universidad de los Andes:

- La vacuna contra el VPH previene varios tipos de cáncer: cáncer de cuello uterino, vulva, vagina, ano, pene y algunos de garganta/orofaringe.
- En Colombia se reportan unos 4570 casos nuevos de cáncer cervical y 2435 muertes al año.
- Según estudios locales, por cada 1000 niñas vacunadas se previenen 13 casos de cáncer de cuello uterino y 6 muertes relacionadas.
- La vacuna es segura.
- Es ofrecida todo el año en centros de salud del país.

Cáncer cérvico-uterino

El cáncer cérvico-uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en Colombia y el segundo tumor maligno más frecuente entre ellas. A nivel mundial, se registran alrededor de 500.000 casos nuevos y aproximadamente 260.000 muertes por esta enfermedad. El 80 % de los casos ocurren en países de bajos ingresos, siendo este tipo de cáncer el más prevalente entre las mujeres.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la infección genital por el VPH es la infección viral más común del aparato reproductor y está asociada prácticamente a todos los casos de cáncer de cuello uterino (99 %). Existen 40 genotipos diferentes del VPH que pueden infectar los órganos genitales tanto de hombres como de mujeres, incluyendo la piel del pene, la vulva, el ano, las paredes de la vagina, el cuello uterino y el recto. De estos, los genotipos de alto riesgo (VPH 16 y 18) son responsables de la mayoría de los carcinomas de cuello uterino, vulva, vagina, ano y pene a nivel mundial.

Por otro lado, los genotipos de bajo riesgo (VPH 6 y 11) causan un alto porcentaje de las displasias cervicales leves y más del 90 % de las verrugas genitales. La incidencia máxima de las infecciones por VPH se presenta entre las edades de 16 y 20 años. En la mayoría de los casos, las infecciones por VPH desaparecen de forma espontánea; sin embargo, algunas pueden persistir y causar lesiones precancerosas en el cuello uterino. Si no se tratan, estas lesiones pueden evolucionar hacia un cáncer cervical en un período de 20 a 30 años.

El VPH se transmite principalmente a través del contacto sexual, aunque no es necesario que exista penetración genital para la transmisión. Además, puede ser asintomático, lo que implica que una

persona puede contagiar a otras sin darse cuenta. Las verrugas genitales también pueden ser transmitidas por personas infectadas que no presentan síntomas visibles. Las cepas del virus que provocan las verrugas son diferentes de las que causan cáncer.

Dado que el VPH puede permanecer en el organismo sin mostrar síntomas durante largos períodos, una persona puede estar infectada sin saberlo, incluso años después de haber tenido una relación sexual que originó la transmisión. Los cambios precancerosos en el cuello uterino pueden detectarse durante la fase de infección persistente por VPH, lo que resalta la importancia de la detección temprana como estrategia eficaz para prevenir el cáncer cervical. Los métodos integrales de prevención y control del cáncer cervical incluyen intervenciones que abarcan todo el proceso de atención continua, desde la prevención primaria, pasando por la detección precoz, el tratamiento y la atención paliativa.

El VPH se transmite a través de relaciones sexuales, siendo factores de riesgo para la infección: el inicio temprano de la actividad sexual sin protección, un bajo nivel educativo, y tener múltiples parejas sexuales o mantener relaciones con personas que tienen varios compañeros. Para la presencia de enfermedades graves invasivas, la falta de realización de citologías vaginales y la no solicitud de resultados también son factores de riesgo importantes, pues dificultan la identificación temprana de lesiones precancerosas. Adicionalmente, cofactores como el tabaquismo, el uso de anticonceptivos hormonales, otras enfermedades de transmisión sexual, la respuesta del sistema inmune y el número de partos influyen en el proceso de evolución hacia el cáncer de cuello uterino.

En noviembre de 2008, en la reunión del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico (GEAE) de la OMS sobre inmunización, se concluyó que la incorporación de vacunas contra el VPH tendría efectos sumamente beneficiosos en todo el mundo. El GEAE recomendó analizar urgentemente las estrategias para la inclusión de las vacunas contra el VPH en los programas nacionales de inmunización, especialmente en aquellos países donde la prevención del cáncer cervical es una prioridad de salud pública.

La OMS sugiere que la vacunación contra el VPH sea parte de los programas nacionales de inmunización, siempre que se haya evaluado su viabilidad programática y sostenibilidad económica. Además, se debe asegurar que el costo-eficacia de la medida haya sido debidamente analizada. Las vacunas contra el VPH ofrecen la máxima protección a las mujeres que aún no han estado en contacto con los tipos de VPH incluidos en la vacuna, por lo que los programas de inmunización deben enfocarse inicialmente en lograr una alta cobertura en la población principal: las mujeres. Estos programas deben ir acompañados de estrategias educativas que aborden los comportamientos de riesgo relacionados con la infección por VPH, al

mismo tiempo que se enfatiza que la vacunación no reemplaza los programas de cribado sistemático del cáncer cervical.

El presente proyecto de ley parte del supuesto central planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), según el cual “los gobiernos tienen una responsabilidad en la salud de la sociedad, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” (Waisbord & Coe, 2002; Lolas Stepke, 1995). En esa línea, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha recomendado que la vacunación universal de mujeres adolescentes contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) debe ser una prioridad para los países de América Latina y el Caribe, siempre que se pueda garantizar su sostenibilidad. Esta sostenibilidad, a su vez, depende en gran medida de que los precios de las vacunas sean asequibles, de manera que los Estados puedan adquirirlas con recursos propios, pese a los limitados presupuestos sanitarios.

En concordancia con estas recomendaciones internacionales, el proyecto promueve la mejora de la salud sexual y reproductiva. En ese marco, se destacan los siguientes objetivos específicos:

- Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.
- Implementar mecanismos de comunicación social sobre los beneficios del seguro de salud en materia de salud sexual y reproductiva.
- Definir intervenciones mínimas prioritarias para proteger la salud de las mujeres.

En el campo específico de la vacunación, el proyecto retoma hallazgos relevantes de un estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile sobre las vacunas profilácticas contra el VPH. Este virus es la principal causa de cáncer de cuello uterino. Existen dos vacunas disponibles: Gardasil (fabricada por Merck) y Cervarix (fabricada por GlaxoSmithKline), ambas con una eficacia cercana al 100 % para prevenir infecciones por los genotipos 16 y 18 del VPH, responsables de aproximadamente el 70 % de los casos de este tipo de cáncer. Además, Gardasil protege también contra los genotipos 6 y 11, causantes del 90 % de los casos de verrugas genitales.

Actualmente, Gardasil ha sido aprobada en todos los países de América Latina y el Caribe, con excepción de Venezuela, Bolivia y Guyana. Cervarix, por su parte, ha sido autorizada en Argentina, Chile, Colombia, Uruguay y México. No obstante, el alto costo de estas vacunas continúa siendo una barrera para su inclusión en los programas nacionales de inmunización de varios países de la región. De ahí la urgencia de adoptar políticas públicas que garanticen su financiación y disponibilidad, como lo propone esta iniciativa legislativa.

En Colombia, el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, después del cáncer de mama. En los últimos cinco años se han registrado entre 4.500 y 5.000 casos nuevos anuales, con un promedio de 2.000 a 2.200

muerdes cada año a causa de esta enfermedad. Según el Instituto Nacional de Cancerología, la incidencia ajustada se sitúa entre 13,7 y 14,9 casos por cada 100.000 mujeres, lo que evidencia la magnitud del problema de salud pública.

Algunos de los factores de riesgo más importantes para la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y el desarrollo del cáncer cervicouterino son: no contar con la vacuna, el inicio temprano de la vida sexual sin protección, el bajo nivel educativo, tener múltiples parejas sexuales, no realizarse citologías periódicas ni dar seguimiento a los resultados, y cofactores como el tabaquismo, el uso prolongado de anticonceptivos hormonales, la presencia de otras infecciones de transmisión sexual y la baja respuesta inmune.

El diagnóstico temprano es esencial para prevenir complicaciones graves, ya que permite identificar y tratar lesiones precancerosas antes de que progresen a cáncer invasivo. Por ello, se han establecido dos estrategias principales de prevención:

1. **Tamizaje cervical:** vigente desde hace más de tres décadas, permite la detección temprana de lesiones a través de la citología cervicouterina (prueba de Papanicolaou) y la prueba de ADN para identificar los tipos de VPH de alto riesgo.
2. **Vacunación contra el VPH:** desde hace más de nueve años, se dispone de vacunas altamente efectivas que previenen más del 95 % de las infecciones causadas por los genotipos 16 y 18, responsables de aproximadamente el 70 % de los casos de cáncer de cuello uterino. Una de estas vacunas, Gardasil, también protege contra los tipos 6 y 11, causantes del 90 % de las verrugas genitales.

En 2013, Colombia incluyó la vacuna contra el VPH en el esquema nacional de inmunización mediante la Ley 1626, inicialmente dirigida a niñas de 9 a 14 años y posteriormente ampliada a niñas de 9 a 17 años, escolarizadas y no escolarizadas. Sin embargo, hasta la fecha, no se ha desarrollado una metodología oficial para evaluar el impacto real de la vacunación en la población colombiana, lo que limita la capacidad del sistema de salud para ajustar y optimizar esta intervención.

Hoy en día, una mujer de 20, 30 o incluso una mujer adulta mayor que no recibió la vacuna durante su infancia o adolescencia permanece en situación de riesgo frente al VPH y sus consecuencias. Por eso, este proyecto de ley propone ampliar la cobertura de la vacunación gratuita y obligatoria a todas las mujeres del territorio nacional, sin restricción de edad, con el fin de garantizar una protección integral y equitativa.

Las vacunas han sido reconocidas globalmente como una de las herramientas más efectivas en la historia de la salud pública para prevenir enfermedades infecciosas, reducir la mortalidad y proteger la salud de poblaciones enteras. Según

la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vacunación previene entre 3 y 5 millones de muertes cada año y ha permitido logros históricos como la erradicación de la viruela y la reducción significativa de enfermedades como la poliomielitis y el sarampión (OMS, 2022).

El doctor Walter A. Orenstein, exdirector del Programa Nacional de Inmunización en Estados Unidos y referente mundial en políticas de vacunación, resalta que “las vacunas no solo salvan vidas, sino que representan una inversión estratégica para los sistemas de salud, al reducir la carga económica asociada al tratamiento de enfermedades y disminuir la presión sobre los servicios médicos” (Orenstein & Ahmed, 2017). Según Orenstein, la vacunación actúa como una herramienta doble: primero, protege directamente a quien la recibe; y segundo, contribuye a la inmunidad colectiva o de rebaño, reduciendo la circulación del virus y protegiendo indirectamente a las personas que no pueden ser vacunadas, como aquellas con condiciones médicas específicas.

Además de su alta eficacia clínica, la vacunación contra el VPH es una intervención costo-efectiva. Según estudios citados por el Banco Mundial y la OMS, cada dólar invertido en inmunización genera un retorno estimado de hasta 44 dólares en beneficios económicos y sociales, gracias a la reducción de gastos en atención médica, la prevención de muertes prematuras y la mejora de la productividad económica (Ozawa *et al.*, 2016).

Por todo lo anterior, garantizar el acceso universal a la vacunación contra el VPH no solo constituye una medida esencial de salud pública, sino también un compromiso ético y social con la equidad, la protección de derechos y la reducción de las desigualdades en salud para todas las mujeres en Colombia.

Extensión del acceso a la vacunación para todas las mujeres, sin restricción de edad

El argumento fundamental para ampliar la vacunación a todas las mujeres, sin límite de edad, se basa en la epidemiología real y en el comportamiento del virus. Toda mujer con vida sexual activa está en riesgo constante de adquirir una nueva infección por VPH, independientemente de su edad o del número de parejas sexuales previas. La exposición acumulada aumenta con el tiempo y puede originar nuevas infecciones incluso en mujeres con bajo número de parejas o en relaciones estables (Bosch *et al.*, 2002).

La infección por VPH suele ser asintomática y puede persistir por años antes de manifestarse como lesión precancerosa o cáncer invasivo, lo que dificulta su detección temprana y genera un riesgo latente en toda la población femenina. Esto reafirma la necesidad de contar con una estrategia de prevención primaria basada en la vacunación universal, sin restricción de edad (OMS, 2022).

El Comité Asesor Global sobre Seguridad de las Vacunas (GACVS) y la OMS (2017) indican que, aunque la vacunación en mujeres adultas

tiene menor eficacia preventiva comparada con la vacunación en niñas no expuestas, sigue siendo beneficiosa al proteger contra nuevas infecciones por tipos oncogénicos a los que la mujer aún no ha estado expuesta. Además, estudios en mujeres de hasta 45 años demuestran que la vacuna es segura, inmunogénica y reduce la incidencia de nuevas infecciones y lesiones cervicales asociadas (Muñoz *et al.*, 2009).

Garantizar la vacunación gratuita y obligatoria para todas las mujeres, sin distinción de edad, no solo se alinea con los principios de equidad y universalidad en salud, sino que también constituye un acto de justicia social y de garantía de derechos fundamentales. Esta medida reconoce la autonomía reproductiva de las mujeres y contribuye de manera decisiva a la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública en Colombia.

CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Contexto internacional

A nivel mundial, se calcula que cada año se diagnostican aproximadamente 466.000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, con una mortalidad anual de 231.000 mujeres, de las cuales el 80 % provienen de países en desarrollo. En Estados Unidos, el costo estimado de realizar la prueba de detección del cáncer cervicouterino a una mujer cada cinco años ronda los 100 dólares, mientras que el tratamiento de un caso diagnosticado puede ascender a aproximadamente 2.600 dólares. En 1990, se diagnosticaron 74.871 casos en las Américas, de los cuales se estima que el 79,7 % (59.646) correspondieron a mujeres residentes en América Latina y el Caribe; en el mismo año fallecieron 33.535 mujeres por esta causa en la región, siendo el 80,3 % (26.933) de América Latina y el Caribe.

El coordinador del documento de consenso entre siete sociedades científicas en España subraya la importancia de la vacunación y destaca que el costo por año de vida salvado ronda los 11.000 euros, cifra que, según la OMS (2001), se considera costo-efectiva si se sitúa por debajo del PIB per cápita del país. En España, el PIB per cápita medio en 2006 era de 22.152 euros (con variaciones entre 28.850 euros en Madrid y 15.054 euros en Extremadura), lo que demuestra que incluso en las regiones con menor ingreso la medida resulta rentable. El primer estudio español sobre el costo-efectividad de la vacuna tetravalente contra el VPH concluyó que la vacunación sería rentable incluso en las comunidades con el PIB per cápita más bajo.

En América Latina, un análisis económico realizado en adolescentes de Argentina, Chile, Brasil, Perú y México (Vaccine, 2009) evidenció que incorporar un programa de vacunación a los actuales programas de detección temprana podría reducir significativamente las lesiones CIN 1 (41 %-48 %), las lesiones CIN 2 y 3 (63 %-74 %), los casos de cáncer cervical (63 %-74 %), las muertes (63 %-74 %) y los costos de tratamiento (31 %-64

%). Este estudio concluyó que la estrategia es costo-efectiva en todos los países evaluados, incluso considerando un precio de 70 dólares por dosis. Una publicación posterior (Lancet, 2009; 374: 301-14) no solo confirma la alta eficacia de la vacuna, sino que amplía la evidencia sobre su protección cruzada frente a otros tipos oncogénicos de VPH no incluidos originalmente. De este modo, se espera que los beneficios sean aún mayores y que la relación de costo-efectividad mejore, fortaleciendo la viabilidad de la intervención. Actualmente, un estudio similar está siendo completado en Colombia, donde se espera confirmar estos resultados y reforzar la evidencia para la toma de decisiones en salud pública.

Contexto nacional

En Colombia, el cáncer de cuello uterino constituye una de las principales causas de muerte en mujeres en edad reproductiva. Se estima una tasa de incidencia ajustada de aproximadamente 13,7 a 14,9 casos por cada 100.000 mujeres, con cerca de 4.500 a 5.500 casos nuevos anuales, según el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y datos del Ministerio de Salud y Protección Social. Aunque en los últimos años se ha observado un descenso en la mortalidad, este ha sido menor al esperado. De acuerdo con el boletín del INC, las mujeres que residen en departamentos como Meta, Arauca, Tolima, Caquetá y Amazonas presentan un mayor riesgo de morir por esta causa, debido a la falta de acceso a tecnologías y programas preventivos disponibles en otras regiones.

Todos los esfuerzos, por tanto, deben estar dirigidos a alcanzar los objetivos de desarrollo en salud, que promueven la implementación de políticas públicas de corto y mediano plazo enfocadas en reducir la inequidad y la desigualdad.

Datos actualizados de Colombia (según el Ministerio de Salud y Protección Social, a 28 de febrero de 2025):

- Desde 2012 hasta el 31 de diciembre de 2024, se han vacunado 418.902 mujeres mayores de 18 años contra el VPH.
- Actualmente, se estima que 16.894.725 mujeres mayores de 18 años no han recibido la vacuna en las edades definidas por el esquema de vacunación.
- El costo por dosis de la vacuna contra el VPH para el Estado colombiano es de \$46.538.
- Desde la inclusión de la vacuna en 2012 hasta el 31 de agosto de 2024, se han vacunado 4.733.682 niñas y adolescentes de 9 a 17 años, y 119.322 mujeres de 18 años y más.
- Para 2022, se estimaron 4.570 casos nuevos de cáncer de cuello uterino, con una incidencia ajustada de 13,7 por cada 100.000 habitantes.
- Según el informe del INC para el periodo 2012-2016, se estimaron 3.889 casos nuevos anuales, con una incidencia ajustada de 14,9 por cada 100.000 mujeres.

- De acuerdo con las estimaciones de Globocan, el cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer con mayor mortalidad en el país, con 19.350 fallecimientos acumulados entre 2014 y 2024, y una tasa de mortalidad ajustada de 6,9 por cada 100.000 habitantes.

IV. SOPORTE JURÍDICO Y ANTECEDENTES NORMATIVOS CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA

- Artículo 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte.
- Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.
- Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Asimismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
- Artículo 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

La salud forma parte del gasto público social, artículos 350 y 366 constitucionales, en concordancia con el artículo 41 del Estatuto Orgánico de Presupuesto (Decreto número 111 de 1996). Además, los incisos 4 y 5 del artículo 336 constitucional determinan partidas presupuestales específicas para la salud, derivadas de los juegos de suerte y azar y de los licores. Asimismo, el inciso primero del artículo 93 establece la prevalencia en el orden interno de los Derechos Humanos reconocidos

en tratados y convenios internacionales ratificados por este Congreso.

II. IMPACTO FISCAL

La Sentencia de la Corte Constitucional C-075 de 2022, con ponencia del Magistrado Alejandro Linares Cantillo, señaló: *“Sin pretender que se llevará a cabo un estudio exhaustivo y riguroso del impacto fiscal, al Legislador si le era exigible que en el trámite se suscitara al menos una mínima consideración que le permitiese establecer los referentes básico para dimensionar los efectos fiscales que traiga consigo el proyecto de ley.”*¹ En ese contexto, se determinó que el concepto del gobierno no es de obligatorio cumplimiento, pues en las consideraciones de dicha sentencia en el acápite de la obligación del legislador de analizar el impacto fiscal de proyectos de ley que ordenan gastos o crean beneficios tributarios, reiteró su jurisprudencia en los siguientes términos:

La carga principal recae sobre el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, toda vez que cuenta con los conocimientos técnicos requeridos para el efecto, sumado a que es el principal ejecutor del gasto público, por consiguiente, si el Gobierno cumple con la obligación de emitir su concepto, aun cuando este no sea vinculante, el Congreso tiene a su vez el deber de estudiarlo y discutirlo.

Para cumplir el precepto constitucional es deber del Congreso conocer el costo de la iniciativa.

Adicionalmente, en la referida sentencia instituye que es imperativo establecer tanto en la motivación del proyecto, como en las ponencias del mismo el impacto fiscal que generar la iniciativa a consideración del ponente, para lo cual precisó que:

El análisis de impacto fiscal varía según se trate de iniciativas del Congreso o gubernamentales, la verificación sobre la mínima consideración supone constatar que en el proceso de deliberación los legisladores hayan contado con “información suficiente sobre el impacto, así como una valoración y análisis específico por parte de los órganos responsables de su aprobación.

Por lo que, en cumplimiento de este precepto constitucional, establecemos un posible impacto fiscal con los datos suministrados en la respuesta del derecho de petición del Ministerio de salud y protección social.

ÍTEM	BIOLÓGICO	NÚMERO DE DOSIS ESQUEMA ACTUAL	VALOR ESTIMADO X DOSIS EN PESOS COL
1	VPH Cuadrivalente (01 dosis)	1	\$ 46.235,68
2	Jeringas	1	\$ 302,37
3	Unidad de la Vacuna VPH Jeringa Precargada	1	\$ 47.137,66
Valor Total Dosis Esquema VPH cuadrivalente			\$ 46.538,05*

Fuente: Estimación de precios estudios previos compra de vacuna e insumos vigencia 2024 (Compra 991 de 2024).

* El valor del ítem 3 corresponde al biológico entregado por el Fondo Rotatorio de la OPS en presentación de jeringa prellenada.

Fuente: Ministerio de salud y protección social.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, desde la inclusión de la vacuna en 2012, el número de mujeres mayores de 18 años que no se han vacunado asciende a 16.894.725.

En este orden de ideas, a febrero de 2025, se estima que 16.894.725 mujeres mayores de 18 años no han recibido la vacuna y, por tanto, continúan en riesgo de ser contagiadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Por ende, calculamos el impacto fiscal aproximado necesario para vacunar a esta población objetivo. Considerando que el costo unitario de la vacuna es de \$46.538,05 y tomando como base la **población de 16.894.725 mujeres, se obtiene un impacto fiscal estimado de \$786.615.837.036** (setecientos ochenta y seis mil seiscientos quince millones ochocientos treinta y siete mil treinta y seis pesos).

Ahora, al proyectar la vacunación en hombres, según la información de la Dirección Técnica de Censos y Demografía (DCD), a agosto de 2025 existe un promedio de **11.375.846 hombres entre los 18 y 45 años**, quienes podrían ser igualmente beneficiarios de la vacunación gratuita contemplada en este proyecto. En este caso, el impacto fiscal aproximado sería de \$529.409.689.940 (quinientos veintinueve mil cuatrocientos nueve millones seiscientos ochenta y nueve mil novecientos cuarenta pesos).

En consecuencia, el posible impacto fiscal total de la iniciativa, al contemplar la vacunación tanto de mujeres como de hombres en la población objetivo de 18 a 45 años, podría ser de **\$1.316.025.526.976** (**un billón trescientos dieciséis mil veinticinco millones quinientos veintiséis mil novecientos setenta y seis pesos**).

Es importante aclarar que, desde nuestra función legislativa, presentamos un cálculo aproximado del posible impacto fiscal. No obstante, la verificación, consolidación y definición oficial de estas proyecciones corresponde a las carteras competentes, en particular al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

VI. CONFLICTO DE INTERESES

De conformidad con lo precitado en el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, corresponde al ponente de un Proyecto de Ley enunciar las posibles circunstancias en las que se podría incurrir en conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación del Proyecto de Ley. En ese sentido, señala el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019 lo siguiente:

El artículo 286 de la Ley 5° de 1992 quedará así:

“(…) Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en el ejercicio de sus funciones. Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

a) *Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea*

¹ Sentencia Corte Constitucional C-075 de 2022 M. P. Alejandro Linares Cantillo.

indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

- b) *Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*
- c) *Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.(...)”².*

Atendiendo el anterior apartado legal, se considera que en el caso de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que eventualmente puedan generar un conflicto de interés por parte de los congresistas que participen de la discusión y votación. Lo anterior, entendiendo que el carácter de lo propuesto por la iniciativa legislativa resulta en un efecto general.

CONSIDERACIONES DE LOS PONENTES

Se propone ampliar el esquema de vacunación gratuita para los hombres, atendiendo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que sugieren la inmunización de toda la población en riesgo sin distinción de sexo. En ese sentido, se establece un rango de edad tanto para mujeres como para hombres comprendido entre los 18 y 45 años, el cual actualmente no se encuentra cubierto dentro del programa de vacunación gratuita.

Esta ampliación, se justifica desde una perspectiva de salud pública y equidad. Este mandato legal, amparado en el principio de progresividad del derecho fundamental a la salud, busca garantizar la protección de un espectro más amplio de la población. El VPH no se limita a un grupo de edad o género, sino que es un agente causante de múltiples cánceres, como el de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, y el de pene en hombres, además de los cánceres de ano y orofaringe que afectan a ambos sexos. Al establecer la gratuidad, el Estado cumple su deber constitucional de asegurar el acceso universal a servicios de prevención, eliminando barreras económicas y sociales. Esto no solo contribuye a la erradicación de estas enfermedades, sino que también materializa los derechos colectivos a la salubridad y la seguridad pública.

Ampliación del Esquema de Vacunación Gratuita contra el VPH en Colombia

La decisión de ampliar el esquema de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Colombia para abarcar a hombres y mujeres de 18 a 45 años no es solo un avance en salud pública, sino una estrategia integral que se fundamenta en

principios jurídicos y beneficios socioeconómicos. Esta medida es un reflejo de la progresividad del derecho fundamental a la salud, reconociendo que la protección de la población no debe limitarse a la atención de la enfermedad, sino que debe priorizar su prevención.

1. Enfoque Preventivo y de Salud Pública

La vacunación contra el VPH representa una herramienta fundamental de prevención primaria. Al inmunizar a la población antes de su exposición al virus, se interrumpe la cadena de transmisión y se evita el desarrollo de lesiones precancerosas y, en última instancia, del cáncer. Esta estrategia es mucho más efectiva y humana que las intervenciones de tamización o los tratamientos oncológicos, que a menudo son agresivos, costosos y de menor tasa de éxito.

Los beneficios de esta medida se extienden más allá de la protección individual. El VPH es la causa necesaria de varios tipos de cáncer, impactando a ambos géneros de manera significativa. En las mujeres, el cáncer de cuello uterino es uno de los más prevalentes. En Colombia, se estima que cada año se diagnostican entre 4.500 y 5.000 nuevos casos, y lamentablemente, ocurren entre 2.000 y 2.200 muertes por esta causa³. Para los hombres, la vacuna previene no solo las verrugas genitales, sino también el cáncer de pene, así como los cánceres de ano y orofaringe, que afectan a ambos sexos y cuya incidencia ha ido en aumento en la población masculina.

2. Reducción de la Carga Financiera para el Sistema de Salud

La inversión en la ampliación del esquema de vacunación tiene un impacto económico directo y positivo en el sistema de salud. El tratamiento de los cánceres asociados al VPH es extremadamente costoso, requiriendo cirugías, quimioterapias, radioterapias y cuidados paliativos que ejercen una presión financiera insostenible a largo plazo.

Según estudios, el costo del tratamiento de un caso de cáncer de cuello uterino invasivo puede ser muy superior al costo de vacunación⁴. Al prevenir estos casos, se liberan recursos que **pueden ser reasignados a otras áreas de atención médica, mejorando la sostenibilidad** del sistema de salud en su conjunto. La vacunación, aunque requiere una inversión inicial, genera ahorros significativos a futuro al evitar no solo los costos directos del tratamiento (medicamentos, hospitalización), sino también los costos indirectos asociados, como la pérdida de productividad laboral y el impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

³ <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/informacion-sobre-cancer-para-pacientes/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino>. Instituto Nacional de Cancerología.

⁴ <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-estimacion-carga-economica-lesiones-preneoplasicas-S0123901516300075>

² Ley 5ª de 1992. Artículo 286.

3. Conclusión

La ampliación del esquema de vacunación contra el VPH en Colombia es una medida de gran envergadura que se justifica plenamente. Es un paso decisivo hacia la erradicación de enfermedades prevenibles, la reducción de la mortalidad y la carga

financiera sobre el sistema de salud. Al garantizar el acceso universal y gratuito a la vacuna, el Estado no solo cumple con su obligación constitucional de proteger el derecho a la salud, sino que también construye un futuro más sano y equitativo para todos sus ciudadanos.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

Texto Radicado	Texto Propuesto Para Primer Debate	Justificación
<i>Por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para todas las mujeres en Colombia y se dictan otras disposiciones.</i>	<i>Por medio de la cual se <u>amplía garantiza</u> la vacunación gratuita <u>y obligatoria</u> contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para todas las mujeres en Colombia y se dictan otras disposiciones.</i>	Se cambia el título, porque se propone la ampliación del esquema de vacunación gratuita para hombres y mujeres, de 18 a 45 años de edad. Se elimina la palabra: “obligatoria”, en razón a que no se puede obligar a la población a vacunarse.
<p>Artículo 1°. Vacunación gratuita y obligatoria. El Gobierno nacional garantizará la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) de manera gratuita y obligatoria a todas las mujeres en el territorio nacional, conforme a los lineamientos técnicos y de salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo. Para el efectivo cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, el Gobierno Nacional deberá adoptar las medidas presupuestales y administrativas necesarias para asegurar la cobertura universal de la población objetivo.</p>	<p>Artículo 1°. Vacunación gratuita y obligatoria. El Gobierno nacional garantizará la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) de manera gratuita y obligatoria a mujeres y hombres <u>entre los 9 a 45 años de edad</u>, en el territorio nacional, conforme a los lineamientos técnicos y de salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo. Para el efectivo cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, el Gobierno Nacional deberá adoptar las medidas presupuestales y administrativas necesarias para asegurar la cobertura <u>universal</u> de la población <u>objetivo</u> <u>objeto de la presente ley</u>.</p>	<p>Actualmente la vacunación gratuita contra el VPH, cubre a las niñas, niños y jóvenes de 9 a 17 años de edad. El proyecto inicialmente proponía la ampliación del esquema de vacunación gratuito a todas las mujeres del territorio nacional, sin fijar un límite de edad.</p> <p>Se propone eliminar la palabra: “obligatoria”, en razón a que no se puede obligar a la población a vacunarse y además se propone ampliar el esquema de vacunación gratuita para los hombres, atendiendo a las recomendaciones de la OMS, que sugiere la inmunización de toda la población en riesgo sin distinción de sexo. En ese sentido, se establece un rango de edad tanto para mujeres como para hombres comprendido entre los 9 y 45 años, cobijando la población de 18 a 45 años de edad que actualmente no se encuentra cubierta dentro del programa de vacunación gratuita contra el VPH.</p> <p>Esta ampliación, se justifica desde una perspectiva de salud pública y equidad. Este mandato legal, amparado en el principio de progresividad del derecho fundamental a la salud, busca garantizar la protección de un espectro más amplio de la población. El VPH no se limita a un grupo de edad o género, sino que es un agente causante de múltiples cánceres, como el de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, y el de pene en hombres, además de los cánceres de ano y orofaringe que afectan a ambos sexos. Al establecer la gratuidad, el Estado cumple su deber constitucional de asegurar el acceso universal a servicios de prevención, eliminando barreras económicas y sociales. Esto no solo contribuye a la erradicación de estas enfermedades, sino que también materializa los derechos colectivos a la salubridad y la seguridad pública.</p> <p>Finalmente, en el parágrafo, se elimina la cobertura universal, ya que la cobertura solo se fija para la población de 9 a 45 años de edad, lo que obedece a que esta población es la población con mayor actividad sexual y por tanto con mayor riesgo de contraer el virus.</p>

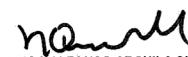
Texto Radicado	Texto Propuesto Para Primer Debate	Justificación
<p>Artículo 2°. Actualización del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que haga sus veces, deberá actualizar el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para incluir la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) como parte integral del esquema básico de vacunación gratuita para todas las mujeres el territorio nacional.</p> <p>Parágrafo 1°. Se incluirá dentro del PAI la vacuna contra el VPH, asegurando su disponibilidad y acceso gratuito a la población objeto de esta ley.</p> <p>Parágrafo 2°. La implementación de la cobertura universal para la vacuna contra el VPH se realizará de manera gradual, conforme a la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno nacional, teniendo en cuenta criterios de prevalencia, costo-efectividad y su articulación con el marco fiscal de mediano plazo.</p>	<p>Artículo 2°. Actualización del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que haga sus veces, deberá actualizar el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para incluir la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) como parte integral del esquema básico de vacunación gratuita para todas las mujeres el territorio nacional.</p> <p>Parágrafo 1°. Se incluirá dentro del PAI la vacuna contra el VPH, asegurando su disponibilidad y acceso gratuito a la población objeto de esta ley.</p> <p>Parágrafo 2°. Implementación <u>de la ampliación</u> de la cobertura universal para la vacuna contra el VPH se realizará de manera gradual, conforme a la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno nacional, <u>teniendo en cuenta estableciendo</u> criterios de <u>priorización</u> y prevalencia, costo-efectividad y su <u>en</u> articulación con el marco fiscal de mediano plazo.</p> <p><u>El Gobierno nacional dispondrá de un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la promulgación de la presente ley, para expedir la reglamentación correspondiente.</u></p>	<p>Se sugiere la eliminación del del primer inciso y del parágrafo primero. También se modifica el título del artículo.</p> <p>Esto obedece a que el PAI, ya incluye la vacunación contra el VPH. Es preciso señalar, que mediante la Ley 2406 de 2024, se ordena la modernización y actualización del PAI y actualmente el Gobierno nacional está en el proceso de reglamentación de esta ley.</p> <p>En relación con la implementación de la ampliación de la cobertura de la vacuna gratuita contra el VPH, se incluye que el gobierno deberá establecer criterios de priorización. Se elimina la cobertura universal, ya que la cobertura solo se fija para la población de 9 a 45 años de edad.</p> <p>Se adiciona un inciso que establece que el Gobierno nacional contará con seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la Ley para reglamentar lo dispuesto en el artículo.</p>
<p>Artículo 3°. Garantía de disponibilidad, acceso y estrategias de sensibilización. El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará la disponibilidad de los biológicos necesarios y establecerá mecanismos de articulación con las entidades territoriales de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para asegurar el acceso efectivo a la vacunación de la población prioritaria definida en la presente ley. Asimismo, se implementarán estrategias de comunicación basadas en evidencia y acciones de sensibilización que faciliten la adherencia a esta intervención.</p>	<p>Artículo 3°. Garantía de disponibilidad, acceso y estrategias de sensibilización. El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará la disponibilidad de los biológicos necesarios y establecerá mecanismos de articulación con las entidades territoriales de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para asegurar el acceso efectivo a la vacunación de la población prioritaria definida en la presente ley. Asimismo, se implementarán estrategias de comunicación basadas en evidencia y acciones de sensibilización que faciliten la adherencia a esta intervención.</p>	<p>Sin modificaciones</p>
<p>Artículo 4°. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 4°. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Sin modificaciones</p>

PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir **PONENCIA POSITIVA** y en consecuencia, solicitamos de manera respetuosa a la Honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, dar **PRIMER DEBATE** al **Proyecto de Ley número 165 de 2025 Cámara por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria contra el virus del papiloma humano (VPH) para todas las mujeres en**

Colombia y se dictan otras disposiciones, conforme al texto propuesto.

Atentamente,


 HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ
 Coordinador Ponente


 JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA
 Coordinador Ponente


 GERMAN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ
 Ponente


 CAMILO ESTEBÁN ÁVILA MORALES
 Ponente


 LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA
 Ponente

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER
DEBATE PROYECTO DE LEY NÚMERO 165
DE 2025 CÁMARA**

*por medio de la cual se amplía la vacunación gratuita
contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), se
dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Vacunación gratuita. El Gobierno nacional garantizará la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) de manera gratuita a mujeres y hombres entre los 9 a 45 años de edad, en el territorio nacional, conforme a los lineamientos técnicos y de salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Para el efectivo cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, el Gobierno Nacional deberá adoptar las medidas presupuestales y administrativas necesarias para asegurar la cobertura de la población objeto de la presente ley.

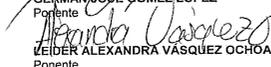
Artículo 2°. Implementación. La implementación de la ampliación de la cobertura para la vacuna contra el VPH se realizará de manera gradual, conforme a la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno nacional, estableciendo criterios de priorización y prevalencia, en articulación con el marco fiscal de mediano plazo. El Gobierno nacional dispondrá de un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la promulgación de la presente ley, para expedir la reglamentación correspondiente.

Artículo 3°. Garantía de disponibilidad, acceso y estrategias de sensibilización. El Ministerio de Salud y Protección Social garantizará la disponibilidad de los biológicos necesarios y establecerá mecanismos de articulación con las entidades territoriales de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para asegurar el acceso efectivo a la vacunación de la población prioritaria definida en la presente ley. Asimismo, se implementarán estrategias de comunicación basadas en evidencia y acciones de sensibilización que faciliten la adherencia a esta intervención.

Artículo 4°. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.


HUGO ALFONSO ARCHILA SUÁREZ
Coordinador Ponente


GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ
Ponente


LEIDER ALEXANDRA VÁSQUEZ OCHOA
Ponente


JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA
Coordinador Ponente


CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES
Ponente

**INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA
PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 170 DE 2025 CÁMARA**

*por medio de la cual se expide la Ley general para el
manejo integral al sobrepeso y la obesidad.*

Bogotá, D. C., septiembre de 2025.

Honorable Representante

CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

**Asunto: Ponencia Positiva para Primer Debate
al Proyecto de Ley número 170 de 2025 Cámara.**

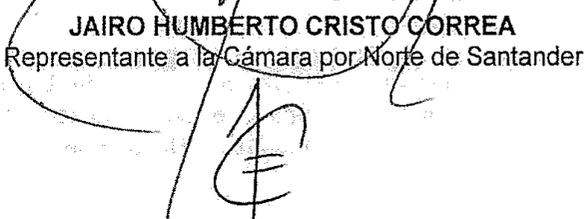
En cumplimiento del encargo recibido por parte de la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en el artículo 150 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir **informe de ponencia positiva para primer debate del Proyecto de Ley número 170 de 2025 Cámara, por medio de la cual se expide la Ley general para el manejo integral al sobrepeso y la obesidad.**

La presente ponencia se compone de nueve apartados:

1. Antecedentes
2. Objeto
3. Justificación
4. Marco Normativo
5. Proposición.

Atentamente,


JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Representante a la Cámara por Norte de Santander


JUAN FELIPE CORZO ALVAREZ
Representante a la cámara por Norte de Santander

1. ANTECEDENTES

El proyecto de ley fue presentado con anterioridad, en la Legislatura 2016-2017, correspondiéndole el número 185 de 2016 Cámara, pero fue archivado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992. Además, fue presentada en la Legislatura 2019-2020, correspondiéndole el número 139 de 2019 Cámara, pero fue archivado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992. Además, fue presentada en la Legislatura 2020-2021, por los ex Congresistas *María Margarita Restrepo* y *Jairo Giovanni Cristancho Tarache* correspondiéndole el número 262 de 2020 Cámara, en el cual fueron ponentes el ex - Representante *Carlos Eduardo Acosta* y el Honorable Representante actual *Jairo Humberto Cristo Correa* y 382 de 2021 Senado donde fueron ponentes honorable Senador *Honorio Henríquez Pinedo*, *Aydeé Lizarazo Cubillos* y *Carlos Fernando Motoa Solarte* pero fue archivado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992. En la legislatura 2022-2023 fue presentado

nuevamente por el honorable Representante *Jairo Humberto Cristo Correa*, correspondiéndole el número 253 de 2022 Cámara, sin embargo, el mismo fue archivado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992. Por su trascendencia e importancia en agosto de 2025 se presentó nuevamente a consideración del Congreso de la República la presente iniciativa.

De otra parte, el día 10 de septiembre de 2025 mediante el Oficio número CSCP 3.7-573-25 la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes designo como ponentes de primer debate a los Representantes *Jairo Humberto Cristo Correa*, coordinador ponente y *Juan Felipe Corzo*, como ponente.

Contenido: *Gaceta del Congreso* número 1510 de 2025.

2. OBJETO

La presente ley tiene por objeto fortalecer integralmente los programas de prevención, atención y tratamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las personas que se encuentran o están en riesgo por sobrepeso y obesidad, teniendo derecho a estar informadas oportunamente y recibir la atención idónea que requieran.

Las personas que se encuentren bajo esta condición no podrán sufrir ningún tipo de discriminación por su peso, estando obligadas todas las entidades a su protección y garantía en el acceso a la salud, información y oportuno tratamiento.

3. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el problema del sobrepeso y la obesidad

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el sobrepeso y la obesidad se definen como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud”; en ese sentido, la misma OMS ha establecido un procedimiento para establecer si una persona padece de este tipo de enfermedad.

El procedimiento para identificar si una persona padece de sobrepeso u obesidad, es sencillo: se debe establecer el valor de su índice de masa corporal (IMC), el cual resulta de dividir el peso de la persona (en Kg) por el cuadrado de la talla o estatura de la misma (m²); y evidenciar en que rango o categoría se encuentra, dentro de la clasificación que define la OMS.

Esta clasificación establece que “*Los valores de IMC considerados “normales” son de entre 18,5 y 24.9 y es el ideal de toda persona. Quienes se encuentran debajo de esos márgenes presentan delgadez severa (<16), moderada (16-16.9) o leve (17-18,5). Los que están entre 25 y 29.9 de IMC,*

*tienen sobrepeso; entre 30 y 39.9, obesidad; e igual o mayor de 40, obesidad mórbida.”*¹.

IMC [peso (kg)/talla ² (m)]	Clasificación de la OMS	Descripción popular
< 18.5	Bajo peso	Delgado
18.5 - 24.9	Adecuado	Aceptable
25.0 - 29.9	Sobrepeso	Sobrepeso
30.0 - 34.9	Obesidad grado 1	Obesidad
35.0 - 39.9	Obesidad grado 2	Obesidad
>40	Obesidad grado 2	Obesidad

Imagen tomada de <https://www.publimetro.co/noticias/2024/08/15/las-personas-eligen-tener-sobrepeso-las-razones-y-las-dificultades-que-atravesan-quienes-son-de-talla-grande/>

Según datos de la misma OMS, en el mundo más de 2200 millones de adultos tenían sobrepeso y más de 600 millones, obesidad; siendo dos de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI; llegando a ser causales del aumento de la mortalidad, donde aproximadamente 4 millones de personas, han sido víctimas, debido a que estos padecimientos están asociados a otras enfermedades tales como diabetes, problemas cardio y cerebrovasculares, cánceres, entre otras.

Los índices de obesidad en el mundo han venido en aumento, llegando a estar tres veces por encima de los establecido en el año 1975 y aunque anteriormente se consideraba un problema exclusivo de los países del primer mundo, hoy también es un problema que recae en países con ingresos medianos y bajos².

Pero estas enfermedades no solo afectan a la población adulta, también afectan a la población infantil, dejando un saldo de 120 millones de niños enfermos, de los cuales 41 millones son niños menores de cinco años enfermos, y este número va en aumento ya que no se han tomado las medidas adecuadas para combatirla.

Lo anterior, demuestra el riesgo de los niños, sin importar su edad, si es temprana o escolar, ya que si no es tratado a tiempo, puede convertirse en un adulto obeso, y además tienen más posibilidades de sufrir diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, mayor riesgo de fracturas, hipertensión, resistencia a la insulina y daños psicológicos en su edad temprana, que a su vez se asocian a un aumento de la probabilidad de muerte prematura y discapacidad. Todo esto, produciendo no solo una afectación en su salud, sino que también se verían afectados en su ambiente laboral al cumplir una edad de 20 a 30 años, ya que la “*obesidad también ocasiona problemas ortopédicos en la columna vertebral, la pelvis y las rodillas, condición que no permite hacer ejercicio, o*

¹ <https://www.eldia.com/nota/2015-7-13-la-oms-publico-las-cifras-de-sobrepeso-y-la-obesidad-en-el-mundo>

² <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>

explica el agotamiento”³, lo que generaría posibles accidentes laborales y baja en el rendimiento en sus actividades diarias en el trabajo, lo que pasaría también a generar un detrimento en las metas y objetivos de las empresas.

a) Planes y Programa

i. Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud

Esta estrategia se empleó para impulsar políticas públicas y medidas para promover dentro de la población mundial la importancia de llevar una alimentación y dieta sanas, además de la práctica de un deporte o actividad física para disminuir los índices de Obesidad y sobrepeso.

Esta medida se lleva a cabo gracias a que en la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, de septiembre de 2011, se reconoce la importancia crucial de reducir los problemas dietarios y la inactividad física de la población mundial.

ii. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

Creado por la OMS para cumplir los compromisos de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles y contribuir en el alcance de nueve metas a nivel mundial para reducir los índices de sobrepeso y obesidad y la mortalidad prematura causada por estas enfermedades. Aunque el plan fue proyectado inicialmente hasta el año 2020, su ejecución se ha extendido en el tiempo, y para el 2025 continúa en marcha. No obstante, los avances logrados no han sido suficientes frente al incremento de estos padecimientos, lo cual demuestra la necesidad de reforzar las estrategias nacionales con enfoques integrales y multisectoriales.

4. Programas contra el sobrepeso y obesidad en el mundo

En países como Dinamarca, España, Francia y Suecia los programas de salud pública, además de un enfoque preventivo en la atención médica de primer contacto, promueven que la industria alimentaria mejore sus productos para reducir el contenido de grasa y sodio, disminuir la densidad energética y limitar al mínimo los ácidos grasos. También establecen la responsabilidad de la industria de proporcionar información adecuada y accesible a todos los niveles educativos sobre el contenido nutricional de sus productos.

En todos estos países se reconoce la importancia de las escuelas y del ambiente escolar para la política nutricional, y como eje prioritario para la prevención del sobrepeso y la obesidad, incluyen

incentivos económicos, prestaciones laborales y fondos públicos, entre otros.

5. Sobrepeso y obesidad en Colombia

En Colombia nos encontramos con un índice de obesidad y sobrepeso demasiado alto, el 60 % de la población adulta padece esta enfermedad crónica, según la **Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015** realizada por el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud (INS), Prosperidad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Universidad Nacional de Colombia en el año 2017, contando con el apoyo del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia (ACAC).

La principal causa de esta enfermedad son los malos hábitos alimenticios y la poca frecuencia en la que los colombianos practican actividades físicas, y esta afecta a la población en general, sin discriminar sexo ni edad.

Según el doctor *Óscar Francisco Rosero Olarte*, endocrinólogo experto en metabolismo “La obesidad es una enfermedad crónica, no solamente es una enfermedad, es un conjunto de factores que llevan a un círculo de padecimientos que finalmente son los que van a producir desenlaces que no son favorables”, También, en el primer evento de Obesidad en Colombia Obesity Summit, se llegó a la conclusión que la obesidad y sobrepeso deben de ser combatidas desde una edad temprana, para mejorar la calidad de vida de las personas, además que, quien sufre estas enfermedades, son propensos a vivir 5 años menos⁴.

Discriminando datos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), la cual se desarrolla cada 5 años a partir del 2005, la población que más padece esta enfermedad son las mujeres. Para el año 2025 aún no se ha realizado una nueva encuesta que permita conocer los resultados actualizados, sin embargo, diversos expertos y organismos han señalado que las cifras continúan en aumento, producto del mantenimiento de malos hábitos alimenticios y la baja frecuencia de actividad física en la población colombiana.

Cabe resaltar que el flagelo en niños menores de cinco años (primera infancia) ubica al país por encima del promedio mundial y al menos uno de cada cuatro niños ya presenta el problema, la situación se torna dramática, sin dejar de lado que este mal le cuesta al mundo, de manera directa, el 2,8 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB)⁵.

Para explicar mejor estos datos, tenemos la siguiente gráfica:

³ <https://universitam.com/academicos/noticias/los-actuales-ninos-obesos-padeceran-infartos-al-miocardio-o-cerebral-entre-los-20-y-30-anos/>

⁴ <https://www.elpais.com.co/familia/obesidad-un-problema-que-va-en-aumento.html>

⁵ <https://www.eltiempo.com/opinion/editorial/sobrepeso-mortal-obesidad-en-colombia-237676>

Rango en Edades	% Sobrepeso y Obesidad según la ENSIN		
	2010	2015	Diferencia
Primera Infancia (0-4 años)	5,2 %	6,3 %	1,1 %
Menores en edad escolar (5-12 años)	18,8 %	24,2 %	5,4 %
Adolescentes (13-17 años)	15,5 %	17,9 %	2,4 %
Jóvenes y Adultos(18-64 años)	51,2 %	56,4 %	5,2 %

La obesidad es una enfermedad que ya se encuentra en la mayoría de los países del mundo, y una de cada tres personas la padecen, lo que podría entenderse ya no sólo como una simple enfermedad, sino como una pandemia. En el siguiente mapa, se evidencia la situación mundial hasta el año 2016 (y la cual tiende a avanzar con el paso de los años si no se toman medidas) en temas de sobrepeso y obesidad, la cual nos debería de preocupar ya que Colombia se encuentra dentro del porcentaje de países que padecen de sobrepeso, obteniendo un porcentaje de IMC del 50.60 %, esta situación se representa con un color anaranjado oscuro que establece que sobrepasa el peso ideal.

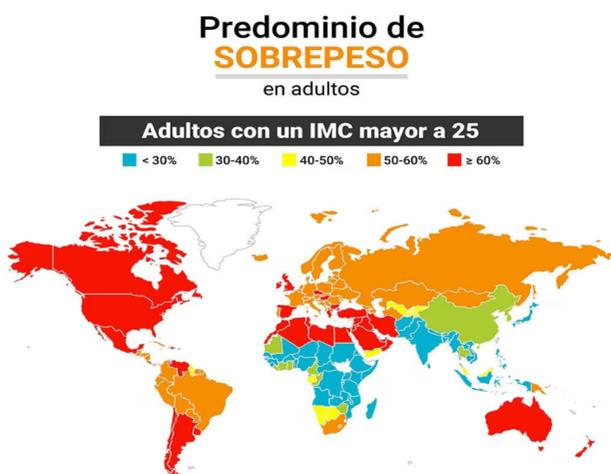


Imagen tomada de <https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2022/12/14/alerta-obesidad-la-onu-advirtio-que-las-personas-consumen-cada-vez-mas-calorias-en-todo-el-mundo/>

Además, en Colombia, hemos pasado abruptamente por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna hasta los 6 meses de vida y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios, todo ello debido al crecimiento económico, urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), mayor esperanza de vida, incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, masificación de la producción de alimentos, invención de la refrigeración y conservación industrial de alimentos (enlatado, alto vacío, pasteurización, etcétera), abaratamiento de los precios relativos de los alimentos procesados versus los frescos, por economías de escala, transporte, conservación y almacenaje.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético, que se origina cuando la cantidad de energía que consume un individuo, es mayor a la que se necesita; estudios han demostrado que un aumento sostenido de 500 calorías/día durante

un mes, genera una ganancia de peso de 2 kg, sin importante el origen de las mismas; a lo que se le denomina balance energético y se constituye en uno de los pilares fundamentales de la dietética.

Es importante resaltar que las necesidades diarias de energía de un individuo, están basadas en criterios individuales relacionados con la edad, la estatura, la actividad física, el estado de salud o enfermedad y/o de condiciones especiales como el ejercicio de alta competencia y el embarazo; y que el consumo de alimentos para satisfacer esas necesidades de energía, está sujeto a condiciones subjetivas, como el estado de ánimo, la cultura, los gustos, el nivel de formación, el lugar donde habita, el acceso a servicios básicos, la disponibilidad de alimentos en la zona donde se vive, así como el acceso a los mismos de acuerdo a la capacidad adquisitiva.

Se puede afirmar que en términos sociales los problemas de sobrepeso y obesidad en el mundo son causados, entre otras cosas, por factores socioculturales y por el proceso de globalización, que imponen nuevos modelos de alimentación mediante las multinacionales que promocionan la comida rápida, el mal uso de los alimentos disponibles y la toma de decisiones incorrectas sobre el consumo de los mismos, lo que trae consigo hábitos alimentarios inadecuados y una serie de enfermedades crónicas degenerativas, aumentando los costos de la atención en salud.

En Colombia, sólo el 25 % de las personas de entre 10 y 19 años de edad son activas. Más de la mitad de estos adolescentes pasan 14 horas semanales o más frente a la televisión, y una cuarta parte de ellos pasa hasta tres horas diarias en promedio 6,7 %. Entre los adolescentes y adultos jóvenes (de 12 a 29 años de edad) tan sólo 30 por ciento practica algún tipo de actividad física, y el sedentarismo es mayor en mujeres que en hombres.

Aunado a todo lo anteriormente expuesto, según un estudio realizado por el doctor Jaime Ordóñez, PhD en epidemiología e investigador senior en economía de la Salud y evaluación de resultados, respecto de la carga económica de las enfermedades causadas por el sobrepeso y la obesidad en Colombia, el cual tuvo como objetivo estimar la carga económica del sobrepeso y la obesidad en nuestro país, por medio de la estimación del costo de atención en salud de los casos nuevos anuales y los casos prevalentes por enfermedades causadas por el exceso de peso, el estudio revelo lo siguiente:

Enfermedades atribuibles al sobrepeso y obesidad en Colombia:

- El sobrepeso y la obesidad no son sólo una enfermedad, también son factor de riesgo de múltiples enfermedades no transmisibles.
- El sobrepeso y la obesidad son enfermedades que deben tratarse como una enfermedad crónica no transmisible, con consecuencias en la salud pública y no como un asunto estético de los pacientes. El costo de no actuar es insostenible.

- El 50 % de los casos de cáncer de endometrio, el 32,4 % de los casos de cáncer de esófago, el 25,6 % de los casos de cáncer de vesícula y vías biliares, el 25,8 % de casos de cáncer de mama posmenopáusico, 38 % de casos de cáncer de útero y el 23,1 % de casos de cáncer de riñón son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.
- El 30,1 % de las enfermedades cerebrovasculares y el 28,8 % de las enfermedades isquémicas coronarias son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.
- El 65,1 % de los casos de hipertensión arterial, el 48,4 % de los casos de diabetes mellitus tipo 2 y el 38,2 % de los casos de Enfermedad Renal Crónica (ERC), son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.
- Alrededor del 80 % de los casos de apnea obstructiva del sueño son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.
- El sobrepeso y la obesidad está asociado a otras 25 enfermedades crónicas no transmisibles.

El costo de la atención de la obesidad y el sobrepeso en Colombia:

- De acuerdo con el estudio, las complicaciones causadas por sobrepeso y obesidad representan un 11,4 % del gasto total en salud en Colombia, y anualmente aumenta en \$2,47 billones.
- Lo anterior, en un contexto de crisis financiera y en una agenda de política pública que prioriza el componente de prevención y atención primaria, pone en evidencia la importancia y necesidad de generar acciones de manejo integral del sobrepeso y la obesidad.

De otra parte y de acuerdo a un estudio elaborado por un conjunto de profesionales de la salud tuvo como objetivo analizar la relación del ausentismo laboral con el sobrepeso y la obesidad en una empresa colombiana del sector Retail, definió el impacto que tiene la obesidad en la productividad laboral.

- Con base en las variables analizadas en el estudio, se encontró que el 62,5 % de los trabajadores evaluados presenta sobrepeso u obesidad según el IMC. Sin embargo, al medir el exceso de peso a partir del porcentaje de grasa corporal, la proporción aumenta en cerca de 30 puntos, alcanzando el 91 % de las personas. Esto significa que, en Colombia, 9 de cada 10 trabajadores viven con sobrepeso u obesidad.
- Cuando se comparan los datos anteriores con la información publicada en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) de 2015, se evidencia un preocupante incremento del sobrepeso y la obesidad en el país (15) sobre el cual

el 63,05 % tiene riesgo cardiovascular aumentado, siendo estos correlacionados con la información de sobrepeso, obesidad y sedentarismo descritos en este mismo estudio.

- La obesidad impacta negativamente la salud y el bienestar de los trabajadores, así como la productividad de las empresas. El estudio identificó un 24,53 % de ausentismo laboral, con diferencias estadísticamente significativas y una mayor probabilidad de ausentismo en mujeres, asociada al sobrepeso y la obesidad.
- De igual manera, el ausentismo laboral aumenta 4 veces más en una persona que vive con sobrepeso que en una persona que tiene un peso saludable. Esto se debe a que los problemas de salud relacionados con la obesidad, como el dolor de espalda, la artritis o las enfermedades cardíacas, impiden que las personas asistan al trabajo o asisten sin las condiciones adecuadas generando presentismo, es decir, que vayan a trabajar estando enfermos.
- La obesidad es ya en sí misma un factor de riesgo en la siniestralidad laboral y una de las causas más frecuentes de ausentismo ya que aumenta 7 veces el riesgo de accidentabilidad. La movilidad reducida y la fatiga contribuyen a la ocurrencia de incidentes en el lugar de trabajo.
- El aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) se asocia con una menor productividad laboral y costos indirectos. Una persona con sobrepeso es más propensa a presentar complicaciones como la diabetes mellitus, trastornos musculoesqueléticos, enfermedades cardiovasculares, asma, hipertensión arterial, artritis o incluso estrés o depresión.
- La falta de actividad física constituye un factor de riesgo determinante en el desarrollo de sobrepeso y obesidad, aumentando en un 76 % la probabilidad de que los trabajadores vivan con esta condición. En contraste, la promoción de programas de actividad física dentro de las empresas no solo contribuye al bienestar físico y mental de los colaboradores, sino que puede reducir el ausentismo laboral hasta en un 51 %, generando beneficios directos para la productividad.
- Adicionalmente, el ausentismo laboral asociado al sobrepeso y la obesidad tiene un alto impacto económico, ya que el valor que paga una empresa por un trabajador ausente puede llegar a ser del 6,52 % sobre el salario. Lo anterior demuestra que la obesidad no es solo un problema de salud pública, sino también un desafío empresarial y financiero que requiere estrategias de prevención e intervención.

OBESIDAD INFANTIL

En Colombia la prevalencia del exceso de peso actual en menores de 18 años de 17,53 % que se traduce en alrededor de 2.7 millones de afectados (2,8). Así mismo, entre 2005 y 2015 este flagelo ha crecido alrededor del 70 %, de acuerdo con las últimas mediciones hechas en el país (2,3). Los factores causantes del sobrepeso y obesidad se relacionan con el consumo excesivo de alimentos procesados con altos contenidos en sodio, azúcares, calorías y grasas, así como la falta de actividad física (9).

Los niños y adolescentes colombianos tienen una gran preferencia por los alimentos procesados. El 79.3 % de esta población consume embutidos al menos una vez al mes, el 51,9 % comidas rápidas, el 83,7 % gaseosas, 85 % alimentos de paquete y 89,3 % dulces y golosinas (1). Este consumo dista abismalmente de las recomendaciones nutricionales del país y de la Organización Mundial de la Salud (10,11). Este elevado consumo está influido por el sabor de estos productos, su alta disponibilidad en el mercado, el bajo precio, el poco conocimiento que tienen los consumidores acerca de estos alimentos y el volumen y contenidos persuasivos de la publicidad (12,13). Es así como, 5 de cada 10 niños expuestos a publicidad consumen alimentos procesados (14). Los resultados de múltiples estudios indican que las estrategias más efectivas para abordar la problemática asociada al consumo en la población infantil son (14-18):

- Regulación de precios vía impuestos.
- Regulación de la cantidad y los contenidos de la publicidad.
- Restricción de la disponibilidad de estos productos en entornos escolares.
- Sensibilización del consumidor.

El sobrepeso y la obesidad infantil afectan el desarrollo, la salud física y mental de las niñas y niños. Según la Estimación de la Malnutrición Infantil realizada por UNICEF, el Banco Mundial y la OMS, en el mundo casi 40 millones de niños y niñas menores de 5 años presentan exceso de peso. Además, las cifras evidencian que el sobrepeso y la obesidad presentan un riesgo exponencial a desarrollar enfermedades crónicas durante la juventud y la vida adulta, reduciendo los años de vida saludable y la calidad de vida debido a enfermedades asociadas, como hipertensión arterial, diabetes y depresión desde edades tempranas.

La prevención de todas las formas de malnutrición con un abordaje temprano, aún desde la gestación y los primeros mil días, asegura que las niñas y niños tengan una alimentación de calidad y un entorno socioafectivo óptimo para su desarrollo. Así mismo, el diseño de intervenciones en salud pública enfocadas en los entornos alimentarios donde se desarrollan las niñas y los niños: hogar, familia, escuela, y comunidad, unido a estrategias

formativas que influyan en los modos, condiciones y estilos de vida de la población, demuestran con evidencia que el panorama de la malnutrición por exceso puede transformarse.

Por lo anterior, las decisiones de las personas respecto al consumo de los alimentos no son únicamente cuestiones de carácter individual. Si bien, las personas son libres en la toma de decisiones de consumo, se debe contar con entornos alimentarios que favorezcan e incentiven decisiones informadas, opciones saludables y promoción de la actividad física.

Los entornos alimentarios hacen referencia a los espacios, infraestructuras y circunstancias en los que se encuentran, obtienen, compran o consumen alimentos, tales como: los supermercados, tiendas de barrio, tiendas escolares, cafeterías, restaurantes y puestos ambulantes, entre otros. También incluye toda la información disponible entre las que se encuentran la promoción, comercialización, publicidad de marcas, etiquetas y precios.

Desafortunadamente, los entornos alimentarios en los que viven millones de niños y niñas de los estratos más pobres y vulnerables, representan una amenaza creciente para su salud y bienestar. Muchos de ellos consumen una gran cantidad de alimentos no saludables, como comestibles ultraprocesados, con poco acceso a agua segura para su consumo y con barreras para la práctica de actividad física.

Todo lo anterior está contribuyendo a un rápido aumento del sobrepeso y la obesidad infantil, lo que provoca problemas de salud graves y duraderos. Según la OMS, en el mundo el número de niños y adolescentes entre los 5 y los 19 años que presentan obesidad, se ha multiplicado por 10 en las últimas cuatro décadas.

En conclusión, podemos determinar que hoy en día, Colombia ocupa el séptimo lugar de prevalencia mundial de obesidad, después de Estados Unidos de América, México, Uruguay, Argentina, Venezuela y Chile. Esta alta prevalencia de sobrepeso y obesidad representa un problema de salud pública prioritario que exige la puesta en marcha de una política nacional que reconozca el origen multifactorial del problema. La epidemia implica costos significativos para el sistema de salud pública, para la sustentabilidad del régimen de pensiones y para la estabilidad económica y social de la población, especialmente de los sectores más pobres.

La carga económica que estos costos representan para un sistema de salud pública y para el gasto de los hogares, es un riesgo tanto para la sustentabilidad de dicho sistema, como para los mismos hogares.

Es por estos índices, que se busca dar trámite a esta iniciativa legislativa, la cual tiene por objeto establecer los criterios legales para la actuación del Estado y en todas las jurisdicciones descentralizadas en el territorio nacional bajo la premisa constitucional del derecho a una

alimentación adecuada, a la salud y la ejecución de las políticas públicas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud en materia de manejo integral del sobrepeso y la obesidad de la población colombiana, en concordancia con las finalidades del derecho a la protección integral de la salud, el trabajo y la educación en todo el territorio nacional.

4. MARCO NORMATIVO

Este proyecto tiene como fundamento, el desarrollo del artículo 49 superior, el cual establece que el derecho a la salud es un derecho fundamental que se debe garantizar a todas las personas por medio de acciones colectivas e individuales que tienden a brindar un acceso a los servicios de salud, al diagnóstico, tratamiento promoción y prevención. La norma establece lo siguiente:

“Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la Ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.”

También, el artículo 366 de la Constitución Política establece:

“Artículo 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.”

Lo anterior, demostrando que esta iniciativa va en la misma dirección de este postulado, ya que exhorta a las diferentes entidades nacionales y todas las jurisdicciones descentralizadas a crear políticas y programas para el mejoramiento de la calidad y la probabilidad de vida de la población en general, en este caso, las personas que sufren sobrepeso y obesidad, para hallar soluciones a esta patología y a los demás para que no las padezcan.

Los ministerios del gobierno que pueden contribuir a estos objetivos son las de Salud, Agricultura, Educación Pública, Hacienda y Crédito Público, Cultura, Medio Ambiente y Transportes. También será útil la contribución de otras dependencias descentralizadas que incentiven el deporte y la recreación, así como la alimentación y nutrición en nuestro Estado. De la misma manera deberán participar organizaciones no gubernamentales, fundaciones de reconocida trayectoria sin ánimo de lucro, corporaciones, sindicatos, medios de comunicación, el sector académico y, por supuesto, la industria alimentaria, bajo el legítimo derecho de la participación ciudadana.

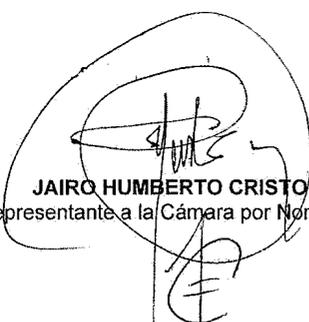
En ese sentido, es sumamente importante para el país que esta iniciativa haga el debido tránsito legislativo y llegue a ser ley de la República, para tener una norma que posea todos los preceptos para prevenir y atender la obesidad y el sobrepeso, que promueva amamantar a los neonatos; una alimentación adecuada desde la infancia; un entorno escolar y laboral activo, con acceso a alimentos saludables, información, comunicación y educación alimentaria y nutricional y salud desde la primaria; así como el fomento de espacios y áreas recreativas que promuevan la actividad física; y además que incida en la prevención y control de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en todo el territorio nacional, que regule de manera integral su atención y prevención; y que exhorte a tomar acciones necesarias para su rehabilitación y las demás que sean necesarias para frenar el crecimiento de su magnitud, así como el impacto en los costos de atención en salud para el Estado.

Asimismo, pretende aportar un instrumento para abordar en lo legislativo el tema de obesidad y sobrepeso en Colombia, con lo que se buscará abonar en su solución.

6. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las consideraciones anteriores, de manera respetuosa solicito a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar **primer debate al Proyecto de ley 170 de 2025 Cámara, por medio de la cual se expide la Ley general para el manejo integral al sobrepeso y la obesidad**, y aprobar el conforme al texto que se anexa:

De los Honorables Congresistas,


JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Representante a la Cámara por Norte de Santander


JUAN FELIPE CORZO ALVAREZ
Representante a la cámara por Norte de Santander

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER
DEBATE DEL PROYECTO DE LEY
NÚMERO 170 DE 2025 CÁMARA**

por medio de la cual se expide la Ley general para el manejo integral al sobrepeso y la obesidad.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 1°. La presente ley tiene por objeto fortalecer integralmente los programas de prevención, atención y tratamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las personas que se encuentran o están en riesgo por sobrepeso y obesidad, teniendo derecho a estar informadas oportunamente y recibir la atención idónea que requieran. Las personas que se encuentren bajo esta condición no podrán sufrir ningún tipo de discriminación por su peso, estando obligadas todas las entidades a su protección y garantía en el acceso a la salud, información y oportuno tratamiento.

Artículo 2°. Les compete a las entidades promotoras de salud, la promoción, prevención y tratamiento integral de las personas en condición sobrepeso y obesidad.

Para los fines de la presente ley, se entiende por:

Promoción: Conjunto de acciones, planes y programas, para conservar y mejorar las condiciones de salud en beneficio de las personas, permitiendo mejorar la calidad de vida mediante la prevención y atención oportuna.

Prevención: Conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir los riesgos de sobrepeso y la obesidad, así como limitar los daños asociados;

Tratamiento integral: Conjunto de acciones que se realizan a partir de la formación, educación y el estudio clínico y diagnóstico completo y personal de cada individuo con o sin sobrepeso u obesidad, que incluye el suministro de los medicamentos necesarios, el tratamiento médico, nutricional, psicológico, terapéutico y fortalecimiento de actividad física; y/o en su caso, atención quirúrgica; orientado a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente, garantizando el consentimiento previo libre e informado.

TÍTULO SEGUNDO

DE LA PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y
LA OBESIDAD

CAPÍTULO ÚNICO

**Garantía de Recursos para la Prevención e
Información del Sobrepeso y Obesidad**

Artículo 3°. Corresponde a los Gobiernos nacional y regionales, a las asambleas departamentales y concejos municipales, reglamentar a través de las

normas de su competencia las políticas públicas que garanticen la disponibilidad de recursos económicos para: Establecer programas para lograr el autocuidado, tendientes a evitar el sobrepeso y la obesidad y que la población esté debidamente informada sobre los derechos que tienen, tratamiento integral frente a esta condición en el sistema de salud.

TÍTULO TERCERO

ATENCIÓN INTEGRAL DEL SOBREPESO Y
LA OBESIDAD

CAPÍTULO PRIMERO

**Del Manejo Integral del Sobrepeso y la
Obesidad / Vigilancia Epidemiológica**

Artículo 4°. El sistema General de Seguridad Social en Salud proporcionará el tratamiento integral del sobrepeso y de la obesidad a quienes los padezcan, con base en el diagnóstico personalizado y debidamente registrado en la historia clínica del paciente con sobrepeso u obesidad sobre la atención médica, situación nutricional, psicológica, terapéutica, el establecimiento de un régimen de actividad física y de ejercicio, y la intervención quirúrgica.

El seguimiento a las normas de competencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud contenidas en la presente ley, se realizarán a través del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de que trata la Ley 1122 del 2007.

Artículo 5°. Las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, tendrán la obligación de difundir entre sus respectivos afiliados, beneficiarios y/o usuarios que asisten a sus servicios asistenciales, la información acerca de los mecanismos para conocer y controlar los riesgos con relación a su peso y alcanzar el índice de masa corporal ideal. Asimismo, se proporcionarán los servicios salud que permitan la protección del estado integral de salud para toda la población.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá reglamentar las disposiciones necesarias para que, dentro de las instituciones prestadoras de salud, sea obligatoria la existencia de equipos médicos interdisciplinarios y especializados en el tratamiento de enfermedades por sobrepeso y obesidad.

Artículo 6°. Al Ministerio de Salud y de Protección Social y los gobiernos de las entidades departamentales, municipales y distritales, les corresponde garantizar los recursos económicos suficientes para realizar y/o contratar las acciones administrativas de control y seguimiento necesarias, en el ámbito de su competencia para que desde los aseguradores se garantice el acceso al tratamiento médico, nutricional, farmacológico y quirúrgico frente al sobrepeso y la obesidad.

Artículo 7°. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos, mínimo cada dos años.

Parágrafo. Esta política deberá tener en cuenta y respetar la cultura alimenticia del País.

Dicha política pública propenderá por la no discriminación en ningún escenario de una persona que se encuentre en sobrepeso u obesidad.

CAPÍTULO SEGUNDO

Del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Sobrepeso y la Obesidad

Artículo 8°. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses después a la entrada en vigencia de la presente ley, diseñará una política Pública que evalúe si el sobrepeso y la obesidad son la enfermedad base o al contrario esta es una causa de otras enfermedades que requieren una atención de manera integral.

CAPÍTULO TERCERO

Facultades Entidades Departamentales, Municipales y Distritales

Artículo 9°. Las entidades departamentales, municipales y distritales podrán formular planes, programas y/o proyectos, para que el sistema de Seguridad Social de manera integral atienda con eficiencia, cumplimiento y prontitud a las personas que requieran la atención, garantizando un equipo médico interdisciplinar el cual deberá tener toda la suficiencia y profesionalidad para atender a sus pacientes y brindar la información científica sustentada, adecuada y veraz, orientando los programas y/o tratamientos de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población.

Parágrafo. De conformidad con lo establecido en literal c) del artículo 6° de la Ley 1164 de 2007 dentro

de los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el consejo nacional de talento humano en salud, Ministerio de Educación Nacional, deberá crear una especialidad médica, NUTRIOLOGÍA MÉDICA, que estudie la alimentación humana su relación con los procesos químicos, biológicos, metabólicos y ambientales así como su relación con la composición corporal, para la atención, prevención, causas, de enfermedades por sobrepeso y obesidad.

TÍTULO CUARTO
CAPÍTULO ÚNICO

Sanciones

Artículo 10. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de vigilancia y control frente a las entidades que no ofrezcan la atención integral a las personas objeto del presente proyecto.

TÍTULO QUINTO

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 11. Vigencia. La presente ley entrará en vigor a partir de su publicación en el *Diario Oficial* y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables congresistas,


JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Representante a la Cámara por Norte de Santander


JUAN FELIPE CORZO ALVAREZ
Representante a la cámara por Norte de Santander

CONTENIDO

Gaceta número 1843 - Miércoles, 1° de octubre de 2025
Págs.

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

Informe de ponencia positiva para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de Ley número 040 de 2025 Cámara, por medio de la cual se fomenta el desarrollo de la economía plateada promoviendo la inclusión, la innovación, el talento, el bienestar, la participación, el emprendimiento y la oferta de productos y servicios dirigido a la población persona mayor, y se dictan otras disposiciones.....	1
Informe de ponencia para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al proyecto de Ley número 165 de 2025 Cámara, por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para todas las mujeres en Colombia y se dictan otras disposiciones.....	9
Informe de ponencia positiva y texto propuesto para primer debate del proyecto de Ley número 170 de 2025 Cámara, por medio de la cual se expide la Ley general para el manejo integral al sobrepeso y la obesidad.....	19